

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CHÀM ĐỒNG TIỀN

Ma Văn Anh¹, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2} và Trần Thị Huyền^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân chàm đồng tiền tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 05/2025, nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tuổi trung vị là 18 tuổi (khoảng tứ phân vị 10 - 31,3); tuổi khởi phát bệnh có trung vị là 17 tuổi (khoảng tứ phân vị 9 - 28 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 58/62. Phần lớn bệnh nhân sống ở nông thôn (63,3%). Có 56,7% bệnh nhân từng bị chàm đồng tiền, với tỷ lệ tái phát cao. Bệnh thường khởi phát vào mùa đông (73,3%). Thương tổn phổ biến gồm mảng, ban đỏ (100%), sẩn/sẩn mụn nước (82,5%), rỉ dịch (24,2%), vảy tiết (81,7%). Vị trí hay gặp là chân (73,3%) và tay (46,7%), với 54,2% phân bố đối xứng. Phần lớn người bệnh (78,3%) có mức độ thương tổn trung bình, kèm theo ngứa vừa (55,2%) và ngứa nhiều (39,1%). Các yếu tố liên quan gồm cào gãi (90,8%), tắm nước nóng (54,2%), da khô, móng tay dài (50%), tiền sử bản thân bị bệnh cơ địa (40%), ngâm tắm lá (20,8%) và chấn thương da (17,5%). Nhóm bệnh mức độ nhẹ và nhóm bệnh mức độ trung bình/nặng chỉ khác nhau về diện tích thương tổn và mức độ ngứa, không có sự khác biệt về tỷ lệ một số yếu tố liên quan khác.

Từ khóa: Chàm đồng tiền, ngứa, viêm da cơ địa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chàm đồng tiền là bệnh viêm da khá thường gặp, đặc trưng bởi các mảng, ban đỏ, đôi khi có sẩn mụn nước tập trung thành đám hình bầu dục hoặc hình đồng xu, kích thước dao động từ 1 - 10cm đường kính, ranh giới rõ với da lành. Thương tổn phân bố chủ yếu hai bên tay, chân, thân mình với triệu chứng cơ năng điển hình là ngứa.¹ Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng nhiều hơn ở người trưởng thành, độ tuổi hay gặp nhất là khoảng 25 - 50 tuổi, nam giới nhiều hơn nữ giới. Bệnh hiếm khi gặp ở trẻ sơ sinh và ít gặp hơn ở trẻ nhũ nhi. Tỷ lệ mắc dao động từ 0,1 - 9,1%.²

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh hiện chưa rõ ràng, có thể liên quan đến suy

giảm chức năng hàng rào bảo vệ da. Nhiều yếu tố được cho là căn nguyên gây khởi phát bệnh như dinh dưỡng kém, nhiệt độ, độ ẩm thấp, stress, nghiện rượu, khô da ở người già, các chấn thương tại chỗ như vết xước, côn trùng cắn, vết bỏng, nhiễm trùng da hay một số thuốc gây khô da.^{1,3} Ngoài ra, viêm da tiếp xúc kích ứng và dị ứng là một trong số những căn nguyên hay gặp. Đặc biệt, viêm da tiếp xúc dị ứng đã được nghiên cứu ở nhiều bệnh nhân chàm đồng tiền với các dị nguyên hay gặp là xà phòng, mỹ phẩm, hóa chất, kim loại (neomycin sulfate và nickel sulfate).^{1,2,4,5}

Bệnh hiếm khi gây các biến chứng nặng nhưng ngứa nhiều, thương tổn rỉ dịch, diễn biến mạn tính, khiến người bệnh khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Trên thế giới, đã có các nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hay các yếu tố làm nặng thêm chàm đồng tiền, chất lượng cuộc sống của người bệnh ở các nhóm đối tượng và khu

Tác giả liên hệ: Trần Thị Huyền

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận: 13/07/2025

Ngày được chấp nhận: 04/08/2025

vực địa lý khác nhau.⁵ Tuy nhiên, ở Việt Nam, trong khả năng hiểu biết và tìm kiếm của chúng tôi, chưa có nghiên cứu nào về chàm đồng tiền, hoặc đôi khi bệnh được mô tả trong bệnh cảnh của viêm da cơ địa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan của chàm đồng tiền ở người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 120 người bệnh được chẩn đoán chàm đồng tiền đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 05/2025.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng: là các mảng, ban đỏ, hình đồng tiền hoặc hình bầu dục, ranh giới rõ với da lành, kích thước từ 1 - 10cm. Trên bề mặt tổn thương thường có các sẩn, mụn nước nhỏ tập trung thành đám; thương tổn có thể rỉ dịch, đóng vảy tiết, bong vảy, khô da, dày da, lichen hóa. Vị trí thường gặp là mặt duỗi các chi, tay chân nhiều hơn thân mình.¹ Ngứa theo nhiều mức độ, bệnh hay gặp và tái phát vào mùa lạnh.⁴

