

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG  
CỦA HẠ SỸ QUAN - CHIẾN SỸ BỊ BỆNH GHỀ  
ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 TRONG HAI NĂM 2023 - 2024

Trịnh Công Điền<sup>1,2\*</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Phương<sup>2</sup>

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Nhằm nâng cao nhận thức của hạ sỹ quan - chiến sỹ về bệnh ghề. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 188 người bệnh (NB) điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2023 - 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của NB là  $20,87 \pm 1,76$ . Số ca bệnh tăng cao từ tháng 6 - 8/2023 và từ tháng 11/2023 - 02/2024. Có 38,8% NB có tiền sử bị ghề. Tổn thương thường gặp ở kẽ ngón tay, lòng bàn tay (83,5%) và vùng bẹn - sinh dục (78,2%). Tổn thương cơ bản chủ yếu là mụn nước (93,6%), vết xước gãi (80,3%); có 21,8% là mụn mủ. Thề giã đơn hay gặp nhất, sau đó là thề bội nhiễm và chàm hoá (lần lượt là 54,8%, 37,8% và 7,4%). Giá trị huyết sắc tố, tiểu cầu và chức năng thận của NB không bị ảnh hưởng. Tỷ lệ NB có tăng bạch cầu là 25,5%, tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 16,0% và tăng CRP là 31,4% (hay gặp hơn ở thề bội nhiễm),  $p < 0,05$ . Có 50,5% NB có tăng bạch cầu ái toan nhưng không có sự khác biệt giữa các thề lâm sàng,  $p > 0,05$ . **Kết luận:** Tổn thương hay gặp nhất là vùng kẽ ngón và vùng bẹn - sinh dục. Các marker viêm tăng ở thề bội nhiễm nên các bác sỹ cần theo dõi các chỉ số xét nghiệm này trong quá trình điều trị. Thời gian bị bệnh cao điểm vào mùa hè và thời điểm thay quân nên các đơn vị chú ý giáo dục bộ đội phòng bệnh ghề trong thời gian này.

**Từ khóa:** Bệnh ghề; Lâm sàng; Cận lâm sàng; Hạ sỹ quan - chiến sỹ.

STUDY ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS  
OF NON-COMMISSIONED OFFICERS WITH SCABIES  
TREATED AT MILITARY HOSPITAL 103 IN 2023 - 2024

**Abstract**

**Objectives:** To raise awareness among non-commissioned officers about scabies. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 188 patients

<sup>1</sup>Bộ môn - Khoa Da liễu, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Bộ môn - Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

\*Tác giả liên hệ: Trịnh Công Điền (drdien.tc@gmail.com)

Ngày nhận bài: 22/01/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 03/3/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i3.1198>

at the Dermatology Department, Military Hospital 103, from January 2023 to December 2024. **Results:** The average age was  $20.87 \pm 1.76$ . The number of cases increased from June to August 2023 and November 2023 to February 2024. 38.8% of patients had a history of scabies. The common affected areas were interdigital and palms (83.5%) and groin-genital area (78.2%). The most common lesions were vesicles (93.6%) and scratches (80.3%); 21.8% of lesions were pustules. The simple form was the most common, followed by the superinfected and eczematous forms (54.8%, 37.8%, and 7.4%, respectively). The patients' hemoglobin, platelets, and renal function were not affected. The proportion of patients with leukocytosis (25.5%), neutrophilia (16.0%), and increased CRP (31.4%) was more common in the superinfection cases,  $p < 0.05$ . There were 50.5% of patients with eosinophilia, but the difference was not significant between clinical forms,  $p > 0.05$ . **Conclusion:** The most common lesions were in the interdigital, groin-genital areas. The inflammatory markers increased in superinfection cases, so clinicians need to monitor these biomarkers during treatment. The peak period of the disease was in summer and during military personnel changes, so military units should pay attention to educating young soldiers on scabies prevention during this time.

