

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH NẤM Ở DA CỦA CÁC BỆNH NHÂN ĐẾN XÉT NGHIỆM TẠI KHOA KÝ SINH TRÙNG BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

*Tôn Nữ Phương Anh, Ngô Thị Minh Châu, Nguyễn Thị Hoá,
Nguyễn Phước Vinh, Hà Thị Ngọc Thúy
Bộ môn Ký sinh trùng, Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt:

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ nhiễm nấm ở da và các cơ quan phụ cận (tóc, móng) của các bệnh nhân có thương tổn lâm sàng nghi nhiễm nấm da tại Khoa Ký sinh trùng Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. 2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 415 bệnh nhân đến khám tại phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế được chẩn đoán theo dõi bệnh nấm da dựa trên các triệu chứng lâm sàng và cho làm xét nghiệm trực tiếp tìm nấm tại Khoa Ký sinh trùng. **Kết quả:**

1. Tỷ lệ bệnh nấm ở da, tóc và móng của các đối tượng có thương tổn lâm sàng nghi nhiễm nấm: Tỷ lệ bệnh là 51,81%, các thể bệnh lâm sàng: nấm thân 33,02%, nấm bẹn 29,30%, nấm da bàn chân 6,05%, viêm quanh móng – móng 5,58%, chốc đầu 3,72%, nấm móng 3,72%, da bàn tay – viêm kẽ tay 3,72%, thể bệnh phối hợp 14,88%. 2. Các yếu tố liên quan của bệnh vi nấm ở da và cơ quan phụ cận: Tuổi: độ tuổi 16 -25 có tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn các độ tuổi khác (73,95%); Giới: nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (nam 71,16% và 28,84% nữ) và sự khác biệt theo giới rõ ràng trong nhóm tuổi 16 – 25; Nghề nghiệp: tỷ lệ nhiễm nấm của học sinh sinh viên (58,85%), nông dân (62,50%), công nhân (58,33%), thợ thủ công (62,50%) cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác; Nơi sống: đối tượng sống ở nông thôn và thành thị tập thể có tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn đối tượng sống thành thị nhà riêng (tỷ lệ lần lượt là 63,13%, 57,44% so với 37,27%); Loại thuốc sử dụng trước khi đến khám: tỷ lệ bệnh cao nhất ở những đối tượng có sử dụng corticoides trước đó (87,50%); Môi trường sống và đặc điểm cá nhân: các yếu tố không có sẵn nước để dùng, ra mồ hôi, thường xuyên hoạt động thể lực có sự liên quan chặt chẽ với tỷ lệ nhiễm nấm da, tỷ lệ nhiễm nấm da ở đối tượng có đặc điểm này lần lượt là 84,31%, 56,36% và 95,88% cao hơn so với nhóm đối tượng không có các yếu tố này (47,25%, 42,86% và 38,36%).

Từ khóa: *Bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận, thể bệnh lâm sàng, tinea.*

Abstract:

STUDIED THE CUTANEOUS FUNGAL DISEASE OF ATTENDING PATIENTS AT PARASITOLOGY LABORATORY, HUE UNIVERSITY HOSPITAL

*Ton Nu Phuong Anh, Ngo Thi Minh Chau, Nguyen Thi Hoa,
Nguyen Phuoc Vinh, Ha Thi Ngoc Thuy
Dept. of Parasitology, Hue University of Medicine and Pharmacy*

Objectives: To determine the prevalence of cutaneous fungal disease and the related factors of 415 attending patients at Parasitology Laboratory, Hue University Hospital. **Materials**

and methods: A crosssectional survey for describe on 415 patients of clinically suspected dermatomycose lesions at the Dermatology Clinic. The samples of skin, hair and nails were collected and were examined by KOH 20% solution to diagnose fungal disease. We interviewed patients to get some related factors. **Results:** 1. The prevalence of fungal disease was 51.81 and clinical types included: tinea corporis 33.02%, tinea cruris 29.30%, tinea pedis 6.05%, paronychia - onychomycosis 5.58%, tinea capitis 3.72%, tinea unguium 3.72%, tinea mannum and interdigital of fingers 3.72%, multiple clinical type 14.88%. 2. Factors associated with cutaneous fungal disease included: Age: age group from 16 to 25 had the highest prevalence fungal infection (73.95%); Gender: males were more infected (71.16%) than females (28.84%); Occupation: the prevalence cutaneous fungal disease of students (58.85%), farmers (62.50%), blue - collar workers (58.33%) and craftsmen (62.50%) were higher than other occupations; Habitat: living in rural and dormitory had the prevalence cutaneous fungal disease higher than private house in urban; Drug using for previous treat: treating with corticoides were more affected than antibiotics and other drugs, living facilities and personal characteristics: unavailable freshwater, physical activities, usual sweat. **Conclusion:** The prevalence of cutaneous fungal disease in patients of clinically suspected dermatomycose lesion was 51.81%. Tinea corporis is the commonest clinical type. Related factors of this disease were age, gender, occupation, habitat, previous treating by corticoides, unavailable freshwater, physical activities, usual sweat.