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán chàm đồng tiền theo tiêu chuẩn chẩn đoán trên, đồng ý tham gia nghiên cứu, tự trả lời được các câu hỏi hoặc có bố/mẹ, người chăm sóc trực tiếp trả lời được các câu hỏi, đồng ý cho trẻ tham gia vào nghiên cứu. Không giới hạn, phân biệt về tuổi, giới.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phản ứng chàm do viêm da tiếp xúc dị ứng với dị nguyên được phát hiện; có kết quả xét nghiệm soi tươi tìm vi nấm dương tính.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian.

Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được thu thập các thông tin chung, tiền sử bệnh lý nội khoa và/hoặc bệnh lý da liễu, yếu tố khởi phát và làm nặng bệnh; mô tả các đặc điểm lâm sàng: loại thương tổn, vị trí phân bố, mức độ ngứa, mức độ nặng, diện tích thương tổn. Với các bệnh nhân nhỏ tuổi (dưới 6 tuổi), bố mẹ hoặc người chăm sóc sẽ trả lời các câu hỏi về tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng cơ năng (ngứa gãi, quấy khóc, mất ngủ). Diện tích thương tổn da được tính theo quy luật bàn tay (một lòng bàn tay người bệnh tương ứng 1% diện tích cơ thể của người bệnh, body surface area, BSA). Đánh giá mức độ ngứa bằng thang điểm ngứa PNRS (Pruritus Numerical Rating Scale), cho điểm từ 0 đến 10, phản ánh mức độ ngứa dữ dội nhất bệnh nhân có thể tưởng tượng được trong vòng 24 giờ qua.⁶ Tuy nhiên, thang điểm này chỉ áp dụng cho trẻ từ 7 tuổi trở lên. Đánh giá mức độ thương tổn bằng thang điểm VIGA-AD™ (Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis) - “Thang điểm đánh giá tổng thể của bác sĩ đối với viêm da cơ địa”, dựa trên biểu hiện lâm sàng của tổn thương da. Thang gồm 5 mức điểm, trong đó:

- mức 0 - sạch tổn thương, không có tổn thương da nào;
- mức 1: gần sạch tổn thương, ban đỏ rất nhẹ, sẩn/phù nề rất nhẹ và/hoặc lichen hóa tối thiểu, không có rỉ dịch hay đóng vảy;
- mức 2: mức độ nhẹ: ban đỏ nhẹ nhưng rõ ràng (màu hồng), sẩn/phù nề nhẹ nhưng xác định được, và/hoặc lichen hóa nhẹ nhưng rõ, không có rỉ dịch hay đóng vảy;
- mức 3: mức độ trung bình, ban đỏ rõ (màu đỏ xỉn), sẩn/phù nề rõ và/hoặc lichen hóa rõ, có thể có rỉ dịch hoặc đóng vảy;
- mức 4: mức độ nặng, ban đỏ nặng (đỏ đậm hoặc đỏ tươi), sẩn/phù nề nặng và/hoặc lichen hóa nặng, tổn thương lan rộng, có thể kèm theo rỉ dịch hoặc đóng vảy.⁷

Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Với các biến định lượng phân bố không chuẩn, trung vị và khoảng tứ phân vị được sử dụng. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: t-test cho các biến có phân bố chuẩn, test phi tham số (Mann-Whitney U) cho các biến không có phân bố chuẩn. Test Chi-square và Fisher's exact dùng để so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Thông tin và danh tính của người bệnh được tôn trọng và bảo mật, chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các bước tiến hành nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh. Nghiên cứu được sự chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng đạo đức, Bệnh viện Da liễu Trung ương, theo quyết định số 44/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n = 120)

