

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NẤM DA
DERMATOPHYTES BẰNG ITRACONAZOLE UỐNG KẾT HỢP
KETOCONAZOLE BÔI TẠI CHỖ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC
Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ
NĂM 2021-2022**

Phạm Văn Đời^{1}, Nguyễn Thị Thùy Trang² Huỳnh Văn Bá²*

1. Trung tâm Y tế huyện Vĩnh Thuận

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: phamvandoi277@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nấm da là một tình trạng nhiễm nấm nồng phổ biến nhất do vi khuẩn Dermatophytes gây ra. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ nhiễm nấm da và đánh giá kết quả điều trị nấm da bằng Itraconazole kết hợp với Ketoconazole. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 153 bệnh nhân nấm da và điều trị bằng Itraconazole liều 100mg uống hai lần mỗi ngày kết hợp bôi Ketoconazole trong 4 tuần cho những bệnh nhân nấm sợi tơ vách ngăn. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình bệnh nấm da là $39,96 \pm 19,47$ tuổi và nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 1,47:1. Tỷ lệ nhiễm nấm sợi tơ vách ngăn chiếm cao nhất là 62,7% và được điều trị bởi bác sĩ da liễu ít nhất là 15,6%. Sự tiếp xúc thường xuyên với đất, động vật, lối sống tập thể, sử dụng chung khăn, thường xuyên tiếp xúc với nước, mặc áo quần chật, kín, có bôi thuốc kháng nấm, corticosteroid và cơ địa đổ mồ hôi nhiều có liên quan đến bệnh nấm sợi tơ vách ngăn ($p < 0,05$). Sau 4 tuần điều trị, hầu hết các bệnh nhân có kết quả điều trị khỏi bệnh chiếm 93,8% và không đáp ứng là 6,2% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Phối hợp itraconazole uống và ketoconazole bôi là một trong những lựa chọn hữu hiệu có thể được xem xét để điều trị bệnh nấm da với chi phí hợp lý và dễ thực hiện.

Từ khoá: Bệnh nấm da, dermatophytes, itraconazol, ketoconazol.

ABSTRACT

**STUDY ON THE SITUATION AND ASSESS TREATMENT RESULTS OF
DERMATOPHYTES BY THE COMBINATION OF ORAL
ITRACONAZOLE AND TOPICAL KETOCONAZOLE AT CAN THO
UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND
CAN THO DERMATO -VENEREOLOGY HOSPITAL IN 2021-2022**

Phạm Văn Đời^{1}, Nguyễn Thị Thùy Trang² Huỳnh Văn Bá²*

1. Vinh Thuận District Health Center

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Dermatophytosis is the most common superficial fungal infection caused by dermatophytes. **Objectives:** Study the rates of dermatophytosis and evaluate the results of itraconazole combined with ketoconazole treatment for dermatophyte infections. **Materials and**

methods: A descriptive cross-sectional study of 153 patients with a fungal skin infection treated with itraconazole at a dose of 100 mg orally twice daily in combination with topical ketoconazole for four weeks for patients with dermatophyte infections. **Results:** The average age of fungal skin disease was 39.96 ± 19.47 years old, and men were more affected than women with a ratio of 1.47:1. The highest rate of septal mycelium infection was 62.7% and was treated by a dermatologist at least 15.6%. Frequent contact with soil, animals, collective lifestyle, sharing towels, regular contact with water, wearing tight clothing, applying antifungal medication, corticosteroids, and excessive sweating can be related to septal mycelium ($p < 0.05$). After four weeks of treatment, most patients with cured results accounted for 93.8%, and no response was 6.2% ($p < 0.001$). **Conclusions:** The combination of oral itraconazole and topical ketoconazole is a cost-effective and easy-to-implement treatment option for fungal skin infections.

Keywords: Fungal skin infection, dermatophytes, itraconazol, ketoconazol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nấm da là tình trạng nhiễm nấm nồng phổ biến nhất do vi nấm dermatophytes xâm nhập chất sừng của da, tóc và móng tay gây ra, đặc biệt bởi các chủng *Trichophyton*, *Epidermophyton* và *Microsporum*. Bệnh phổ biến ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới. Sự lây nhiễm thường lây qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua nước bọt, quần áo, lược, đồ nội thất, ghế ngồi trong rạp hát, khăn trải giường và phòng tắm bị nhiễm. Các yếu tố nguy cơ bao gồm lối sống tập thể, đông đúc, kinh tế thấp, điều kiện sống không vệ sinh, làm việc ngoài trời, tăng cường hoạt động thể chất và đồ mồ hôi nhiều [13].

