

DOI: 10.58490/ctump.2025i88.3893

**NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG
CỦA BỆNH GHẺ TẠI THÀNH PHỐ SÓC TRĂNG NĂM 2025***Nguyễn Tri Quí*, Nguyễn Phương Nga, Phạm Thuý Nga, Trương Lê Anh Tuấn**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ***Email: drnguyentriqui@gmail.com**Ngày nhận bài: 03/4/2025**Ngày phản biện: 14/6/2025**Ngày duyệt đăng: 25/6/2025***TÓM TẮT**

Đặt vấn đề: Bệnh ghẻ là một bệnh da liễu do ký sinh trùng *Sarcoptes scabiei hominis* gây ra. Nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng của bệnh ghẻ tại thành phố Sóc Trăng năm 2025. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, phân tích các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghẻ tại Thành phố Sóc Trăng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có phân tích trên 165 đối tượng sinh sống tại thành phố Sóc Trăng từ tháng 1/2025 đến tháng 3/2025. Các đối tượng được lựa chọn ngẫu nhiên hệ thống và được đánh giá qua phỏng vấn, thăm khám lâm sàng và xét nghiệm soi ký sinh trùng. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh ghẻ là 35,8%. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghẻ bao gồm: số thành viên trong gia đình ≥ 4 người, tiếp xúc hoặc sử dụng chung vật dụng với người mắc, mức sống hộ gia đình thấp, trình độ học vấn thấp. Trình độ học vấn của cha và mẹ có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghẻ ở trẻ ≤ 18 tuổi. Độ tuổi trung bình là $43,19 \pm 24,77$ tuổi. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Thời gian mắc bệnh trung bình là $8,8 \pm 5,84$ tuần. Ghẻ thông thường chiếm tỷ lệ 83,1%. Mức độ bệnh nặng chiếm 61%. Thương tổn chiếm tỷ lệ cao nhất là sẩn ghẻ. Thương tổn ghẻ xuất hiện nhiều nhất ở bàn chân, bàn tay. Tỷ lệ phát hiện *sarcoptes scabiei* bằng kính hiển vi quang học là 15,25%. **Kết luận:** Các yếu tố như số thành viên trong gia đình, tiếp xúc với người bệnh, mức sống, trình độ học vấn cá nhân và của phụ huynh đều có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghẻ. Nhận diện các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và kiểm soát bệnh trong cộng đồng.

Từ khóa: Bệnh ghẻ, yếu tố liên quan.

ABSTRACT**STUDY OF RELATED FACTORS AND CLINICAL FEATURES
OF SCABIEI IN SOC TRANG CITY IN 2025***Nguyen Tri Quí*, Nguyen Phuong Nga, Pham Thuy Nga, Truong Le Anh Tuan**Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

Background: Scabies is a dermatological disease caused by the parasite *Sarcoptes scabiei hominis*. This study aims to identify associated factors and describe the clinical characteristics of scabies in Soc Trang City in 2025. **Objectives:** To describe the clinical features and analyze factors associated with the prevalence of scabies in Soc Trang City. **Materials and methods:** This was a descriptive analytical study conducted on 165 individuals residing in Soc Trang City from January to March 2025. Participants were selected using systematic random sampling and were assessed through interviews, clinical examinations, and parasitological tests using microscopy. **Results:** The prevalence of scabies was 35.8%. Factors associated with scabies included: households with ≥ 4 members, contact or sharing personal items with infected individuals, low household income, and low educational attainment. The education level of parents was related to the prevalence of scabies in children aged ≤ 18 years. The mean age of participants was 43.19 ± 24.77 years, with females being more affected than males. The average duration of illness was 8.8 ± 5.84 weeks. Typical scabies

accounted for 83.1% of cases, and severe cases made up 61%. The most common lesion was scabetic papules. Lesions were most frequently found on the feet and hands. The detection rate of *Sarcoptes scabiei* by light microscopy was 15.25%. **Conclusion:** Factors such as household size, contact with infected individuals, low socioeconomic status, and low educational level of individuals and their parents were associated with scabies prevalence. Identifying risk factors and clinical characteristics can improve diagnosis, treatment, and control of the disease in the community.