Key words: Cutaneous fungal disease, clinical types, tinea.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vi nấm ở da và cơ quan phụ cận là một bệnh phổ biến trên thế giới. Bệnh có thể do nhiều tác nhân khác nhau gây ra, phổ biến nhất là do nấm da (*dermatophytes*), ngoài ra các bệnh nguyên khác có thể gặp là nấm *Candida sp.*, *Pityosporum orbiculaire* và một số loài nấm mốc (*non dermatophytes molds*). Bệnh đặc biệt thường gặp ở các nước nhiệt đới do điều kiện khí hậu nóng ẩm thuận lợi cho vi nấm phát triển và gây bệnh [1,13]. Ở Việt Nam, theo Nguyễn Hữu Sáu thì tại Bệnh viện Da Liễu Trung ương bệnh nấm da chiếm tỉ lệ 6,3% trong tổng số các bệnh da đến khám [4], theo Nguyễn Tất Thắng trong quân đội bệnh chiếm tỉ lệ 7 - 10% [5].

Trong thực tế biểu hiện các thương tổn lâm sàng của bệnh nấm ở da có thể nhầm lẫn với một số bệnh da khác như lang ben, vẩy nến, eczema, vẩy phấn hồng Gilbert... [1,13,20] vì vậy để chẩn đoán chính xác cần thiết phải làm xét nghiệm tìm nấm. Ngoài ra bệnh còn có một số yếu tố thuận lợi khác như: cơ địa ra

hiều mồ hôi, tình trạng vệ sinh kém, không đủ nước sạch để dùng, sử dụng chung vật dụng cá nhân với người bị bệnh, tiếp xúc nhiều với động vật nuôi, sử dụng thuốc không hợp lý... [1,13,20].

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu tình hình bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận trên các bệnh nhân đến xét nghiệm nấm tại Khoa Ký sinh trùng Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế**” nhằm 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ nhiễm nấm của các bệnh nhân có thương tổn lâm sàng ở da, tóc và móng nghi nhiễm nấm tại Khoa Ký sinh trùng Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bệnh nấm ở da, tóc và móng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm 415 bệnh nhân đến khám tại phòng khám Da liễu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế được

chẩn đoán theo dõi bệnh nấm ở da, tóc, móng dựa trên các triệu chứng lâm sàng và được chỉ định làm xét nghiệm trực tiếp tìm nấm.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Ký sinh trùng Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, 8/2010 - 8/2011.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không đồng ý trả lời phiếu phỏng vấn hoặc có điều trị thuốc kháng nấm trong vòng 15 ngày trở lại trước khi đến khám, đối tượng bị bệnh nấm nông bao gồm lang ben, trứng tóc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Đề tài được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp tiến hành:

- Tiếp xúc phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu để khai thác các yếu tố dịch tễ và các yếu tố liên quan tới bệnh nấm theo phiếu điều tra đã lập sẵn.

- Khám lâm sàng xác định vị trí tổn thương xếp loại thể bệnh theo tiêu chuẩn phân loại bệnh tật quốc tế ICD -10.

- Lấy bệnh phẩm từ tổn thương, xét nghiệm nấm trực tiếp bệnh phẩm với dung dịch KOH 20% và ghi nhận kết quả.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng chương trình SPSS 11.5.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ bệnh ở nấm da và cơ quan phụ cận

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
≤ 15	9	4,07	12	6,19	21	5,06
16 – 25	182	82,35	149	76,80	331	79,76
26 – 35	17	7,69	10	5,15	27	6,51
36 – 45	6	2,71	11	5,67	17	4,10
46 – 55	4	1,81	9	4,64	13	3,13
56- 65	3	1,36	2	1,03	5	1,20
≥ 66	0	0,00	1	0,52	1	0,24
Tổng	221	100	194	100	415	100

Trong 415 đối tượng nghiên cứu có 221 nam chiếm tỷ lệ 53,25% và 194 nữ chiếm tỷ lệ 46,75%. Độ tuổi 16 -25 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (79,76%). Trong từng độ tuổi sự phân bố tỷ lệ nam, nữ hầu như không có sự khác biệt đáng kể. Tuổi nhỏ nhất là 4 tuổi, tuổi lớn nhất 67 tuổi, tuổi trung bình $23 \pm 8,7$ tuổi.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nấm qua xét nghiệm nấm trực tiếp

Nhiễm nấm da	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	215	51,81
Không	200	48,19
Tổng	415	100

Tỷ lệ bệnh nấm ở những đối tượng có thương tổn lâm sàng ở da, tóc và móng nghi nhiễm nấm là 51,81% dựa vào xét nghiệm nấm trực tiếp bệnh phẩm với dung dịch KOH 20%.

