

4. **Kagerer P, Grupe G (2001).** Age at death diagnosis and determination of life history parameters by incremental lines in human dental cement as an identification aid. *Forensic Science International*, 118: 75-82
5. **Aggarwal P, Saxena S, Bansal P (2008).** Incremental lines in root cementum of human teeth: An approach to their role in age estimation using polarizing microscopy. *Indian Journal of Dental Research*;19: 326-330
6. **Kasetty S et al (2010).** Dental Cement in Age Estimation: A Polarized Light and Stereomicroscopic Study. *Journal of Forensic Sciences*, 55(3): 779-783
7. **Obertova Z, Francken M (2009).** Tooth cement annulation method: accuracy and applicability. *Frontiers of Oral Biology*; 13: 184-189
8. **Meinl A et al (2008).** Comparison of the validity of three dental methods for the estimation of age at death. *Forensic Science International*, 178: 96-105

GHẺ NA UY Ở NGƯỜI SUY GIẢM MIỄN DỊCH: MỘT BỆNH NHIỆT ĐỚI BỊ LÃNG QUÊN

Thái Đức Luân¹, Phạm Minh Châu²,
Vương Minh Nhật³, Nguyễn Lê Như Tùng⁴,
Nguyễn Trần Quang Huy¹, Vũ Thị Hiếu⁵, Võ Triều Lý⁴

TÓM TẮT

Ghẻ Na Uy (crusted scabies) là thể bệnh nặng do *Sarcoptes scabiei* gây ra, thường gặp ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Bệnh đặc trưng bởi tăng sừng lan rộng, tải lượng ký sinh trùng cao và nguy cơ bội nhiễm, nhiễm trùng huyết. Bệnh có xu hướng gia tăng ở cả bệnh nhân HIV/AIDS và các tình trạng suy giảm miễn dịch khác. Việc chẩn đoán thường bị trì hoãn do dễ nhầm lẫn với bệnh da liễu thông thường khác. Điều trị hiệu quả đòi hỏi phối hợp Ivermectin nhiều liều, thuốc bôi đặc hiệu và kiểm soát nhiễm khuẩn. Chúng tôi ghi nhận các trường hợp ghẻ Na Uy trên các cơ địa suy giảm miễn dịch khác nhau tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. Bệnh lý từng bị "lãng quên" này đang có xu hướng tái nổi dậy, đòi hỏi cảnh giác lâm sàng và kiểm soát nhiễm khuẩn để ngăn ngừa lây lan và biến chứng ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Từ khóa: Norwegian scabies, ghẻ Na Uy, *Sarcoptes scabiei*, suy giảm miễn dịch, HIV/AIDS

SUMMARY

NORWEGIAN SCABIES IN IMMUNOCOMPROMISED PATIENTS: A NEGLECTED TROPICAL DISEASE

Norwegian scabies (crusted scabies) was a severe form of infestation caused by *Sarcoptes scabiei*, most commonly observed in immunocompromised patients. The disease was characterized by diffuse hyperkeratosis, a high mite burden, and an increased

risk of secondary bacterial infection and sepsis. Its incidence had risen not only among patients with HIV/AIDS but also in other immunocompromised conditions. Diagnosis was often delayed because of frequent misidentification with other common dermatologic diseases. Effective management required multiple-dose ivermectin therapy combined with topical agents and strict infection control measures. We documented several cases of Norwegian scabies occurring in different immunocompromised settings at the Hospital for Tropical Diseases. This previously neglected disease had re-emerged, underscoring the need for heightened clinical vigilance and infection control to prevent transmission and complications in immunocompromised patients.

