Nghiên cứu Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch

DOI: 10.59715/pntjmp.4.4.24

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh

Nguyễn Đức Dũng[1], Nguyễn Đắc Khôi Nguyên[1], Trần Nguyên Ánh Tú[1]
[1]Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chàm bàn tay mạn tính (CHE) là một bệnh thường gặp trên toàn thế giới. Bệnh đặc trưng bởi tính chất mạn tính và dễ tái phát, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp của bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm về dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân CHE.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 150 bệnh nhân CHE đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da Liễu TP.HCM từ tháng 02/2025 đến tháng 08/2025

Kết quả: Nữ giới (60,7%) chiếm nhiều hơn nam giới (39,3%). Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 44,1 ± 16,6 tuổi. Phần lớn là bệnh nhân đã kết hôn (72,7%), trình độ học vấn từ cấp 1 đến cấp 3 chiếm 61,4% và đại học/cao đẳng chiếm 38,7%. Nghề nghiệp của bệnh nhân CHE chiếm nhiều nhất là những nghề có môi trường ẩm ướt (wet-work) chiếm 42,0%, kế đến là những nghề không tiếp xúc ướt (non-wet work) chiếm 36,0% và những nghề khác chiếm 22,0%. Về đặc điểm lâm sàng; thời gian mắc bệnh của các đối tượng có trung vị là 24 tháng [12 – 60] tháng, với 44,7% trường hợp có thời gian mắc bệnh trong vòng 1 năm. Dạng lâm sàng thường gặp của chàm bàn tay là mụn nước (36,0%) và tăng sừng (33,3%). Số lần tái phát mỗi năm chủ yếu là ≤ 5 lần/năm chiếm 50,0% và dai dẳng chiếm 46,7%. Điểm ngứa trung bình theo thang NRS là 6,8 ± 2,1. Điểm đau trung bình theo NRS là 4,0 ± 2,5. Phân bố mức độ nặng của bệnh đa phần là gần như sạch hoàn toàn đến trung bình (86,0%) và nặng đến rất nặng (14,0%).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính chủ yếu là nữ, độ tuổi trung niên, đa phần đã kết hôn và nghề nghiệp thường phải tiếp xúc môi trường ẩm ướt. Bệnh có tính chất kéo dài, dễ tái phát, gây ngứa và đau mức độ vừa đến nặng, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống.

Từ khoá: Chàm bàn tay mạn tính, Đặc điểm lâm sàng, Đặc điểm dịch tễ.

Ngày nhận bài: 20/08/2025
Ngày phản biện: 20/09/2025
Ngày đăng bài: 20/10/2025
Tác giả liên hệ: Trần Nguyên Ánh Tú
Email: dr.anhtu712@gmail.com
ĐT: 0907203699

Abstract

Epidemiological and Clinical Characteristics of Patients with Chronic Hand Eczema at Ho Chi Minh City Hospital of Dermato-Venereology

Background/Objectives: Chronic hand eczema (CHE) is a common condition worldwide. It is characterized by chronicity and frequent relapses, significantly affecting patients' quality of life and occupational activities. This study aimed to describe the epidemiological and clinical characteristics of patients with CHE.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 patients with CHE who attended the Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology-Venereology between February 2025 and August 2025.

Results: Females (60.7%) outnumbered males (39.3%). The mean age of the

study population was 44.1 ± 16.6 years. Most patients were married (72.7%); educational attainment ranged from primary to high school (61.4%), while college/university accounted for 38.7%. The most common occupations were wet-work related (42.0%), followed by non–wet-work occupations (36.0%) and others (22.0%). Regarding clinical features, the median disease duration was 24 months [12–60], with 44.7% of cases having a disease duration of 1 year or less. The most frequent clinical subtypes of hand eczema were vesicular (36.0%) and hyperkeratotic (33.3%). Relapses occurred mainly ≤ 5 times/year (50.0%) or were persistent (46.7%). The mean pruritus score on the NRS was 6.8 ± 2.1, and the mean pain score was 4.0 ± 2.5. Most patients had disease severity ranging from almost clear to moderate (86.0%), while severe to very severe cases accounted for 14.0%.

