

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TỒN THƯƠNG DA DO KÝ SINH TRÙNG CHÂN KHỚP *Demodex* spp.

Huỳnh Hồng Quang¹, Trần Ngọc Duy², Nguyễn Ngọc Vinh¹.

Mục tiêu: nhằm đưa ra một bệnh lý dễ chẩn đoán sót, nhằm do *Demodex* spp., mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng trên bệnh nhân viêm da do *Demodex* spp. **Phương pháp:** nghiên cứu ngang mô tả dịch tễ học và theo dõi dọc loạt ca bệnh. **Kết quả:** với tổng số 118 bệnh nhân phân tích cho thấy một loạt các yếu tố nguy cơ phù hợp với y văn mô tả. Lâm sàng biểu hiện các hình thái trên da hoặc da niêm mạc (tương tự triệu chứng của các rối loạn da khác như trứng cá đỏ, mụn trứng cá, ghê). Tuy nhiên, cũng có vài triệu chứng phân biệt trên bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp. như ngứa, cảm giác châm chích, rần rần và bò trườn vào ban đêm. Rụng tóc, rụng lông mi, lông mày, ngứa tóc da đầu, ngứa tai... **Kết luận:** từ lâu viêm da do *Demodex* được xem là một căn bệnh ngoại ký sinh trùng bị lãng quên. Gần đây, bệnh được các nhà nghiên cứu chú ý do sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ở người. Nhiễm *Demodex* cho thấy các dấu chứng và triệu chứng không đặc hiệu tại các tổn thương da và nang lông. Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý để chẩn trọng trong chẩn đoán phân biệt.

Từ khóa: Viêm da do *Demodex*, *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Demodex spp. là một ngoại ký sinh thuộc giới Animalia, ngành Arthropoda, lớp Arachnida, phụ lớp Acari, bộ Trombidiformes, họ Demodicidae (Nicolet, 1855), giống *Demodex* (Owen, 1843) và nhiều loài khác nhau như *Demodex aries*, *Demodex aurati*, *Demodex brevis*, *Demodex bovis*, *Demodex canis*, *Demodex caprae*, *Demodex caballii*, *Demodex cati*, *Demodex cornei*, *Demodex criceti*, *Demodex equi*, *Demodex folliculorum*, *Demodex gapperi*, *Demodex gatoi*, *Demodex injai*, *Demodex ovis*, *Demodex phyloides*, *Demodex zalophi*... tùy theo ký sinh trên các động vật khác nhau. *Demodex* là loại sinh vật rất nhỏ, sống trên hoặc gần các nang lông của các động vật, chúng là các động vật chân khớp nhỏ nhất và ba loài có thể ký sinh và gây tổn thương da ở người là *Demodex folliculorum* (có chiều dài 0,3 - 0,4mm), *Demodex brevis*

(0,15 - 0,2mm) và *Demodex canis*. Trong đó, hai loài thường gặp nhất trên người là *D. folliculorum* và *D. brevis*, cả hai thường ký sinh ở vùng quanh mắt hoặc cơ quan mắt, riêng *Demodex canis* sống trên chó nhà và đôi khi nhiễm sang người^[2,3]. Nhiễm trùng với *Demodex* thường gặp tỷ lệ tương đối, nhưng hiếm khi gây ra triệu chứng, mặc dù một số bệnh lý da có thể gặp do loài ký sinh trùng *Demodex* spp., này.

D. folliculorum lần đầu tiên được mô tả vào năm 1842 bởi tác giả Simon và *D. brevis* được xác định vào năm 1963 do Akbulatova. Điểm riêng biệt rằng loài *D. folliculorum* được tìm thấy chủ yếu trên các chân tóc hoặc nang lông, trong khi đó loài *D. brevis* lại sống trong các tuyến bã nhờn dính liền với nang lông. Song, nhiều ca bệnh có sự xuất hiện hai loài này tại các vị trí có xu hướng tiết bã nhờn như trên mặt, gần cánh mũi, lông mi, lông mày, chân tóc, râu nhưng cũng có thể phát hiện một số nơi khác trên cơ thể người.

Dù bệnh đã được nhận ra từ cách nay nhiều thập niên, để chẩn đoán về mặt cận lâm sàng (soi tươi) nhưng biểu hiện lâm sàng đa hình thái và rất dễ nhầm với các thương tổn trên da khác như viêm da do thuốc, viêm da

¹Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, ²Bệnh viện Phong và Da liễu Trung ương Quy Hòa.

Ngày nhận bài: 20/10/2019.

Ngày phản biện xong: 25/12/2019.

Ngày duyệt đăng: 10/01/2020.

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Huỳnh Hồng Quang, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn.

Điện thoại: 0905103496. E-mail: huynghongquangimpe@yahoo.com

tiếp xúc, viêm nang lông vi khuẩn, viêm quầng do nấm... Với ý tưởng tổng hợp một số khía cạnh dịch tễ học lâm sàng, yếu tố liên quan, biểu hiện thương tổn, đề tài này tiến hành nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh viêm da do *Demodex* trên bệnh nhân.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán viêm da hay tổn thương da do *Demodex* spp., được xác định bởi xét nghiệm viên chuyên khoa da liễu và ký sinh trùng. Bệnh nhân không nhiễm các ký sinh trùng khác như ấu trùng giun *Toxocara* spp., *Gnathostoma* spp., *Strongyloides* spp., *Fasciola* spp., không có bệnh lý nấm ở da.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính, nhiễm trùng cấp tính nghiêm trọng khác. Bệnh nhân có rối loạn tâm thần hay đang mắc các bệnh nặng khác. Bệnh nhân đang trong giai đoạn mang thai hoặc đang cho con bú. Bệnh nhân có bệnh lý nấm da, nhiễm trùng da nghề nghiệp đang điều trị.