**Keywords:** Scabies; Clinical; Subclinical; Non-commissioned officer.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghẻ do ký sinh trùng ghẻ *Sarcoptes scabiei var. hominis* gây ra, là bệnh lý về da phổ biến với tỷ lệ dao động từ 2,71/1000 đến 46% dân số [1]. Bệnh thường xuất hiện ở vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, điều kiện vệ sinh kém. Bệnh lây từ người sang người thông qua tiếp xúc trực tiếp hoặc qua quần áo, chăn màn, chiếu dính trứng ghẻ [2]. Bệnh ghẻ rất ngứa, nhất là vào ban đêm làm ảnh hưởng tới giấc ngủ, có thể gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, gây mặc cảm xã hội cho NB. Nếu không được điều trị, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nhiễm

khuẩn thứ phát, viêm da mủ, viêm cầu thận..., thậm chí gây tử vong do biến chứng [2].

Xã hội ngày càng phát triển, điều kiện sinh hoạt được cải thiện, tuy nhiên, bệnh ghẻ vẫn tồn tại, đặc biệt ở những đối tượng hạ sỹ quan - chiến sỹ mới nhập ngũ. Đây là nhóm đối tượng sinh hoạt tập thể, không gian ở chật hẹp, có thói quen dùng chung chăn màn, quần áo nên có yếu tố nguy cơ mắc bệnh cao. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Nâng cao nhận thức của hạ sỹ quan - chiến sỹ về bệnh ghẻ, đồng thời, tham mưu cho chỉ huy các cấp để phòng bệnh, đảm bảo tỷ lệ quân số khỏe cao.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 188 NB điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2023 - 12/2024.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Hạ sỹ quan - chiến sỹ được chẩn đoán bệnh ghê theo hướng dẫn của Bộ Y tế [2] (vị trí tổn thương đặc trưng trong bệnh ghê: Kẽ ngón tay, ngón chân, cơ quan sinh dục ngoài... Tổn thương cơ bản: Mụn nước, đường hang, vết gãi sẫm màu, vết trợt... Ngứa nhiều về đêm. Dịch tễ: Những người sống chung có triệu chứng tương tự).

Nghiên cứu có hạn chế không có xét nghiệm tìm ghê, tuy nhiên, đa số các nghiên cứu sử dụng chẩn đoán ghê bằng triệu chứng lâm sàng là chủ yếu [3]. Bên cạnh đó, phương pháp soi tươi tìm ghê cũng cho tỷ lệ dương tính rất thấp (5,9%) [4].

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: NB < 18 tuổi và có các bệnh lý da liễu khác.

\* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*: Khoa Da liễu, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2023 - 12/2024.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

\* *Cỡ mẫu và chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ (lựa chọn tất cả NB điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện

Quân y 103 đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu).

\* *Nội dung nghiên cứu*: Nghiên cứu dữ liệu hồ sơ bệnh án điện tử, bao gồm: Đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới tính, địa chỉ, đối tượng, nguồn lây, tiền sử mắc bệnh ghê); nguồn lây được xác định là những người sống cùng với NB đã được chẩn đoán bệnh ghê trước đó hoặc có triệu chứng lâm sàng tương tự; lâm sàng (thời gian mắc bệnh, triệu chứng ngứa, tổn thương cơ bản, vị trí tổn thương, chẩn đoán) và cận lâm sàng (công thức máu, sinh hóa máu). Thử lâm sàng dựa theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu của Bộ Y tế [2]. Các xét nghiệm cận lâm sàng đều được thực hiện tại labo đạt tiêu chuẩn ISO của Bệnh viện Quân y 103.

\* *Xử lý số liệu*: Số liệu được tiến hành trên các phần mềm thống kê y học (SPSS 22.0).

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Bệnh viện Quân y 103. Số liệu thu thập trong quá trình điều trị nội trú và được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Mọi thông tin NB đều được giữ kín. Nhóm tác giả cam kết các số liệu, kết quả trong nghiên cứu là trung thực và chưa được công bố trong bất kỳ công trình nào khác; và không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu thu thập được tổng cộng 191 NB ghê, trong đó có 188 NB là hạ sỹ quan - chiến sỹ (98,4%) được đưa vào nghiên cứu, thu được một số kết quả sau:

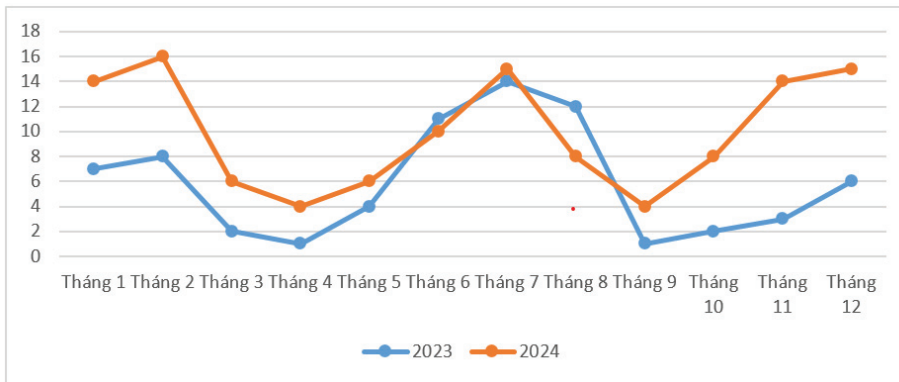
**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 188).

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	18 - 19	37	19,7
	20 - 21	102	54,3
	22 - 23	27	14,4
	> 23	22	11,6
	Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	20,87 $\pm$ 1,76	
	Lớn nhất - nhỏ nhất	19	26
Khu vực sống	Tại Hà Nội	125	66,5
	Ngoài Hà Nội	63	33,5

Tuổi trung bình của NB trong nghiên cứu là 20,87  $\pm$  1,76; trong đó, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 26 tuổi. Nhóm tuổi từ 20 - 21 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%). Có 66,5% NB sống tại khu vực Hà Nội.

Tuổi trung bình của NB trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Hoàng Diệu [3], điều này do đối tượng nghiên cứu là hạ sỹ quan - chiến

sỹ vừa nhập ngũ nên tuổi còn trẻ. Bệnh ghê lây lan do nhiều nguyên nhân như không đảm bảo không gian, nguồn nước sinh hoạt, vệ sinh cá nhân. Kết quả về phân bố địa giới hành chính của NB tương tự nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền tại Bệnh viện Da liễu Trung ương khi nhận thấy sự phân bố NB theo địa lý là tương đối phức tạp, cả ở nông thôn và thành thị [4].



**Biểu đồ 1.** Phân bố NB theo thời gian trong năm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng ca bệnh tăng cao từ tháng 11 đến tháng 2 năm sau và từ tháng 6 - 8 hàng năm.

Tác giả Nguyễn Văn An nghiên cứu tại Bệnh viện Phong và Da liễu Sơn La cũng nhận thấy số ca bệnh ghẻ tăng cao vào cuối năm [5]. Kết quả nghiên cứu tương đồng với JM Liu nghiên cứu tại Đài Loan cho thấy tỷ lệ bệnh ghẻ tương quan thuận với độ ẩm không khí, tuy nhiên, có sự khác biệt khi tỷ lệ này tương quan nghịch với nhiệt độ, do nhiệt độ cao đẩy nhanh quá trình chết của ký sinh trùng [6]. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi có thể do đặc thù của các đơn vị quân đội, khi cuối năm là các đợt đổi quân với đối tượng chiến sỹ mới, do chưa quen với điều kiện sinh hoạt tập trung nên số ca bệnh ghẻ sẽ tăng cao dần và kéo sang đầu năm sau. Trong khi đó, thời điểm từ tháng 6 - 8 hàng năm là cao điểm mùa nóng tại miền Bắc, hoạt động của bộ đội với cường độ cao, ra mồ hôi nhiều, đây có thể là yếu tố nguy cơ dẫn tới số ca bệnh ghẻ tăng ở thời điểm này. Các nghiên cứu về bệnh ghẻ ít đề cập tới thời gian mắc bệnh [4, 7], vấn đề này cần được quan tâm trong các nghiên cứu tiếp theo.

**Bảng 2.** Thời gian và tiền sử mắc bệnh (n = 188).

Chỉ tiêu nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian	≤ 1 tháng	72	38,3
	> 1 - 3 tháng	52	27,7
	> 3 tháng	64	34,0
Tiền sử mắc bệnh ghẻ	Có	73	38,8
	Không	115	61,2
Nguồn lây	Rõ	114	60,6
	Không	74	39,4

Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối tương đồng giữa các nhóm (dao động từ 27,7 - 38,3%). Có 38,8% NB có tiền sử đã từng bị ghẻ và 60,6% rõ nguồn lây.

