

# EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SCABIES AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VERENEALOGY

Do Thi Thu Hien<sup>1,2\*</sup>, Nguyen Thi Ha Minh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Hospital of Dermatology and Venereology - 15A, Phuong Mai, Dong Da, Ha Noi, Vietnam

<sup>2</sup>VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Ha Noi, Vietnam

Received: 11/04/2024

Revised: 17/05/2024; Accepted: 27/05/2024

## SUMMARY

**Objective:** Describe epidemiology, clinical and sub-clinical characteristics of patients with scabies.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 126 patients diagnosed with scabies via clinical examination and detection of scabies through KOH examination or dermoscopy examination at the NHDV from August 2017 to July 2018.

**Results:** 93/126 patients (73.8%) were males and 33/126 patients (26.2%) were females. Children and students were the two groups with the highest proportion of contracting the disease (33.5% and 26.2%, respectively). The proportion of patients knowing the source of infection was 64.3%. Sixty six point seven percent of patients had homemates or family members having symptoms of scabies. Patients from rural areas accounted for 57.1% while patients from urban areas accounted for 42.9%. The most common locations of scabies lesions were fingers, palms (90.5%), and feet, toes (76.2%). The rate of detecting scabies parasites by KOH examination was 5/85 (5.9%), while this rate by dermoscopy was 77/85 (90.6%), the difference was statistically significant with  $p < 0.001$ .

**Conclusion:** Scabies tended to affect more men than women and were observed more common in children and students. The incidence of scabies in rural and urban areas was not much different in our study. Dermoscopy was a simple, convenient test to detect scabies parasites with a detection rate of scabies parasites 15.3 times higher than KOH examination.

**Keywords:** Scabies, clinical, subclinical characteristics, KOH examination, dermoscopy examination.

---

\*Correspondence author:

Email address: hienphuonglinh@yahoo.com

Phone number: (+84) 915807214

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1202>



# ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH GHỀ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thị Thu Hiền<sup>1,2\*</sup>, Nguyễn Thị Hà Minh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương - 15A, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/04/2024

Ngày chỉnh sửa: 17/05/2024; Ngày duyệt đăng: 27/05/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh ghề tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 126 bệnh nhân được chẩn đoán ghề tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2017 đến tháng 7/2018 bằng lâm sàng và phát hiện ký sinh trùng ghề qua soi tươi và hoặc qua dermoscopy.

**Kết quả:** 93/126 bệnh nhân (73,8%) là nam giới và 33/126 bệnh nhân (26,2%) là nữ giới. Trẻ em và học sinh sinh viên là hai đối tượng chiếm tỷ lệ cao nhất, với lần lượt 33,5 và 26,2%. Tỷ lệ bệnh nhân biết rõ nguồn lây là 64,3%. 66,7% phần trăm bệnh nhân có người sống cùng có biểu hiện mắc bệnh ghề. Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm 57,1% và ở thành thị chiếm 42,9%. Vị trí tổn thương của ghề hay gặp nhất là kẽ ngón tay, lòng bàn tay (90,5%), và chân, kẽ ngón chân (76,2%). Tỷ lệ phát hiện được kí sinh trùng ghề bằng soi tươi tìm ghề là 5/85 (5,9%), trong khi tỷ lệ phát hiện kí sinh trùng ghề bằng dermoscopy là 77/85 (90,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Kết luận:** Bệnh ghề có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở nam giới, hay gặp ở trẻ em và học sinh, sinh viên. Tỷ lệ mắc ghề ở nông thôn và thành thị không khác biệt nhiều. Dermoscopy là một xét nghiệm đơn giản, thuận tiện để phát hiện kí sinh trùng ghề với tỷ lệ phát hiện KST ghề cao gấp 15,3 lần so với soi tươi.

**Từ khóa:** Bệnh ghề, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, soi tươi, dermoscopy.

---

\*Tác giả liên hệ:

Email: hienphuonglinh@yahoo.com

Điện thoại(+84) 915807214

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1202>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghê là một bệnh lây nhiễm ngoài da do một loài trong nhóm ve bét, thuộc ngành chân khớp ký sinh trên da, có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis* gây nên. Theo Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGG), bệnh ghê là một trong 17 căn bệnh nhiệt đới bị lãng quên (Neglected Tropical Diseases – NTDs) do hiện nay hầu hết các ca bệnh xuất hiện lẻ tẻ hoặc chỉ xảy ra trên một nhóm quy mô nhỏ, không thành dịch lớn nên bệnh bị lãng quên hoặc vắng mặt trong các chương trình y tế toàn cầu.