Keywords: Norwegian scabies, *Sarcoptes scabiei*, immunocompromised patients, HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghẻ (scabies) là bệnh ký sinh trùng da phổ biến, do *Sarcoptes scabiei* gây ra, với gánh nặng dịch tễ đáng kể ở nhóm dân số sống trong điều kiện đông đúc, vệ sinh kém và suy giảm miễn dịch [1]. Trong thập niên qua, WHO đã công nhận ghẻ là một bệnh nhiệt đới bị "lãng quên" (Neglected Tropical Disease – NTD), đưa vào danh sách các chương trình phòng chống NTD toàn cầu với bộ tiêu chuẩn chẩn đoán thực địa và triển khai các chiến lược điều trị hàng loạt ở cộng đồng [2,3]. Ghẻ Na Uy là thể hiếm gặp nhưng nặng, thường xảy ra trên bệnh nhân suy giảm miễn dịch, đặc biệt HIV giai đoạn tiến triển, ghép tạng hoặc dùng corticosteroid kéo dài [4,5]. Bệnh đặc trưng bởi tăng sừng, đóng vảy lan rộng toàn thân, làm tăng nguy cơ bội nhiễm da, nhiễm khuẩn huyết và tử vong nếu không được phát hiện, điều trị kịp thời [1,4,5].

Hiện nay, ghẻ Na Uy có xu hướng quay trở lại ở nhóm bệnh nhân suy giảm miễn dịch,

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - ĐHQG TP.HCM

²Trường ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Y, ĐH Y Dược TP.HCM

⁴Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

⁵Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

nhưng vẫn thường bị bỏ sót trong chẩn đoán, đặc biệt tại các khoa hồi sức và khoa HIV/AIDS, nơi nguy cơ lây nhiễm chéo cao [6]. So với các dạng nhiễm trùng cơ hội khác, tỷ lệ ghê Na Uy ở bệnh nhân HIV tuy hiếm nhưng tiến triển nhanh, cần can thiệp toàn diện [3,5]. Việc nhận diện sớm, điều trị đúng phác đồ, kết hợp kiểm soát lây nhiễm là cần thiết trong thực hành lâm sàng [2,4,7]. Tại Việt Nam, các báo cáo ca bệnh ghê Na Uy còn hạn chế. Báo cáo loạt ca này (4 bệnh nhân) nhằm cung cấp dữ liệu thực tiễn, chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán, xử trí và những điểm cần lưu ý trong kiểm soát lây nhiễm là những yếu tố then chốt trong thực hành lâm sàng [1,5].

Tại Việt Nam, các báo cáo ca bệnh về ghê Na Uy vẫn còn hạn chế. Báo cáo loạt ca này nhằm cung cấp dữ liệu thực tiễn, chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán và xử trí, đồng thời nhấn mạnh vai trò của kiểm soát lây nhiễm trong quản lý bệnh, góp phần nâng cao nhận thức và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế trong việc phát hiện, điều trị và phòng ngừa ghê Na Uy [1,5].

II. BÁO CÁO CÁC CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1. Bệnh nhân L.H.C, nam, 34 tuổi, thợ điện, sống tại Bình Dương, nhập Khoa Nhiễm E, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 14/7/2025 với tình trạng sốt kèm da khô bong vảy toàn thân. Quá trình khai thác bệnh sử ghi nhận trong cách nhập viện 2 tuần, bệnh khởi phát tại hai bàn chân, sau đó lan ra cổ, mặt, vành tai với mảng sẩn, vảy sừng vàng xám, lan nhanh toàn thân, dày sừng, bong vảy, nứt nẻ, nền hồng ban, ngứa dữ dội, ngoài ra ăn uống kém sút 12 kg trong 1 tháng nay. Bệnh nhân được phát hiện nhiễm HIV tháng 6/2025, đang điều trị ARV TLD (Tenofovir, Lamivudine, Dolutegravir), TCD4 = 21 tế bào/ μ L. Tiền sử tháng 01/2025 từng được chẩn đoán cái ghê tại bệnh viện địa phương, điều trị Ivermectin 200mcg/kg 1 lần duy nhất kèm Urea 20% và Salicylic acid kết hợp Betamethason bôi ngoài da, bệnh có giảm sau 2 tuần điều trị nên bệnh nhân tự ý ngưng thuốc.