Bệnh ghẻ trong các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy đa số là rõ nguồn lây [4, 5, 7]. Vì vậy, cần phải nâng cao công tác giáo dục nhận thức cho NB, cải thiện điều kiện sinh hoạt cùng cơ sở vật chất,

hạn chế những trường hợp tái nhiễm có nguy cơ để lại những di chứng về sau. Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với một số tác giả khác khi nhận thấy đa số là < 1 tháng theo tác giả Nguyễn Văn An [5], nghiên cứu của Đặng Thị Tiểu Vi lại cho thấy thời gian bị bệnh đa số từ 1 - 3 tháng [8], điều này có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau.

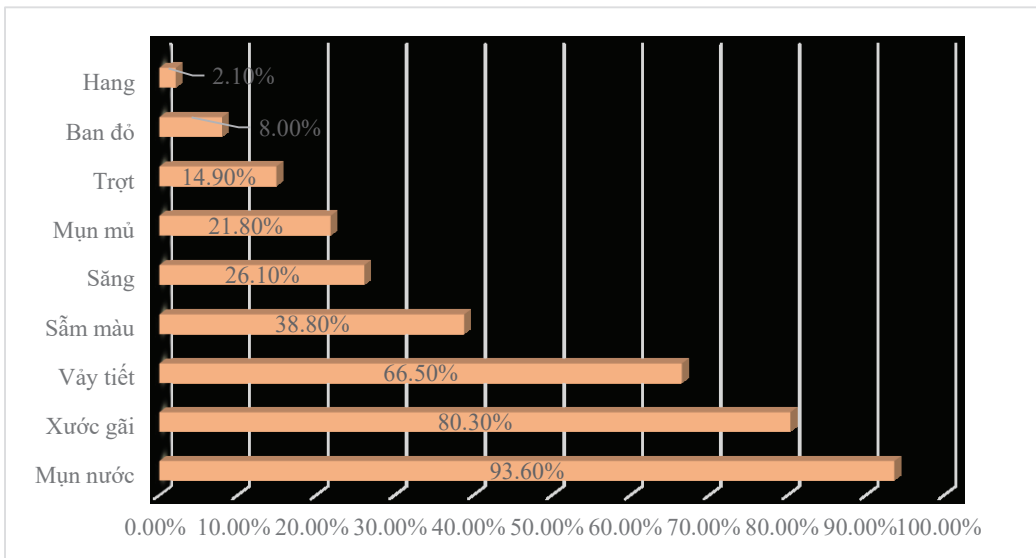
**Bảng 3.** Vùng tổn thương bệnh ghẻ (n = 188).

	Vùng tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng	Một vùng	15	8,0
	Nhiều vùng	173	92,0
Vùng cụ thể	Kẽ ngón tay, lòng bàn tay	157	83,5
	Bẹn, sinh dục	147	78,2
	Đùi	93	49,5
	Bụng, thắt lưng	78	41,5
	Kẽn ngón chân, lòng bàn chân	76	40,4
	Mông	44	23,4
	Đầu, mặt, cổ, lưng	16	8,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số là tổn thương ở nhiều vùng trên cơ thể (92,0%), trong đó hay gặp là vùng kẽ ngón tay, bẹn - sinh dục (lần lượt là 83,5% và 78,2%). Vùng thắt lưng là vị trí tiếp xúc với cặp quần giống như vùng bụng, có nguy cơ tổn thương cao

hơn, do vậy, chúng tôi tách biệt so với vùng lưng.

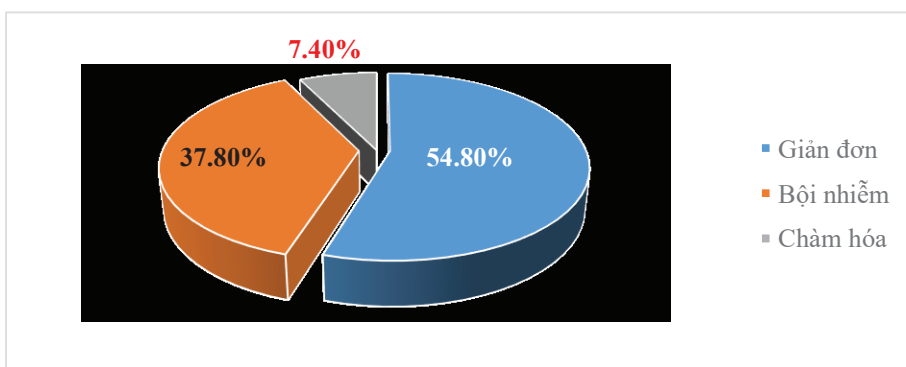
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về cả vùng tổn thương và số lượng tổn thương đều tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Phan Hoàng Diệu, Đỗ Thị Thu Hiền, Phạm Thị Minh Phương và CS [3, 4, 7].