Tuy nhiên, thực tế cho thấy bệnh ghê vẫn gặp ở nhiều nước trên thế giới, ước tính có hơn 130 triệu người lây nhiễm hàng năm. Các tài liệu gần đây chỉ ra rằng, tỷ lệ mắc ghê có sự thay đổi, giao động từ 0,3% đến 46% dân số.<sup>[1]</sup> Bệnh có thể gặp ở tất cả các tầng lớp dân cư trong xã hội, đặc biệt hay gặp ở những nơi tập trung đông đúc, điều kiện vệ sinh kém. Biểu hiện của bệnh rất đa dạng với các triệu chứng điển hình là mụn nước, luống ghê, sẩn cục do ghê ở các vị trí đặc hiệu như các nếp kẽ, vùng da mỏng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, vùng sinh dục... Ngoài ra, do phản ứng quá mẫn của cơ thể với kháng nguyên ký sinh trùng (KST) ghê, bệnh còn có các biểu hiện khác như ban đỏ, dát đỏ, mụn nước, vảy tiết, sẩn cục... Bệnh ghê rất ngứa, nhất là vào ban đêm làm ảnh hưởng đến giấc ngủ, có thể gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, gây mặc cảm xã hội cho người bệnh. Gần đây, với sự hỗ trợ của dermoscopy phát hiện hình ảnh gián tiếp của ký sinh trùng (KST) ghê, việc chẩn đoán ghê trở nên dễ dàng, nhanh chóng và chính xác. Vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh ghê tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 8/2017 đến tháng 7/2018.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

126 bệnh nhân được chẩn đoán ghê tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2017 đến tháng 7/2018 bằng lâm sàng và phát hiện ký sinh trùng ghê qua soi tươi và hoặc qua dermoscopy.

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ghê theo Hội đồng thuận quốc tế về kiểm soát bệnh ghê (IACS) [2]:

#### A. Chẩn đoán xác định ghê

Ít nhất một trong số:

A1: Cái ghê, trứng hoặc phân ghê được tìm thấy trên xét nghiệm soi tươi tìm ghê

A2: Cái ghê, trứng hoặc phân ghê được tìm thấy trên cơ thể bệnh nhân bằng thiết bị hình ảnh công suất cao

A3: Cái ghê được tìm thấy bằng phương pháp dermoscopy

#### B. Chẩn đoán ghê bằng lâm sàng

Ít nhất một trong số các đặc điểm sau:

B1: Đường hầm ghê

B2: Tổn thương điển hình ở cơ quan sinh dục nam

B3: Tổn thương điển hình theo phân bố điển hình và hai đặc điểm tiền sử

#### C. Nghi ngờ ghê

Ít nhất một trong số các đặc điểm sau:

C1: Tổn thương điển hình theo phân bố điển hình và một đặc điểm tiền sử

C2: Tổn thương không điển hình hoặc phân bố không điển hình và hai đặc điểm tiền sử

#### \*Các đặc điểm tiền sử:

H1: Ngứa

H2: Tiền sử tiếp xúc nguồn lây

\*Chú thích:

+ Tổn thương điển hình: Luống ghê, mụn nước, sẩn ghê

+ Tổn thương không điển hình: Các tổn thương không có hình thái điển hình, hoặc số lượng ít hơn ba. Các tổn thương có biểu hiện gợi ý nhiều hơn đến tình trạng bệnh khác như: bệnh lý đồ da bong vảy, bệnh bong nước tự miễn, bệnh lý nhiễm khuẩn khác,... thì không nên được phân loại là điển hình hoặc không điển hình

+ Phân bố điển hình: Sắp xếp rải rác, xen kẽ ở các vị trí vùng nếp kẽ bờ bên các ngón tay, nếp gấp cổ tay, lòng bàn tay, lòng bàn chân, khuỷu tay, nách, bẹn, dương vật, môi lớn, quàng vú ở nữ.

