

THỰC TRẠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA MỘT SỐ BỆNH DA Ở TRẺ EM TẠI TRƯỜNG MẦM NON THÀNH PHỐ THANH HÓA

Nguyễn Thanh Sơn¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Nguyễn Trần Hải Ánh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng của bệnh chốc, ghẻ, nấm ngứa, viêm da cơ địa, sẩn ngứa ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 600 học sinh từ 12 - 72 tháng tuổi bán trú tại 6 trường mầm non khảo sát của thành phố Thanh Hóa gồm 3 trường công lập (phường Đông Vệ, Phú Sơn, phường Ba Đình) và 3 trường tư thục (Vườn Mận Trời, Vietkid, Thanh Xuân Nam) từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ trẻ em mầm non mắc bệnh da tại thành phố Thanh Hóa là 93/600 trẻ chiếm 15,5%. Bệnh viêm da cơ địa chiếm số lượng lớn nhất (62,4%), tiếp đến là chốc (11,8%) và sẩn ngứa (11,8%). tỷ lệ mắc bệnh tương đối đồng đều giữa 2 nhóm trường học sinh trường công lập và tư thục. Nhóm <24 tháng có tỷ lệ mắc bệnh da cao nhất với 24,1%. Đối với bệnh chốc, tất cả các đối tượng bị bệnh chốc đều có dấu hiệu bọt nước. Tay chân là vị trí được tìm thấy tổn thương do bệnh chốc nhiều nhất (54,6%). Đối với bệnh ghẻ, tất cả học sinh đều có tổn thương mụn nước của bệnh ghẻ. Bàn tay, bàn chân là vị trí bị tổn thương rõ ràng nhất, tiếp đến là mặt trong cánh tay. Đối với bệnh nấm ngứa, đầu và thân mình là 2 vị trí tổn thương nhiều nhất. Tất cả các trường hợp đều có tính chất tổn thương khu trú. Đối với bệnh viêm da cơ địa, hình thái tổn thương đỏ da (32,8%), nước thành đám tiết dịch (25,9%). Tay, chân và Mặt, cổ là những vị trí bị tổn thương nhiều nhất. có 69 % trường hợp trong số bị VDCĐ có tiền sử gia đình từng mắc bệnh này. Đối với bệnh sẩn ngứa, mụn nước (63,6%) là triệu chứng thường thấy nhất trong nhóm học sinh sẩn ngứa trong nghiên cứu. Tay (45,5%) và chân (45,5%) lại là vị trí chủ yếu bị tổn thương. Tổn thương được tìm thấy đa phần là rải rác (72,7%).

Từ khóa: thực trạng, bệnh da, trường mầm non, Thành phố Thanh Hóa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình phát triển của trẻ em, cùng với việc mắc phải nhiều chứng bệnh, trẻ em thường mắc các bệnh da do những tác động của môi trường, thay đổi thời tiết và vấn đề vệ sinh dinh dưỡng. Ở trẻ em lứa tuổi mầm non thường hay gặp các bệnh da như sau: Chốc, sẩn ngứa, viêm da cơ địa, ghẻ, nấm ngứa....ảnh hưởng tới sức khỏe của trẻ. Những bệnh

da thường không ảnh hưởng tính mạng của trẻ nhưng ảnh hưởng đến sức khỏe như ăn uống, ngủ, chế độ sinh hoạt. Trẻ mắc các bệnh kể trên thường khó chịu, ngứa ngáy làm cho trẻ cào gãi, xây xước tổn thương vùng da bị bệnh sau đó lan ra những vùng da lành gây ra nhiều chứng làm bé ít ngủ và ảnh hưởng tới sự phát triển của trí não trẻ em. Một số bệnh da ở trẻ em có tỷ lệ lưu hành ngày càng tăng, nhất là những nước nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm như Việt Nam. Ví dụ: Bệnh VDCĐ tăng khoảng 4-5 lần trong vòng vài thập niên qua[1]. Bệnh chốc chiếm khoảng 10% các trường hợp phản ứng về da ở trẻ em. Trẻ em dưới hai tuổi chiếm 90% các trường hợp bị bệnh chốc do bọt nước.[2]

Thanh Hóa là một tỉnh được chia ra thành 3 vùng miền: Đồng bằng ven biển, trung du, miền núi. Có diện tích đứng thứ 5

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

³Trường Đại học Y Dược - VNU

Tác giả chịu trách nhiệm khoa học: **Nguyễn Hữu Sáu**

Tác giả thực hiện chính: **Nguyễn Thanh Sơn**

Email: dr.thanhson86@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/11/2022