Tuổi (năm)	
Trung vị [IQR]	18 [10 - 31,3]
Khoảng	1 - 84
Tuổi khởi phát bệnh (năm)	
Trung vị [IQR]	17 [9 - 28]
Khoảng	1 - 84
Thời gian bị bệnh (tháng)	
Trung vị [IQR]	3 [1 - 12]
Giới, n (%)	
Nam	58 (48,3)
Nữ	62 (51,7)
Địa dư, n (%)	
Thành thị	44 (36,7)
Nông thôn	76 (63,3)
Tiền sử mắc chàm đồng tiền và số lần tái phát, n (%)	
Có tiền sử mắc chàm đồng tiền	68 (56,7)
Bị lần đầu tiên	52 (43,3)
Tái phát lần 1	20 (16,7)
Tái phát lần 2	23 (19,2)
Tái phát từ lần 3 trở lên	25 (20,8)

Mùa khởi phát bệnh, n (%)	
Mùa xuân	11 (9,2)
Mùa hạ	12 (10)
Mùa thu	9 (7,5)
Mùa đông	88 (73,3)
Tiền sử bản thân bị bệnh cơ địa, n (%)	
Viêm mũi dị ứng	9 (7,5)
Bệnh hen	2 (1,7)
Viêm da cơ địa	36 (30)
Viêm kết mạc dị ứng	1 (0,8)

IQR: Interquartile range (khoảng tứ phân vị)

Tuổi trung vị của người bệnh là 18 tuổi, tuổi trung vị khởi phát bệnh là 17 tuổi, thời gian diễn biến bệnh có trung vị là 3 tháng; nữ giới chiếm 51,7%, tương đương nam giới (48,3%). Đa số người bệnh sống ở khu vực nông thôn (63,3%).

Tỷ lệ người bệnh có tiền sử mắc chàm đồng tiền là 56,7%, bệnh thường khởi phát vào mùa đông (73,3%). Có 40% bệnh nhân có tiền sử cá nhân mắc bệnh cơ địa, trong đó viêm da cơ địa là bệnh phổ biến nhất (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm thương tổn và sự phân bố (n = 120)

Đặc điểm		n	%
Loại thương tổn	Mảng, ban đỏ	120	100
	Sẩn/sẩn mụn nước	99	82,5
	Rỉ dịch	29	24,2
	Vảy tiết	98	81,7
	Dát tăng sắc tố	67	55,8
Vị trí	Tay	56	46,7
	Chân	88	73,3
	Đầu, mặt, cổ	26	21,7
	Thân mình	24	20
Phân bố	Đối xứng	65	54,2
	Không đối xứng	55	45,8

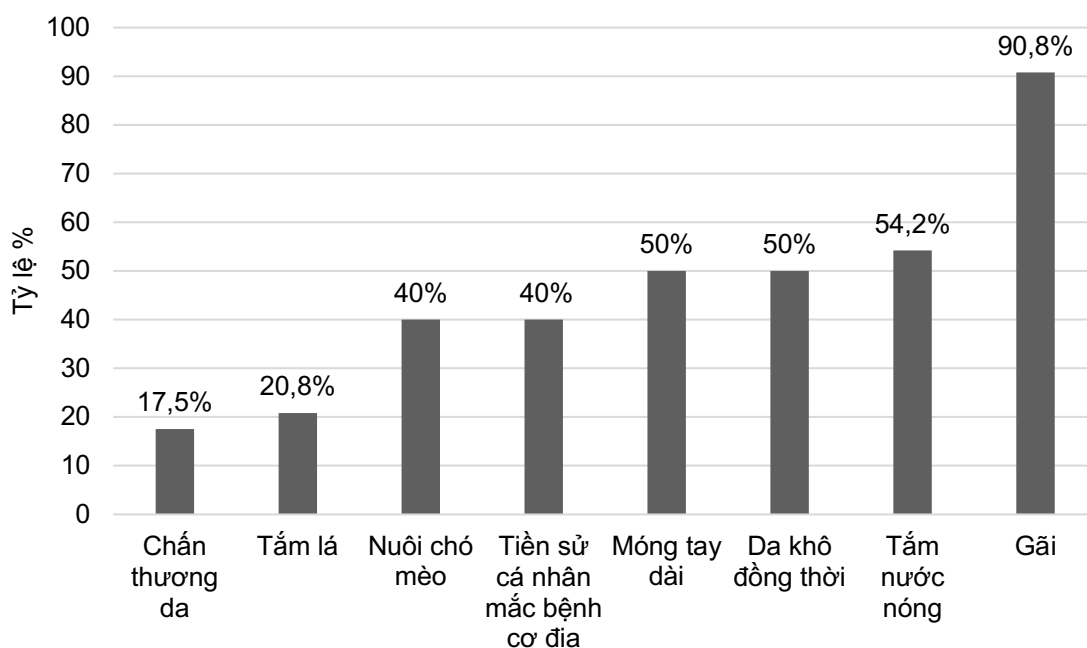
Thương tổn dạng mảng, ban đỏ hình đồng xu gặp ở 100% người bệnh, sẩn/sẩn mụn nước (82,5%) và vảy tiết (81,7%), chiếm tỷ lệ cao.