Conclusions: The study revealed that patients with chronic hand eczema were predominantly female, middle-aged, mostly married, and frequently engaged in wet-work occupations. The disease was characterized by chronicity, frequent relapses, and moderate to severe pruritus and pain, significantly affecting quality of life

Keywords: Chronic hand eczema, Clinical characteristics, Epidemiological characteristics

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chàm bàn tay là bệnh da đặc trưng bởi tình trạng đỏ da, phù nề, bong vảy, khô, ngứa và đau rát vùng bàn tay [1]. Chàm bàn tay mạn tính (Chronic hand eczema - CHE) được định nghĩa là tình trạng chàm bàn tay (HE) kéo dài ≥03 tháng hoặc thường xuyên tái phát ≥2 lần/năm [2]. Tỷ lệ hiện mắc HE trên toàn cầu khoảng 4% ở người lớn và tỷ suất mới mắc hằng năm lên đến gần 10% dân số [3,4]. Một nghiên cứu đa quốc gia tại Châu Âu vào năm 2025 với 60131 người tham gia cho thấy tỷ lệ hiện mắc hàng năm của CHE là khoảng 4,7% (95% CI 4,6–4,9) [5]. Tại Viêt Nam, tỷ lệ mắc chàm tay trên dân số chung vẫn chưa được xác định. Tuy nhiên một nghiên về chàm bàn tay ở nhân viên y tế tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2014 cho kết quả tỷ lệ này là 6,5% [6]. HE còn là bệnh da nghề nghiệp phổ biến trên thế giới, đặc biệt ở các nước phát triển. Tại Mỹ, HE chiếm hơn 80% tổng số trường hợp bệnh nghề nghiệp. Những nghề thường bị ảnh hưởng bao gồm: thợ làm tóc, thợ làm bánh, người bán thịt, nhân viên thu ngân, kỹ thuật viên nha khoa, nghề nghiệp tiếp xúc ướt, công nhân xử lý bề mặt kim loại và nhân viên y tế… [7,8]. Cơ chế bệnh sinh HE chưa được hiểu rõ hoàn toàn, nhưng có liên quan đến yếu tố ngoại sinh (dị nguyên, chất kích ứng, chất tẩy rửa) và nội sinh (suy giảm hàng rào bảo vệ da, rối loạn vi sinh và miễn dịch) [9]. Bệnh không gây tử vong nhưng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp của bệnh nhân.

Tại Việt Nam, các dữ liệu về dịch tễ học và đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân chàm bàn tay còn hạn chế, đặc biệt là các trường hợp mạn tính. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả các đặc điểm về dịch tễ học và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhằm cung cấp thêm những hiểu biết về CHE.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Nhóm đối tượng

Tất cả bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 02/2025 đến tháng 08/2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán chàm bàn tay ≥ 03 tháng hoặc tái phát ≥ 2 lần/năm [2].

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thông hiểu tiếng Việt.
- Bệnh nhân đang mang thai, cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu

Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang được tính dựa trên công thức sau:

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu cho nghiên cứu

Z là giá trị dựa trên mức ý nghĩa thống kê với α = 0,05 (Độ tin cậy 95%) → Z = 1,96

d: Sai số cho phép, trong nghiên cứu của chúng tôi xin chọn d là 0,08 (8%)

p: Tỷ lệ tình trạng ngứa trên bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính

Tham khảo từ nghiên cứu tác giả Ruppert và cộng sự ở Đức thực hiện trên 1.049 bệnh nhân chàm tay mạn tính cho thấy có tới 78,1% bệnh nhân có triệu chứng ngứa.

Từ đó tính được cỡ mẫu tối thiểu là 104 người. Để tăng cường độ tin cậy và giá trị phân tích, ngoài cỡ mẫu tối thiểu đã tính toán, nghiên cứu bổ sung thêm 10% số đối tượng, do đó chúng tôi ước lượng cần lấy mẫu nghiên cứu ít nhất 115 người.