+ Phân bố không điển hình: Các vị trí khác trên cơ thể.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Các bước thực hiện:**

- Lập phiếu nghiên cứu

- Khám, tuyển chọn bệnh nhân và thu thập các thông tin cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

+ Tuổi, Giới, Nghề nghiệp, Địa dư, Tiền sử bệnh tật, Thời gian bị bệnh, Mùa mắc bệnh, Triệu chứng cơ năng: ngứa, đau, rát. Vị trí thương tổn, Số lượng thương tổn, Loại thương tổn



- Xét nghiệm tìm KST ghê tại luống ghê, mụn nước, sẩn, sẩn ở quy đầu bằng soi dưới kính hiển vi đã nhỏ sẵn một giọt KOH hoặc parafin thấy hình ảnh cái ghê, trứng ghê và phân ghê

- Soi dưới kính Dermoscopy: phát hiện hình ảnh gián tiếp của KST ghê như luống ghê, dấu hiệu delta (hình dạng tam giác hay hình chữ V tương ứng với phần trước của cái ghê: đầu và các cặp chân).

Các xét nghiệm soi dưới KHV, soi dưới kính Dermoscopy được thực hiện bởi các bác sỹ, kỹ thuật viên khoa vi sinh và chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Da liễu Trung Ương.

**Biến số, chỉ số nghiên cứu chính:**

- Về đặc điểm dịch tễ: phân bố giới, nhóm tuổi, nghề nghiệp, nguồn lây, nơi sinh sống, hoàn cảnh.
- Về đặc điểm lâm sàng: mô tả đặc điểm tổn thương lâm

sàng, triệu chứng cơ năng, phân loại bệnh.

- Về đặc điểm cận lâm sàng: tỷ lệ phát hiện kí sinh trùng ghê bằng dermoscopy, soi tươi bằng kính hiển vi và so sánh tỷ lệ phát hiện của 2 phương pháp này.

**Xử lý số liệu**

- Số liệu được làm sạch, nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Bộ nhập liệu được thiết kế với tệp kiểm tra để khống chế các sai số.

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0 theo các mục tiêu của nghiên cứu.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu này tuân thủ đúng theo các quy định của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh Dược học và được chấp thuận thông qua của bộ môn Da Liễu - Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da Liễu Trung Ương.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm dịch tễ**

**Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ (n=126)**

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	93	73,8
	Nữ	33	26,2
Nhóm tuổi	< 10 tuổi	33	26,2
	10-19 tuổi	30	23,8
	20-29 tuổi	33	26,2
	30-39 tuổi	9	7,1
	40-49 tuổi	12	9,5
	50-59 tuổi	3	2,4
	≥ 60 tuổi	6	4,8
Khu vực sinh sống	Nông thôn	72	57,1
	Thành thị	54	42,9
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	6	4,8
	Sống cùng gia đình	96	76,2
	Sống với tập thể	24	19,0
Nghề nghiệp	Nông dân	6	4,8
	Công nhân	18	14,3
	Tri thức	12	9,5
	Học sinh, sinh viên	33	26,2
	Trẻ em	42	33,5



Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Có nguồn lây rõ	Khác	15	11,7
	Có	81	64,3
	Không	45	35,7
Người sống cùng mắc bệnh	Có	84	66,7
	Không	42	33,3

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc ghê nam nhiều hơn nữ (73,8% so với 26,2%). Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là <10 tuổi và từ 20-29 (26,2%), sau đó là 10-19 tuổi (23,8%). Tỷ lệ bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn là 57,1%, cao hơn so với thành thị 42,9%. Tỷ lệ người mắc ghê sống cùng gia đình 76,2% và tập thể 19% cao

hơn hẳn người sống độc thân 4,8%. Tỷ lệ trẻ em bị bệnh là cao nhất 33,5%. Sau đó là học sinh - sinh viên 26,2%. Tỷ lệ biết rõ nguồn lây là 64,3%, chưa rõ nguồn lây là 35,7%, trong đó tỷ lệ người sống cùng mắc bệnh là 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian bị ghê dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%, thấp nhất là từ khoảng 2-3 tháng (9,5%).