Vị trí hay gặp nhất là ở chân (73,3%) và tay (46,7%), thương tổn có xu hướng phân bố đối xứng 2 bên (54,2%) (Bảng 2).

Bảng 3. Đặc điểm về mức độ ngứa và mức độ thương tổn

Đặc điểm	n	%
Mức độ ngứa theo thang điểm PNRS (n = 105, ≥ 7 tuổi)		
Không ngứa (PNRS: 0)	2	1,9
Ngứa nhẹ (PNRS: 1 - 2)	4	3,8
Ngứa vừa (PNRS: 3 - 6)	58	55,2
Ngứa nhiều (PNRS: 7 - 8)	41	39,1
Mức độ thương tổn thang điểm vIGA-AD™ (n = 120)		
Nhẹ	17	14,2
Trung bình	94	78,3
Nặng	9	7,5

Đa số người bệnh ngứa ở mức độ vừa (55,2%) và ngứa nhiều (39,1%). Tỷ lệ thương tổn da ở mức độ trung bình là cao nhất (78,3%) (Bảng 3).

**Biểu đồ 1. Một số yếu tố liên quan đến chàm đồng tiền**

Một số yếu tố liên quan và/hoặc làm nặng bệnh được thể hiện ở Biểu đồ 1. Cào gãi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,8%), tiếp theo là thói quen tắm nước nóng (54,2%), da khô và để móng

tay dài (50%), tiền sử cá nhân mắc bệnh cơ địa (40%), ngâm tắm lá (20,8%) và chấn thương da trước đó (17,5%) (Biểu đồ 1).

**Bảng 4. Sự khác biệt một số đặc điểm
giữa nhóm chậm đồng tiền mức độ nhẹ và mức độ trung bình/nặng**

Đặc điểm	Mức độ thương tổn		p
	Nhẹ	Trung bình/Nặng	
Giới tính, n (%)	n = 17	n = 103	
Nam	8 (47,1)	50 (48,5)	0,910 [†]
Nữ	9 (52,9)	53 (51,5)	
Địa dư, n (%)	n = 17	n = 103	
Thành thị	8 (47,1)	36 (35)	0,337 [†]
Nông thôn	9 (52,9)	67(65)	
Tắm nước nóng, n (%)	n = 17	n = 103	
Có	10 (58,8)	55 (53,4)	0,677 [†]
Không	7 (41,2)	48 (46,6)	
Cào gãi, n (%)	n = 17	n = 103	
Có	15 (88,2)	94 (91,3)	0,654 [‡]
Không	2 (11,8)	9 (8,7)	
Nuôi chó, mèo, n (%)	n = 17	n = 103	
Có	4 (23,5)	44 (42,7)	0,135 [†]
Không	13 (76,5)	59 (57,3)	
Tiền sử cá nhân mắc bệnh cơ địa, n (%)	n = 17	n = 103	
Có	9 (52,9)	39 (37,9)	0,240 [†]
Không	8 (47,1)	64 (62,1)	
Tuổi	n = 17	n = 103	
Trung vị [IQR]	20 [9 - 27]	17 [11 - 33]	0,712 [*]
Diện tích thương tổn (% BSA)	n = 17	n = 103	
Trung vị [IQR]	1 [0,5 - 1]	1,5 [1 - 2]	0,000 [*]
Mức độ ngứa theo điểm PNRS	n = 14	n = 91	
Trung vị [IQR]	5 [4,5 - 6]	6 [5 - 7]	0,045 [*]

* Mann-Whitney test; † Chi-square test; ‡ Fisher's Exact test; IQR: Interquartile range (khoảng tứ phân vị)