Ngày phản biện: 08/3/2023

Ngày chấp nhận đăng: 30/3/2023

và dân số đứng thứ 3 cả nước. Chịu khí hậu nhiệt đới gió mùa chia thành 4 mùa: Xuân, hạ, thu, đông. Điều kiện kinh tế xã hội còn nhiều khó khăn, nhiều phong tục tập quán lạc hậu, thiếu vệ sinh. Để có cái nhìn tổng quát về bệnh da ở trẻ em tuổi mầm non, giúp cho hệ thống y tế học đường nhất là các trường mầm non có các biện pháp phòng và điều trị sớm các bệnh da cho các cháu tại thành phố Thanh Hóa chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với các mục tiêu: *“Mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng của bệnh chốc, ghẻ, nấm nông, viêm da cơ địa, sẩn ngứa ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa”*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em từ 12 - 72 tháng tuổi bán trú tại 6 trường mầm non khảo sát của thành phố Thanh Hóa gồm 3 trường công lập (Trường mầm non phường Đông Vệ, Trường mầm non phường Phú Sơn, Trường mầm non phường Ba Đình) và 3 trường tư thục (Trường mầm non Vườn Mặt Trời, Trường mầm non Vietkid, Trường mầm non Thanh Xuân Nam). Tất cả các học sinh được thăm khám và chẩn đoán bệnh như: chốc, ghẻ, nấm nông, viêm da cơ địa, sẩn ngứa được lập hồ sơ bệnh án.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được ước tính dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- + n: là cỡ mẫu nghiên cứu
- + Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%).
- + Với độ tin cậy 95%: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (tra từ bảng với giá trị α được chọn)

+ d là sai lệch tuyệt đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (chọn $d = 0,04$).

+ $p = 0,428$ (tỷ lệ mắc bệnh da ở trẻ 1-6 tuổi ở nghiên cứu của Elizabeth García năm 2020[3]).

Như vậy, tính được cỡ mẫu cần thiết là 587 đối tượng. Trên thực tế thu thập được 600 học sinh.

2.2.3. Phương pháp và kế hoạch tiến hành nghiên cứu

- Khám, sàng lọc các bệnh da cho trẻ em tại các trường mầm non: Phú Sơn, Ba Đình, Đông Vệ, Vườn mặt trời, Vietkid, Thanh xuân nam. Do 3 bác sỹ tại khoa Truyền nhiễm và da liễu Bệnh viện Nhi Thanh Hóa tham gia
- Thời gian thực hiện: nghiên cứu bắt đầu tiến hành từ tháng 8/2021 và kết thúc vào tháng 8/2022 tại 6 trường mầm non khảo sát của thành phố Thanh Hóa. Chia thành 4 đợt:
 - + Khám lần 1. Từ ngày 6/9/2021 đến ngày 11/9/2021. Thời gian từ 8h đến 11h các ngày
 - + Khám lần 2. Từ ngày 3/1/2022 đến ngày 8/1/2022
 - + Khám lần 3. Từ ngày 11/4/2022 đến ngày 16/4/2022
 - + Khám lần 4. Từ ngày 1/8/2022 đến ngày 6/8/2022
- Cách tiến hành: Các trẻ được khám lâm sàng trực tiếp một cách tỉ mỉ, sau đó trẻ nào bị bệnh về da sẽ được lập hồ sơ bệnh án và lấy số điện thoại của bố mẹ để hỏi theo bộ câu hỏi thiết kế có sẵn.
- Các trẻ được chẩn đoán: Viêm da cơ địa, Chốc, Ghẻ, Sẩn ngứa sẽ được kê đơn điều trị cho bố mẹ và theo dõi trong đến khi khỏi bệnh. Những trường hợp nấm da được tư vấn đến Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa làm xét nghiệm nấm và điều trị
- Các dụng cụ khám bệnh bao gồm: kính lúp, đèn wood, ống nghe

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được tính toán và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Da liễu Trung Ương (BVDLTW) và bộ môn Da liễu – trường Đại Học Y Hà Nội. Thông tin cá nhân của bệnh nhân

được giữ kín và tư vấn cho các phụ huynh điều trị và phòng bệnh cho trẻ khi mắc bệnh da.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng một số bệnh da ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa

Bảng 1. Tỷ lệ các bệnh da ở số học sinh được khám (n=600)

STT	Bệnh da	Công lập (%)	Tư thực (%)	Tổng (%)
1	Chốc	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11 (11,8%)
2	Ghê	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (7,5%)
3	Nấm nông	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (6,5%)
4	Viêm da cơ địa	40 (69%)	18 (31%)	58 (62,4%)
5	Sẩn ngứa	4 (36,4%)	7 (63,6%)	11 (11,8%)
	Tổng số	50 (53,8%)	43 (46,2%)	93 (100%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 học sinh có các bệnh da. Trong đó viêm da cơ địa chiếm số lượng lớn nhất, tiếp đến

là chốc và sẩn ngứa. tỉ lệ mắc bệnh tương đối đồng đều giữa 2 nhóm trường học sinh.

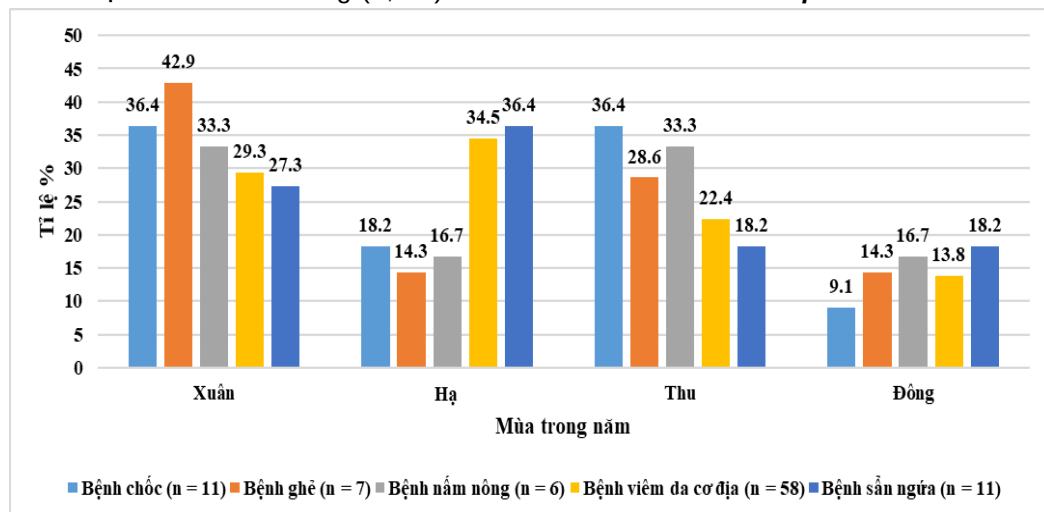
Bảng 2. Phân bố bệnh da theo tuổi (n=600)