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương và triệu chứng cơ năng**

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượt (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Kẽ ngón tay, lòng bàn tay	114	90,5
	Chân, kẽ ngón chân	96	76,2
	Sinh dục ngoài	105	83,3
	Bụng, quanh thắt lưng	84	66,7
	Đầu, mặt, cổ	0	0,0
Tổn thương	Mụn nước	126	100,0
	Luồng ghê	42	16,7
	Sẩn cục	33	26,2
	Ban đỏ	75	59,5
	Vảy da	63	50
Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại bệnh	Ghê thường	45	35,5
	Ghê vảy	5	4,0
	Ghê chàm hóa	60	47,3
	Sẩn cục sau ghê	11	8,7
	Ghê sinh dục	6	4,5
Mức độ ngứa	Không ngứa	0	0,0
	Ngứa ít	3	2,4
	Ngứa vừa	60	47,6
	Rất ngứa	63	50,0
Thời điểm ngứa chủ yếu	Ban đêm	102	81,0
	Ban ngày	8	6,3
	Cả ngày và đêm	16	12,7



Vị trí xuất hiện tổn thương thường gặp nhất là kẽ ngón tay, lòng bàn tay 90,5%; 83,3% ở bộ phận sinh dục ngoài; 76,2% ở chân và kẽ ngón chân, ở vùng bụng và quanh thắt lưng là 66,7%. Không có trường hợp gặp tổn thương vùng đầu, mặt, cổ. 100% bệnh nhân có tổn thương mụn nước, tổn thương dạng ban đỏ chiếm

54,8%, vảy da chiếm 50%. Một số loại tổn thương khác ít gặp hơn như dạng sần cục 26,2%, luống ghẻ 16,7%. Ghẻ chàm hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%, sau đó là ghẻ thường 35,5%. Tất cả bệnh nhân mắc ghẻ đều có triệu chứng ngứa, trong đó, chủ yếu là 50,0% rất ngứa, 47,6% ngứa vừa.

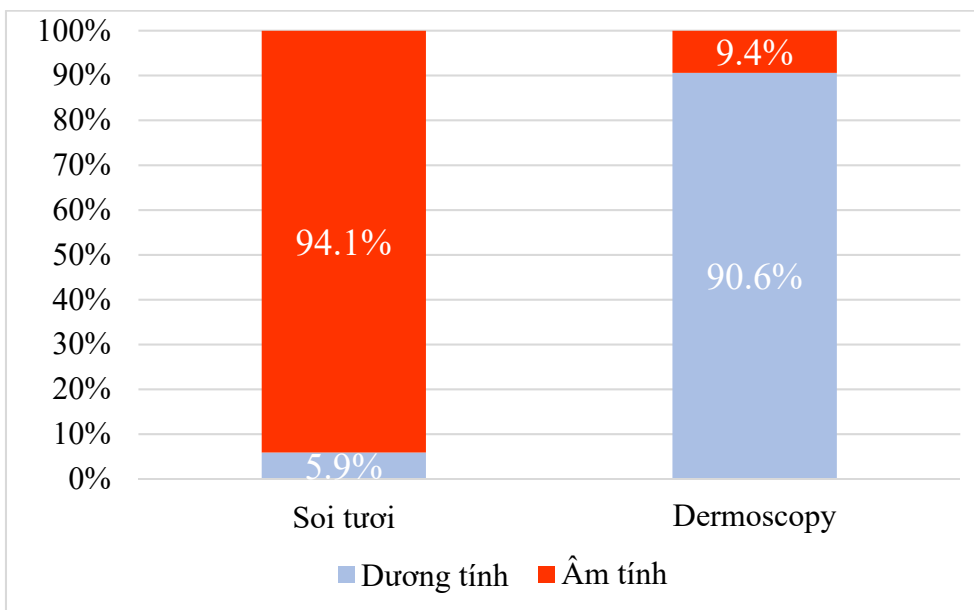
### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3.4. Tỷ lệ tìm thấy KST ghẻ bằng 2 phương pháp soi KHV và soi dermoscopy**

Phương pháp	Dương tính		Âm tính		Chung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Soi tươi	5	5,9	80	94,1	85	100,0
Dermoscopy	116	92,1	10	7,9	126	100,0

Có 85 bệnh nhân được xét nghiệm soi tươi tìm ghẻ, tỷ lệ dương tính là 5,9%, âm tính 92,1%. Với phương pháp chụp dermpscopy (n=126), tỉ lệ dương tính là 92,1%, âm tính 7,9%.