Chẩn đoán bệnh nấm da bao gồm soi tươi bằng kali hydroxit 10-20% trên kính hiển vi, nuôi cấy hay sàng lọc phản ứng chuỗi polymerase (PCR). Các liệu pháp kháng nấm tại chỗ và toàn thân được lựa chọn trên cơ sở các chủng nấm và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Thuốc kháng nấm có thể hoạt động theo hai cơ chế là tiêu diệt trực tiếp tế bào nấm hoặc ngăn chặn tế bào nấm phát triển. Bằng cách nhắm vào các cấu trúc cần thiết trong tế bào nấm nhưng không cần thiết trong tế bào con người, các thuốc chống nấm giúp chống lại nhiễm trùng do nấm mà không làm ảnh hưởng đến tế bào của cơ thể [9]. Để phát hiện kịp thời và điều trị nấm da hiệu quả nhất là bệnh nhân có bệnh đi kèm hay đã sử dụng bừa bãi thuốc kháng sinh, corticosteroid, rút ngắn thời gian điều trị và giảm thiểu tác dụng không mong muốn nhằm đem lại cho bệnh nhân chất lượng cuộc sống tốt hơn và giảm bớt gánh nặng về kinh tế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị nấm da dermatophytes bằng Itraconazole uống kết hợp Ketoconazole bôi tại chỗ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ năm 2021-2022”. Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến bệnh nấm da Dermatophytes tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Da Liễu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. (2) Đánh giá kết quả điều trị bệnh nấm da Dermatophytes bằng Itraconazole uống kết hợp Ketoconazole bôi tại chỗ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám tại Khoa Da liễu-Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ và Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ và được chẩn đoán là nhiễm nấm da.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng: thương tổn da là dát đỏ hoặc mảng đỏ, hình tròn, cung, đa cung, kèm vảy da, mụn nước hoặc mụn mủ vùng rìa. Ngứa tại thương tổn và tăng khi ra mồ hôi; và cận lâm sàng: vi nấm soi tươi dương tính [3].

+ Bệnh nhân không có chống chỉ định dùng itraconazole và ketoconazole. Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Phụ nữ có thai, có ý định mang thai hoặc đang cho con bú.

+ Bệnh nhân có bệnh lý gan, thận, các bệnh gây suy giảm miễn dịch.

+ Những bệnh nhân mắc các bệnh có triệu chứng hay thương tổn tương tự như nhiễm nấm da như viêm da tiếp xúc, viêm da tiết bã, viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc dị ứng, ghẻ chàm hóa...

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:**

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu nghiên cứu;

Z là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%;

d là sai số cho phép, chọn d=5%. P là tỷ lệ soi tươi tìm nấm sợi tơ có vách ngăn theo nghiên cứu của Uma Penmetcha (2016) là 88,8% [11].

Cỡ mẫu tối thiểu là 153 mẫu. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 153 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, liên tiếp theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới tính của người bệnh khi đến khám.

- **Nội dung nghiên cứu và phương pháp thu thập:** Hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, tiến hành lấy mẫu tại các thương tổn, thực hiện xét nghiệm soi tươi tại các thương tổn và ghi nhận thông tin vào phiếu thu thập số liệu, chụp ảnh sang thương nấm da trước khi điều trị. Sau đó phân thành 2 nhóm gồm nhóm bệnh nhân nhiễm nấm sợi tơ vách ngăn và nhóm nhiễm nấm khác (nấm hạt men hay nấm sợi ngắn). Tiếp theo, tiến hành điều trị theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam năm 2015. Liều itraconazole 100mg uống hai lần mỗi ngày trong 4 tuần, và ketoconazole bôi hai lần mỗi ngày.

- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập, mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Nám sợi tơ có vách ngăn	
	n	%
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	26
	20-49 tuổi	73
	≥ 50 tuổi	54
	Tổng	153
Tuổi trung bình	$39,96 \pm 19,47$ tuổi	
Giới tính	Nam	91
	Nữ	62
	Tổng	153

Nhận xét: Bệnh nhân nhiễm nấm da có tuổi trung bình là $39,96 \pm 19,47$ tuổi. Nam giới chiếm ưu thế 59,5% so với nữ giới chiếm 40,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm nấm Dermatophytes

Soi tươi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sợi tơ nấm có vách ngăn	96	62,7
Nấm hạt men	53	34,6
Sợi nấm ngăn	4	2,7
Tổng	153	100

Nhận xét: tỷ lệ nấm có vách ngăn là 96 bệnh nhân (chiếm 62,7%), tỷ lệ nấm hạt men chiếm 34,6% và sợi nấm ngăn chiếm 2,7%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tiền sử điều trị với nhiễm nấm Dermatophytes

Tiền sử điều trị	Nám sợi tơ vách ngăn		Nám khác		p
	n	%	n	%	
Nhà thuốc	47	49	27	47,4	
Dân gian	13	13,5	12	21	
BS Da liễu	15	15,6	3	5,3	0,186
BS chuyên khoa khác	21	21,9	15	26,3	
Tổng	96	100	57	100	

Nhận xét: Bệnh nhân được điều trị bởi bác sĩ da liễu chiếm tỷ lệ thấp nhất, trong đó nhóm nấm sợi tơ vách ngăn chiếm 15,6% cao hơn 2,94 lần so với nhóm nấm khác là 5,3%. Tuy nhiên, sự khác biệt về các phương pháp điều trị trước khi đến bệnh viện của bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa yếu tố tiếp xúc với nhiễm nấm Dermatophytes

Yếu tố	Nám sợi tơ vách ngăn		Nám khác		p
	n	%	n	%	
Tiếp xúc đất, động vật					
Có	43	44,8	14	24,6	
Không	53	55,2	43	75,4	0,012
Nuôi chó, mèo					
Có	67	69,8	35	61,4	
Không	29	30,2	22	38,6	0,287
Sống tập thể					

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 56/2023

Yếu tố	Nám sợi tơ vách ngăn		Nám khác		p
	n	%	n	%	
Có	33	34,4	11	19,3	0,046
Không	63	65,6	46	80,7	
Mặc chung quần áo					
Có	15	15,6	4	7	0,119
Không	81	84,4	53	93	
Sử dụng chung khăn					
Có	75	78,1	9	15,8	<0,001
Không	21	21,9	48	84,2	
Sóng chung nhà với người nhiễm nám					
Có	14	14,6	5	8,8	0,292
Không	82	85,4	52	91,2	

Nhận xét: sự tiếp xúc thường xuyên với đất, động vật, lối sống tập thể, sử dụng chung khăn có ảnh hưởng đến bệnh nám da ($p<0,05$) và không có sự khác biệt khi nuôi chó, mèo, mặc chung quần áo hay sống cùng nhà với người nhiễm nám da ($p>0,05$).

Bảng 5. Yếu tố hành vi, cơ địa của bệnh nám da

Yếu tố	Nám sợi tơ vách ngăn		Nám khác	
	n	%	n	%
Tiếp xúc với nước	41	42,7	25	24,6
Mang giày kín trên 8h/ngày	13	13,5	10	75,4
Mặc đồ chật kín	29	30,2	15	61,4
Làm việc ngoài trời	28	29,2	15	38,6
Đổ mồ hôi nhiều	35	36,5	20	19,3
Bôi thuốc kháng nám, Corticosteroid	22	22,9	8	80,7

Nhận xét: Một số hành vi bao gồm thường xuyên tiếp xúc với nước, mặc áo quần chật, kín, có bôi thuốc kháng nám, corticosteroid và cơ địa đổ mồ hôi nhiều có liên quan đến bệnh nám da ($p<0,05$).