Nhóm bệnh mức độ nhẹ và nhóm bệnh mức độ trung bình/nặng chỉ khác nhau về diện tích thương tổn và mức độ ngứa, không có sự khác biệt về tỷ lệ % một số yếu tố liên quan khác. Tuy nhiên, trong nhóm bệnh trung bình/nặng, tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn (65%) cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị (35%). Tỷ lệ có nuôi chó mèo ở nhóm trung bình/nặng cao gần gấp đôi so với nhóm nhẹ, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung vị của người bệnh chàm đồng tiền trong nghiên cứu của chúng tôi là 18 tuổi, tương đương tuổi khởi phát bệnh (17 tuổi), thấp hơn so với nghiên cứu tại Hàn Quốc (nghiên cứu trên 244 bệnh nhân chàm đồng tiền, có tuổi trung bình mắc bệnh là 52 tuổi).⁸ Sukhum Jiamton ghi nhận tại Thái Lan, tuổi trung bình là 42,1.³ Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi một số yếu tố như cỡ mẫu trong nghiên cứu này còn nhỏ, hoặc do đặc điểm dịch tễ riêng của nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương - nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân trẻ tuổi, có nhiều trường hợp đến khám sớm khi có biểu hiện bệnh lý ngoài da. Đáng chú ý, chúng tôi ghi nhận trường hợp khởi phát bệnh sớm nhất từ một tuổi, điều này cho thấy tính chất đa dạng về lứa tuổi mắc bệnh, chàm đồng tiền có thể khởi phát ở bất kỳ tuổi nào.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ giới là 51,7%, tương đương nam giới (48,3%), kết quả này khác với nghiên cứu tại Thái Lan (có tỷ lệ nữ/nam là 67/33).³ Sự khác biệt về tỷ lệ giới có thể liên quan đến yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp, công việc nội trợ, hành vi chăm sóc da hoặc khuynh hướng thăm khám chủ động của nữ giới cao hơn. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại ghi nhận kết quả ngược lại với tỷ lệ nam giới cao hơn.^{8,9} Đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố

địa lý, cũng như sự khác biệt chủng tộc hoặc lối sống của từng khu vực có thể ảnh hưởng tới tỷ lệ giới tính trong bệnh chàm đồng tiền.

Tỷ lệ người bệnh chàm đồng tiền cư trú tại khu vực nông thôn trong nghiên cứu này chiếm 63,3%, cao hơn so với nhóm sống tại thành thị. Sự khác biệt này có thể liên quan đến các yếu tố nghề nghiệp và môi trường sống, người dân nông thôn thường xuyên tiếp xúc với hóa chất nông nghiệp, đất, cây cối, nên dễ gặp tổn thương da do lao động chân tay hoặc điều kiện vệ sinh chưa đảm bảo làm tăng nguy cơ khởi phát, tái phát bệnh. Bên cạnh đó, hạn chế trong việc tiếp cận dịch vụ y tế tại các vùng nông thôn có thể làm chậm việc phát hiện và điều trị bệnh, góp phần làm bệnh kéo dài và tiến triển mạn tính.

Có tới 56,7% bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử mắc chàm đồng tiền, trong đó 20,8% tái phát từ lần thứ ba trở lên, cho thấy bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính và dễ tái phát. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của giai đoạn điều trị duy trì, tư vấn phòng ngừa nhằm giảm tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống.¹ Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận 73,3% bệnh nhân có khởi phát bệnh vào mùa đông, điều này phù hợp với nhận định rằng thời tiết lạnh và hanh khô là yếu tố thúc đẩy tổn thương do da khô, suy giảm chức năng hàng rào bảo vệ da.¹⁰

Các thương tổn cơ bản thường gặp ở bệnh nhân chàm đồng tiền gồm mảng, ban đỏ, sẩn/sẩn mụn nước, rỉ dịch và vảy tiết. Kết quả này phù hợp với mô tả điển hình của chàm đồng tiền trong y văn, phần lớn bệnh nhân đến khám ở giai đoạn cấp tính hoặc bán cấp. Về vị trí phân bố, chàm đồng tiền có thể xuất hiện ở bất kỳ vùng da nào trên cơ thể, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chi dưới (73,3%), chi trên (46,7%) là các vùng bị ảnh hưởng nhiều nhất, tiếp theo là đầu - mặt - cổ

và thân mình. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Domenico Bonamonte (2012) và Alexander KC Leung (2020), đều ghi nhận các chi là vị trí thường gặp. Điều này có thể liên quan đến các yếu tố cọ xát, chấn thương cơ học, tiếp xúc dị nguyên trong sinh hoạt và lao động hàng ngày hay tình trạng ứ trệ tĩnh mạch chi dưới.^{1,5}