**Biểu đồ 2.** Tổn thương cơ bản của bệnh ghẻ.

Chúng tôi nhận thấy tổn thương hay gặp nhất trong bệnh ghẻ là mụn nước (93,6%) sau đó là vết xước gãi do tổn thương thứ phát (80,3%); chỉ có 21,8% tổn thương là mụn mủ ở những trường hợp bội nhiễm.

Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây và là cơ sở để chẩn đoán bệnh ghẻ [2, 4, 8, 9]. Do vậy, trong quá trình khám lâm sàng, đặc biệt ở đối tượng có yếu tố nguy cơ, các bác sỹ cần chú ý tới các tổn thương này.



**Biểu đồ 3.** Các thể lâm sàng của bệnh ghẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thể bệnh lâm sàng hay gặp nhất của bệnh ghẻ là thể đơn giản (54,8%), trong khi đó chỉ có 7,4% thể chàm hóa.

Kết quả nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu đã công bố trước đây [3, 4, 8]. Điều này đòi hỏi bác sỹ lâm sàng cần theo dõi chẩn đoán và điều trị sớm, tránh chuyển sang thể bội nhiễm hoặc chàm hóa mạn tính gây ảnh hưởng tới tâm lý của NB.

**Bảng 4.** Giá trị cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 188).

Chỉ số nghiên cứu		Giãn đơn	Bội nhiễm	Chàm hóa	Tổng	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu tăng (> 10 G/L)		17	30	01	48	25,5
Bạch cầu N tăng (> 70%)		06	23	01	30	16,0
Bạch cầu E tăng (> 4%)		54	35	06	95	50,5
Hb giảm (< 120 g/L)				0		0,0
Tiểu cầu giảm (< 150 G/L)				0		0,0
Creatinine máu tăng (> 110 $\mu$ mol/L)				0		0,0
AST (U/L)	Tăng Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )			14		7,5
		26,52 $\pm$ 9,53 (13 - 67)				
ALT (U/L)	Tăng Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )			18		9,6
		23,25 $\pm$ 11,52 (7 - 73)				
CRP (mg/L)	Tăng Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )			59		31,4
		6,48 $\pm$ 2,21 (0,03 - 36,0)				

Xét nghiệm huyết học: Giá trị huyết sắc tố và tiểu cầu không thay đổi bất thường. Trong khi đó, một số NB có tăng bạch cầu (25,5%) và bạch cầu đa nhân trung tính (16,0%); giá trị bạch cầu ái toan tăng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 50,5%. Xét nghiệm sinh hóa: Không có NB nào có rối loạn về chức năng thận (thể hiện ở giá trị creatinine). Có một số ít NB có tăng enzyme gan (7,5% với AST và 9,6% với ALT), tuy nhiên, giá trị này cũng

tăng nhẹ (cao nhất là 73 U/L). Có 31,4% NB tăng CRP.

Giá trị bạch cầu ái toan tăng cũng đã được nhắc tới trong các tài liệu trước đây [2]. Các nghiên cứu về cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa) ở NB ghẻ còn ít được thực hiện trong các nghiên cứu [3, 4, 8], có thể do bệnh lý ghẻ chủ yếu tổn thương ngoài da, ít tổn thương đến đến hệ thống. Đây cũng là đóng góp mới trong đề tài của chúng tôi để tham khảo cho các nghiên cứu về sau.