Bảng 3.3. Thể bệnh lâm sàng của bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận

Thể bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nấm da thân	71	33,02
Nấm bẹn	63	29,30
Nấm da bàn chân	13	6,05
Viêm quanh móng – móng	12	5,58
Chốc đầu	8	3,72
Nấm móng	8	3,72
Nấm da bàn tay và viêm kẽ tay	8	3,72
Thể phối hợp	32	14,88
Tổng	215	100

Nấm da thân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,02%), tiếp đến là nấm bẹn 29,30%, chúng tôi ghi nhận có 14,88% thể bệnh phối hợp.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ bệnh nấm ở da, tóc và móng

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh theo độ tuổi và giới tính

Độ tuổi	Bệnh nhân nam		Bệnh nhân nữ		Tổng số bệnh nhân		P
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
≤ 15	5	55,56	4	44,44	9	4,19	<0,05
16 – 25	122	76,73	37	23,27	159	73,95	
26 – 35	13	68,42	6	31,58	19	8,84	
36 – 45	6	46,15	7	53,85	13	6,05	
46 – 55	4	44,44	5	55,56	9	4,19	
56- 65	3	60,00	2	40,00	5	2,33	
≥ 66	0	0,00	1	100	1	0,47	
Tổng chung	153	71,16	62	28,84	215	100	

Nhìn chung nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (71,16% so với 28,84%). Độ tuổi mắc bệnh cao nhất là 16 -25 tuổi (73,95%). Tuy vậy trong từng nhóm tuổi tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ là tương đương nhau, trừ nhóm tuổi 16 -25 và 36 -35: nam bị bệnh nhiều hơn nữ.

Bảng 3.5. Liên quan giữa nghề nghiệp và tỷ lệ nhiễm nấm

Nghề nghiệp	Số XN	Nhiễm nấm		P
		N	(%)	
Học sinh, sinh viên	253	149	58,89	< 0,001
Cán bộ công chức	72	23	31,94	
Nông dân	32	20	62,50	
Công nhân	12	7	58,33	
Thợ thủ công	8	5	62,50	
Buôn bán	13	4	30,77	
Nội trợ	18	5	27,78	
Nghề khác	7	2	28,57	
Tổng	415	215	51,81	

Nhóm đối tượng là học sinh – sinh viên, nông dân, công nhân và thợ thủ công có tỷ lệ bệnh cao hơn những nhóm nghề nghiệp khác

Bảng 3.6. Liên quan giữa địa điểm sinh sống và bệnh nấm ở da

Địa chỉ	Số lượng	Nhiễm nấm		P
		N	(%)	
Nông thôn	160	101	63,13	< 0,001
Thành thị tập thể	94	54	57,44	
Thành thị nhà riêng	161	60	37,27	
Tổng	415	215	51,58	

Có mối liên quan giữa nơi sinh sống và tỷ lệ bệnh nấm da, những đối tượng sống ở nông thôn và thành thị tập thể nhiễm nấm cao hơn những đối tượng ở thành thị nhà riêng.

Bảng 3.7. Liên quan giữa loại thuốc điều trị và bệnh nấm ở da

Thuốc	Số lượng	Nhiễm nấm		P
		N	(%)	
Kháng sinh	33	19	57,58	< 0,01
Corticoides	48	42	87,50	
Không rõ loại	69	47	68,12	
Tổng	150	108	72,00	

Có sự khác biệt giữa loại thuốc điều trị trước khi đến khám với bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận: nhóm bệnh nhân dùng corticoides có tỷ lệ bệnh cao nhất.

Bảng 3.8. Liên quan giữa một số yếu tố môi trường sinh sống và đặc điểm cá nhân với bệnh nấm

Yếu tố		Số XN	Bệnh nấm		P
			N	Tỷ lệ (%)	
Không có sẵn nước để dùng	Có	51	43	84,31	< 0,001
	Không	364	172	47,25	
Nuôi động vật	Có	148	82	55,41	>0,05
	Không	267	133	49,81	
Tiếp xúc động vật	Có	102	58	56,86	> 0,05
	Không	313	157	50,16	
Ra mồ hôi	Có	275	155	56,36	<0,01
	Không	140	60	42,86	
Mang giày thường xuyên	Có	114	54	47,37	>0,05
	Không	301	161	53,49	
Hoạt động thể lực thường xuyên	Có	97	93	95,88	<0,001
	Không	318	122	38,36	
Mặc chung áo quần	Có	43	19	44,19	>0,05
	Không	372	196	52,69	
Bệnh mạn tính hoặc dùng thuốc dài ngày	Có	32	17	53,13	>0,05
	Không	383	198	51,70	