Tại thời điểm nhập viện, ghi nhận thể trạng suy kiệt, cân nặng 38kg, chiều cao 168cm, BMI 13,5 kg/m²; sinh hiệu ổn, nhiệt độ 37°C, mạch 88 lần/phút, huyết áp 110/70 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút. Khám tổng trạng ghi nhận niêm mạc hồng, không nắm miệng, phổi thông khí tốt, tim đều rõ, bụng mềm, gan lách không to. Dấu hiệu sang thương dày sừng mặt, cổ, tai, chi, thân, kẽ ngón tay chân, luống ghê rõ; nhiều vết cào gãi. Công thức máu ngày 14/7/2025: WBC 23,54 $\times 10^9$ /L, Neu 9,17 $\times 10^9$ /L, Eos 9,2

$\times 10^9$ /L, Hgb 8,1 g/dL, albumin 31,6 g/L; Chức năng gan thận trong giới hạn bình thường. Soi KOH từ vảy da phát hiện nhiều *Sarcoptes scabiei* trưởng thành, trứng; các xét nghiệm tầm soát khác cho thấy Xpert MTB/RIF, cấy máu, giang mai, viêm gan B, C âm tính. Bệnh nhân được chẩn đoán ghê Na Uy bội nhiễm trên nền HIV giai đoạn AIDS TCD4.

Bệnh nhân được điều trị Ivermectin 200mcg/kg uống cách 2 ngày/lần, tổng 4 liều, kết hợp bôi Diethyl phthalate toàn thân 3 lần/ngày, kháng histamine, Vancomycin tĩnh mạch dự phòng nhiễm khuẩn huyết. Chăm sóc da, bổ sung dinh dưỡng đường miệng. Sau khoảng 2 tuần điều trị, sang thương giảm rõ, bong vảy, giảm ngứa, da mềm hơn, chỉ số huyết học cải thiện 12,6 $\times 10^9$ /L, Neu 2,08 $\times 10^9$ /L, Eos 4,96 $\times 10^9$ /L, Hgb 10,0 g/dL.



Trước điều trị



Sau điều trị

Hình 1. Hình ảnh sang thương trên bệnh nhân L.H.C trước và sau điều trị



Ca lâm sàng 2. Bệnh nhân N.T.D, nữ, 49 tuổi, sống tại quận Bình Thạnh, TP.HCM, nhập

Khoa Nhiễm E, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 14/5/2025 với tình trạng sốt và lơ mơ. Quá trình khai thác bệnh sử ghi nhận trong cách nhập viện 10 ngày, bệnh nhân sốt không rõ nhiệt độ, mất ngủ, than mệt nhiều, báng bụng tăng dần kèm tình trạng phù toàn thân. Bệnh nhân ăn uống kém, tiêu phân lỏng màu vàng nâu 3-4 lần/ngày. Bệnh nhân được phát hiện nhiễm HIV trên 10 năm nay, điều trị ARV với phác đồ TLD (Tenofovir, Lamivudine, Dolutegravir), tuần thủ kém, TCD4 = 66 tế bào/ μ l. Hai tháng nay da khô, nứt nẻ, bong từng mảng kèm viêm gan siêu vi C mạn tính chưa điều trị.

Tại thời điểm nhập viện, ghi nhận bệnh nhân mở mắt, trả lời lúc đúng lúc sai (GCS: 14 điểm), cân nặng 55kg, chiều cao 165cm, BMI 20,2 kg/m²; sinh hiệu nhiệt độ 37°C, mạch 100 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút. Khám tổng trạng ghi nhận da niêm nhạt, nắm miệng, phổi thông khí tốt, tim đều rõ, bụng báng căng, ấn đau nhẹ khắp bụng, gan lách không sờ chạm. Dấu hiệu sang thương dày sừng, vảy vàng dày đặc, đặc biệt ở thân mình, móng, chi dưới, lan cả vùng mặt và da đầu. Công thức máu ngày 15/5/2025: WBC 20,01 $\times 10^9$ /L, Neu 18,35 $\times 10^9$ /L, Eos 0,06 $\times 10^9$ /L, Hgb 14,7 g/dL, Albumin 15,1 g/L; AST 42U/L, ALT 28 U/L; Creatinine 219 μ mol/l. Xét nghiệm huyết thanh ELISA dương tính Toxocara canis, âm tính Strongyloides stercoralis. Cấy máu dương tính Staphylococcus aureus kháng Methicillin (MRSA). Chẩn đoán: Bệnh não gan độ 2/ Xơ gan mất bù do viêm gan C mạn/ Nhiễm trùng huyết do Staphylococcus aureus (MRSA) / Ghê Na Uy trên bệnh nhân HIV giai đoạn AIDS.