Keywords: Scabiei, related factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghê là bệnh da nhiễm ký sinh trùng, do cái ghê gây ra. Cái ghê có tên khoa học là *Sarcoptes scabiei hominis*. Bệnh lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua quần áo, chăn màn... Thương tổn cơ bản là các mụn nước ở vùng da mỏng, đường hầm ghê hay sản cục. Bệnh nhân thường ngứa dai dẳng, ngứa nhiều về đêm. Bệnh có thể dẫn đến các biến chứng như nhiễm trùng, chàm hóa, viêm cầu thận cấp... Bệnh ghê là một trong những bệnh da liễu phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ đáng kể trong các bệnh về da ở các nước đang phát triển vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Tại Việt Nam, nghiên cứu tình hình dịch tễ của tác giả Đinh Hữu Nghị (2023) ghi nhận: bệnh ghê tại 10 tỉnh thuộc khu vực phía Bắc và phía Nam chiếm tỷ lệ khá cao với 13% [1]. Chính vì vậy, tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan đến bệnh ghê là vấn đề cấp thiết để hỗ trợ chẩn đoán, điều trị cũng như kiểm soát dự phòng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân sinh sống tại thành phố Sóc Trăng năm 2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Mục tiêu 1: Tất cả các đối tượng đang sinh sống tại thành phố Sóc Trăng đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Mục tiêu 2: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ghê theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế (2023):

+ Lâm sàng:

Thời gian ủ bệnh trung bình từ 2 – 3 ngày đến 2 - 6 tuần.

Thương tổn cơ bản:

Mụn nước trên nền da lành, rải rác, riêng rẽ, thường ở vùng da mỏng như ở kẽ ngón tay, mặt trước cổ tay, cẳng tay, vú, quanh thắt lưng, rốn, kẽ mông, mặt trong đùi và bộ phận sinh dục. Ở trẻ sơ sinh mụn nước hay gặp ở lòng bàn tay, chân. Đường hầm ghê còn gọi là “luống ghê” dài 3 - 5 mm. Săng ghê thường xuất hiện ở vùng sinh dục. Sản cục hay sản huyết thanh: hay gặp ở nách, bẹn, bẹn. Vết xước, vảy da, đỏ da, dát thâm. Có thể bội nhiễm, chàm hóa, mụn mủ. Ghê Na Uy là một thể đặc biệt, gặp ở người bị suy giảm miễn dịch. Thương tổn là các lớp vảy chồng lên nhau và lan tỏa toàn thân, có thể tìm thấy hàng nghìn cái ghê trong các lớp vảy. Ngứa nhiều, nhất là về đêm.

+ Cận lâm sàng: Soi tìm ký sinh trùng tại tổn thương [2].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trong vòng 1 tuần trước đó có sử dụng ivermectin hay thuốc bôi dùng để điều trị ghê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

- Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

Bệnh nhân được người làm nghiên cứu tiến hành phỏng vấn và thăm khám để ghi nhận các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới tính), các yếu tố liên quan, đặc điểm lâm sàng của bệnh ghê (triệu chứng cơ năng, loại thương tổn, vị trí thương tổn, mức độ nặng của bệnh). Đánh giá mức độ nặng của bệnh ghê: không mắc bệnh: không có tổn thương, mức độ nhẹ: ≤ 10 tổn thương của bệnh, mức độ trung bình: 11 – 49 tổn thương của bệnh, mức độ nặng: ≥ 50 tổn thương của bệnh.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp nhận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.001.HV/PCT-HĐĐĐ-ĐC ngày 15 tháng 4 năm 2025. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ và tự nguyện hợp tác, không gây hại về thể chất, tinh thần, không gây phiền hà và tổn kém cho người bệnh và thân nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số đối tượng nghiên cứu là 165. Giới tính nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (55,8%).

Độ tuổi trung bình là $46,78 \pm 19,98$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 36 - 59 tuổi (42,42%).