Địa điểm và thời gian: nghiên cứu tiến hành tại phòng khám chuyên khoa, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn. Thời gian tiến hành từ 2006 - 12/2017.

Phương pháp: nghiên cứu ngang mô tả dịch tễ học và theo dõi dọc.

Kỹ thuật nghiên cứu

- Các kỹ thuật thăm khám lâm sàng chuyên khoa và đa khoa, cùng với trực tiếp khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh cũng như các liệu pháp đang sử dụng.

- Các kỹ thuật xét nghiệm cận lâm sàng như sinh hóa, huyết học, cạo lấy mẫu vảy da vùng thương tổn, hoặc bệnh phẩm sinh thiết soi tươi dưới kính hiển vi.

- Xác định chẩn đoán bệnh nhân viêm da do *Demodex* spp., khi có sự hiện diện của *Demodex* spp.

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý theo chương trình Excel 2010.

Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu: thông tin thu thập phải được sự chấp thuận của bệnh nhân và người nhà. Nghiên cứu này dừng lại khâu dịch tễ học lâm sàng và chưa can thiệp. Bảo mật thông tin và số liệu cho từng bệnh nhân nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp., tham gia nghiên cứu

Bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới cao hơn so với nam giới (25,42% và 74,58%). Phần lớn bệnh nhân là người Việt Nam (97,46%), số còn lại là người nước ngoài là 2,54%. Nhóm tuổi từ [12 - <15] chiếm 3,39%, tuổi trên 60 chiếm 14,41%, nhóm tuổi [≥15 - ≤60 tuổi] chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,20%. Học sinh, sinh viên và kinh doanh mua bán chiếm tỷ lệ cao với 47,46% và 35,59%. Bệnh nhân *Demodex* sp. chủ yếu tập trung ở thành phố với 73,73%.

Bảng 1. Đặc điểm chung về nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị do *Demodex* spp.

TT	Đặc điểm bệnh nhân chung	SL	%
1	- Bệnh nhân đến khám bệnh lý da chung - Bệnh da có liên quan đến <i>Demodex</i>	4.875 156	3,2%
2	Tổng số bệnh nhân <i>Demodex</i> - Nhóm nhiễm <i>Demodex</i> spp. phối hợp với tác nhân khác - Nhóm nhiễm <i>Demodex</i> spp. đơn thuần (đủ tiêu chuẩn)	156 38 118	100% 24,36 75,64

Nhận xét: tỷ lệ nhiễm *Demodex* spp. chiếm 3,2% trong số ca đến khám bệnh lý da. Trong đó, nhiễm đơn thuần *Demodex* spp. là 75,64%.

Một số yếu tố nguy cơ hoặc thuận lợi cho nhiễm trùng *Demodex*

Bảng 2. Một số yếu tố thuận lợi hoặc nguy cơ cho bệnh *Demodex* phát triển

TT	Đặc điểm các yếu tố thuận lợi	SL	%
1	Cơ địa bệnh nhân - Da tăng tiết chất bã nhờn - Da tăng tiết mồ hôi - Thương tổn da trầy xước sẵn có	70 12 5	59,32 10,17 4,24
2	Hiệu ứng thuốc thoa và mỹ phẩm - Dùng mỹ phẩm làm trắng da - Kem dưỡng da mặt ngày- đêm - Chất dưỡng ẩm da	27 60 12	22,88 50,85 10,17
3	Yếu tố lây nhiễm - Gia đình có người mắc - Sống tập thể có người mắc	25 19	21,19 16,10
4	Môi trường làm việc - Nóng, ẩm và bụi nhiều; - Làm việc với dầu nhờn	28 11	23,73 9,32
5	Bệnh lý sẵn có hoặc suy giảm miễn dịch - Đái tháo đường - Nghiện rượu, thuốc lá - Lao phổi, ngoài phổi - Đang dùng thuốc corticoides - Đang dùng thuốc chống ung thư	5 2 1 6 2	4,24 1,69 0,85 5,07 1,69
6	Mùa trong năm - Hè - Thu - Đông - Xuân - Tất cả mùa	56 23 9	47,46 19,49 7,63

Nhận xét: một số yếu tố thuận lợi cho nhiễm *Demodex* spp., cơ địa da bệnh nhân tăng tiết chất bã nhờn chiếm tỷ lệ cao nhất 59,32%, hoặc da tăng tiết mồ hôi 10,17% và bệnh nhân có thương tổn da trầy xước sần có nhiễm *Demodex* spp., là 4,24%.

Bệnh nhân dùng mỹ phẩm làm trắng da (22,88%), hay dùng kem dưỡng da mặt (50,85%), chất chế phẩm dưỡng ẩm da (10,17%). Yếu tố lây nhiễm như trong gia đình có người mắc và sống tập thể có người mắc với tỷ lệ 21,19% và 16,10%. Làm việc trong một môi trường làm việc nóng, ẩm và bụi nhiều (23,73%), hoặc phơi nhiễm với dầu nhớt 9,32%. Bệnh lý đái tháo đường (4,24%), nghiện rượu, bia và thuốc lá (1,69%), lao (0,85%), dùng corticoides (5,07%) và đang dùng thuốc chống ung thư (1,69%).

Bảng 3. Thời gian khởi phát bệnh đến khi nhập viện, tiếp cận y tế

TT	Khoảng cách thời gian	SL	%
1	- Dưới 15 ngày	12	10,16
	- Từ 15 ngày - <60 ngày	34	28,81
	- >60 ngày - <180 ngày	43	36,44
	- ≥180 ngày	29	24,59

Nhận xét: thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi nhập viện cũng thay đổi. Trong đó, khoảng cách thời gian dưới 15 ngày chiếm 10,16%, từ [15 - <60 ngày] chiếm 28,81%, từ [>60 ngày - <180 ngày] là 36,44% và sau 6 tháng là 24,59%.