Bảng 6. Phân bố kết quả điều trị sau 2 tuần và 4 tuần

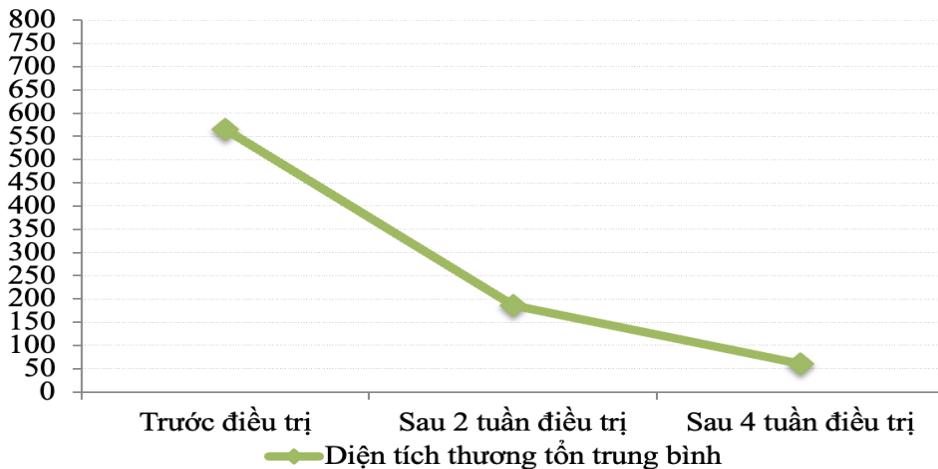
Kết quả điều trị	Sau 2 tuần		Sau 4 tuần	
	n	%	n	%
Khỏi	46	47,9	90	93,8
Giảm	48	50	0	0
Không đáp ứng	2	2,1	6	6,2
Tổng	96	100	96	100

Nhận xét: sau 4 tuần điều trị, bệnh nhân khỏi bệnh chiếm đến 93,8%.

Bảng 7. Diện tích thương tổn trước điều trị và sau 4 tuần điều trị

Diện tích thương tổn	Trung bình	Trung bình khác biệt	P<0,001
Sau 4 tuần điều trị	61,17	-504,198	
Trước điều trị	565,36		

Nhận xét: sau 4 tuần điều trị cho thấy diện tích thương tổn giảm 504,198cm², sự khác biệt về trung bình diện tích giữa 2 thời điểm này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.



Biểu đồ 1. Diện tích thương tổn trước và sau điều trị

Nhận xét: Diện tích thương tổn trung bình trước điều trị, sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị có xu hướng giảm dần lần lượt là 565,36cm², 187,14cm², 61,17cm².

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân nhiễm nấm da $39,96 \pm 19,47$ tuổi. Nhóm có độ tuổi từ 20-49 tuổi chiếm nhiều nhất (47,8%) và thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (17,0%). Không có sự khác biệt về tuổi tác ở cả nhóm nấm sợi tơ vách ngắn và nhóm nấm khác ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài (2017), nhóm tuổi gấp nhiều nhất từ 20-40 tuổi (51,3%) [2]. Tương tự nghiên cứu của A. Hosthota (2018), tỷ lệ nhiễm nấm da nhiều nhất là ở nhóm nấm khác 21-30 tuổi (37,3%) [6].

Giới tính: nam giới mắc bệnh nấm da chiếm nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 1,47:1. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trong nước, theo quan sát của Khalifa E. Sharquie (2021) cho thấy có liên quan giữa nhiễm nấm da và giới tính với tỷ lệ bệnh nhân khi nhiễm nấm da ở nam giới là 59,6% cao hơn so với nữ là 40,4% [12].

Tỷ lệ nhiễm nấm Dermatophytes: Qua khảo sát 153 bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng và kết quả xét nghiệm dương tính với nhiễm nấm da, chúng tôi nhận nhiễm sợi tơ nấm có vách ngắn là chiếm nhiều nhất với 96 bệnh nhân (62,7%), tiếp đến là nhóm nấm hạt men là 53 bệnh nhân (34,6%) và còn lại là 4 bệnh nhân nhiễm sợi nấm ngắn (2,7%). Tỷ lệ này cao hơn trong một số nghiên cứu như Hà Mạnh Tuấn (2020) và Nguyễn Quang Minh Mẫn (2019) đều là 55% [4], [5]. Sự khác nhau này có thể thay đổi bởi nhiều yếu tố như địa lý, khí hậu, yếu tố lịch sử, nhập cư, chiến tranh, chất lượng chăm sóc sức khỏe, y học can thiệp và điều kiện kinh tế xã hội của khu vực nghiên cứu.