Có mối liên quan giữa không có sẵn nước để dùng, ra mồ hôi và hoạt động thể lực thường xuyên với tỷ lệ bệnh nấm ở da.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh nấm ở da, tóc móng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Độ tuổi, giới tính của mẫu nghiên cứu

Kết quả bảng 3.1 về phân bố độ tuổi và giới tính cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi 16 -25 chiếm tỷ lệ 79,76%, trong khi đó những độ tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp, tuổi trung bình của nghiên cứu là $23 \pm 8,7$, tuổi nhỏ nhất 4 tuổi và tuổi lớn nhất 67 tuổi. Vậy kết quả này cho thấy thương tổn lâm sàng ở da, tóc và móng nghĩ đến bệnh nguyên là vi nấm thường gặp ở đối tượng là thanh niên. Xét về tỷ lệ giới tính của mẫu, tỷ lệ nam : nữ là 1,14.

Nghiên cứu của Bùi Văn Đức và cộng sự (2004) tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh về bệnh nấm da *dermatophytes* cũng cho thấy tỷ lệ cao đối tượng đến khám là người trẻ tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 22,5 tuổi, độ tuổi 16 - 40 chiếm 72,9%, tỷ lệ nam:nữ là 1,23 [3]. Một số nghiên cứu của các tác giả từ nhiều quốc gia khác nhau cũng cho thấy tuổi trẻ là những người đến khám chủ yếu về bệnh lý nấm ở da. Nghiên cứu của Perea S. về nấm móng chân và nấm bàn chân ở 1000 người dân Tây Ban Nha [16] cho thấy tỷ lệ cao các đối tượng đến khám ở độ tuổi 20 – 40 (40,9%), khác biệt so với những độ tuổi khác. Kazemi Abdolhassan nghiên cứu về bệnh nấm móng ở Iran ghi nhận trong 590 bệnh nhân đến khám có thương tổn da nghi do nhiễm nấm thì tỷ lệ nam : nữ của mẫu nghiên cứu là 1,5 [12].

Xét về phân bố độ tuổi theo giới tính trong kết quả bảng 3.2 cho thấy ở cả 2 giới tỷ lệ đối tượng đến khám cao ở độ tuổi 16 - 25, cụ thể tỷ lệ này là 82,35% ở nam và 76,80% ở nữ, khác biệt với những độ tuổi khác ($p < 0,01$).

Vậy điều này một lần nữa cho thấy thương tổn ở da và cơ quan phụ cận nghi nhiễm nấm da là phổ biến ở người độ tuổi thanh niên.

4.1.2. Tỷ lệ bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận dựa vào kết quả xét nghiệm trực tiếp

Tỷ lệ nhiễm nấm dựa vào kết quả xét nghiệm nấm trực tiếp trong nghiên cứu chúng tôi là 51,81%. Một số nghiên cứu khác ở nước ngoài về tỷ lệ nhiễm nấm trên các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nghi do nấm đều ghi nhận kết quả là tỷ lệ bệnh cao hơn kết quả của chúng tôi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Cụ thể là nghiên cứu thực hiện tại Peru về tỷ lệ nhiễm nấm ở các bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là bệnh nấm nông do nhóm nghiên cứu của tác giả Flores J M. và cộng sự ghi nhận tỷ lệ nhiễm nấm là 64,59% [10], Adefemi SA. nghiên cứu trên học sinh tiểu học bang Kwara, Nigrieria tỷ lệ này là 68,33% [5].

4.1.3. Các thể bệnh lâm sàng

Kết quả của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy thể bệnh nấm thân có tỷ lệ cao nhất (33,02%), tiếp đến là nấm bẹn (29,30%), các thể bệnh còn lại có tỷ lệ thấp, điều đáng lưu ý ở đây là kết quả của chúng tôi ghi nhận có đến 14,88% là thể bệnh phối hợp, điều này cho thấy sự khá phổ biến của sự phối hợp của hai thể bệnh ở các bệnh nhân đến khám.