Tuổi đối tượng	Có bệnh	Không bệnh	Tổng
<24 tháng	42 (24,1%)	132 (75,9%)	174 (100%)
24-48 tháng	26 (16,2%)	135 (83,9%)	161 (100%)
49-72 tháng	25 (9,4%)	240 (90,6%)	265 (100%)
Tổng cộng	93	507	

Tỉ lệ có bệnh da ở học sinh mầm non <24 tháng cao nhất trong các nhóm, với 24,1%. Tỉ lệ này thấp hơn hẳn ở nhóm học sinh 49-72 tháng (9,4%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của một số bệnh da ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa

3.2.1. Phân bố ca bệnh theo mùa



Biểu đồ 1. Phân bố ca bệnh theo mùa

Đối với bệnh chốc, số ca mắc chốc nhiều nhất vào mùa xuân và mùa thu với 4 ca (chiếm 36,4%). Tiếp đến là vào mùa hạ với 18,2% số ca mắc. Tất cả các ca bệnh đều mắc mới, không tái bệnh.

Đối với bệnh ghẻ, phần lớn (42,9%) số ca ghẻ chúng tôi phát hiện được thấy trong lần khám mùa xuân của học sinh. 28,6% ca mắc được phát hiện tại lần khám mùa thu. Tất cả các ca bệnh đều mắc mới, không tái bệnh.

Đối với bệnh nấm nông, có 2 ca (33,3%) số ca được ghi nhận vào cả mùa thu và mùa đông trong nghiên cứu. Tất cả

các ca bệnh đều mắc mới, không tái bệnh.

Đối với bệnh viêm da cơ địa, kết quả cho thấy, có 20 ca (34,5%) được phát hiện vào lần khám mùa đông, chiếm tỷ lệ cao nhất. tiếp đến là 17 ca (29,3%) được phát hiện trong lần khám mùa xuân. Tất cả các ca bệnh đều mắc mới, không tái bệnh.

Đối với bệnh sẩn ngứa, mùa hạ (36,4%) và mùa xuân (27,3%) là 2 mùa phát hiện sẩn ngứa nhiều nhất trong nghiên cứu, với lần lượt là 4 và 3 ca. Tất cả các ca bệnh đều mắc mới, không tái bệnh.

3.2.1. Bệnh chốc

Bảng 3. Hình thái tổn thương cơ bản bệnh chốc (n=11)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Hình thái tổn thương	Bọng nước	11	100
	Vảy tiết ướt	3	27,3
	Vảy tiết khô	2	18,2
	Trợt loét	5	45,5
	Tổn thương kết hợp	7	63,6
Vị trí tổn thương	Đầu	0	0
	Mặt	2	18,2
	Tay chân	6	54,6
	Vị trí khác	2	18,2
	Kết hợp nhiều vị trí	1	9,1
Tính chất tổn thương	Khu trú	6	54,6
	Rải rác	5	45,5
Triệu chứng ngứa	Có ngứa	8	72,7
	Không ngứa	3	27,3

Tất cả các đối tượng bị bệnh chốc đều có dấu hiệu bọng nước. Tay chân là vị trí được tìm thấy tổn thương do bệnh chốc nhiều nhất trong nghiên cứu (54,6%). Vị trí

tổn thương do chốc với khoảng 1 nửa là rải rác.

3.2.2. Bệnh ghẻ

Bảng 4. Hình thái tổn thương cơ bản của bệnh ghẻ (n=7)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Hình thái tổn thương	Mụn nước	7	100
	Hang ghẻ	4	57,1
	Sẩn ghẻ	4	57,1
	Kết hợp	4	57,1
	Bàn tay, bàn chân	7	100
	Mặt trong cánh tay	5	71,4

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương	Mặt trong đùi	4	57,1
	Vị trí khác	3	42,9
	Kết hợp các vị trí	2	28,6
Tính chất tổn thương	Khu trú	2	28,6
	Rải rác	5	71,4
Triệu chứng ngứa	Ngứa nhiều	5	71,4
	Ngứa ít	2	28,6
Tiền sử gia đình	Có	4	57,1
	Không	3	42,9

Kết quả cho thấy tất cả học sinh đều có tổn thương mụn nước của bệnh ghẻ. Bàn tay, bàn chân là vị trí bị tổn thương rõ

ràng nhất, tiếp đến là mặt trong cánh tay.