Mối liên quan giữa tiền sử điều trị với nhiễm nấm Dermatophytes: Bệnh nhân nấm sợi tơ vách đến điều trị với bác sĩ da liễu trước khi nhập viện chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ là 15,6%. Sự khác biệt về các phương pháp điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Người bệnh hầu hết không đến bác sĩ da liễu ngay vì có thể do phần lớn đối tượng nghiên cứu sống ở nông thôn, khả năng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế còn thấp, thiếu hiểu biết về căn bệnh của mình, và bác sĩ có chuyên khoa da liễu còn rất ít so với dân số chung.

Mối liên quan giữa yếu tố tiếp xúc với nhiễm nấm Dermatophytes: Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự tiếp xúc thường xuyên với đất, động vật, lối sống tập thể, sử

dụng chung khăn có ảnh hưởng đến bệnh nấm sợi tơ vách ngăn ($p<0,05$) và không có sự khác biệt khi nuôi chó, mèo, mặc chung quần áo hay sống cùng nhà với người nhiễm nấm ($p>0,05$). Nhóm nấm sợi tơ vách ngăn có tiếp xúc với đất, động vật là 44,8%; nuôi chó, mèo là 69,8%; lối sống tập thể là 34,4%, sử dụng chung khăn là 78,1% và sống cùng nhà với người nhiễm nấm là 14,6% cao hơn so với bệnh nhân nhiễm nấm khác. Tương tự chúng tôi, các nghiên cứu khác cũng ghi nhận có sự khác biệt về sống tập thể, mặc chung quần áo, sử dụng chung khăn ($p<0,05$) [1], [5]. Theo Khamidad Nermene (2018), tỷ lệ bệnh nhân nấm da có sử dụng chung khăn tắm là 54,3% và đến 78,3% chỉ sử dụng 1 khăn lau để lau khô các bộ phận trên cơ thể. Đồng thời, vi nấm tồn tại và phát triển tối thuận trong nhiệt độ từ 25-35°C nên khăn lau, quần áo ẩm ướt, nếu bị nhiễm bệnh thì vi nấm vẫn còn ở đó và lây cho người sử dụng chung [8].

Yếu tố hành vi cơ địa: Có sự ảnh hưởng của các hành vi như thường xuyên tiếp xúc với nước, mặc đồ chất kín, đồ nhiều mô hôi và đã bôi thuốc kháng nấm, sản phẩm chứa corticosteroid đến nấm sợi tơ vách ngăn ($p<0,05$). Đối với bệnh nhân nấm sợi tơ vách ngăn, tỷ lệ mang giày thường xuyên trên 8 giờ/ngày (68,4%) và làm việc ngoài trời (75,7%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân nhiễm nấm khác nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng cũng đã ghi nhận các hành vi trên có mối liên quan với nấm sợi tơ vách ngăn ($p<0,05$) [1]. Vì giá trị pH của nước cao hơn da, chỉ cần rửa da bằng nước đơn thuần, ngay lập tức sẽ làm tăng tạm thời giá trị pH của da. Do đó, việc thường xuyên tiếp xúc với nước dẫn đến thay đổi độ pH của da trở nên kiềm hơn và dễ bị nấm xâm nhập, phát triển hơn [10].

Kết quả điều trị: Sau 2 tuần điều trị chỉ có 2 bệnh nhân không đáp ứng điều trị chiếm 2,1%. Sau 4 tuần điều trị, bệnh nhân khỏi bệnh chiếm 93,8%, bệnh nhân không đáp ứng điều trị chỉ chiếm 6,3%. Hầu hết các trường hợp trên bệnh nhân là nam giới, làm nghề nông và công nhân, thường xuyên làm việc ngoài trời, đồng thời công nhân phải mặc đồ đồng phục chất kín liên tục. Ngoài ra, có thể do chăm sóc vệ sinh cá nhân sạch sẽ và một phần do bệnh nhân đã sử dụng nhiều loại thuốc điều trị trước khi đến khám. Trong một nghiên cứu gần đây của Inamadar (2022) kết hợp azole uống và azole bôi cho các tổn thương nấm da có diện tích lớn, lan rộng hay nhiều vị trí khu trú được 93,2% bác sĩ ưu tiên lựa chọn [7]. So với nghiên cứu dùng đơn độc itraconazole uống của Huỳnh Văn Bá (2018) cho thấy sau 2 tuần điều trị tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 13,4%. Từ các nghiên cứu trên cho thấy việc phối itraconazole uống và ketoconazol bôi cho đáp ứng hiệu quả hơn, nhưng do cỡ mẫu của chúng tôi còn ít, vì thế cần thêm các nghiên cứu tương tự nhằm đánh giá rõ hơn về hiệu quả của việc phối hợp này trên các bệnh nhân nhiễm nấm da.