Ngứa là triệu chứng cơ năng nổi bật ở bệnh nhân chàm đồng tiền. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 55,2% bệnh nhân ngứa mức độ vừa và 39,1% ngứa nhiều. Đây là một trong những yếu tố gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt khi triệu chứng kéo dài và tái diễn. Mối liên quan giữa ngứa và bệnh chàm đồng tiền đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Maddison về mật độ sợi thần kinh ở da của bệnh nhân chàm đồng tiền.¹¹

Hiện nay, chưa có thang điểm đánh giá mức độ thương tổn được chuẩn hóa riêng cho bệnh chàm đồng tiền. Do đó, nghiên cứu này sử dụng thang điểm vIGA-AD™, một phiên bản hiệu chỉnh từ thang điểm IGA (Investigator's Global Assessment, đánh giá tổng quát của nhà nghiên cứu), phù hợp tương đối với các đặc điểm thương tổn trên lâm sàng ở chàm đồng tiền. Kết quả cho thấy, mức độ thương tổn có liên quan với mức độ ngứa và diện tích thương tổn ($p < 0,05$) (Bảng 4). Các trường hợp thương tổn nặng thường đi kèm với cảm giác ngứa dữ dội và phạm vi tổn thương có xu hướng lan rộng. Các thang điểm SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis, thang điểm đánh giá mức độ viêm da cơ địa) và EASI (Eczema Area and Severity Index, chỉ số diện tích và mức độ nặng của chàm) thường không được sử dụng do chàm đồng tiền thường khu trú, diện tích nhỏ, dẫn đến điểm số tổng thấp, không phản ánh đúng mức độ nặng trên lâm sàng.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định

một số yếu tố liên quan đến bệnh chàm đồng tiền như mùa khởi phát bệnh, cào gãi, tắm nước nóng, da khô và dễ móng tay dài, tiền sử cá nhân mắc bệnh cơ địa. Những yếu tố này đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó, cho thấy vai trò quan trọng trong tiến triển bệnh.³ Cào gãi không chỉ phản ánh mức độ ngứa mà còn góp phần làm nặng thêm thương tổn thông qua vòng xoắn bệnh lý “ngứa - gãi - tổn thương”. Thói quen tắm nước nóng, tình trạng da trở nên khô hơn vào mùa đông làm mất lớp lipid bảo vệ tự nhiên, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình viêm.

Nhóm bệnh mức độ nhẹ và nhóm bệnh mức độ trung bình/nặng chỉ khác nhau về diện tích thương tổn và mức độ ngứa, không có sự khác biệt về tỷ lệ % một số yếu tố liên quan khác được khảo sát (tuổi, giới tính, địa dư, thói quen tắm nước nóng, cào gãi, nuôi chó mèo, tiền sử mắc bệnh cơ địa) (Bảng 4). Tuy nhiên, trong nhóm bệnh trung bình/nặng, tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn (65%) cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị (35%). Tỷ lệ có nuôi chó mèo ở nhóm trung bình/nặng cao gần gấp đôi so với nhóm nhẹ, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều đó gợi ý rằng, chàm đồng tiền có thể mang tính tự phát, cơ địa, không rõ nguyên nhân, hoặc liên quan tới một số yếu tố từ môi trường sống, gia súc, sự nặng lên của bệnh có thể do quá trình tiến triển, thời gian bị bệnh lâu và chưa được điều trị phù hợp.

Nghiên cứu có một số hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, đặc biệt ở nhóm bệnh nhẹ, có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy trong so sánh. Ngoài ra, thang điểm đánh giá mức độ bệnh được tham khảo từ các nghiên cứu về viêm da cơ địa, chưa được chuẩn hóa riêng cho chàm đồng tiền. Đây là một nghiên cứu cắt ngang mô tả chàm bệnh, chưa có các khảo sát chuyên sâu hoặc can thiệp điều trị.