Bảng 4. Các thuốc và chế phẩm đã sử dụng trước khi nhập viện

TT	Loại chế phẩm hoặc thuốc sử dụng	SL	%
1	- Thuốc chống dị ứng	75	63,56
	- Thuốc tiêu sừng	9	7,63
	- Thuốc xoa chống ngứa + kháng sinh	22	18,64
	- Thuốc giun sán (tự mua hoặc chỉ định bác)	39	33,05
2	- Chưa, không điều trị gì	31	26,27

Nhận xét: bệnh nhân đã tự ý mua thuốc tại quầy dược hoặc đại lý dược hoặc khám được chỉ định của bác sĩ với các thuốc chống dị ứng (63,56%), dung dịch tiêu sừng (7,63%), thuốc bôi chống ngứa có kèm kháng sinh (18,64%), đặc biệt với thuốc chống giun sán 33,05%.

Hình thái lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm da, nang lông do *Demodex*

Bảng 5. Vị trí vùng nhiễm *Demodex* và gây thương tổn da

TT	Loại chế phẩm hoặc thuốc sử dụng	SL	%
1	Vùng da đầu và mặt		
	- Da đầu và chân tóc	16	13,56
	- Da mặt	65	55,08
	- Cả da đầu và vùng mặt	31	26,27
2	Vùng khác trên cơ thể		
	- Ngực, lưng	12	10,17
	- Đầu vú, quy đầu và mu sinh dục	4	3,39
	- Mông	2	1,69

Nhận xét: vị trí nhiễm *Demodex* spp., nhiều nhất là vùng da mặt là 55,08%, cả da đầu và vùng mặt (26,27%), da đầu, chân tóc (13,56%). Các vùng khác như ngực, lưng (10,17%), vùng đầu vú, quy đầu và mu sinh dục (3,39%), vùng mông (1,69%).

Bảng 6. Phân loại thể bệnh đơn thuần hoặc phối hợp do *Demodex*

TT	Thể bệnh tổn thương da, nang lông tuyến bã do <i>Demodex</i> spp.	SL	%
1	Thể bệnh đơn thuần (3 thể chính)		
	- Viêm nang lông dạng vảy phấn (1)	83	70,34
	- Viêm da dạng trứng cá da mặt (2)	21	17,79
	- Trứng cá đỏ thể u hạt ở mi mắt và cánh mũi	07	5,93
2	Thể bệnh phối hợp		
	- Thể (1) + (2)	12	10,17
	- Thể (2) + (3)	18	15,38
	- Thể (3) + (1)	09	7,63

Nhận xét: thể bệnh đơn thuần viêm nang lông dạng vảy phấn chiếm cao nhất (70,34%), trứng cá (17,79%), thể trứng cá đỏ dạng u hạt (5,93%). Thể phối hợp viêm nang lông với viêm trứng cá đỏ (10,17%), thể viêm da trứng cá đỏ với viêm u hạt (15,38%), hoặc viêm da dạng u hạt với viêm da nang lông vảy phấn (7,63%).

Biểu hiện lâm sàng đa dạng ở bệnh nhân nhiễm *Demodex*: tại vùng da đầu và chân tóc có khô da, tróc vảy (41,53%), mụn mủ lỗ da hoặc nang chân tóc (18,64%), đỏ da quanh chân tóc (12,71%), ngứa da (83,9%), viêm da dạng trứng cá (33,05%) hoặc rụng tóc chỏm (3,39%). Biểu hiện dạng đỏ da, khô da (38,14%), viêm và phù da mặt (4,24%), vết hoặc đường di chuyển (12,71%), xuất hiện mụn mủ nang lông, tuyến bã nhờn (38,98%), nút tuyến bã nhờn (7,63%), theo sau cảm giác rần rần châm chích (48,31%), phản ứng viêm tạo u hạt ở mi mắt (5,08%), viêm đỏ mắt, viêm mí mắt (10,17%), viêm nang

lông (7,63%) hoặc rụng lông mi, lông mày (7,63%).

Bảng 7. Mật độ ký sinh trùng *Demodex* qua xét nghiệm kính hiển vi

Mật độ ký sinh trùng trên tiêu bản qua soi tươi	SL	%
- < 5 con <i>Demodex</i> /vi trường	6	5,08
- ≥ 5 - < 10 <i>Demodex</i> /vi trường	79	66,95
- ≥ 10 - < 20 <i>Demodex</i> /vi trường	12	10,17
- ≥ 20 <i>Demodex</i> /vi trường	21	17,80

Nhận xét: phân theo mật độ *Demodex* trên mỗi vi trường cho thấy mật độ dưới 5 con/mỗi vi trường chiếm tỷ lệ chỉ 5,08%; từ [≥ 5 - < 10 *Demodex*/vi trường] chiếm tỷ lệ cao nhất 66,95%, mật độ từ [≥ 10 - < 20 *Demodex*/vi trường] chiếm 10,17% và có trường hợp đặc biệt mật độ rất cao lên trên ≥ 20 *Demodex*/vi trường là 17,80%.