2.2.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu

Kết thúc thời gian nghiên cứu, chúng tôi có 150 bệnh nhân đồng ý tham gia. Các đối tượng thoả tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được mời vào nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện, sau đó sẽ được khảo sát về các đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, hôn nhân, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, dạng lâm sàng bệnh, số lần tái phát, mức độ triệu chứng ngứa và triệu chứng đau theo thang điểm Numeric Rating Scale (NRS), độ nặng của bệnh CHE theo thang điểm Hand Eczema Severity Index (HECSI). Thang điểm HECSI được đánh giá dựa trên 6 dấu hiệu lâm sàng: hồng ban (Erythema), thâm nhiễm (Infiltration), mụn nước (Vesicles), nứt nẻ (Fissures), vảy (Scaling) và phù nề (Oedema) tại 5 vị trí của bàn tay gồm: đầu ngón, thân ngón, lòng bàn tay, mu bàn tay và cổ tay. Mỗi dấu hiệu được cho điểm từ 0 – 3 điểm (0: không có, 1: nhẹ, 2: trung bình, 3: nặng) và mức độ lan rộng tại mỗi vị trí được cho điểm từ 0 – 4 điểm (0: 0%, 1: 1–25%, 2: 26–50%, 3: 51–75%, 4: 76–100%). Điểm của mỗi vị trí bằng tích của điểm lan rộng và tổng điểm 6 dấu hiệu, sau đó cộng lại cho 5 vị trí của cả hai bàn tay ta được điểm tổng HECSI.

Phân mức độ của triệu chứng ngứa theo NRS như sau: 1 – 3 điểm, ngứa trung bình từ 4 – 7 điểm và ngứa nặng từ 8 – 10 điểm. Về triệu chứng đau, đau nhẹ có NRS từ 1 – 3 điểm, đau trung bình từ 4 – 6 điểm, đau nặng từ 7 – 8 điểm và đau rất nặng từ 9 – 10 điểm. Đánh giá độ nặng của CHE bằng thang điểm HECSI như sau: sạch hoàn toàn 0 điểm, gần như sạch hoàn toàn từ 1 – 16 điểm, trung bình từ 17 – 37 điểm, nặng từ 38 – 116 điểm và rất nặng ≥ 117 điểm [10].

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hoá và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0. Biến số định tính được trình bày bằng tỷ lệ phần trăm và tần số. Biến số định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối của biến số xấp xỉ phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối của biến số không xấp xỉ phân phối chuẩn).

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Khám bệnh, Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02/2025 đến tháng 08/2025

2.5. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Da Liễu TP.HCM số 243/CN-BVDL ngày 17/02/2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong Bảng 1.

Nữ giới nhiều hơn gấp 1,5 lần so với nam giới. Độ tuổi trung bình là 44,1 ± 16,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 41 – 60 chiếm tỉ lệ cao nhất và từ 18 – 25 chiếm tỉ lệ ít nhất. Phần lớn là bệnh nhân đã kết hôn cũng như có trình độ học vấn chủ yếu là cấp 3 và đại học/cao đẳng (63,4%). Có một tỉ lệ lớn (42,0%) nghề nghiệp của mẫu nghiên cứu có liên quan đến nước hoặc chất lỏng (Chế biến thực phẩm, công nhân, làm nông, chăm sóc sắc đẹp).

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu – xã hội học của đối tượng nghiên cứu (n = 150)

Đặc điểm		**Kết quả**
Giới, n (%)	Nam	59 (39.3%)
	Nữ	91 (60,7%)
Tuổi (TB ± ĐLC)		44,1 ± 16,6
Nhóm tuổi, n (%)	18 – 25 tuổi	27 (18,0%)
	26 – 40 tuổi	36 (24,0%)
	41 – 60 tuổi	58 (38,7%)
	> 60 tuổi	29 (19,3%)
Trình độ học vấn	Cấp 1	21 (14,0%)
	Cấp 2	34 (22,7%)
	Cấp 3	37 (24,7%)
	Đại học/Cao đẳng	58 (38,7%)
Hôn nhân	Độc thân	41 (27,3%)
	Kết hôn	109 (72,7%)
Nghề nghiệp, n (%)	Chế biến thực phẩm	33 (22,0%)
	Công nhân	17 (11,3%)
	Làm nông	9 (6,0%)
	Chăm sóc sắc đẹp	4 (2,7%)
	Giáo viên	2 (1,3%)
	Sinh viên	16 (10,7%)
	Buôn bán	14 (9,3%)
	Nhân viên văn phòng	22 (14,7%)
	Tài xế	3 (2%)
	Tự do	17 (11,3%)
	Không đi làm	13 (8,7%)

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong Bảng 2.

Thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân có trung vị là 24 tháng [12 – 60] tháng, trong đó nhóm bệnh nhân mới mắc bệnh (≤ 1 năm) chiếm tỉ lệ cao nhất (44,7%). Số lần tái phát bệnh mỗi năm có 2 nhóm chính chiếm đến hơn 95% số bệnh nhân là ≤ 5 lần/năm và gần như luôn bị. Gần 90% bệnh nhân chỉ biểu hiện một dạng lâm sàng duy nhất. Điểm ngứa trung bình của mẫu nghiên cứu theo NRS là 6,8 ± 2,1. Điểm đau trung bình của mẫu nghiên cứu theo NRS là 4,0 ± 2,5.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 150)

Đặc điểm		**Kết quả**
Thời gian mắc bệnh, n (%)	≤ 1 năm	67 (44,7%)
	1 – 5 năm	56 (37,3%)
	> 5 năm	27 (18,0%)
Số lần tái phát mỗi năm, n (%)	≤ 5 lần	75 (50,0%)
	5 – 10 lần	3 (2,0%)
	> 10 lần	2 (1,3%)
	Gần như luôn bị	70 (46,7%)

Dạng lâm sàng, n (%)	Mụn nước	54 (36,0%)
	Nứt nẻ	27 (18,0%)
	Tăng sừng	50 (33,3%)
	Hỗn hợp	19 (12,7%)
Mức độ ngứa	Nhẹ	15 (10,0%)
	Trung bình	66 (44,0%)
	Nặng	69 (46,0%)
Mức độ đau	Nhẹ	71 (47,3%)
	Trung bình	49 (32,7%)
	Nặng	24 (16,0%)
	Rất nặng	6 (4,0%)
Mức độ nặng	Gần như sạch hoàn toàn	71 (47,3%)
	Trung bình	58 (38,7%)
	Nặng	20 (13,3%)
	Rất nặng	1 (0,7%)

4. BÀN LUẬN

Chàm bàn tay mạn tính là một bệnh da phổ biến, thường gây khó khăn cho cả bệnh nhân và bác sĩ. Về mặt sinh bệnh học, CHE là kết quả của sự tương tác giữa nhiều yếu tố, bao gồm di truyền, môi trường, các tác nhân kích thích (gồm cả chất gây dị ứng và kích ứng). Vai trò chủ đạo trong đáp ứng miễn dịch của CHE có thể liên quan tới cả Th1 và Th2. Sự khác biệt của các đáp ứng miễn dịch này cũng liên quan đến biểu hiện các dạng lâm sàng khác nhau của CHE [11].

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 150 bệnh nhân CHE tham gia. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính lúc đến khám là 44,1 ± 16,6 tuổi. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Boehm và cộng sự (42,0 ± 12,9) [12]. Số bệnh nhân nữ (60,7%) gấp 1,5 lần số bệnh nhân nam (39,3%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Qu và cộng sự ở Trung Quốc [13]. Tuy nghiên, nghiên cứu của tác giả Kouris và cộng sự ở Ai Cập lại cho kết quả ngược lại với tỉ lệ nam cao hơn nữ [14]. Lý giải cho việc bệnh nhân nữ thường gặp nhiều hơn nam giới có thể đến từ nhiều nguyên nhân. Nữ giới thường phải làm những công việc trong môi trường ẩm ướt nhiều hơn nam giới [15]. Da phụ nữ có lớp sừng mỏng và ít lipid hơn nên dễ bị mất nước và tổn thương hàng rào bảo vệ da, đồng thời hormone sinh dục nữ cũng ảnh hưởng đến đáp ứng viêm và miễn dịch của da, làm tăng nhạy cảm với dị nguyên và chất kích ứng [16]. Sự khác biệt về tỷ lệ giới tính bệnh nhân CHE giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến tập tính văn hóa xã hội của từng chủng tộc.