Bệnh nhân nhập viện được điều trị kháng sinh phổ rộng, chống hôn mê gan, bù dịch, điện giải, bổ sung dinh dưỡng, tiếp tục duy trì ARV. Bôi Diethyl phthalate toàn thân 2 lần/ngày. Sau khoảng 4 tuần điều trị, sang thương da có cải thiện tuy nhiên sốc nhiễm trùng tiến triển nặng, người nhà xin xuất viện theo yêu cầu.

Ca lâm sàng 3. Bệnh nhân B.T.M.H, nữ, 72 tuổi, sống tại quận 8, TP.HCM, nhập Khoa Hồi sức tích cực chống độc người lớn, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 23/4/2025 với tình trạng khó thở. Quá trình khai thác bệnh sử ghi nhận trong cách nhập viện 4 ngày, bệnh nhân sốt cao không rõ nhiệt độ, ho đàm xanh kèm khó thở tăng dần. Tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, suy thương thận mạn

Tại thời điểm nhập viện, ghi nhận bệnh nhân thở mệt, cân nặng 53kg, chiều cao 148cm, BMI 24,2 kg/m²; sinh hiệu nhiệt độ 37°C, mạch 116 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, nhịp thở 36

lần/phút. Khám tổng trạng ghi nhận kiểu hình Cushing da niêm nhạt, nắm miệng, phổi ran nổ rải rác hai phế trường, tim đều rõ, bụng báng căng, ấn đau nhẹ khắp bụng, gan lách không sờ chạm. Dấu hiệu sang thương tổn thương da dày sừng, vảy vàng ở kẽ tay, kẽ chân. Nhiễm trùng vết mổ cũ hông lưng trái. Công thức máu ngày 28/4/2025: WBC 14,15 $\times 10^9$ /L, Neu 12,74 $\times 10^9$ /L, Eos 0,09 $\times 10^9$ /L, Hgb 10,7 g/dL, Albumin 20,1 g/L; Procalcitonine 9,2 ng/ml, chức năng gan thận bình thường. Phết mũi họng dương tính Cúm A/H3, COVID-19. Cấy dịch rửa phế quản dương tính Aspergillus fumigatus, Acinetobacter baumannii đa kháng, Pseudomonas aeruginosa đa nhạy. Cấy máu âm tính. Soi KOH từ vảy da phát hiện nhiều Sarcoptes scabiei trưởng thành. Chẩn đoán: Sốc nhiễm trùng từ đường hô hấp/ Viêm phổi nặng biến chứng suy hô hấp/ Ghê Na Uy trên nền suy thương thận mạn và đái tháo đường type 2.

Bệnh nhân nhập viện được điều trị thở máy, hỗ trợ vận mạch, lọc máu, kháng sinh phổ rộng (Vancomycin, Imipenem), kháng nấm, corticoide. Bôi Diethyl phthalate toàn thân 2 lần/ngày. Sau khoảng 2 tuần điều trị, bệnh tiến triển nặng dần, bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm trùng, người nhà xin xuất viện theo yêu cầu do tiền lượng nặng.

Ca lâm sàng 4. Bệnh nhân T.T.U, nữ, 74 tuổi, thợ điện, sống tại tỉnh An Giang, nhập Khoa Nhiễm B, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 5/8/2024 với tình trạng sốt kèm da khô bong vảy vùng cổ lan ra thân mình. Quá trình khai thác bệnh sử ghi nhận trong cách nhập viện 4 tuần, bệnh khởi phát tại với mảng sẩn, vảy sừng vàng xám ở vùng kẽ ngón và nếp gấp da, sau đó lan nhanh toàn thân, dày sừng, bong vảy, nứt nẻ kèm sốt tái đi tái lại. Bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp và suy thương thận mạn do thuốc. Tiền sử tháng 05/2024 từng được chẩn đoán viêm da cơ địa và 07/2024 được chẩn đoán cái ghê tại bệnh viện địa phương điều trị kháng sinh, kháng histamin, corticoid, bệnh nhân còn sốt nhẹ, sẩn ngứa toàn thân không giảm, ngứa nhiều nên nhập viện Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. Ở gia đình bệnh nhân có cháu ngoại sống chung cũng có triệu chứng ngứa các kẽ ngón chân.