3.2.3. Bệnh nấm nông

Bảng 5. Hình thái tổn thương cơ bản của bệnh nấm nông (n=6)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Hình thái tổn thương	Hắc bào	1	16,7
	Lang ben	1	16,7
	Nấm móng	1	16,7
	Nấm tóc	2	33,3
	Các bệnh da, niêm mạc do nấm candida	1	16,7
Vị trí tổn thương của	Đầu	2	33,3
	Mặt	0	0
	Cổ	0	0
	Thân mình	2	33,3
	Chân	0	0
	Tay	1	16,7
	Vị trí khác	1	16,7
Tính chất tổn thương	Khu trú	6	100
	Rải rác	0	0
Triệu chứng ngứa	Có ngứa	4	66,7
	Không ngứa	2	33,3
Tiền sử gia đình	Có	2	33,3
	Không	4	66,7

Bảng trên cho thấy các tổn thương của bệnh nấm nông. Đầu và thân mình là 2 vị trí tổn thương nhiều nhất. Tất cả các trường hợp đều có tính chất tổn thương khu trú.

3.2.4. Bệnh viêm da cơ địa

Bảng 6. Hình thái tổn thương cơ bản của bệnh VDCĐ (n=58)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
	Da đỏ	19	32,8
	Mụn nước thành đám tiết	15	25,9

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Hình thái tổn thương	dịch		
	Sẩn + mụn nước	10	17,2
	Dày da lichen hóa	7	12,7
	Viêm da bàn tay, chân	7	12,7
	Bội nhiễm (có mủ)	6	10,3
Vị trí tổn thương	Mặt, cổ	25	43,1
	Tay, chân	34	58,6
	Thân mình	10	17,2
Tính chất tổn thương	Khu trú	47	81
	Rải rác	11	19
Triệu chứng ngứa	Có ngứa	45	77,6
	Không ngứa	13	22,4
Tiền sử gia đình	Có	40	69
	Không	18	31

Hình thái tổn thương thường thấy nhất ở viêm da cơ địa là đồ da (32,8%), nước thành đám tiết dịch (25,9%). Tay, chân và Mặt, cổ là những vị trí bị tổn

thương nhiều nhất. có 69 % trường hợp trong số bị VDCĐ có tiền sử gia đình từng mắc bệnh này.

3.2.5. Sẩn ngứa

Bảng 7. Hình thái tổn thương cơ bản của sẩn ngứa (n=11)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Hình thái tổn thương	Sẩn phù	3	27,3
	Sẩn đỏ	6	54,5
	Mụn nước	7	63,6
	Sẩn cục	2	27,3
Vị trí tổn thương	Mặt, cổ	1	9,1
	Tay	5	45,5
	Chân	5	45,5
	Thân mình	3	27,3
Tính chất tổn thương	Khu trú	3	27,3
	Rải rác	8	72,7
Ngứa	Có ngứa	7	63,7
	Không ngứa	4	36,3

Mụn nước (63,6%) là triệu chứng thường thấy nhất trong nhóm học sinh sẩn ngứa trong nghiên cứu. Tay (45,5%) và chân (45,5%) lại là vị trí chủ yếu bị tổn thương. Tổn thương được tìm thấy đa phần là rải rác (72,7%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng một số bệnh da ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa

Trong tháng 8/2021 đến 8/2022, nghiên cứu đã khám và sàng lọc trên 600 học sinh mầm non, và thông qua 4 lần khám. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 học sinh được phát hiện có các dấu hiệu của bệnh da thường gặp ở trẻ em, chiếm 15,5%. Tỷ lệ này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Rajka tỷ lệ bệnh da phát hiện được là khoảng 7 - 20%[4], [5], nghiên cứu của

Aubert H tỷ lệ chung từ 10 – 15%[6], trẻ từ 3-5 tuổi có tỷ lệ 15,8% theo Purvis[7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Quyên[8] ở trẻ em tại quận 1 thành phố Hồ Chí Minh cũng cho tỉ lệ thường mắc bệnh là 15,3%. Trong đó độ tuổi hay gặp nhất là nhóm >24 tháng tuổi (30,9%). Chúng tôi nghiên cứu khám sàng lọc cho trẻ với sự đồng ý của người chăm sóc là bố mẹ. ở độ tuổi này, trẻ nhận được rất nhiều sự chăm sóc từ gia đình nên những biểu hiện bất thường dù là nhỏ nhất ở con trẻ, người chăm sóc có thể phát hiện được, nhờ đó nghiên cứu của chúng tôi có sự chính xác cao hơn. Các bệnh da thường gặp ở trẻ em thường khởi phát từ sớm, khoảng 3 tháng tuổi đến muộn là 1 tuổi. Đặc biệt, đa số các bệnh da là những bệnh mãn tính, có thể tái phát lại. Vậy nên, nếu phát hiện được bệnh sớm hơn hoặc phát hiện những yếu tố nguy cơ sớm chúng ta có thể dự phòng để giúp trẻ giảm tỷ lệ mắc bệnh sau này.