Trình độ học vấn của mẫu nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm từ cấp 1 đến cấp 3 chiếm 61,4% và đại học/cao đẳng chiếm 38,7%, cũng như không có bệnh nhân nào không biết chữ. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ của tác giả Serap Maden và cộng sự [17]. Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đã kết hôn, chiếm 72,7% mẫu nghiên cứu, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hafsia và cộng sự ở Tunisia với tỷ lệ tình trạng đã kết hôn chiếm 75,2%. Kết quả này có thể lý giải là vì chàm bàn tay chủ yếu gặp ở người trưởng thành, đặc biệt là lứa tuổi trung niên, là giai đoạn phần lớn mọi người đã kết hôn [18].

Bệnh nhân CHE có nhiều người làm việc ở môi trường ẩm ướt (wet-work), chiếm 42,0% tổng số người tham gia nghiên cứu, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yu và cộng sự ở Hàn Quốc [19]. Kết quả này có thể dễ dàng lý giải được là do thường xuyên tiếp xúc với môi trường có nước – chất tẩy rửa là một yếu tố nguy cơ thường gặp của chàm bàn tay [2]. Việc tiếp xúc lặp đi lặp lại với nước, xà phòng hoặc các chất tẩy rửa có thể làm suy giảm hàng rào bảo vệ da, gây mất lipid và tăng tính thấm qua biểu bì, từ đó sẽ làm khởi phát hoặc làm nặng

thêm các bệnh lý viêm da tay [20]. Tương tự, nghiên cứu của Carøe và cộng sự năm 2010 ở Đan Mạch cũng ghi nhận làm việc ở môi trường ẩm ướt là yếu tố nguy cơ hàng đầu của viêm da tiếp xúc nghề nghiệp - một dạng lâm sàng mà nếu không được kiểm soát tốt sẽ tiến triển thành chàm bàn tay mạn tính [21].

Chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh của các bệnh nhân có trung vị là 24 [12 – 60] tháng , kết quả này tương đồng với nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ của tác giả Duman và cộng sự với thời gian mắc bệnh của mẫu nghiên cứu là 2 [1 -6] năm [22]. Bệnh nhân mắc chàm bàn tay mạn tính có thời gian mắc bệnh ≤ 1 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (44,7%) , kết quả này thấp hơn một chút so với nghiên cứu của tác giả Hossein và cộng sự tại Iran (54,1%) [23]. Tuy nhiên vẫn có một vài nghiên cứu ở Pháp, Trung Quốc đã báo cáo thời gian mắc bệnh lâu hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Lý giải cho sự khác biệt này có thể là do có sự khác biệt về chủng tộc và sự khó khăn trong việc bệnh nhân nhớ lại chính xác thời điểm khởi phát bệnh [13,24].

Số lần tái phát bệnh mỗi năm của mẫu nghiên cứu có 2 đỉnh kết quả chiếm gần như toàn bộ trường hợp là ≤ 5 lần/năm và bệnh dai dẳng Hiện chúng tôi vẫn chưa ghi nhận trên y văn dữ liệu nào khác liên quan đến thời gian tái phát CHE mỗi năm. Do đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể giúp phản ánh rõ ràng hơn về tình trạng của bệnh nhân, đồng thời làm tiền đề cho các nghiên cứu liên quan sau này. Dạng lâm sàng chủ yếu của CHE trong nghiên cứu là mụn nước và tăng sừng với tỷ lệ lần lượt là 36,0% và 33,3% tương đồng với nghiên cứu ở Hàn Quốc của Yu và cộng sự [19].

Mức độ ngứa tập trung phần lớn ở mức nặng và trung bình, điểm ngứa trung bình theo thang NRS là 6,8 ± 2,1 cho kết quả tương tự với nghiên cứu tác giả Zalewski và cộng sự (6.4 ± 2.7) [25]. Kết quả này có thể lý giải là do CHE có cơ chế gây ngứa phức tạp, phối hợp nhiều cơ chế như suy giảm chức năng hàng rào da, giải phóng nhiều chất trung gian gây ngứa [26]. Mức độ đau tập trung chủ yếu là đau nhẹ đến trung bình (80,0%), với điểm đau trung bình theo NRS là 4,0 ± 2,5, kết quả tương tự các trường hợp nặng đến rất nặng. Những đặc điểm này cho thấy CHE không chỉ là bệnh da với tác giả Zalewski và cộng sự (4.6 ± 3.2) [25]. Cơ chế đau trong CHE khác biệt so với cơ chế gây ngứa: đau chủ yếu phát sinh từ các vết nứt da nhỏ và phản ứng viêm bề mặt nên triệu chứng đau thường ít nổi bật [27].