Kết quả nghiên cứu của Bùi Văn Đức cũng ghi nhận vị trí bệnh phổ biến là vùng bẹn – mông 87,8% và 53,3% có từ 2 vị trí bệnh trở lên [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Sáu và cộng sự thì tỷ lệ nấm da thân là 43,4% [4]. Kết quả khảo sát của Evangelin B. (2005) tại Philippines, một nước có điều kiện khí hậu nhiệt đới tương tự Việt Nam, các thể bệnh có tỷ lệ cao là nấm thân 31,45% và nấm bẹn 23,21%, các thể bệnh khác có tỷ lệ là: nấm chân 22,76%, VQM – M 4,38%, chốc đầu 2,32%, nấm móng 7,77%, nấm da bàn tay 8,10% [9]. Vùng thân mình có diện tích rộng, cộng với khí hậu nóng ẩm ở các nước nhiệt đới thuận lợi cho vi nấm phát triển, vì vậy

nếu thói quen vệ sinh cá nhân và chăm sóc thân thể không tốt dễ tạo điều kiện cho nấm xâm nhập và gây bệnh trên vùng da rộng lớn này [11]. Điều này phần nào giải thích nấm da thân chiếm tỷ lệ cao nhất.

Theo nghiên cứu của Flore JM. (Peru) ghi nhận các thể bệnh có tỷ lệ là: nấm da chân (62,6%) và nấm móng chân (20,5%), các thể bệnh còn lại là nấm thân 2,4%, nấm móng tay 3,6% và 10,9% là các thể bệnh khác [10]. Khảo sát của Nishimoto K. tại Nhật ghi nhận thể bệnh do *dermatophytes* thì có tỷ lệ cao nhất là nấm da chân (60,21%) tiếp đến là nấm móng 25,56%, các thể bệnh khác có tỷ lệ thấp: nấm da tay 3,1%, nấm thân 6,22%, nấm ben 3,74%, và chốc đầu 0,18% [15]. Điểm khác biệt lớn của những nghiên cứu này với kết quả của chúng tôi là tỷ lệ nấm da chân và nấm móng cao hơn kết quả của chúng tôi rất nhiều. Theo báo cáo của Bramono K. về bệnh nấm móng ở các nước Châu Á vào những năm cuối của thập niên 90 của thế kỷ 20, ghi nhận tỷ lệ bệnh nấm móng ở các nước Châu Á khác nhau ở các vùng khí hậu: tỷ lệ thấp ở nước nhiệt đới (3,8%) so với các nước khí hậu cận nhiệt đới hoặc ôn đới (18%) [7]. Điều này có thể được giải thích do liên quan đến thói quen đi giày kín và đeo tất thường xuyên ở các nước có khí hậu lạnh [7],[11]. Ngoài ra cũng ghi nhận xu hướng tăng lên về bệnh nấm móng và nấm da chân ở các nước khí hậu nhiệt đới như ở Indonesia do sự tăng lên của tuổi thọ, thay đổi về lối sống (làm việc công sở nên thường xuyên mang giày), sự gia tăng số người luyện tập thể thao [7].

Trong khi đó nghiên cứu của Adefemi và cộng sự tại Nigeria (2012) trên đối tượng là học sinh tiểu học cho thấy chốc đầu 76,11%, nấm da thân 16,11%, nấm da chân 2,78%, phối hợp chốc đầu và nấm da thân 5% [5]. Điều này phù hợp với ý kiến là chốc đầu thường gặp ở trẻ em do trẻ em chưa chú ý tới vấn đề chăm sóc tóc, lây nhiễm từ các dịch vụ tắm công cộng và vệ sinh cá nhân kém [5],[11].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 14,88% thể bệnh phối hợp. Một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng các thể phối hợp có thể do những loài vi nấm có khả năng gây bệnh ở nhiều vị trí cơ thể khác nhau [5]. Ngoài ra, vấn đề này cũng có thể được giải thích do vệ sinh cá nhân kém hoặc sự chậm trễ trong điều trị dẫn đến sự lây lan mầm bệnh giữa các vùng cơ thể.

4.2. Các yếu tố liên quan đến bệnh vi nấm ở da, tóc và móng

4.2.1. Độ tuổi và giới tính

Kết quả của chúng tôi tỷ lệ bệnh ở nam là 71,16 % và nữ là 28,84%, vậy tỷ lệ nam bị bệnh gấp nữ khoảng 2,5 lần và độ tuổi có tỷ lệ bệnh cao nhất là 16- 25 tuổi (73,95%), tiếp đến là 26-35 tuổi (8,84%). Nghiên cứu của Nishimoto Katsutaro cũng cho thấy tỷ lệ bệnh do *dermatophytes* của nam gấp 1,2 lần so với nữ [15] và kết quả của Flores Juan Medina thực hiện ở Peru cũng ghi nhận tỷ lệ nam mắc bệnh cao hơn nữ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê) [10]. Một số nghiên cứu khác về bệnh nấm da trên thế giới cho thấy bệnh thường gặp ở người trưởng thành trẻ tuổi và thường nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Điều tra dịch tễ bệnh nấm móng chân ở Indonesia ở 10 bệnh viện công lập của tác giả Bramono K. ghi nhận có 44,17% bệnh nhân ở độ tuổi 25 - 45 [7]. Tác giả Kazemi Abdolhassan nghiên cứu về bệnh nấm móng ở Iran ghi nhận tỷ lệ bệnh cao nhất là độ tuổi 11 - 40 tuổi (71%), tỷ lệ nam:nữ là 1,56 [12].

Sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm theo giới tính có thể được giải thích do một trong các yếu tố là các hoạt động thể lực mạnh, ra nhiều mồ hôi và nam giới thường hoạt động thể lực, thể thao nhiều hơn nữ giới. Ngoài ra có thể do sự khác nhau về đặc điểm giải phẫu và sinh lý giữa nam và nữ, cụ thể nam giới da có lỗ chân lông to nên tiết nhiều mồ hôi làm thay đổi pH da thuận lợi cho nấm da, trong khi đó khí hậu nhiệt đới ở nước ta với nền nhiệt độ và độ ẩm cao đã tạo điều kiện rất thuận lợi cho nấm da phát triển. Mặt khác, vấn đề vệ sinh tắm rửa,

thay áo quần hàng ngày của nữ giới thường cẩn thận và thường xuyên hơn nam giới.

Kết quả của chúng tôi ghi nhận bệnh nấm da gặp ở tất cả mọi lứa tuổi, tuy nhiên độ tuổi có tỷ lệ cao nhất là 16 - 25 tuổi (75,14%), điều này được giải thích do đây là độ tuổi có sự phát triển mạnh mẽ của cơ thể và thường có các hoạt động thể lực mạnh hoặc chơi thể thao, vì vậy những thay đổi trong thành phần cấu tạo của da, sự tăng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ dẫn đến tỷ lệ bệnh cao. Bên cạnh đó, sự khác biệt về tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ chỉ gặp ở nhóm tuổi 16 – 35 và không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh giữa nam và nữ ở các nhóm tuổi khác. Vậy điều này cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm bệnh theo giới chỉ gặp ở nhóm người trẻ tuổi hoặc đối tượng ở độ tuổi có nhiều hoạt động thể lực trong công việc hoặc trong thể thao.

4.2.2. Nghề nghiệp và nơi sinh sống

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm nấm của học sinh- sinh viên, công nhân, nông dân và thợ thủ công cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác. Kết quả của tác giả Bùi Văn Đức cũng ghi nhận là bệnh có tỷ lệ cao ở những người lao động phổ thông, học sinh – sinh viên, công nhân [3]. Nghiên cứu của Metintas trên đối tượng là học sinh sinh viên ở Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy các yếu tố liên quan đến bệnh nấm da là vệ sinh cá nhân kém, sống tập thể, trình độ học vấn của mẹ thấp, điều kiện vệ sinh của gia đình kém [14].

Bên cạnh đó chúng tôi cũng ghi nhận có mối liên quan giữa nơi sinh sống và tỷ lệ bệnh ở da và cơ quan phụ cận: đối tượng sống ở nông thôn hoặc thành thị tập thể có tỷ lệ bệnh cao hơn đối tượng sống ở nhà riêng, điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả đã phân tích ở trên là có mối liên quan giữa các nghề nghiệp là học sinh – sinh viên và nông dân và tỷ lệ bệnh (học sinh - sinh viên thường ở tập thể và nông dân sống ở nông thôn).

4.2.3. Điều trị trước khi khám bệnh và thuốc sử dụng

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy đối tượng có

dùng corticoides có tỷ lệ nhiễm nấm (87,50%) cao hơn đối tượng dùng kháng sinh hoặc thuốc khác. Điều này cho thấy rằng việc sử dụng thuốc corticoid không phù hợp đã khiến bệnh nấm ở da tiến triển nặng và kéo dài. Điều này hoàn toàn phù hợp vì corticoides ức chế miễn dịch tại chỗ làm cho nấm da phát triển nhiều lên hoặc giảm miễn dịch tại chỗ làm nấm lây nhiễm và phát triển dễ dàng.

4.2.4. Môi trường sống và đặc điểm cơ thể học cá nhân

Trong bảng 3.7, nhóm yếu tố không có sẵn nước để dùng, ra mồ hôi, thường xuyên hoạt động thể lực có sự liên quan chặt chẽ với tỷ lệ nhiễm nấm da: cụ thể tỷ lệ nhiễm nấm da lần lượt là 84,31%, 56,36% và 95,88% cao hơn so với nhóm đối tượng không có các yếu tố này (47,25%, 42,86%, 38,36%) (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Vì nấm phát triển thuận lợi ở môi trường có nhiệt độ và độ ẩm cao. Ra mồ hôi thường xuyên làm cho da bị ẩm và giảm các yếu tố bảo vệ. Bên cạnh đó, những đối tượng hoạt động thể lực thường xuyên thường ra nhiều mồ hôi nên có tỷ lệ bệnh nấm cao [1,13,19,20]. Mặt khác hoạt động thể lực thường xuyên thường có nguy cơ bị các chấn thương nhỏ ở các vị trí của cơ thể nhưng đây là chấn thương mạn tính nên làm giảm các cơ chế bảo vệ của da, móng [20].