Tại thời điểm nhập viện, ghi nhận bệnh nhân thở mệt, cân nặng 65 kg, chiều cao 150cm, BMI 28,89 kg/m²; sinh hiệu nhiệt độ 38,6°C, mạch 115 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg, nhịp thở 24 lần/phút. Khám tổng trạng ghi nhận kiểu hình Cushing, da hồng, phổi ran thông khí tốt, tim đều rõ, bụng mềm, gan lách không sờ chạm. Dấu hiệu sang thương tổn thương da dày sừng,

vảy vàng ở kẽ tay, kẽ chân, nhiều vết cào gãi, trầy da. Nhiễm trùng vết mổ cũ hông lưng trái. Công thức máu ngày 5/8/2024: WBC $16,92 \times 10^9/L$, Neu $7,05 \times 10^9/L$, Eos $6,7 \times 10^9/L$, Hgb 11,4 g/dL, Albumin 23,2 g/L, chức năng gan thận bình thường. Xét nghiệm huyết thanh ELISA dương tính Toxocara canis, âm tính Strongyloides stercoralis. Cấy máu âm tính. Soi KOH từ vảy da phát hiện nhiều Sarcoptes scabiei trưởng thành. Chẩn đoán: Ghê Na Uy trên nền suy thượng thận mạn do thuốc.

Bệnh nhân được điều trị Ivermectin 200mcg/kg uống cách 2 ngày/lần, tổng 4 liều, kết hợp bôi Diethyl phthalate toàn thân 3 lần/ngày kèm thuốc bôi chứa Betamethasone + Salicylic acid, kháng histamine, Vancomycin tĩnh mạch dự phòng nhiễm khuẩn huyết. Chăm sóc da, bổ sung dinh dưỡng đường miệng. Sau khoảng 1 tuần điều trị, sang thương giảm rõ, bong vảy, giảm ngứa, da mềm hơn, chỉ số huyết học có xu hướng cải thiện WBC $16,22 \times 10^9/L$, Neu $7,25 \times 10^9/L$, Eos $6,32 \times 10^9/L$, Hgb 10,0 g/dL, không xuất hiện biến chứng nhiễm trùng huyết, bệnh nhân được xuất viện tiếp tục điều trị ngoại trú.

III. BÀN LUẬN

Ghê Na Uy là thể ghê nặng, đặc trưng bởi tình trạng tăng sùng lan rộng, vảy dày chứa hàng triệu Sarcoptes scabiei, có khả năng lây lan mạnh và dễ gây thành ổ dịch [1,2]. Khác với ghê thông thường, tải lượng ký sinh trùng ở ghê Na Uy rất cao, dẫn đến nguy cơ bội nhiễm, nhiễm khuẩn huyết và tử vong nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Bệnh thường xuất hiện ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bao gồm HIV giai đoạn muộn, sử dụng corticosteroid kéo dài, ghép tạng, hoặc các bệnh lý mạn tính như xơ gan mất bù, đái tháo đường, suy thượng thận mạn [3–5]. Cơ chế bệnh sinh liên quan đến giảm đáp ứng miễn dịch tế bào, khiến ký sinh trùng nhân lên nhanh, đồng thời tổn thương da dày sùng tạo điều kiện cho vị khuẩn cơ hội xâm nhập, gây bội nhiễm và nhiễm trùng huyết.