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung trên nhóm bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp.,

Trong số bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh lý có thương tổn da nghi ngờ do *Demodex* spp., chỉ định xét nghiệm cả nguyên nhân ký sinh trùng (tập trung chủ yếu các bệnh ngứa ký sinh) cho thấy tỷ lệ bệnh nhiễm *Demodex* spp. chung chiếm 3,2%. Trong đó, nhiễm đơn thuần *Demodex* spp. là 75,64% và nhiễm phối hợp *Demodex* spp., với các tác nhân giun sán hoặc nấm khác ít hơn. Điều này cho thấy, ký sinh trùng *Demodex* spp. cũng góp phần đáng kể trong các thương tổn da và vùng nang lông, tuyến bã cũng như các tác nhân trong danh sách gây ngứa, mày đay, dị ứng trên người cần quan tâm từ các nhà lâm sàng da liễu, nội khoa và đặc biệt bác sĩ chuyên khoa ký sinh trùng để hướng đến chẩn đoán lâm sàng và chỉ định soi tươi phát hiện *Demodex* spp., và điều trị sớm cho bệnh nhân tránh các biến chứng hoặc sẹo thẩm mỹ trên vùng da mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và cuộc sống bệnh nhân^[2,3].

Trong số các bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp. có triệu chứng, tỷ lệ nữ giới chiếm cao hơn rất nhiều so với nam giới (nam 25,42% và nữ 74,58%), điều này vừa phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài, cũng vừa khác biệt so với một số nghiên cứu khác ngoài nước cho rằng nam giới cao hơn nữ giới bởi lẽ tỷ lệ nhiễm *Demodex* spp. còn lệ thuộc vào rất nhiều yếu tố có thể dẫn đến sai khác tỷ lệ như yếu tố khu vực địa lý, khí hậu từng châu lục trên thế giới, môi trường sống và làm việc, thói quen sử dụng các chế phẩm chăm sóc da, bệnh lý sẵn có và

cơ địa suy giảm miễn dịch do bệnh lý khác (HIV/AIDS, lao, phong, nghiện rượu) hay bệnh lý nền (đái tháo đường, ung thư cơ quan...).

Phần lớn bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp., ở đây là người Việt Nam (97,46%), song cũng có một số cán bộ đang công tác tại Việt Nam mắc *Demodex* chiếm tỷ lệ ít hơn như người Đan Mạch (1,69%) làm việc tại Bình Định và Mỹ (0,85%) làm việc tại Bình Dương. Trong phạm vi đề tài không phân biệt loài nên chúng tôi tạm thời để chung là *Demodex* spp.

Một số yếu tố liên quan nhiễm trùng *Demodex* spp. phát triển

Trong số 118 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào đánh giá, phân tích cho thấy nhóm tuổi liên quan đến nhiễm tác nhân *Demodex* spp., gồm nhiều lứa tuổi khác nhau có thể từ tuổi thiếu niên đến người cao tuổi trên 60, trong đó, nhóm tuổi từ [12 - < 15] tuổi chiếm 3,39%, tuổi trên 60 chiếm 14,41%, đặc biệt nhóm tuổi trưởng thành và trong độ tuổi lao động [≥ 15 - ≤ 60] tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,20%. Theo một nghiên cứu tổng hợp gần đây cho thấy các bệnh nhân lớn tuổi dễ mang trên mình sinh vật này hơn các đối tượng khác, 1/3 số trẻ em và người trẻ tuổi và 2/3 số người trưởng thành và cao tuổi nhiễm loại sinh vật này^[4,8]. Tỷ lệ thấp hơn ở trẻ em có thể do ít sinh tuyến bã nhờn hơn. Các sinh vật này lây truyền qua lại giữa các vật chủ thông qua tiếp xúc lông, tóc, lông mi, lông mày và các tuyến bã nhờn.

Liên quan đến nghề nghiệp, nhóm đối tượng học sinh, sinh viên và kinh doanh mua bán chiếm tỷ lệ cao nhất với lần lượt với 47,46% và 35,59%, riêng các nhóm cán bộ viên chức và ngành nghề khác chiếm tỷ lệ ít hơn với 9,32% và 7,63%. Bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp., có bệnh lý tổn thương da chủ yếu tập trung ở thành phố với 73,73%, riêng ở nông thôn 24,58% ít hơn so với thành phố và miền núi thấp nhất 1,96%. Các con số này có thể chưa khác biệt có ý nghĩa vì còn lệ thuộc vào biểu hiện bệnh thúc đẩy tiếp cận y tế, điều kiện kinh tế cho phép họ đi khám và chữa bệnh tại các cơ sở y tế...^[4,8]. Hơn nữa, nghiên cứu với cỡ mẫu chưa đủ lớn, chưa bao phủ diện rộng nên có sự chênh lệch như thế.

Một số yếu tố thuận lợi và có thể là yếu tố nguy cơ, tạo điều kiện cho nhiễm ký sinh trùng *Demodex* spp. và gây bệnh trên nền cơ địa hoặc bệnh lý sẵn có. Trước hết, phải kể đến tình trạng cơ địa các lớp da bệnh nhân tăng tiết chất bã nhờn cao hơn so với các đối tượng khác, nhất là

da phụ nữ giai đoạn tuổi hoạt động sinh dục, sinh sản và trưởng thành nhất với sự tham gia các nội tiết tố chiếm tỷ lệ cao nhất 59,32%, hoặc da tăng tiết mồ hôi kèm tăng tiết dầu nhờn 10,17% và đặc biệt một số bệnh nhân nam và nữ có thương tổn da trầy xước sẵn có do nguyên nhân khác sau đó nhiễm tiếp *Demodex* spp., là 4,24% như một bội nhiễm thứ phát^[2,3]. Vì khi trên thân mình khoẻ mạnh bình thường có thể vẫn có mẫn bệnh *Demodex* spp., tồn tại không phát thành bệnh, chỉ khi trên lớp da ngoài bị tổn thương, viêm tấy mưng mủ mới tạo cơ hội tốt để *Demodex* spp., xâm nhập vào bên trong cơ thể và với tình trạng dinh dưỡng kém, thể trạng người suy nhược thì con *Demodex* spp., sẽ từ đó sinh trưởng, phát triển và gây bệnh.