**Biểu đồ 3.1. So sánh kết quả soi tươi và chụp dermoscopy phát hiện KST ghẻ (n=85)**



Tỷ lệ phát hiện được KST ghẻ bằng soi tươi tìm ghẻ chỉ là 5,9%, trong khi tỷ lệ phát hiện KST ghẻ bằng dermoscopy đến 90,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm dịch tễ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam nhiều hơn nữ, nhóm tuổi trẻ em thanh thiếu niên cao hơn nhóm tuổi khác. Kết quả này có thể do liên

quan đến điều kiện sống, sự khác biệt giữa thói quen vệ sinh hàng ngày của giới nam và nữ và nhóm tuổi trẻ em, thanh thiếu niên là nhóm đối tượng có nguy cơ dễ bị ghẻ do hầu hết đều là đối tượng đi nhà trẻ, hoặc có thói quen giao tiếp, tiếp xúc nhiều, thường sống tập thể trong trường bán trú, kí túc xá, nhà trọ nên dễ bị lây lan.

Bệnh nhân sống ở khu vực nông thôn chiếm 57,1% và khu vực thành thị chiếm 42,9%. Sự phân bố này phản ánh tình hình diễn biến tương đối phức tạp của ghẻ, khi tỷ lệ xuất hiện nhiều kể cả ở thành thị.

Tỷ lệ bệnh nhân có bị ghẻ dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ cao



nhất với 50,0%, thấp nhất là từ 2-3 tháng 9,5%. Thông qua kết quả này có thể thấy bệnh nhân bị ghẻ được phát hiện bệnh tương đối sớm tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân sau hơn 3 tháng mới phát hiện ra bệnh với 21,4%.

Trong tổng số 126 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ biết rõ nguồn lây bệnh ghẻ là 64,3% và 35,7% không rõ nguồn lây. 66,7% người sống cùng ghi nhận có triệu chứng của ghẻ. Bệnh ghẻ luôn là một trong số những bệnh lý da liễu có khả năng lây lan cao nhất, do đó, điều trị ghẻ không chỉ là điều trị người mắc ghẻ mà cần tư vấn tỉ mỉ về chế độ thay đổi sinh hoạt cũng như cần điều trị cho tất cả những thành viên xung quanh có triệu chứng tương tự để tránh lây chéo.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Về đặc điểm lâm sàng, vị trí xuất hiện tổn thương bệnh ghẻ thường gặp nhất là kẽ ngón tay, lòng bàn tay (chiếm tới 90,5%), tiếp theo là 83,3% ở bộ phận sinh dục ngoài, 76,2% ở chân và kẽ ngón chân. Chiếm tỷ lệ thấp hơn là những tổn thương ghẻ ở vùng bụng và quanh thắt lưng. Ngoài ra, không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu có vị trí tổn thương bệnh ghẻ ở đầu, mặt, cổ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Hoàng Khâm: vị trí ngón tay, lòng bàn tay cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,12% và không ghi nhận tổn thương ghẻ ở vùng đầu, mặt, cổ, lưng [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương cơ bản thường gặp nhất là mụn nước (100,0%), phù hợp với kết quả của Phạm Hoàng Khâm, Nguyễn Khắc Bình và Hoàng Văn Minh.<sup>3-5</sup> Luống ghẻ là một tổn thương rất đặc hiệu để chẩn đoán bệnh, song nghiên cứu của chúng tôi chỉ tìm thấy ở hơn 16% bệnh nhân, tuy nhiên vẫn cao hơn so với Phạm Hoàng Khâm (5,91%) và Hoàng Văn Minh (14,7%) [3,4]. Ngoài ra, có 59,5% bệnh nhân xuất hiện tổn thương ban đỏ, 50% vảy da, đây là những tổn thương thứ phát trong bệnh ghẻ, có thể do bệnh nhân chà xát, gãi nhiều, gây ra các thương tổn chàm hoá. Cũng chính vì thế, tỷ lệ ghẻ chàm hóa chiếm cao nhất (47,3%) trong các thể bệnh của ghẻ, cao hơn tỷ lệ ghẻ thông thường (35,5%). Ngoài ra, ghẻ vảy chỉ có 5 trường hợp trong tổng số 126 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ rất thấp (4,0%). Điều này phù hợp với các tác giả nước ngoài khi cho rằng bệnh ghẻ vảy là một thể nặng nhưng ít gặp của bệnh nhiễm ký sinh trùng *Sarcoptes scabiei*, chủ yếu gặp ở những người suy giảm miễn dịch (do nhiễm HIV, dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc các bệnh lý hệ thống khác) [6]. Số bệnh nhân được chẩn đoán sẩn cục sau ghẻ là 11, chiếm 8,7%. Đây là một tỷ lệ không cao đây là loại tổn thương tồn tại dai dẳng,