Nghiên cứu của O Ewurum và cộng sự năm 2022 thực hiện để xác định tỷ lệ và mô hình bệnh da ở trẻ em độ tuổi đi học trong khu vực chính quyền địa phương Nam Umuahia, Đông Nam Nigeria. Kết quả nghiên cứu thực hiện trên tổng số 1560 trẻ em từ 5 đến 15 tuổi với tuổi trung bình là $8,74 \pm 2,079$ tuổi cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh da nói chung là 40,2%. Tỷ lệ này ở các trường công lập là 46,0%, trong khi tỷ lệ này ở các trường tư thục là 33,2% ($p < 0,001$). Đa nổi mụn và ngứa da là những biểu hiện phổ biến nhất, trong khi đó, bệnh nám da đầu, bệnh lang ben, và bệnh ghẻ là những bệnh da phổ biến nhất được ghi nhận ở học sinh[9].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của một số bệnh da ở trẻ em tại trường mầm non thành phố Thanh Hóa

4.2.1. Bệnh chốc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11 học sinh bị bệnh chốc. tỷ lệ trẻ có bọng nước trong nhóm bệnh này là 100%. Vảy tiết nước, vảy tiết khô lần lượt là 27,3% và 18,2%. Có 45,5% trẻ có triệu chứng trọt

loét. Có 63,6% có tổn thương kết hợp. Tay chân là vị trí được tìm thấy tổn thương do bệnh chốc nhiều nhất trong nghiên cứu (54,6%). Vị trí tổn thương do chốc với khoảng 1 nửa là rải rác. Đa số (72,7%) trẻ cho rằng có dấu hiệu ngứa.

Tỷ lệ tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trước đó. Theo Trần Đăng Quyết nghiên cứu 165 trường hợp viêm da mủ thì bệnh chốc chiếm 12,43%[10]. Theo nghiên cứu của Matthews và đồng nghiệp năm 2021 đánh giá bệnh chốc trên 1043 trẻ tại Đông Timor, cho kết quả tỉ lệ mắc bệnh chốc tổng thể trung bình là 11,3%. Trẻ em ở vùng nông thôn Ermera và Manufahi có nguy cơ bị chốc cao gấp đôi các trẻ ở vùng đô thị. Chốc phổ biến ở trẻ em bị ghẻ gấp hai lần so với những trẻ không mắc ghẻ, tương ứng với nguy cơ mắc ghẻ là nguyên nhân gây bệnh chốc là 22,7%[11].

4.2.2. Bệnh ghẻ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh ghẻ là một bệnh nhiệt đới thường bị đánh giá lơ là chủ quan, cần có bằng chứng cấp bách để cung cấp các hướng dẫn về các biện pháp can thiệp kiểm soát.

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện được 7 học sinh có triệu chứng lâm sàng của ghẻ. Kết quả cho thấy tất cả (100%) học sinh đều có tổn thương mụn nước của bệnh ghẻ. Bàn tay, bàn chân (100%) là vị trí bị tổn thương rõ ràng nhất, tiếp đến là mặt trong cánh tay (71,4%). Tất cả các em đều cho biết rằng phải chịu cảm giác ngứa.

Theo nghiên cứu của Matthews và đồng nghiệp năm 2021 đánh giá bệnh chốc trên 1043 trẻ tại Đông Timor, cho kết quả tỷ lệ hiện mắc bệnh ghẻ chung là 30,6%. Trẻ em ở nông thôn Manufahi có nhiều khả năng bị ghẻ hơn trẻ em ở Dili bán thành thị (53,6% so với 28,2%, tỷ lệ chênh lệch đã điều chỉnh 3,5 lần). Hầu hết các trường hợp ghẻ đều nhẹ (từ 3 đến 10 tổn thương), và các tổn thương thường phân bố trên nhiều vùng cơ thể. Tỷ lệ mắc

ghè ở trẻ từ 10 đến 14 tuổi thấp hơn so với trẻ từ 5 đến 9 tuổi[11].

4.2.3. Bệnh nấm nông

Bệnh nấm da là một bệnh nấm da do vi khuẩn Dermatophytes gây ra xâm nhập vào các mô sừng hóa, bao gồm lớp giác mạc của da, móng tay và tóc[12]. Bệnh nấm da nói riêng vẫn là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở trẻ em trong độ tuổi đi học trong điều kiện nhiệt đới. Môi trường học đường thường khiến trẻ em dễ bị lây truyền chéo các bệnh da hơn[13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 học sinh được phát hiện có triệu chứng lâm sàng của nấm da. Đầu và thân mình là 2 vị trí tổn thương nhiều nhất. Tất cả các trường hợp đều có tính chất tổn thương khu trú.

Azza G. A. và đồng nghiệp thực hiện nghiên cứu dịch tễ học về bệnh nhiễm trùng da sinh trên 3464 trẻ em mầm non ở Menoufia Governorate, Ai Cập năm 2018. Tỷ lệ nhiễm nấm da nghi ngờ trên lâm sàng là 1,41%, trong khi tỷ lệ các trường hợp được xác nhận là 0,98%. Loại nấm sàng phổ biến nhất là nấm da đầu với tỷ lệ 1,01%. *Microsporum canis* là sinh vật phân lập duy nhất từ các tổn thương đáng ngờ với tỷ lệ dương tính 69,4%. Tỷ lệ hiện mắc cao hơn ở trẻ em trai, học sinh gia đình kinh tế xã hội thấp và những người có tiền sử gia đình bị nhiễm nấm da. Tiếp xúc với vật nuôi và dùng chung khăn tắm và mũ lưỡi trai giữa các học sinh là những yếu tố nguy cơ đáng kể[14].