Hiệu ứng của một số thuốc thoa/ hoặc bôi trên da mặt cũng như chất dưỡng tóc, mỹ phẩm trôi nổi trên thị trường hoặc mỹ phẩm chất lượng nhưng không phù hợp với làn da của nhiều phụ nữ (gây ra kích ứng) cũng có thể dẫn đến tăng nhiễm *Demodex* spp., Một số bệnh nhân dùng mỹ phẩm làm trắng da (22,88%), hay dùng kem và chất trộn để dưỡng da mặt ngày đêm, chất chống nám (50,85%), chế phẩm dưỡng ẩm da chiếm tỷ lệ ít hơn (10,17%) và vấn đề này xác định lại sau khi thay đổi hoặc ngưng dùng.

Yếu tố lây nhiễm cũng được điều tra nghiên cứu, các bệnh nhân mà trong gia đình có người mắc và sống trong môi trường tập thể có người mắc cũng là yếu tố cần quan tâm với tỷ lệ 21,19% và 16,10%. Điều này là thích hợp bởi tác nhân *Demodex* spp., có thể lan truyền qua hôn, dùng chung khăn mặt, sinh hoạt và sống trong cùng nhà hay khu tập thể đông đúc... Do thói quen của chúng sống sâu trên các lớp bì, sự lan truyền thường chỉ có thể xảy ra thông qua con đường tiếp xúc và phơi nhiễm kéo dài. Làm việc trong một môi trường làm việc thường xuyên nóng, độ ẩm cao và khói bụi nhiều (thợ hồ, thợ sơn, khoang hầm, đường, công ty chiếu sáng, thợ sửa xe hơi,...) cũng có thể là yếu tố thuận lợi cho *Demodex* spp., phát triển (23,73%), hoặc làm việc thường xuyên với môi trường có nhiều dầu nhớt phơi nhiễm 9,32% như các công nhân sửa chữa xe^[4,8].

Bệnh lý nền sẵn có hoặc tình trạng cơ thể bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc miễn dịch bảo vệ không đầy đủ như đái tháo đường, tai biến mạch não nằm tại chỗ cũng có thể là thuận lợi không những cho tác nhân nhiễm trùng khác mà còn dễ nhiễm trùng *Demodex* spp. (4,24%), các yếu tố khác từ thói quen nghiện rượu, bia và thuốc lá (1,69%), bị lao phổi, hoặc lao ngoài phổi (0,85%), bệnh

nhân mắc bệnh cần dùng thường xuyên hay định kỳ và đang dùng liệu pháp thuốc corticoides dài ngày như bệnh lý thận hư... (5,07%) và bệnh nhân đang dùng thuốc chống ung thư (1,69%). Cho thấy đây là một bệnh lý dễ lây truyền trong điều kiện chung của cơ thể suy yếu như các tác nhân ký sinh trùng khác (*Strongyloides stercoralis*). Bệnh demodicosis có thể theo sau một tình trạng ức chế miễn dịch hoặc điều trị thuốc ức chế miễn dịch, hoặc có thể liên quan đến thiếu hụt miễn dịch di truyền. Điều này rất phức tạp vì bản thân *Demodex* được xem là ức chế đáp ứng miễn dịch T - lymphocyte bình thường, như vậy chúng sẽ tạo nên vòng lẩn quẩn cho bệnh nhân, càng khó điều trị hơn^[5].

Liên đới đến mùa trong năm mà bệnh nhân nhập viện và khám nhiều hay ít, kết quả cho biết các tháng mùa hè - thu có tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp., có tổn thương da là 47,46%, trong khi mùa đông - xuân chỉ có 19,49% và một số bệnh nhân khai bệnh xảy ra quanh năm chiếm tỷ lệ thấp hơn (7,63%).

Thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi bệnh nhân tiếp cận cơ sở y tế hoặc nhập viện cũng thay đổi khác nhau tùy thuộc nhiều yếu tố như nhận thức bệnh nhân về biểu hiện lâm sàng của mình, quan tâm đến bệnh trên cơ thể, điều kiện kinh tế sẵn có cho phép đi khám và điều trị và tiền sử đã điều trị tại các cơ sở chuyên khoa khác không giảm hay không khỏi, mới đến viện tiếp tục điều trị. Trong đó, khoảng cách thời gian dưới 15 ngày chiếm tỷ lệ thấp chỉ 10,16%, trong khi khoảng từ [15 ngày - < 60 ngày] chiếm 28,81%, khoảng thời gian từ [> 60 ngày - < 180 ngày] là 36,44% và sau 6 tháng là 24,59%. Điều này cho thấy sự nhận ra nhiễm trùng do *Demodex* spp., ý thức bệnh nhân cũng như tiếp cận chẩn đoán và điều trị đối với căn bệnh này vẫn còn chậm trễ. Điều này có thể góp phần dẫn đến hậu quả biến chứng tạo sẹo, hoặc ảnh hưởng thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống bệnh nhân một thời gian dài.

Sau khi biểu hiện bệnh với nhiều hình thái đa dạng trên vùng da mặt, chân tóc và nang lông... bệnh nhân đã tự ý mua thuốc tại quầy hoặc đại lý dược hoặc khám tại các cơ sở Y tế được chỉ định của bác sĩ với các thuốc và chế phẩm dùng khác nhau, như là thuốc chống dị ứng chiếm 63,56%, thuốc và dạng dung dịch để tiêu sùng (7,63%), thuốc xoa, bôi chống ngứa có kèm kháng sinh uống và bôi là 18,64%. Đặc biệt, với chỉ định thuốc chống giun sán (nhiều nhất là Albendazole và Thiabendazole) từ bác sĩ là 33,05% và 26,27% số bệnh nhân chưa dùng thuốc hay chế phẩm nào.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm *Demodex* spp.