Diện tích thương tổn trước và sau điều trị: Sau 2 tuần điều trị diện tích thương tổn giảm 378,229cm², sau 4 tuần điều trị diện tích thương tổn trung bình giảm khá nhiều 504,198cm² so với trước khi điều trị. Qua đó cho thấy việc phối hợp điều trị đường toàn thân và tại chỗ có hiệu quả đáp ứng khá tốt chỉ sau 4 tuần.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy bệnh nấm da Dermatophytes thực sự ảnh hưởng đến bệnh nhân. Bên cạnh các phương pháp điều trị việc phối hợp itraconazole uống và ketoconazole bôi là một trong những lựa chọn hữu hiệu có thể được xem xét để điều trị bệnh nấm da với chi phí hợp lý và dễ thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thái Dũng (2017), *Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm chống phong-da liễu Nghệ An 2015-2016*, Viện sốt rét ký sinh trùng trung ương, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Hoài, Lê Văn Thêm (2017), Thực trạng nhiễm nấm da và các yếu tố liên quan trên những bệnh nhân đến khám da liễu tại bệnh viện 19-8 tháng 4-5/2017, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2 (460), tr. 174-178.
3. Trần Hậu Khang (2017), Các bệnh nấm nông, *Bệnh học Da liễu*, 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 287-302.
4. Nguyễn Quang Minh Mẫn (2019), *Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tình hình dịch tễ trên bệnh nhân nhiễm nấm da ở bệnh viện da liễu TP. HCM và triển khai kỹ thuật xét nghiệm tìm sợi tơ nấm vách ngăn*, Luận văn tốt nghiệp trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Hà Mạnh Tuấn (2020), Đặc điểm lâm sàng và dịch tễ của nhiễm nấm da do sợi tơ nấm vách ngăn, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2 (493), tr. 114-118.
6. Hosthota A., Gowda T., Manikonda R. (2018), Clinical profile and risk factors of dermatophytoses: a hospital-based study, *Int J Res Dermatol*;4(4): 4 (4), pp. 508-513.
7. Inamadar A., Rengasamy M., Charugulla S. (2022), Treatment approach for superficial dermatophytosis infections and factors contributing for noncompliance to antifungal therapy in India: An epidemiological survey, *Clinical dermatology review*, 6 (1), pp. 15-21.
8. Khamidah N., Ervianti E. (2018), Combination antifungal therapy for onychomycosis, *J Indonesian Journal of Tropical Infectious Disease*, 7 (1), pp. 15-20.
9. Nikhat S. R., Mohammed S., Syed W., et al. (2021), A Prospective Study On Prevalence of Superficial Fungal Infections In Dermatology Department In A Tertiary Care Teaching Hospital In Telangana State, *Am. J. PharmTech Re*, 11 (6), pp. 1-9.
10. Novak Babić M., Gunde-Cimerman N., Vargha M., et al. (2017), Fungal Contaminants in Drinking Water Regulation? A Tale of Ecology, Exposure, Purification and Clinical Relevance, *Int J Environ Res Public Health*, 14 (6), pp. 1-44.
11. Penmetcha U., Myneni R. B., Yarlagadda P., et al. (2016), A study of prevalence of dermatophytosis in and around Guntur District, Andhra Pradesh, South India, *J Int J Curr Microbiol App Sci*, 5 (9), pp. 702-717.
12. Sharquie Khalifa E., Jabbar Raed I. (2021), Major Outbreak of Dermatophyte Infections Leading Into Imitation of Different Skin Diseases: Trichophyton Mentagrophytes is the Main Criminal Fungus, *J Journal of the Turkish Academy of Dermatology*, 15 (4), pp. 91.
13. Urban K., Chu S., Scheufele C., et al. (2021), The global, regional, and national burden of fungal skin diseases in 195 countries and territories: A cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 2017, *JAAD Int*, 2 pp. 22-27.

(Ngày nhận bài: 8/10/2022 - Ngày duyệt đăng: 08/01/2023)