Bảng 1. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghê

Yếu tố liên quan		Tỷ lệ	Mắc bệnh ghẻ	Không mắc bệnh	P (χ2)	OR
Số thành viên trong gia đình	≥ 4 thành viên	39 54,9%	32 45,1%	p<0,001	4,51 (2,28-8,9)	
	< 4 thành viên	20 21,3%	74 78,7%			
Tiếp xúc, sử dụng chung vật dụng với bệnh nhân ghẻ	Có	40 59,7%	27 40,3%	p<0,001	6,16 (3,06-12,4)	
	Không	19 19,4%	79 80,6%			
Mức sống hộ gia đình	Mức sống thấp	30 50%	30 50%	p=0,004	2,62 (1,35-5,08)	
	Mức sống cao	29 27,6%	76 72,4%			
Trình độ học vấn (đối tượng > 18 tuổi)	Mù chữ - trung học cơ sở	36 35,6%	65 64,4%	p=0,029	2,69 (1,08-6,68)	
	Trung học phổ thông trở lên	7 17,1%	34 82,9%			
Trình độ học vấn của cha (trẻ ≤ 18 tuổi)	Mù chữ - trung học cơ sở	13 86,7%	2 13,3%	p=0,026	10,83 (1,37-85,44)	
	Trung học phổ thông trở lên	3 37,5%	5 62,5%			
Trình độ học vấn của mẹ (trẻ ≤ 18 tuổi)	Mù chữ - trung học cơ sở	14 82,4%	3 17,6%	p=0,045	9,33 (1,14-76,69)	
	Trung học phổ thông trở lên	2 33,3%	4 66,7%			

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa các yếu tố: số lượng thành viên trong gia đình ≥ 4 (p<0,001), có tiếp xúc; sử dụng chung vật dụng với bệnh nhân ghê

($p < 0,001$), mức sống hộ gia đình thấp ($p = 0,004$), trình độ học vấn $\leq$ trung học cơ sở với tỷ lệ mắc bệnh ghẻ ($p = 0,029$). Trình độ học vấn của cha, mẹ $\leq$ trung học cơ sở có mối liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghẻ ở trẻ ≤ 18 tuổi ($p = 0,026$ và $p = 0,045$).

Bảng 2. Phân bố đối tượng mắc bệnh ghẻ theo nhóm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 6 tuổi	5	8,5 %
	6 – 18 tuổi	11	18,6 %
	>18 – 35 tuổi	7	11,9 %
	>35 – 60 tuổi	19	32,2 %
	>60 tuổi	17	28,8%
	Độ tuổi mắc bệnh trung bình: $43,19 \pm 24,77$ tuổi		
Giới tính	Nam	22	37,3 %
	Nữ	37	62,7 %
Thời gian mắc bệnh	< 1 tuần	0	0 %
	1 tuần - < 1 tháng	7	11,8 %
	1 tháng - < 3 tháng	29	49,2 %
	≥ 3 tháng	33	39 %
	Thời gian mắc bệnh trung bình: $8,8 \pm 5,84$ tuần		
Dạng thương tổn	Rãnh ghẻ	49	83,1%
	Mụn nước	44	74,6%
	Sẩn ghẻ	51	86,4%
	Trầy xước	20	33,9%
	Mụn mủ	2	3,4%
Vị trí thương tổn bệnh ghẻ	Bàn chân	58	98,3%
	Bàn tay	57	96,6%
	Sinh dục	48	81,4%
	Bụng	50	84,7%
	Đùi, chân	50	84,7%
	Mông	26	44,1%
	Tay	15	25,4%
	Lưng	11	18,6%
	Đầu, mặt, cổ	12	20,3%

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận số lượng bệnh nhân ghẻ là 59/165 đối tượng nghiên cứu. Trong đó, nhóm tuổi 36 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,2%. Độ tuổi trung bình là $43,19 \pm 24,77$ tuổi. Nữ giới mắc bệnh ghẻ nhiều hơn so với nam. Nhóm thời gian mắc bệnh 1 tháng - < 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $8,8 \pm 5,84$ tuần. Thương tổn bệnh ghẻ đa dạng, thương tổn chiếm tỷ lệ xuất hiện cao nhất là sẩn ghẻ (86,4%). Tiếp đến là rãnh ghẻ (83,1%), mụn nước (74,6%). Thương tổn bệnh ghẻ xuất hiện ở nhiều vị trí khác nhau trên cơ thể, chiếm tỷ lệ cao nhất là bàn chân (98,3%), bàn tay (96,6%).