Vị trí hay vùng trên cơ thể bệnh nhân bị ảnh hưởng do nhiễm tác nhân ký sinh trùng *Demodex* spp., cũng đa dạng, nhiều nhất là trên vùng da mặt (lông mày, mi mắt, cánh mũi, rãnh mũi má, vùng trán, hai bên thái dương, xung quanh miệng, xung quanh mắt, ống tai ngoài, lỗ mũi ngoài hai bên) chiếm đến 55,08% số bệnh nhân, kể đến là tổn thương cả vùng da đầu và vùng mặt chiếm 26,27%, riêng đơn thuần bị da đầu và chân tóc là 13,56%, sự khác biệt này có đặc trưng theo giới theo phân tích thô nhưng chưa được phân tích cụ thể. Các vùng khác của cơ thể cũng bị ảnh hưởng như vùng ngực, vùng tam giác cổ áo hay vùng lưng (10,17%), vùng đầu vú, da quy đầu và mu sinh dục chiếm tỷ lệ 3,39%, đặc biệt nhiều phụ nữ bị cả vùng mông một hoặc hai bên (1,69%) và các vùng này đã được chẩn đoán phân biệt với tác nhân rận mu sinh dục cẩn thận để loại trừ. Các tuyến bã nhờn không chỉ ở một nơi trên cơ thể chúng ta mà chúng sẽ ở khắp cơ thể nên *Demodex* sẽ sống ở đó. Vi ký sinh trùng này có thể tìm thấy trên các lỗ chân lông trên da và lỗ nang lông, chân tóc mà còn trên các vùng khác ở trên.

Theo y văn thế giới, với 3 thể bệnh chính nhiễm trùng do *Demodex* spp., trong nghiên cứu này chúng tôi đã gặp với thể bệnh đơn thuần viêm nang lông dạng vảy phấn chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh nhân (70,34%), tiếp đến viêm da mặt dạng trứng cá trên da mặt (17,79%), thể trứng cá đỏ dạng u hạt ở mi mắt và cánh mũi (5,93%). Bên cạnh đó, nghiên cứu này có phát hiện và phân tích nhiều bệnh nhân có cả thể phối hợp giữa các thể bệnh đơn thuần ở trên như: thể viêm nang lông dạng vảy phấn với viêm da dạng trứng cá đỏ (10,17%); thể viêm da trứng cá đỏ với viêm kết thành u hạt, chủ yếu tập trung ở mi mắt (15,38%), hoặc thể viêm da dạng u hạt với viêm da nang lông vảy phấn (7,63%). Chính vì sự phối hợp nhiều thể lâm sàng như vậy, khiến cho bác sĩ lâm sàng cả da liễu hoặc ký sinh trùng đôi khi khó phân biệt thể bệnh cũng như định hướng sơ bộ tác nhân, khi đó chỉ nhờ vào kết quả cận lâm sàng, tiêu chuẩn vàng là tìm thấy con trưởng thành *Demodex* spp., mới cho kết quả điều trị tốt nhất.

Hình thái lâm sàng của nhiễm trùng chân lông da hoặc nang lông, tuyến bã do *Demodex* spp., rất đa dạng và dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh lý da liễu, các biểu hiện trên bệnh nhân này gồm tại vùng da đầu và chân tóc có khi dạng khô da, tróc vảy (41,53%), mụn mủ lỗ hoặc thương tổn sẩn có trên da hoặc nang chân tóc (18,64%), đỏ da quanh chân tóc (12,71%), ngứa da tại chỗ mụn mủ

hoặc xung quanh (83,9%) và chính triệu chứng ngứa này đã khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất. Các dạng mụn mủ do *Demodex* spp., thể mụn mủ (pustular demodicosis) cần thiết phải dùng thêm kháng sinh với thuốc diệt *Demodex* spp., Nhiễm trùng vi khuẩn thứ phát có liên quan với bệnh lý do đó, nên có thể đòi hỏi điều trị bằng kháng sinh và các nhà lâm sàng đề nghị các nhiễm trùng do *Demodex* spp., là yếu tố góp phần vào bệnh trứng cá đỏ^[5,6].

Triệu chứng viêm da dạng trứng cá (33,05%) chiếm tỷ lệ đáng kể, ngoài ra ở đây còn gặp hình ảnh rụng tóc mô hình chòm tròn hoặc mảng đa hình (3,39%) chính giữa đầu, thường gặp xảy ra rụng tóc sau khi tổn thương dạng vảy (squamous form), khô da và rụng tóc da đầu hoặc râu, lông mày. Đồng thời, do *Demodex* spp. ký sinh ở nang bọc xung quanh của lông hoặc trong tuyến mỡ, ở phần đáy của tầng bì tiếp giáp với tầng tổ chức dưới da của người^[6]. Nhiều nghiên cứu cho thấy các loài *Demodex* spp. trên vùng các nang lông tuyến bã của tóc, lông có liên quan chặt chẽ đến tình trạng mất toàn bộ tóc da đầu của nam giới^[4,7]. Từ các dữ liệu thống kê trên 99 đối tượng liên quan đến nghiên cứu, 87,3% số bệnh nhân bị rụng tóc hay hói đầu (alopecia) cho thấy có nhiễm *Demodex* spp., 12% số bệnh nhân bị rụng tóc hay hói đầu thử âm tính với *Demodex* spp. Nhóm chứng là những người có tóc đầy đủ và không bị rụng tóc hay hói đầu. 13,6% trong số nhóm chứng có test thử dương tính với *Demodex* spp. và 86,4% trong nhóm chứng lại âm tính với test thử *Demodex* spp. Khi các con số này chỉ ra cho thấy phần lớn người rụng tóc tìm thấy có *Demodex* spp., trong các nang lông, chân tóc có ý nghĩa thống kê. *Demodex* spp., là ký sinh trùng rất nhỏ sống ăn các chất cận bã.