khó điều trị, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân một cách lâu dài. Các tài liệu về bệnh ghẻ cho rằng sẩn cục thường gặp nhất ở vùng sinh dục, vùng bẹn, lâu lành, thể hiện sự phản ứng quá mẫn của cơ thể với những phần còn sót lại của ký sinh trùng ghẻ, của dị nguyên [7].

50,0% bệnh nhân rất ngứa, 47,6% ngứa vừa và chỉ có 2,4% ngứa ít. Điều này có nghĩa là tất cả bệnh nhân mắc ghẻ đều có triệu chứng ngứa. Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân cảm thấy ngứa trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Phạm Hoàng Khâm (2011), với 66,01% [3]. Tuy nhiên, cả hai nghiên cứu cũng đã chỉ ra cảm giác rất ngứa khi mắc ghẻ của bệnh nhân là rất lớn.

81% bệnh nhân cảm thấy rất ngứa chủ yếu vào ban đêm, 12,7% ngứa cả ngày và đêm, có 6,3% ngứa chủ yếu vào ban ngày. Kết quả này tương đồng với nhận định của Phạm Hoàng Khâm với đa số bệnh nhân cảm thấy ngứa nhất là khi đi ngủ (80,3%), còn tỷ lệ ngứa nhất vào buổi sáng chỉ là 3,45% [3]. Ngoài ra, kết quả của chúng tôi tương đương với Kihyuk Shin, Hyunju Jin và các cộng sự, bởi nhóm tác giả cho biết: hầu hết bệnh nhân mắc ghẻ cảm thấy ngứa nhất vào thời gian trước khi ngủ (46,3%), 36,6% ngứa nhất vào buổi tối và chỉ có một số ít ngứa vào buổi sáng (2,4%) hoặc buổi chiều (3,7%) [8]. Từ kết quả trên cho thấy cho thấy ngứa có thể gặp bất cứ ở thời điểm nào trong một ngày, tuy nhiên, vẫn đặc biệt nhiều nhất vào buổi tối. Do đó, cần điều trị giảm ngứa cho người bệnh vào thời gian này để họ cảm thấy dễ chịu hơn.

#### 4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Phương pháp tìm ký sinh trùng ghẻ đóng vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện được đúng bệnh và góp phần điều trị đúng đích, giúp đem lại hiệu quả cao. Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng cả hai phương pháp soi tươi và soi dermoscopy để tìm ký sinh trùng ghẻ. Trên 85 trường hợp được xét nghiệm tìm ký sinh trùng (KST) ghẻ bằng cả soi tươi dưới kính hiển vi và soi dermoscopy, tỷ lệ phát hiện KST ghẻ qua soi tươi là 5/85 (5,9%), tỷ lệ phát hiện KST qua dermoscopy là 77/85 (90,6%). Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Dupuy A và các cộng sự tiến hành năm 2007 trên tổng số 756 bệnh nhân được chẩn đoán ghẻ với 91% (khoảng tin cậy 95%: 86%-96%). Các tác giả này đã kết luận, tiêu chuẩn soi dermoscopy là một trong những công cụ hữu ích để chẩn đoán ghẻ với độ nhạy cao, được hiện tốt ngay cả với những kỹ thuật viên ít kinh nghiệm, giúp tăng cường chẩn đoán lâm sàng để đưa ra định hướng, quyết định điều trị [9]. Một nghiên cứu khác năm 2012, Ju và các cộng sự đã đánh giá trên