Rasha H. và đồng nghiệp tìm hiểu sự thay đổi về dịch tễ học của bệnh nấm da trên 12.128 học ở Ai Cập năm 2017. Tỷ lệ mắc bệnh nấm da ở nhóm nghiên cứu là 0,4% và cao hơn ở trường công lập so với trường tư (tương ứng là 73,5% so với 26,5%). Trẻ em trai bị ảnh hưởng nhiều hơn trẻ em gái với tỷ lệ trẻ em trai trên trẻ em gái là 5:1. Tiền sử nhiễm trùng trong gia đình có trong 40,8% nhóm được kiểm tra trong khi 51% có thu nhập xã hội thấp. Nuôi cấy vi sinh vật cho thấy *Microsporum canis* là sinh vật phân lập chủ yếu, tiếp

theo là *M. audouinii* (lần lượt là 52% và 36%)[15].

4.2.4. Bệnh viêm da cơ địa

VDCĐ là một mối quan tâm về sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu xét đến mức độ phổ biến ngày càng tăng của nó và tác động đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhi và gia đình. ISAAC (Nghiên cứu quốc tế về bệnh hen suyễn và dị ứng ở trẻ em) tiết lộ rằng VDCĐ ảnh hưởng đến trẻ em trên toàn cầu, mặc dù tỷ lệ mắc bệnh về cơ bản khác nhau giữa các quốc gia. Tỷ lệ mắc VDCĐ cũng đang gia tăng, đặc biệt là ở các nước đang phát triển[16].

Trong nghiên cứu này, có 58 trẻ mầm non được phát hiện có viêm da cơ địa. Hình thái tổn thương thường thấy nhất ở viêm da cơ địa là đỏ da (32,8%), nước thành đám tiết dịch (25,9%). Tay, chân và Mặt, cổ là những vị trí bị tổn thương nhiều nhất.

Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu tìm hiểu tỷ lệ mắc bệnh viêm da dị ứng ở trẻ em Trung Quốc từ 1-7 tuổi của Yifeng và đồng nghiệp trên 13998 trẻ em từ 84 trường mẫu giáo và 40 phòng tiêm chủng năm 2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc VDCĐ là 12,94% theo chẩn đoán lâm sàng của bác sĩ da liễu, với 74,6% VDCĐ nhẹ[17].

Won Jun và đồng nghiệp thực hiện nghiên cứu cắt ngang đánh giá tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố nguy cơ của viêm da dị ứng trên 6.453 trẻ em mẫu giáo Hàn Quốc. Tỷ lệ viêm da dị ứng được xác định bằng khám da liễu là 9,2%; tỷ lệ dựa trên bảng câu hỏi là 19,1%. Hầu hết bệnh nhân (96,2%) bị viêm da dị ứng nhẹ theo thang điểm EASI (trung bình $\pm$ SD 3,91 $\pm$ 4,73; trung vị 1,5; khoảng 0,2-38,0). Tuy nhiên, 17,4% bị rối loạn giấc ngủ và 56,7% không thuyên giảm hoàn toàn chứng phát ban trong 12 tháng trước đó[18].

4.2.5. Bệnh sẩn ngứa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện 11 ca có sẩn ngứa. Mụn nước (63,6%) là triệu chứng thường thấy

nhất trong nhóm học sinh sản ngứa trong nghiên cứu. Tay (45,5%) và chân (45,5%) lại là vị trí chủ yếu bị tổn thương. Tổn thương được tìm thấy đa phần là rải rác (72,7%).

Kết quả này thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đó. Therdpong Tempark và đồng nghiệp thực hiện đánh giá trên 556 trẻ em lứa tuổi học đường tại Bangkok, Thái Lan để tìm hiểu tỷ lệ mắc bệnh da ở trẻ em. Trong số này, 90,2% mắc ít nhất 1 bệnh da. Bệnh da phổ biến nhất là tăng sắc tố sau viêm (PIH) (58,3%), tiếp theo là nổi hạt (40,1%), sản ngứa dị ứng do côn trùng cắn (28,0%), thâm da (20,0%), mụn trứng cá (13,7%) và bệnh vẩy phấn trắng (12,9%)[19].

Kết quả nghiên cứu dịch tễ học các bệnh da ở trẻ em học đường của Sunil Dogra và Bhushan Kumar trên 12.586 trẻ em đi học từ 6-14 tuổi miền bắc Ấn Độ cho thấy, 3786 trẻ (30%) chỉ mắc một bệnh da, 765 (6%) mắc hai và 336 (2,7%) mắc ba bệnh về da. Các tình trạng da phổ biến nhất và tỷ lệ hiện mắc tương ứng của chúng là nhiễm trùng sản ngứa da (11,4%), bệnh vẩy phấn trắng (8,4%), viêm da/bệnh hắc bào không đặc hiệu (5,2%), nhiễm trùng (5,0%), rối loạn sắc tố (2,6%), rối loạn sừng hóa (chủ yếu là bệnh dày sừng pilaris) (1,3%)[20].