Vùng da mặt và mắt với nhiễm *Demodex* spp., còn biểu hiện bức tranh lâm sàng phức tạp hơn rất nhiều, như biểu hiện dạng đỏ da, khô da (38,14%), có trường hợp đỏ da, viêm và phù căng da mặt cấp tính (gặp trên các bệnh nhân chưa dùng thuốc) là 4,24%, bệnh nhân có xuất hiện các vết hoặc đường di chuyển do *Demodex* spp., là 12,71%, có trường hợp xuất hiện mụn mủ nang lông, tuyến bã nhờn màu trắng hoặc hóa vàng đục (38,98%), nút tuyến bã nhờn (7,63%), cảm giác ngứa, nổi mẩn, thô ráp da mặt kèm theo cảm giác rần rần, châm chích (48,31%). Phản ứng viêm tạo u hạt ở mi mắt (5,08%), phản ứng viêm đỏ mắt, viêm mí mắt từng đợt (10,17%), viêm nang lông từng chùm (7,63%) hoặc rụng lông mi cách quãng, rụng lông mày chiếm tỷ lệ đáng kể (7,63%) làm mất thẩm mỹ cho bệnh nhân rất quan trọng. Các thử nghiệm lâm sàng minh chứng đã được báo cáo đến hiệu

quả của nhiễm trùng *Demodex* spp., trên da chúng ta^[5]. Chalazion là một dạng khối u như hạt đậu viêm trên các tuyến dọc mí mắt (meibomian cyst), các tế bào được chỉ định để bảo vệ khỏi bị nhiễm trùng xung quanh quá mạnh đối với các đại thực bào nên khi đó sẽ dễ dẫn đến quá trình viêm. Bệnh vảy cám nang tuyến (pityriasis folliculorum) là một dạng ảnh hưởng khác của nhiễm trùng như thế^[1,7]. Nó là một phản ứng viêm da bì của vùng bị ảnh hưởng. Các tổn thương trọc tóc da khô hoặc các thương tổn như trứng cá đỏ gây ra bởi các nút ấu trùng *Demodex* spp., (demodectic larvae plugs) vào giữa các nang lông tóc, điều này làm giảm dòng dầu nhờn.

Nhìn chung, Các triệu chứng của bệnh do ngoại ký sinh *Demodex* spp., có thể nhìn và cảm nhận giống như một số bệnh lý da khác như trứng cá đỏ (rosacea), mụn trứng cá (acne) và ghẻ (scabies)^[1,7]. Tuy nhiên, có một số triệu chứng khác biệt mà có thể nói lên bị *Demodex* spp., hoặc không ngứa, làm cho buồn buồn, ngứa ngứa, rần rần hay châm chích và cảm giác có vật gì đó bò trườn (crawling sensation) đang di chuyển vào ban đêm. Rụng tóc, ngứa da đầu, rụng lông mi và ngứa mi mắt, ngứa tai là các triệu chứng trong số bệnh nhân mắc *Demodex* folliculorum. Các triệu chứng của hói da đầu hoặc rụng tóc do *Demodex* spp., có thể na ná với mụn trứng cá đỏ, mụn đầu đen (black heads) hoặc da trầy sứt.

Nhiễm trùng thứ phát cũng gặp trong nghiên cứu là 3,38%, nhất là các bệnh nhân dùng các chế phẩm dưỡng da, làm ẩm da, thuốc trị nám da, sạm da, hay mỹ phẩm trôi nổi, không rõ xuất xứ và không có nguồn gốc rõ ràng. Thành phần chính của các mỹ phẩm hay chất dưỡng da này là chứa corticoides, có tác dụng gây teo da, lúc đầu phục hồi da rất đẹp và tạo lòng tin cho bệnh nhân, sau đó dẫn đến dẫn mạch, phát ban dạng trứng cá và viêm da do *Demodex* spp., và tạo thuận lợi cho nhiễm khuẩn thứ phát như liên cầu và tụ cầu^[6].

Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng đã hỗ trợ rất quan trọng trong việc chẩn đoán xác định nguyên nhân gây bệnh, đồng thời giúp đánh giá diễn tiến điều trị cũng như tiên lượng một ca bệnh. Phân theo mật độ *Demodex* spp., trên mỗi vi trường cho thấy mật độ dưới 5 con/mỗi vi trường chiếm tỷ lệ chỉ 5,08%, từ $\geq 5 - < 10$ *Demodex* spp./vi trường] chiếm tỷ lệ cao nhất 66,95%, mật độ từ $\geq 10 - < 20$ *Demodex*/vi trường] chiếm 10,17% và có trường hợp đặc biệt mật độ rất cao lên trên ≥ 20 *Demodex* spp./vi trường là 17,80%. Điều này cho thấy mật độ nhiễm và cường độ nhiễm từ trung bình đến cao khá lớn và chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này, có nhiều ca bệnh

phát hiện 3 - 4 con trong một chân lông hoặc nang lông tuyến bã. Các con sinh vật nhỏ này có hệ thống tiêu hóa tốt cho phép chúng ăn chất bã dầu nhờn. *Demodex* spp., có thể rời các nang lông, chân tóc và sống trên các vùng bề mặt da khác. Chúng không thể sống trên các vùng có ánh sáng mặt trời chiếu vào, nên trong suốt ban ngày, *Demodex* spp., sẽ đi sâu vào trong nang lông hoặc chân tóc để tránh ánh sáng và chúng sẽ đi ra vào ban đêm để ăn và đẻ trứng vào những nơi mà chúng đến. Sau khi chết, xác của chúng hóa lỏng và phân hủy trong da, gây ra phản ứng dị ứng ở một số bộ phận của các mô da, đốm đỏ (mụn trứng cá) xảy ra. Viêm dị ứng da tại chỗ, ban đỏ, sẩn và mụn mủ là phản ứng bởi hệ thống miễn dịch.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nhiễm *Demodex* spp. trên bệnh nhân viêm da: 3,2%, nhiễm đơn thuần *Demodex* spp. là 75,64%. Tỷ lệ nữ chiếm cao hơn so với nam giới.