Sử dụng nước không hợp vệ sinh có thể lây nhiễm các giống nấm da từ đất hay động vật. Tuy nhiên, nước máy hiện nay đã khá phổ biến. Ở đây chúng tôi chỉ xét đến khía cạnh có sẵn nước để sử dụng ngay khi cần không và nó cũng ảnh hưởng đến vấn đề vệ sinh cá nhân. Việc cung cấp nước sạch hạn chế, cũng như hệ thống cơ sở hạ tầng liên quan đến vấn đề vệ sinh của cá nhân là một yếu tố ảnh hưởng đến bệnh nấm da [14].

Đường lây truyền của bệnh nấm da có thể do dùng chung quần áo hoặc các vật dụng vệ sinh cá nhân [13,19,20]. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi chưa thấy sự liên quan này, có

thể với mức sống ngày càng được cải thiện nên việc dùng chung áo quần ít hơn, mặc khác sự lây nhiễm của vi nấm có phát triển thành bệnh và vi nấm có xâm lấn vào tổ chức da, móng để phát triển được hoặc không còn phụ thuộc vào một số yếu tố khác như các hàng rào bảo vệ ở da, đáp ứng của cơ thể vật chủ [18].

Bệnh nấm da do giống ưa động vật thường lây nhiễm từ các loài vật nuôi (chó, mèo) sang người. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm nấm da ở những đối tượng nuôi và tiếp xúc chó mèo là không khác biệt so với nhóm không có yếu tố này, điều này có thể giải thích do ở Việt Nam mục đích chủ yếu của nuôi chó là để trông nhà và nuôi mèo là để bắt chuột chứ không phải nuôi để làm các con vật cưng như ở các nước phát triển. Mặt khác đối tượng học sinh - sinh viên của nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao và đây là những đối tượng không có điều kiện để nuôi chó mèo do chủ yếu sống ở tập thể.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng mang tất, giày bít thường xuyên là yếu tố thuận lợi cho bệnh nấm da bàn chân [8,13]. Tuy vậy, điều này có thể phù hợp với các nước có khí hậu mát mẻ hoặc khí hậu lạnh vì ở đây khí hậu thường lạnh nên thói quen đi giày bít thường xuyên và mang tất khá phổ biến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy mối liên quan giữa việc thường xuyên mang tất, giày bít với tỷ lệ nhiễm nấm ở da, kết quả này có thể được giải thích do thói quen đi giày bít ở nước ta chưa phổ biến, và đối tượng sinh viên chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu mà đây là những đối tượng ít đi giày.

Ngoài những yếu tố nguy cơ của bệnh đã kể ở trên thì bệnh lý mạn tính như đái tháo đường hoặc bệnh lý suy giảm miễn dịch nói chung cũng là điều kiện thuận lợi để tăng tỷ lệ bệnh nấm ở da và cơ quan phụ cận [17]. Tuy vậy, nghiên cứu chúng tôi chưa thấy sự

liên quan giữa các bệnh lý mạn tính, việc dùng thuốc dài ngày với bệnh nấm, điều này có thể được giải thích do tần suất bệnh nhân dùng thuốc dài ngày hoặc bệnh mạn tính trong nghiên cứu thấp.

5. KẾT LUẬN

Từ các kết quả nghiên cứu trên có thể đưa ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ bệnh nấm ở da, tóc và móng của các đối tượng có thương tổn lâm sàng nghi nhiễm nấm:

- Tỷ lệ bệnh là 51,81%

- Các thể bệnh lâm sàng: nấm thân 33,02%, nấm bẹn 29,30%, nấm da bàn chân 6,05%, viêm quanh móng – móng 5,58%, chốc đầu 3,72%, nấm móng 3,72%, da bàn tay – viêm kẽ tay 3,72%, thể bệnh phối hợp 14,88%.

2. Các yếu tố liên quan của bệnh vi nấm ở da và cơ quan phụ cận

- Tuổi: độ tuổi 16 -25 có tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn các độ tuổi khác (73,95%).

- Giới: nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (nam 71,16% và 28,84% nữ) và sự khác biệt theo giới rõ ràng trong nhóm tuổi 16 – 25.

- Nghề nghiệp: tỷ lệ nhiễm nấm của học sinh sinh viên (58,85%), nông dân (62,50%), công nhân (58,33%), thợ thủ công (62,50%) cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác.