Renu Kandpal và đồng nghiệp thực hiện một nghiên cứu về mô hình lâm sàng và sự biến đổi theo mùa của bệnh da ở trẻ em. Nghiên cứu thực hiện trên 640 trẻ em ở Uttar Pradesh, Ấn Độ. Kết quả cho thấy các tình trạng da phổ biến nhất là nhiễm trùng (47%), tiếp theo là nhóm bệnh hắc bào (31%). Trong số các bệnh nhiễm trùng, nhiễm trùng phổ biến nhất là nhiễm nấm - 35,64% (107), sau đó là nhiễm ký sinh trùng (31%), nhiễm virus (20%) và sau đó là nhiễm trùng do vi khuẩn (12,5%). Trong tổng số các bệnh da liễu xuất huyết, bệnh sản ngứa dị ứng chiếm số lượng tối đa (61 trường hợp; chiếm 30%). Tiếp theo là bệnh vẩy phấn trắng (47; 23,15%), và bệnh chàm cấp tính (32; 15,76%)[21].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ em mắc bệnh da tại thành phố Thanh Hóa là 93/600 trẻ chiếm 15.5%. Bệnh viêm da cơ địa chiếm số lượng lớn nhất (62,4%), tiếp đến là chốc (11,8%) và sản ngứa (11,8%). tỷ lệ mắc bệnh tương đối đồng đều giữa 2 nhóm trường học sinh trường công lập và tư thục. Nhóm <24 tháng có tỷ lệ mắc bệnh da cao nhất với 24,1%.

Đối với bệnh chốc, tất cả các đối tượng bị bệnh chốc đều có dấu hiệu bỏng nước. Tay chân là vị trí được tìm thấy tổn thương do bệnh chốc nhiều nhất (54,6%). Vị trí tổn thương do chốc chủ yếu là rải rác.

Đối với bệnh ghẻ, tất cả học sinh đều có tổn thương mụn nước của bệnh ghẻ. Bàn tay, bàn chân là vị trí bị tổn thương rõ ràng nhất, tiếp đến là mặt trong cánh tay.

Đối với bệnh nấm nông, đầu và thân mình là 2 vị trí tổn thương nhiều nhất. Tất cả các trường hợp đều có tính chất tổn thương khu trú.

Đối với bệnh viêm da cơ địa, hình thái tổn thương thường thấy nhất ở viêm da cơ địa là đỏ da (32,8%), nước thành đám tiết dịch (25,9%). Tay, chân và mặt, cổ là những vị trí bị tổn thương nhiều nhất. có 69 % trường hợp trong số bị VDCĐ có tiền sử gia đình từng mắc bệnh này.

Đối với bệnh sản ngứa, mụn nước (63,6%) là triệu chứng thường thấy nhất trong nhóm học sinh sản ngứa trong nghiên cứu. Tay (45,5%) và chân (45,5%) lại là vị trí chủ yếu bị tổn thương. Tổn thương được tìm thấy đa phần là rải rác (72,7%).

Lời cảm ơn

Chúng tôi trân trọng cảm ơn Ban Giám hiệu trường Trường mầm non phường Đông Vệ, Trường mầm non phường Phú Sơn, Trường mầm non phường Ba Đình) và 3 trường tư thục (Trường mầm non Vườn Mặt Trời, Trường

mầm non Vietkid, Trường mầm non Thanh Xuân Nam đã tạo điều kiện cho chúng tôi thu thập bộ số liệu phục vụ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Hậu Khang và cộng sự, “Sẩn ngứa,” in *Da liễu học*, Nhà xuất bản Y học, 2019, pp. 71–76.
- [2] A. A. Hebert, J. G. Still, and P. D. Reuman, “Comparative safety and efficacy of clarithromycin and cefadroxil suspensions in the treatment of mild to moderate skin and skin structure infections in children,” *Pediatr Infect Dis J*, vol. 12, no. 12 Suppl 3, pp. S112–117, Dec. 1993, doi: 10.1097/00006454-199312003-00004.
- [3] E. Halpert *et al.*, “Prevalence of papular urticaria caused by flea bites and associated factors in children 1–6 years of age in Bogotá, D.C.,” *World Allergy Organ J*, vol. 10, no. 1, p. 36, 2017, doi: 10.1186/s40413-017-0167-y.
- [4] J. Ring, “Legends of Allergy and Immunology: Georg Rajka,” *Allergy*, vol. 75, Feb. 2020, doi: 10.1111/all.14239.
- [5] P. D. G. Rajka, “Essential Aspects of Atopic Dermatitis,” in *Springer Berlin Heidelberg*, 1989.
- [6] H. Aubert, C. Bernier, M. Debons, J.-M. Chavigny, S. Barbarot, and J.-F. Stalder, “[Atopic dermatitis of the child],” *Rev Prat*, vol. 63, no. 9, pp. 1271–1281, Nov. 2013.
- [7] D. J. Purvis *et al.*, “Risk factors for atopic dermatitis in New Zealand children at 3.5 years of age,” *Br J Dermatol*, vol. 152, no. 4, pp. 742–749, Apr. 2005, doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06540.x.
- [8] Nguyễn Thị Hồng Quyên and Phạm Thị Thanh Hồng, “Khảo sát tỉ lệ viêm da cơ địa và các yếu tố liên quan đến độ nặng của bệnh ở trẻ em từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại quận 1 thành phố Hồ Chí Minh,” *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, vol. 20, no. 1, pp. 19–25, 2016.
- [9] O. Ewurum, C. A. Ibeneme, T. O. Nnaji, and A. N. Ikefuna, “Spectrum of skin disorders among primary school children in Umuahia, South-East Nigeria,” *Niger J Clin Pract*, vol. 25, no. 7, pp. 1076–1082, Jul. 2022, doi: 10.4103/njcp.njcp_1573_21.
- [10] Trần Đăng Quyết, “Một vài nhận xét qua 165 trường hợp viêm da mủ nguyên phát điều trị tại khoa Da liễu Quân Y 103 từ 1992 đến tháng 6 1995,” *Đề tài tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II*, Học viện Quân Y, 2005.
- [11] A. Matthews *et al.*, “Prevalence of scabies and impetigo in school-age children in Timor-Leste,” *Parasit Vectors*, vol. 14, no. 1, p. 156, Mar. 2021, doi: 10.1186/s13071-021-04645-1.
- [12] M. D. Andrews and M. Burns, “Common tinea infections in children,” *Am Fam Physician*, vol. 77, no. 10, pp. 1415–1420, May 2008.
- [13] L. Triviño-Duran *et al.*, “Prevalence of tinea capitis and tinea pedis in Barcelona schoolchildren,” *Pediatr Infect Dis J*, vol. 24, no. 2, pp. 137–141, Feb. 2005, doi: 10.1097/01.inf.0000151044.21529.3 b.
- [14] A. G. A. Farag *et al.*, “Epidemiology of dermatophyte infections among school children in Menoufia Governorate, Egypt,” *Mycoses*, vol. 61, no. 5, pp. 321–325, May 2018, doi: 10.1111/myc.12743.
- [15] R. H. Bassyouni, N. A. El-Sherbiny, T. A. Abd El Raheem, and B. H. Mohammed, “Changing in the Epidemiology of Tinea Capitis among School Children in Egypt,” *Ann Dermatol*, vol. 29, no. 1, pp. 13–19, Feb. 2017, doi: 10.5021/ad.2017.29.1.13.
- [16] M. I. Asher *et al.*, “Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys,” *Lancet*, vol. 368, no. 9537, pp. 733–743, Aug. 2006, doi: 10.1016/S0140-6736(06)69283-0.
- [17] Y. Guo *et al.*, “Prevalence of Atopic Dermatitis in Chinese Children aged