- Nhóm tuổi nhiễm *Demodex* spp. cao nhất từ $\geq 15 - \leq 60$ tuổi] (82,2%), tuổi từ [12 - <15] chiếm 3,39%, tuổi trên 60 (14,41%). Học sinh, sinh viên và kinh doanh mua bán chiếm tỷ lệ 47,46% và 35,59%, bệnh nhân tập trung ở thành phố (73,73%).

- Vị trí bị ảnh hưởng bởi *Demodex* spp., nhiều nhất là da mặt (55,08%), da đầu và mặt (26,27%), da đầu và chân tóc (13,56%).

- Thể bệnh đơn thuần viêm nang lông dạng vảy phấn chiếm cao nhất (70,34%), viêm da trứng cá (17,79%), thể trứng cá đỏ dạng u hạt (5,93%). Thể phối hợp viêm nang lông với viêm da dạng trứng cá đỏ (10,17%), thể viêm da trứng cá đỏ với viêm kết thành u hạt (15,38%), hoặc thể viêm da dạng u hạt với viêm da nang lông vảy phấn (7,63%).

- Mật độ từ $\geq 5 - < 10$ *Demodex*/vi trường] chiếm tỷ lệ cao nhất (66,95%), mật độ từ $\geq 10 - < 20$ *Demodex*/vi trường] chiếm 10,17%, trường hợp mật độ rất cao lên trên ≥ 20 *Demodex*/vi trường (17,80%).

KHUYẾN NGHỊ

Tổn thương da do *Demodex* spp. ở người là bệnh lý do ký sinh trùng *Demodex* spp., bệnh không còn hiếm gặp hiện nay trên thực hành lâm sàng. Với hình ảnh lâm sàng chủ yếu tập trung trên da đầu, nang lông và nơi có nhiều tuyến bã nhờn. Song phổ lâm sàng rộng và bức tranh triệu chứng rất đa dạng. Do đó, đôi lúc khiến chẩn đoán nhầm với các bệnh da liễu và ký sinh trùng khác. Kết quả nghiên cứu giúp chia sẻ dữ liệu và thông tin cần thiết với các nhà lâm sàng như một kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Basta-Juzbasic A., Subic J.S., et al (2002), "Demodex folliculorum in development of dermatitis rosaceiformis steroidica and rosacea-related diseases", *Clin Dermatol*: 135-140.
2. Debora MacKenzie (2012). "Rosacea may be caused by mite faeces in your pores". New Scientist. Retrieved August 30, 2012.
3. Zhao YE, Hu L, Wu LP, Ma JX (2012). "A meta-analysis of association between acne vulgaris and Demodex infestation.". *Zhejiang Univ Sci B* 13 (3): 192–202.
4. Okyay P, Ertabaklar H, Savk E, Erfug S (2006). "Prevalence of *Demodex folliculorum* in young adults: relation with sociodemographic/hygienic factors and acne vulgaris". *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20(4):474–476.
5. El-Bassiouni SO, Ahmed JA, Younis AI, et al (2005). "A study on *Demodex folliculorum* mite density and immune response in patients with facial dermatoses". *J Egypt Soc Parasitol*. 2005;35(3):899–910.
6. Lacey N, Delaney S, Kavanagh K, Powell FC (2007). "Mite-related bacterial antigens stimulate inflammatory cells in rosacea". *Br J Dermatol*. 2007;157(3):474–481.
7. Karıncaoglu Y, Bayram N, Aycan O, Esrefoglu M (2004). "The clinical importance of *Demodex folliculorum* presenting with nonspecific facial signs and symptoms". *J Dermatol*. 2004;31(8):618–626.
8. Forton F, Germaux MA, Brasseur T, et al (2005). "Demodicosis and rosacea: epidemiology and significance in daily dermatologic practice". *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:74–87.

SOME CLINICAL EPIDEMIOLOGY MANIFESTATIONS IN THE PATIENTS WITH MUCO-SKIN LESIONS DUE TO ANTHROPOD ECTOPARASITE OF *Demodex* spp.

Summary

Objectives: To highlight this underdiagnosed *Demodex* spp, disease, we describe several clinical epidemiological aspects by patients with skin dermatitis due to *Demodex* spp. **Study methods:** Epidemiological cross-sectional study by describe a series of patients from 2006 - 2012. **Results:** With total of 118 patients analysis showed a plausible epidemiologic risk model suitable for medical literature. The clinical manifestation included skin or mucocutaneous form (similar to symptoms of skin disorders such as rosacea, acne, and scabies. However, some distinctly signs in patients with demodicosis: itching, tickling,

and crawling sensation at night. Alopecia, loss of eyelashes, itching of the hair of the head, and itching ears. **Conclusions:** So far, *Demodex* dermatitis is neglected zoonotic ectoparasite and researchers have noticed recently an increase in incidence of human demodicosis. Human *Demodex* infestation showed that nonspecific signs and symptoms followed by skin pores and follicles lesions, it is easy to misdiagnosis with other skin problems. Clinicians must be benny noted and have critical thinking in different diagnosis.

Key words: *Demodex dermatitis*, *Demodex folliculorum*, *Demodex brevis*.