Bảng 3. Phân bố đặc điểm lâm sàng bệnh ghẻ theo mức độ ngứa, thể lâm sàng, mức độ bệnh và soi ghẻ bằng kính hiển vi quang học

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ ngứa	Không ngứa	0	0 %
	Ít	0	0 %
	Trung bình	20	33,9 %
	Nhiều	35	59,3 %

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thể lâm sàng	Rất nhiều	4	6,8 %
	Điểm VAS trung bình: $6,95 \pm 1,15$ điểm		
	Ghê thông thường	49	83,1 %
Mức độ bệnh	Ghê bội nhiễm	2	3,4 %
	Ghê chậm hóa	8	13,6 %
	Nhẹ	1	1,7 %
Soi ghê bằng kính hiển vi	Trung bình	22	37,3 %
	Nặng	36	61 %
	Dương tính	9	15,3 %
	Âm tính	50	84,7 %

Nhận xét: Điểm VAS trung bình là $6,95 \pm 1,15$ điểm. Nhóm ghê thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 83,1%. Nhóm mức độ bệnh nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 61%. Tỷ lệ phát hiện sarcoptes scabiei bằng kính hiển vi quang học ở bệnh nhân được chẩn đoán ghê là 15,25%.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh ghê

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ghê ở các đối tượng có gia đình ≥ 4 thành viên cao gấp 4,51 lần tỷ lệ mắc bệnh ghê ở các đối tượng có gia đình < 4 thành viên ($p < 0,001$). Nghiên cứu của tác giả Wochebo W. (2019) ghi nhận số lượng thành viên hộ gia đình > 5 người là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến bùng phát bệnh ghê ($p < 0,001$) [3]. Mỗi liên hệ giữa quy mô gia đình lớn với tỷ lệ mắc bệnh ghê có thể là do tình trạng đông đúc trong gia đình làm tăng tiếp xúc trực tiếp lây truyền bệnh ghê.

Trong nghiên cứu này, ghi nhận các đối tượng có tiếp xúc, sử dụng vật dụng với bệnh nhân ghê có nguy cơ mắc bệnh ghê gấp 6,16 lần – kết quả này mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tác giả Bùi Thị Thúy (2019) ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ghê ở nhóm đối tượng sử dụng chung đồ dùng cá nhân cao hơn 1,89 lần so với nhóm không dùng chung đồ cá nhân [4]. Các vật dụng thường được sử dụng chung thường là quần áo, khăn tắm, chăn màn, nệm...

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ghê ở những hộ gia đình có mức sống thấp cao hơn gấp 2,62 lần tỷ lệ mắc bệnh ghê những hộ gia đình có mức sống cao. Khi đánh giá về mặt đặc điểm kinh tế xã hội, tác giả Philmon (2024) ghi nhận khả năng mắc bệnh ghê cao hơn khoảng 4 lần ở những đối tượng, hộ gia đình có thu nhập thấp hoặc trung bình so với hộ gia đình có thu nhập cao [5]. Tình trạng kinh tế là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống của người dân. Điều này có thể do những người dân có kinh tế khó khăn phải vật lộn để chi trả phí chăm sóc và điều trị y tế, dẫn đến tâm lý ngại khám chữa bệnh, dẫn đến việc chẩn đoán chậm trễ làm tăng tình trạng lây lan cũng như mức độ bệnh ghê.

Đối với nhóm đối tượng có độ tuổi > 18 tuổi: Nghiên cứu đã ghi nhận các đối tượng có trình độ học vấn thấp hơn trung học cơ sở có tỷ lệ mắc bệnh ghê cao hơn gấp 2,69 lần các đối tượng có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên – điều này mang ý nghĩa thống kê với $p = 0,029$. Điều này có thể là do thực tế là những người có trình độ học vấn thấp hơn ít nhận thức được các quy tắc vệ sinh cá nhân cần áp dụng, đặc biệt là khi sống chung với người khác. Ngoài ra, trình độ học vấn ảnh hưởng đến việc tiếp cận thông tin y tế và chăm sóc sức khỏe, có thể làm tăng nguy cơ nhiễm bệnh ghê nói riêng và các vấn đề sức khỏe khác nói chung.