Phân bố mức độ nặng của bệnh đa phần là gần như sạch hoàn toàn đến trung bình (86,0%) và nặng đến rất nặng (14,0%) trái ngược với tác giả Zalewski và cộng sự ở Ba Lan khi sử dụng cùng thang điểm HECSI báo cáo rằng mức độ nặng đến rất nặng (39,0%) cao hơn nhóm chúng tôi còn mức độ gần như sạch hoàn toàn đến trung bình (61,0%) thấp hơn nhóm chúng tôi [25]. Sự khác biệt về kết quả này chúng tôi có thể giải thích được là do ở Ba Lan có môi trường lạnh – khô, là một trong những yếu tố nguy cơ của chàm bàn tay, dẫn đến mức độ bệnh cũng sẽ nặng hơn là khu vực nóng - ẩm [28].

Hình 1. Các thể lâm sàng chàm bàn tay mạn tính. **(A):** Chàm bàn tay dạng mụn nước; **(B):** Chàm bàn tay dạng tăng sừng; **(C):** Chàm bàn tay dạng khô nứt nẻ.
(Nguồn: Bác sĩ Nguyễn Đức Dũng)

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả bệnh nhân chàm bàn tay mạn tính chủ yếu là nữ giới, độ tuổi trung niên, đa phần đã kết hôn và làm các nghề có môi trường ẩm ướt. Bệnh có tính chất kéo dài và tỷ lệ tái phát cao, nhiều trường hợp dai dẳng. Ngứa và đau là triệu chứng nổi bật, trong đó ngứa thường ở mức độ trung bình đến nặng, còn đau chủ yếu nhẹ đến trung bình nhưng vẫn gây ảnh hưởng đáng kể. Phần lớn bệnh nhân ở mức độ bệnh từ gần như sạch đến trung bình, tuy nhiên vẫn tồn tại tỷ lệ không nhỏ liễu mạn tính khó kiểm soát mà còn tác động rõ rệt đến chất lượng cuộc sống người bệnh.