Ghê Na Uy xuất hiện ở nhiều nhóm suy giảm miễn dịch. Loạt ca của chúng tôi cho thấy ghê Na Uy không chỉ gặp ở bệnh nhân HIV/AIDS mà còn xuất hiện ở các tình trạng suy giảm miễn dịch khác. Ca 1 là HIV/AIDS giai đoạn muộn với CD4 rất thấp; ca 2 là nữ 49 tuổi HIV/AIDS kèm xơ gan mất bù; ca 3 là có cơ địa đái tháo đường type 2 và suy thượng thận mạn; ca 4 là có bệnh nền suy thượng thận mạn do corticoid. Tất cả bệnh nhân đều có sang thương da điển hình với dày sùng, vảy vàng xám, dễ

nhầm lẫn với bệnh da khác. Quan sát này phù hợp với báo cáo của Pratamasari (2016) và Chandler (2019), nhấn mạnh rằng nền tảng suy giảm miễn dịch là yếu tố quyết định xuất hiện ghê Na Uy [6–8].

Nguy cơ bội nhiễm và tử vong. Các ca 2 và 3 diễn tiến nặng, thất bại điều trị do bội nhiễm đa tác nhân như MRSA, cúm A/H3, COVID-19, A.fumigatus., A.baumannii, dẫn đến sốc nhiễm trùng và tử vong [9,10]. Nguyên nhân tử vong chủ yếu liên quan đến sự kết hợp giữa nhiều bệnh lý nền, suy giảm miễn dịch nặng và nhiễm trùng cơ hội, giống với dữ liệu Chandler (2019), tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ghê Na Uy kèm bệnh lý gan, thận hoặc nội tiết có thể lên tới 25–30% [7]. Phân tích chi tiết các ca cho thấy bội nhiễm đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng xấu, ngay cả khi đã sử dụng Ivermectin và chăm sóc toàn diện.

Vai trò Ivermectin nhiều liều và thuốc bôi phối hợp. Điều trị Ivermectin nhiều liều phối hợp thuốc bôi tiêu sùng và diệt ký sinh trùng là yếu tố then chốt quyết định đáp ứng điều trị [6,8]. Ca 1 tái phát nhanh do chỉ sử dụng liều đơn và ngừng thuốc sớm, trong khi ca 4 cải thiện rõ nhờ điều trị đúng phác đồ nhiều liều. Kết quả này củng cố khuyến cáo y văn rằng một liều Ivermectin thường không đủ, cần lặp liều và kết hợp thuốc bôi đặc trị để kiểm soát ghê Na Uy [6–8]. Ngoài ra, chăm sóc da, dinh dưỡng và kiểm soát bệnh nền là yếu tố hỗ trợ quan trọng, giúp cải thiện đáp ứng điều trị và giảm biến chứng.

Tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và kiểm soát nhiễm khuẩn. Những ca được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và tuân thủ phác đồ cho thấy tiên lượng tốt, ngay cả trên bệnh nhân có suy giảm miễn dịch nền. Ngược lại, chẩn đoán muộn hoặc điều trị không đầy đủ dẫn đến bội nhiễm nặng và tử vong. Như vậy, ghê Na Uy không chỉ là bệnh da liễu mà còn là dấu hiệu cảnh báo suy giảm miễn dịch nặng. Việc phát hiện sớm, điều trị đầy đủ, kết hợp chăm sóc da – dinh dưỡng và kiểm soát nhiễm khuẩn cũng như quản lý tiếp xúc là biện pháp then chốt để ngăn ngừa biến chứng [1–10].

IV. KẾT LUẬN

Ghê Na Uy là một bệnh ký sinh trùng nặng, có khả năng lây lan nhanh và gây biến chứng nghiêm trọng ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Việc chẩn đoán sớm và điều trị đúng phác đồ, kết hợp kiểm soát nhiễm khuẩn, giúp cải thiện tiên lượng và ngăn ngừa bùng phát. Cảnh giác lâm sàng và tăng cường năng lực kiểm soát lây nhiễm đóng vai trò then chốt trong quản lý bệnh

V. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả cảm ơn Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, bệnh nhân L.H.C; N.T.D; B.T.M.H; N.T.U và các gia đình đã đồng ý cung cấp thông tin, hình ảnh phục vụ nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chosidow O. Scabies and other mite infestations. N Engl J Med. 2006;354:1718–27.
2. Hengge UR, Currie BJ, Jäger G, Lupi O, Schwartz RA. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. Lancet Infect Dis. 2006;6:769–79.
3. Pratamasari MA, et al. Crusted scabies in immunocompromised patients: a case series. Int J Dermatol. 2016;55:120–5.
4. Chandler DJ, Fuller LC. A review of crusted scabies: epidemiology, clinical features, and management. Clin Exp Dermatol. 2019;44:18–25.
5. Hengge UR, et al. Management of scabies in immunocompromised hosts. Clin Microbiol Infect. 2017;23:252–60.
6. Walton SF, Currie BJ. Problems in diagnosing scabies, a global disease in human and animal populations. Clin Microbiol Rev. 2007;20:268–79.
7. NEJM Case Reports. Crusted scabies in immunosuppressed patients. N Engl J Med. 2025;392:e14.
8. Chosidow O, et al. Treatment of scabies: a review of the clinical evidence. Expert Rev Anti Infect Ther. 2020;18:315–29.
9. Hengge UR, Feldmeier H, et al. Complications of crusted scabies in chronic illness. J Am Acad Dermatol. 2005;53:767–73.
10. Feldmeier H, Jackson A, Ariza L, et al. Crusted scabies as a marker of immunosuppression. Clin Infect Dis. 2009;48:219–22.

LO ÂU, TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2025

Nguyễn Thị Hằng¹, Ninh Vũ Thành¹, Trương Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng lo âu, trầm cảm của người bệnh ung thư vú điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. **Đối tượng - phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 106 người bệnh ung thư vú đến khám và điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 3- 7 năm 2025, chọn mẫu thuận tiện, thang đo Hospital Anxiety and Depression (HADS) được sử dụng để thu thập số liệu.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh ung thư vú có triệu chứng lo âu và lo âu thực sự lần lượt là: 20,3% và 39,1%. Tỷ lệ trầm cảm và trầm cảm thực sự lần lượt là 19,8% và 24,5%. Tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp là 2 yếu tố liên quan đến cả lo âu và trầm cảm; trong khi yếu tố mức thu nhập chỉ liên quan đến lo âu và bảo hiểm y tế liên quan đến trầm cảm ($p < 0,05$). **Khuyến nghị:** Thường xuyên đánh giá tình trạng tâm lý của người bệnh ung thư vú để phát hiện sớm dấu hiệu lo âu, trầm cảm.

Từ khóa: lo âu, trầm cảm, ung thư vú, HADS.

SUMMARY

ANXIETY, DEPRESSION AMONG BREAST CANCER PATIENTS AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the current status of anxiety and depression among breast cancer patients receiving treatment at Hai Duong General Hospital.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: nguyenthahangs@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 breast cancer patients who attended examination and treatment at Hai Duong General Hospital from March to July 2025. A convenience sampling method was used. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was employed for data collection. **Results:** The prevalence of breast cancer patients with symptoms of anxiety and clinical anxiety was 20.3% and 39.1%, respectively. The rates of depression and clinical depression were 19.8% and 24.5%, respectively. Marital status and occupation were associated with both anxiety and depression. Income level was associated only with anxiety, while health insurance status was associated with depression ($p < 0.05$). **Recommendation:** It is recommended to regularly assess the psychological status of breast cancer patients for early detection of anxiety and depression symptoms. **Keywords:** anxiety, depression, breast cancer, HADS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất và là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Tại Việt Nam, ung thư vú đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng vì đây là căn bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, trung bình mỗi năm nước ta có khoảng hơn 15.230 phụ nữ được chẩn đoán mắc mới và hơn 6.100 trường hợp tử vong [2]. Người phụ nữ khi được chẩn đoán mắc ung thư vú đã phải trải qua rất nhiều cung bậc cảm xúc như sốc, lo lắng, sợ hãi, từ chối điều trị. Ung thư vú đi kèm với chứng trầm cảm, bệnh nhân sẽ bị đau đớn dữ dội hơn, mệt mỏi hơn, tuổi thọ giảm và chất lượng cuộc sống giảm sút [3]. Tại Việt