V. KẾT LUẬN

Chàm đồng tiền là bệnh da mạn tính, hay tái phát, thường gặp ở lứa tuổi trẻ. Bệnh đặc trưng bởi các mảng ban đỏ hình đồng xu, ranh giới rõ, ngứa nhiều, hay khởi phát vào mùa đông. Bệnh liên quan đến một số yếu tố như tiền sử cá nhân mắc bệnh cơ địa, cào gãi, da khô và chấn thương da, thói quen sinh hoạt, địa dư (sống ở nông thôn), nuôi gia súc.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn quý đồng nghiệp, các cán bộ của Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leung AKC, Lam JM, Leong KF, Leung AAM, Wong AHC, Hon KL. Nummular Eczema: An Updated Review. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2020; 14(2): 146-155. doi: 10.2174/1872213X14666200810152246.
2. Chan CX, Zug KA. Diagnosis and Management of Dermatitis, Including Atopic, Contact, and Hand Eczemas. *Med Clin North Am.* 2021; 105(4): 611-626. doi:10.1016/j.mcna.2021.04.003.
3. Jiamton S, Tangjaturonrusamee C, Kulthanan K. Clinical features and aggravating factors in nummular eczema in Thais. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2013; 31(1): 36-42.
4. McWhirter S, Foster R, Halbert A, et al. Discoid (nummular) eczema in the paediatric setting - An Australian/New Zealand narrative. *Australas J Dermatol.* 2022; 63(4): e289-e296. doi:10.1111/ajd.13915.
5. Bonamonte D, Foti C, Vestita M, Ranieri LD, Angelini G. Nummular eczema and contact allergy: a retrospective study. *Dermat Contact Atopic Occup Drug.* 2012; 23(4): 153-157. doi:10.1097/DER.0b013e318260d5a0.
6. Rams A, Baldasaro J, Bunod L, et al. Assessing Itch Severity: Content Validity and Psychometric Properties of a Patient-Reported Pruritus Numeric Rating Scale in Atopic Dermatitis. *Adv Ther.* 2024; 41(4): 1512-1525. doi:10.1007/s12325-024-02802-3.
7. Simpson EL, Bissonnette R, Paller AS, et al. The Validated Investigator Global Assessment for Atopic Dermatitis (VIGA-AD™): a clinical outcome measure for the severity of atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2022; 187(4): 531-538. doi:10.1111/bjd.21615.
8. Kim HL, Jung HJ, Park MY, Ahn J. Clinical features and total immunoglobulin E serum levels in patients with nummular eczema. *Korean J Dermatol.* 2018; 56: 114-120.
9. Kubeyinje EP. The Pattern of Endogenous Eczema in the Northern Frontier, Kingdom of Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 1995; 15(4): 416-418. doi: 10.5144/0256-4947.1995.416.
10. Engebretsen KA, Johansen JD, Kezic S, Linneberg A, Thyssen JP. The effect of environmental humidity and temperature on skin barrier function and dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* 2016; 30(2): 223-249. doi:10.1111/jdv.13301.
11. Maddison B, Parsons A, Sanguenza O, Sheehan DJ, Yosipovitch G. Retrospective study of intraepidermal nerve fiber distribution in biopsies of patients with nummular eczema. *Am J Dermatopathol.* 2011; 33(6): 621-623. doi:10.1097/DAD.0b013e3181fe4c3c.

Summary

CLINICAL FEATURES AND ASSOCIATED FACTORS OF NUMMULAR ECZEMA DISORDER

A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients with nummular eczema at the National Hospital of Dermatology and Venereology from November 2024 to May 2025 to describe clinical characteristics and related factors. The results showed that the median age was 18 years old (IQR 10 - 31.3 years old), the median age of the onset was 17 years old (IQR 9 - 28 years old) with a male-to-female ratio of 58/62. The majority of patients resided in rural areas (63.3%). A previous history of nummular eczema was noted in 56.7% of patients, with a high recurrence rate. The disease most commonly began in winter (73.3%). Common lesions included erythematous patches (100%), papules/vesicular papules (82.5%), oozing (24.2%), crusts (81.7%). The most frequently affected sites were the lower limbs (73.3%) and upper limbs (46.7%), with symmetrical distribution observed in 54.2% of cases. Most patients (78.3%) had moderate lesion severity, accompanied by moderate (55.2%) to severe (39.1%) pruritus. Contributing factors included scratching (90.8%), bathing with hot water (54.2%), xerosis and long fingernails (50%), personal history of atopic allergy (40%), bathing with herbal leaves (20.8%), and skin trauma (17.5%). The mild disease group and the moderate/severe disease group only differed in lesion areas and itching level, with no difference in other factors.

Keywords: Nummular eczema, pruritus, atopic dermatitis.