- Nơi sống: đối tượng sống ở nông thôn và thành thị tập thể có tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn đối tượng sống thành thị nhà riêng (tỷ lệ lần lượt là 63,13%, 57,44% so với 37,27%)

- Loại thuốc sử dụng trước khi đến khám: tỷ lệ bệnh cao nhất ở những đối tượng có sử dụng corticoides trước đó (87,50%).

- Môi trường sống và đặc điểm cá nhân: các yếu tố không có sẵn nước để dùng, ra mồ hôi, thường xuyên hoạt động thể lực có sự liên quan chặt chẽ với tỷ lệ nhiễm nấm da: tỷ lệ nhiễm nấm da ở đối tượng có đặc điểm này lần lượt là 84,31%, 56,36% và 95,88% cao hơn so với nhóm đối tượng không có các yếu tố này (47,25%, 42,86% và 38,36%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Ký sinh trùng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (2002). *Ký sinh trùng y học*, NXB Đà Nẵng, tr. 442-448.
2. Bộ Y tế (2000), *Bảng phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10*, NXB Y học, Hà Nội.
3. Bùi Văn Đức và cộng sự (2004), “Góp phần nghiên cứu tác dụng của Griseofulvin trong điều trị bệnh nấm da do *Dermatophytes* ở bệnh nhân nghiện ma túy”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, (8), tr.32-39.
4. Nguyễn Hữu Sáu và Quách Thị Hà Giang (2010), “Nghiên cứu tình hình, đặc điểm bệnh nấm nông và kết quả xét nghiệm soi nấm trực tiếp tại khoa xét nghiệm bệnh viện da liễu Trung Ương”, *Y học thực hành*, (9), tr. 8 -11.
5. Nguyễn Tất Thắng, Nguyễn Thị Đào (2009), “Tỉ lệ bệnh da và những yếu tố liên quan trên các học viên trường Cao đẳng Quân sự Quân đoàn 4”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, (13), tr.316-323.
6. Adefemi SA., Odeigah LO., Alabi KM. (2011), “Prevalence of dermatophytosis among primary school children in Oke-oyi community of Kwara state”, *Nigerian Journal of Clinical Practice*, Vol 14(1), pp.23-28.
7. Bramono Kusmarinah, Budimulia Unandar (2005), “Epidemiology of Onychomycosis in Indonesia: Data obtained from three individual studies”. *Jpn. J. Med. Mycol*, Vol.46(3), pp.171 -176
8. Elewski Boni E. (1998), Onychomycosis: pathogenesis, Diagnosis, and management. *Clinical Microbiology reviews*, Vol.11(3), pp.415-429.
9. Evangeline B., Dayrit H. (2005), “Mycology in the Philippines, revisited”, *Jpn. J. Med. Mycol*. Vol.46, pp.71-76.
10. Flores Juan Medina et al (2009), “Superficial fungal infections: clinical and epidemiological study in adolescents from marginal districts of lima and Callao, Peru”, *J infect Deve Ctries*, Vol.3(4), pp. 313-317
11. Havlickova B. et al (2008), “Epidemiological trends in skin mycoses worldwide”, *Mycoses*, Vol 51(4), pp.2-15.
12. Kazemi Abdolhassan (2007), “Tinea unguium in the North – West of Iran (1996 -2004)”, *Rev Iberoam Micol* 2007; 24, 113 -117.
13. Kwon- Chung K.J, Bennett J.E (1992), *Medical mycology*, Philadenphia
14. Metintas S. et al (2004), “Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in Eskişehir, Turkey”, *Mycopathologia*, Vol 157(4), pp.379-382
15. Nishimoto Katsutaro et al (2006), “An epidemiological survey of Dermatormycoses in Japan, 2002”, *Jpn. J. Med. Mycol*, Vol.47(2), pp.103 – 111.
16. Perea S. et al (2000), “Prevalence and Risk Factor of Tinea Unguium and Tinea Pedis in the General Population in Spain”, *Journal of clinical microbiology*, Vol.38(9), pp 3226-3230.
17. Xavier Ana PM. et al (2010), “Epidemiological aspects of patients with ungual and cutaneous lesions caused by *Scytalidium spp*”, *An Bras Dermatol*, Vol 85(6), pp.805 -810.
18. Wagner D.K et al (1995), “Cutaneous Defences against Dermatophytes and yeasts”, *Clinical Microbiology Reviews*, Vol.8(3), pp.317-335
19. Weitzman Irene, Summerbell Richard C. (1995), the Dermatophytes. *Clinical Microbiology reviews*, Vol.8(2), pp.240-259.
20. William E.Dismukes et al (2003), *Clinical mycology*, Oxford University press.