- 1-7 ys.," *Sci Rep*, vol. 6, p. 29751, Jul. 2016, doi: 10.1038/srep29751.
- [18] W. J. Choi *et al.*, "Prevalence and risk factors for atopic dermatitis: a cross-sectional study of 6,453 Korean preschool children.," *Acta Derm Venereol*, vol. 92, no. 5, pp. 467–471, Sep. 2012, doi: 10.2340/00015555-1252.
- [19] T. Tempark, K. Whaidee, C. Bongsebandhu-phubhakdi, and O. Suteerotrakool, "Prevalence of skin diseases in school-age children," *Family Practice*, vol. 39, no. 3, pp. 340–345, Jun. 2022, doi: 10.1093/fampra/cmab164.
- [20] S. Dogra and B. Kumar, "Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India.," *Pediatr Dermatol*, vol. 20, no. 6, pp. 470–473, Dec. 2003, doi: 10.1111/j.1525-1470.2003.20602.x.
- [21] R. Kandpal, M. Kumar, C. Patil, R. N. Hiremath, K. Viswanath, and A. Sreenivas, "A study of clinical pattern and seasonal variation of dermatoses in children: Contemplating findings for family physicians.," *J Family Med Prim Care*, vol. 11, no. 6, pp. 2468–2473, Jun. 2022, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1964_21.

SUMMARY

PREVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF SOME SKIN DISEASES IN PRESCHOOL CHILDREN AT THANH HOA CITY

Nguyen Thanh Son¹, Nguyen Huu Sau^{1,2}, Nguyen Tran Hai Anh³

¹Hanoi Medical University, ²National Hospital of Dermatology & Venereology

³School of Medicine and Pharmacy - VNU

Objectives: To describe the prevalence and clinical characteristics of impetigo, scabies, superficial fungal, atopic dermatitis, and pruritic papules in preschool children in Thanh Hoa city. **Methods:** A cross-sectional study on 600 children aged 12 - 72 months old at 6 preschools of Thanh Hoa city including 3 public schools (Dong Ve ward, Phu Son ward, Ba Dinh ward) and 3 private schools (Sun Garden, Vietkid, Thanh Xuan Nam) from August 2021 to August 2022. **Results and conclusions:** The prevalence of preschool childrens with skin diseases in Thanh Hoa city is 93/600 children (15.5%). Atopic dermatitis accounted for the largest number (62.4%), followed by impetigo (11.8%) and pruritic papules (11.8%). The prevalence of the disease is relatively even between the two groups of public and private school students. The group <24 months had the highest rate of skin disease with 24.1%. With regard to impetigo, all subjects with impetigo had bullous signs. Limbs are the most commonly found lesions due to impetigo (54.6%). For scabies, all students had vesicular lesions of scabies. Hands and feet are the most obvious affected sites, followed by the inner arm. For superficial fungal diseases, the head and trunk are the two most affected sites. All cases are of localized nature. For atopic dermatitis, the lesions were reddened (32.8%), watery and exudative (25.9%). Hands, feet and face and neck are the most affected locations. There are 69% cases among people with VD have a family history of this disease. For papules, vesicles (63.6%) were the most common symptom among students in the study group. Hands (45.5%) and legs (45.5%) are the main sites of injury. Lesions were found mostly scattered (72.7%).

Keywords: prevalence, skin disease, preschool, Thanh Hoa city