Đối với nhóm đối tượng trẻ em ≤ 18 tuổi: khả năng nhận thức về tình trạng sức khỏe chưa cao, việc nhận định chăm sóc sức khỏe còn phụ thuộc vào các bậc phụ huynh. Vì vậy,

trình độ học vấn của cha hay mẹ đều sẽ ảnh hưởng ít nhiều đến tình trạng sức khỏe của con cái. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ghẻ ở trẻ ≤ 18 tuổi có liên quan đến trình độ học vấn của cha và mẹ. Trong đó, trẻ có cha có trình độ học vấn thấp hơn bậc trung học cơ sở có tỷ lệ mắc bệnh ghẻ gấp 10,83 lần so với nhóm trẻ có cha có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên ($p=0,026$). Trẻ có mẹ có trình độ học vấn thấp hơn bậc trung học cơ sở có tỷ lệ mắc bệnh ghẻ gấp 9,33 lần so với nhóm trẻ có mẹ có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên ($p=0,045$). Nghiên cứu của tác giả Hegab (2024) ghi nhận: Tỷ lệ mắc bệnh ghẻ trong nghiên cứu hiện tại cao hơn ở những trẻ em có cha là người mù chữ hoặc chỉ được giáo dục cơ bản [6]. Trình độ học vấn của cha và mẹ ảnh hưởng đến khả năng nhận thức, chăm sóc sức khỏe cũng như phát triển kinh tế, tăng thu nhập hộ gia đình. Do đó hành vi tìm kiếm tư vấn sức khỏe cũng được cải thiện, giúp giảm tình trạng nhiễm bệnh ghẻ.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh ghẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân mắc bệnh ghẻ là $43,19 \pm 24,77$ tuổi. Bệnh ghẻ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó nhóm dễ mắc bệnh ghẻ nhất là trẻ nhỏ và người cao tuổi do hàng rào bảo vệ da yếu kém. Đặc biệt hơn, đây là 2 nhóm tuổi thường xuyên được tiếp xúc với cha mẹ, con cái và họ hàng – là một trong những yếu tố nguy cơ dễ bị lây ghẻ nếu người chăm sóc đã bị nhiễm ghẻ trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc ghẻ nữ là 62,7 %, nam là 37,3%.

Trong nghiên cứu này, ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình: $8,8 \pm 5,84$ tuần, với nhóm thời gian mắc bệnh 1 tuần - <1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,2%. Nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Tiểu Vi (2024) ghi nhận nhóm thời gian mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là 1 tháng – 3 tháng (62,2%) [7]. Có sự tương đồng và khác biệt giữa thời gian mắc bệnh ghẻ là do: nghiên cứu của chúng tôi thực hiện việc tầm soát bệnh ghẻ trên toàn địa bàn Thành phố Sóc Trăng khác với những nghiên cứu còn lại là thực hiện nghiên cứu trên các đối tượng bệnh ghẻ đã đến khám phòng khám bệnh viện. Ngoài ra, có thể do thói quen, các đối tượng có triệu chứng của bệnh ghẻ thường đến nhà thuốc tư để mua thuốc điều trị trước khi đến khám tại bệnh viện sẽ làm kéo dài thời gian mắc bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sang thương da bệnh ghẻ chiếm tỷ lệ cao nhất là sẩn ghẻ (86,4%), tiếp đến là rãnh ghẻ (83,1%), mụn nước (74,6%), vết trầy xước (33,9%) và thấp nhất là mụn mủ (3,4%). Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thương tổn ghẻ xuất hiện nhiều nhất ở bàn chân (98,3%), tiếp theo là bàn tay (96,6%), bụng (84,7%), chân và đùi (84,7%), sinh dục (81,4%). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Phương (2020) ghi nhận sang thương ghẻ chiếm tỷ lệ cao nhất là mụn nước (91,9%), tiếp đến là vảy tiết (90,7%), vảy da (68,5%) và rãnh ghẻ (50,8%). Sẩn ghẻ chiếm tỷ lệ ít gặp hơn với 50,8% [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tất cả bệnh nhân ghẻ đều có triệu chứng ngứa, mức độ ngứa trung bình đến rất nhiều. Trong đó nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm ngứa nhiều (59,3%). Điểm ngứa trung bình theo thang điểm VAS là $6,95 \pm 1,15$ điểm.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận ghẻ thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 83,1%, tiếp theo là ghẻ chàm hóa chiếm tỷ lệ 13,6%, thấp nhất là ghẻ bội nhiễm chiếm tỷ lệ 3,4%. Nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Tiểu Vi (2024) ghi nhận tỷ lệ ghẻ thông thường chiếm 69,5%, ghẻ bội nhiễm chiếm 24,2% và ghẻ chàm hóa chiếm 6,1% [7].