49 bệnh nhân và đưa ra kết luận: soi dermoscopy được coi là phương pháp chẩn đoán cho bệnh ghẻ trong thời điểm hiện tại, đặc biệt hữu ích trong việc chẩn đoán ghẻ ẩn danh [10]. Nghiên cứu của Walter và các cộng sự trên 125 bệnh nhân vào năm 2011 cũng đã chỉ ra, độ nhạy của phương pháp soi dermoscopy là 83%, cao hơn đáng kể so với độ nhạy của phép thử băng dính, với 68% và cao da (46%). Độ nhạy của soi dermoscopy tăng lên theo mức độ nghiêm trọng của bệnh [11]. Với phương pháp soi tươi, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dương tính chỉ có 5,9%, thấp hơn nhiều so với Dupuy A và các cộng sự là 90%. Điều này có thể do trong nghiên cứu của Dupuy A, xét nghiệm soi tươi nếu âm tính lần đầu, thì sẽ được làm lại lần thứ 2 dưới sự trợ giúp của bác sĩ lâm sàng. Ngoài ra, qua biểu đồ 3.2, khi cho 85 bệnh nhân làm cả 2 phương pháp soi tươi và soi dermoscopy, tỷ lệ dương tính của dermoscopy là 90,6% cao hơn nhiều so với tỷ lệ dương tính của soi tươi tìm ghẻ. Như vậy, theo kết quả của chúng tôi, vai trò của xét nghiệm soi trực tiếp trong chẩn đoán bệnh ghẻ là không nhiều. Qua đây, có thể thấy soi dermoscopy là phương pháp giúp tìm ký sinh trùng ghẻ được chính xác hơn, tránh bỏ sót đối tượng. Vậy, nên sử dụng phương pháp này để kết hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán ghẻ để giúp chẩn đoán chính xác.

## 5. KẾT LUẬN

Bệnh ghẻ có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở nam giới, hay gặp ở trẻ em và học sinh, sinh viên. Tỷ lệ mắc ghẻ ở nông thôn và thành thị không khác biệt nhiều. Dermoscopy là một xét nghiệm đơn giản, thuận tiện để phát hiện ký sinh trùng ghẻ với tỷ lệ phát hiện KST ghẻ cao gấp 15,3 lần so với soi tươi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Fuller LC, Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis.* 2013;26(2):123-126. doi:10.1097/QCO.0b013e32835eb851
- [2] Engelman D, Fuller LC, Steer AC, Consensus criteria for the diagnosis of scabies: A Delphi study of international experts. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(5):e0006549. doi:10.1371/journal.pntd.0006549
- [3] Phạm Hoàng Khâm, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh ghẻ tại Bệnh viện 103 (2000-2009), *Y học thực hành* 760 (4/2011), 87-89.
- [4] Hoàng Văn Minh, Võ Quang Đình, Bệnh ghẻ và nhiễm HIV trên người nghiện ma túy, NXB Y học, Bộ môn Da liễu Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, 2003.
- [5] Nguyễn Khắc Bình, Tình hình bệnh ghẻ, đặc điểm lâm sàng và tác động của thuốc DEP ở một số trường tiểu học bán trú tỉnh Yên Bái, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2000.
- [6] Fernández-Sánchez M, Saeb-Lima M, Alvarado-de la Barrera C et al., Crusted scabies-associated immune reconstitution inflammatory syndrome. *BMC Infect Dis.* 2012;12:323. doi:10.1186/1471-2334-12-323
- [7] Mittal A, Garg A, Agarwal N et al., Treatment of nodular scabies with topical tacrolimus. *Indian Dermatol Online J.* 2013;4(1):52-53. doi:10.4103/2229-5178.105486
- [8] Shin K, Jin H, You HS et al., Clinical characteristics of pruritus in scabies - *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology.* 2017;83:4:492-493. <https://ijdvl.com/clinical-characteristics-of-pruritus-in-scabies/>
- [9] Dupuy A, Dehen L, Bourrat E et al., Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56(1):53-62. doi:10.1016/j.jaad.2006.07.025
- [10] Park JH, Kim CW, Kim SS, The diagnostic accuracy of dermoscopy for scabies. *Ann Dermatol.* 2012;24(2):194-199. doi:10.5021/ad.2012.24.2.194
- [11] Walter B, Heukelbach J, Fengler G et al., Comparison of dermoscopy, skin scraping, and the adhesive tape test for the diagnosis of scabies in a resource-poor setting. *Arch Dermatol.* 2011;147(4):468-473. doi:10.1001/archdermatol.2011.51.