DANH MỤC VIẾT TẮT

Từ viết tắt	Diễn giải tiếng Anh	Diễn giải tiếng Việt
CHE	Chronic hand eczema	Chàm bàn tay mạn tính
HE	Hand eczema	Chàm bàn tay
NRS	Numeric Rating Scale	Thang đo triệu chứng đau
HECSI	Hand Eczema Severity Index	Thang điểm đánh giá độ nặng bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Veien NK, Hattel T, Laurberg G. Hand eczema: causes, course, and prognosis II. Contact Dermatitis. Jun 2008;58(6):335-9.
2. Bauer A, Brans R, Brehler R, Buttner M, Dickel H, Elsner P, et al. S2k guideline diagnosis, prevention, and therapy of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. Sep 2023; 21(9):1054-1074.
3. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O, Coenraads PJ, Elsner P, English J, et al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. Jan 2015;13(1):e1-22.
4. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menne T. The epidemiology of hand eczema in the general population--prevalence and main findings. Contact Dermatitis. Feb 2010;62(2):75-87.
5. Apfelbacher C, Bewley A, Molin S, Fargnoli MC, Gimenez-Arnau AM, Brignoli L, et al. Prevalence of chronic hand eczema in adults: a cross-sectional survey of over 60 000 respondents from the general population of Canada, France, Germany, Italy, Spain and the UK. Br J Dermatol. May 19 2025;192(6):1047-1054.
6. Bích ĐTN. CHÀM TAY Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH: TỈ LỆ HIỆN MẮC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2014;18(6):770 - 775.
7. Diepgen TL. Occupational skin-disease data in Europe. Int Arch Occup Environ Health. Jun 2003;76(5):331-8.
8. Skoet R, Olsen J, Mathiesen B, Iversen L, Johansen JD, Agner T. A survey of occupational hand eczema in Denmark. Contact Dermatitis. Oct 2004;51(4):159-66.
9. Coenraads PJ. Hand eczema is common and multifactorial. J Invest Dermatol. Jul 2007; 127(7):1568-70.
10. Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. The hand eczema severity index (HECSI): a scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intraobserver reliability. Br J Dermatol. Feb 2005;152(2):302-7.
11. Ghezzi G, Falcidia C, Paolino G, Mercuri SR, Narcisi A, Costanzo A, et al. Chronic Hand Eczema (CHE): A Narrative Review. Dermatol Ther (Heidelb). Apr 2025;15(4): 771-795.
12. Boehm D, Schmid-Ott G, Finkeldey F, John SM, Dwinger C, Werfel T, et al. Anxiety, depression and impaired health-related quality of life in patients with occupational hand eczema. Contact Dermatitis. Oct 2012 ;67(4):184-92.
13. Qu Z, Jiang Q, Wang B, Yao C, Jiang R, Chen K, et al. A cross-sectional study of clinical characteristics and risk factors for hand eczema in the general Chinese population. Sci Rep. Nov 29 2024;14(1): 29733.
14. Kouris A, Armyra K, Christodoulou C, Katoulis A, Potouridou I, Tsatovidou R, et al. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. Contact Dermatitis. Jun 2015;72(6):367-70.
15. Kiec-Swierczynska M, Chomiczewska D, Krecisz B. [Wet work]. Med Pr. 2010;61(1): 65-77. Wet work--praca w srodowisku mokrym.
16. Giacomoni PU, Mammone T, Teri M. Gender-linked differences in human skin. J Dermatol Sci. Sep 2009;55(3):144-9.
17. Maden S, Ozbagcivan O, Onur Aysevener BE, Aktan S. Quality of life, anxiety, depression, social anxiety and avoidance in patients with chronic hand eczema. Ital J Dermatol Venerol. Oct 2021;156(5):562-569.
18. Hafsia M, Kacem I, El Maalel O, Maoua M, Brahem A, Aroui H, et al. Relationship between Hand Eczema Severity and

Occupational Stress: A Cross-Sectional Study. Dermatol Res Pract. 2019;2019: 8301896.
19. Yu M, Han TY, Lee JH, Son SJ. The Quality of Life and Depressive Mood among Korean Patients with Hand Eczema. Ann Dermatol. Nov 2012;24(4): 430-7.
20. Belsito DV. Occupational contact dermatitis: etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. J Am Acad Dermatol. Aug 2005;53(2):303-13.
21. Caroe TK, Ebbehoj N, Agner T. A survey of exposures related to recognized occupational contact dermatitis in Denmark in 2010. Contact Dermatitis. Jan 2014;70(1):56-62.
22. Duman N, Uzunali E. Clinical assessment of the severity of chronic hand eczema: correlations between six assessment methods. Eur Res J. 2015;1(2):44-49.
23. Ghaderi R, Saadatjoo A. Quality of life in patients with hand eczema as health promotion: a case control study. Acta Dermatovenerol Croat. 2014;22(1):32-9.
24. Halioua B, Berbis P, Cambazard F, Doutre MS, Joly P, Richard MA, et al. Clinical characteristics and impact of severe chronic hand eczema (sCHE) in France: Study of 388 cases. J Am Acad Dermatol. 2015;72 (5):AB78.
25. Zalewski A, Krajewski PK, Szepietowski JC. Prevalence and Characteristics of Itch and Pain in Patients Suffering from Chronic Hand Eczema. J Clin Med. Jun 21 2023; 12(13)
26. Bieber T. Atopic dermatitis. N Engl J Med. Apr 3 2008;358(14):1483-94.
27. Liu T, Ji RR. New insights into the mechanisms of itch: are pain and itch controlled by distinct mechanisms? Pflugers Arch. Dec 2013;465(12):1671-85.
28. Molin S, Guttman-Yassky E, Thyssen JP, Bewley A. Chronic Hand Eczema, Real World, and Patient Centricity: A Narrative Review. Acta Derm Venereol. Apr 2 2025;105:adv42596.