Số bệnh nhân mắc ghẻ mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 61%, tiếp đến là mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 37,3%, thấp nhất là mức độ nhẹ 1,7%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả soi tươi trực tiếp *Sarcoptes scabiei* dương tính bằng kính hiển vi quang học trên các bệnh nhân đã được chẩn đoán ghẻ là 15,25%. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thu Hiền (2024) ghi nhận nhận tỷ lệ bệnh nhân

có kết quả soi tươi trực tiếp *Sarcoptes scabiei* dương tính là 5,9% [9]. Sự khác biệt kết quả soi tươi ghẻ bằng kính hiển vi quang học có thể do yếu tố chủ quan và khách quan bao gồm: sự khác biệt về địa lý, thời gian thực hành, đối tượng người bệnh, cũng như tay nghề lấy, đọc mẫu của các kỹ thuật viên xét nghiệm giữa các nghiên cứu, số lượng cái ghẻ thấp và sự biến dạng các hang ghẻ do nhiễm trùng thứ phát và cào gãi làm giảm độ nhạy của phương pháp xét nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố số lượng thành viên trong gia đình ≥ 4 , có tiếp xúc; sử dụng chung vật dụng với bệnh nhân ghẻ, mức sống hộ gia đình thấp, trình độ học vấn $\leq$ trung học cơ sở, trình độ học vấn của cha, mẹ $\leq$ trung học cơ sở (ở trẻ ≤ 18 tuổi) là những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ghẻ. Thương tổn bệnh ghẻ đa dạng, có thể xuất hiện ở nhiều vị trí trên cơ thể và mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các mức độ bệnh. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng bệnh ghẻ giúp bác sĩ chẩn đoán, điều trị cũng như kiểm soát dự phòng bệnh ghẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Hữu Nghị, Nguyễn Mậu Tráng. Mô tả bệnh da thường gặp của bệnh nhân tại 10 tỉnh trong đợt điều tra dịch tễ năm 2022 của bệnh viện Da liễu Trung Ương. *Tạp chí Da liễu học*. 2023. 40, 1 - 14, <https://doi.org/10.56320/tcdlhn.40.97>.
 2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu. 2023.
 3. Wochebo W, Haji Y. Scabies outbreak investigation and risk factors in Kechabira district, Southern Ethiopia: unmatched case control study. *BMC Res Notes*. 2019. 12(1), 305, <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4317-x>.
 4. Bùi Thị Thúy. Tỷ lệ nhiễm ghẻ *sarcoptes scabiei* và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019. 29(6).
 5. Philmon D., Mekonen G. Assessment of scabies and its associated factors in Hawassa Zuria District, Southern Ethiopia: A cross-sectional study. *Plos One*. 2024. 19(11), e0314140, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314140>.
 6. Hegab D., Kato A. Scabies among primary schoolchildren in Egypt: sociomedical environmental study in Kafr El-Sheikh administrative area. *Dovepress*. 2024. 8, 105 - 111, <https://doi.org/10.2147/CCID.S78287>.
 7. Đặng Thị Tiểu Vi, Nguyễn Thị Như Bình. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024. 71, 76 - 81, <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i71.2143>.
 8. Phạm Thị Minh Phương, Lương Thị Yên. Thực trạng đặc điểm lâm sàng và dịch tễ bệnh ghẻ ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2019 - 2020. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020. 30(10), <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2020/107>.
 9. Đỗ Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Hà Minh. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2024. 65 (4), 101 - 108, <https://doi.org/10.52163/yhc.v65i4.1202>.
-