**Bảng 5.** Mối liên quan giữa một số chỉ tiêu cận lâm sàng với thể bệnh ghê.

Xét nghiệm		Giản đơn <sup>1</sup> (n = 103)	Bội nhiễm <sup>2</sup> (n = 71)	Chàm hóa <sup>3</sup> (n = 14)	P
Bạch cầu (G/L)	Bình thường	86 (83,5)	41 (57,7)	13 (92,9)	p <sub>1-2</sub> < 0,001 p <sub>1-3</sub> = 0,362
	Tăng (> 10)	17 (16,5)	30 (42,3)	01 (7,1)	p <sub>2-3</sub> = 0,013
Bạch cầu N (%)	Bình thường	97 (94,2)	48 (67,6)	13 (92,9)	p <sub>1-2</sub> < 0,001 p <sub>1-3</sub> = 0,845
	Tăng (> 70)	06 (5,8)	23 (32,4)	01 (7,1)	p <sub>2-3</sub> = 0,045
Bạch cầu E (%)	Bình thường	49 (47,6)	36 (50,7)	08 (57,1)	p <sub>1-2</sub> = 0,685 p <sub>1-3</sub> = 0,501
	Tăng (> 4)	54 (52,4)	35 (49,3)	06 (42,9)	p <sub>2-3</sub> = 0,659
AST (U/L)	Bình thường	95 (93,1)	63 (90,0)	14 (100,0)	p <sub>1-2</sub> = 0,460 p <sub>1-3</sub> = 0,312
	Tăng (> 40)	07 (6,9)	07 (10,0)	0 (0,0)	p <sub>2-3</sub> = 0,217
ALT (U/L)	Bình thường	94 (91,3)	62 (88,6)	13 (92,9)	p <sub>1-2</sub> = 0,560 p <sub>1-3</sub> = 0,841
	Tăng (> 40)	09 (8,7)	08 (11,4)	01 (7,1)	p <sub>2-3</sub> = 0,636
CRP (mg/L)	Bình thường	102 (99,0)	13 (18,3)	14 (100,0)	p <sub>1-2</sub> < 0,001 p <sub>1-3</sub> = 0,711
	Tăng (> 10)	01 (1,0)	58 (81,7)	0 (0,0)	p <sub>2-3</sub> < 0,001

Giá trị bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và CRP tăng ở thể bệnh bội nhiễm so với hai thể bệnh còn lại, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong khi đó, tỷ lệ NB có bạch cầu ái toan, AST, ALT tăng không có sự khác biệt giữa ba thể lâm sàng,  $p > 0,05$ .

Như vậy, thể bội nhiễm có liên quan với các marker viêm tăng, do vậy, trong điều trị cần kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng để đánh giá NB. Mặc dù bạch cầu ái toan tăng ở nhiều trường hợp, tuy nhiên, không có ý nghĩa trong đánh giá chuyên thể trên lâm sàng. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Sanchez-flores khi nhận thấy tăng bạch cầu ái toan trong bệnh ghẻ không có nguy cơ nhiễm trùng thứ phát [10].

### KẾT LUẬN

Về lâm sàng, vị trí tổn thương hay gặp nhất là vùng kẽ ngón tay, lòng bàn tay (83,5%) và vùng bẹn - sinh dục (78,2%). Tổn thương cơ bản phổ biến là mụn nước, xước gãi và vảy tiết (lần lượt là 93,6%, 80,3% và 66,5%). Thời gian bị bệnh cao điểm vào đầu mùa hè và thời điểm thay quân, đây là thời điểm các đơn vị cần tuyên truyền, giáo dục chiến sỹ để đảm bảo quân số khỏe cao.

Về cận lâm sàng, các marker viêm (bạch cầu, bạch cầu neutrophil và CRP) tăng ở thể bội nhiễm nên cần được theo dõi trong thực hành lâm sàng, xử lý sớm những trường hợp bội nhiễm. Bạch cầu ái toan tăng cao (48,2%) không khác biệt giữa các thể lâm sàng.

Tuy nhiên, nghiên cứu thực hiện theo phương pháp hồi cứu, dữ liệu các biến số còn hạn chế và chưa triển khai được cận lâm sàng để chẩn đoán.

**Lời cảm ơn:** Chúng tôi chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện Quân y 103, Chỉ huy Khoa Da liễu và các đồng nghiệp đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu. Cảm ơn NB đã tham gia nghiên cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fuller LC. Epidemiology of scabies. *Curr Opin Infect Dis*. 2013; 26(2):123.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Da liễu. *Quyết định 4416/QĐ-BYT ngày 06/12/2023*. 2023.
3. Phan Hoàng Diệu. Kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng thuốc xịt Permerthrin 5%. *Luận văn thạc sỹ Y học*, Học viện Quân y. 2020.
4. Đỗ Thị Thu Hiền và Nguyễn Thị Hà Minh. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2024; 4.
5. Nguyễn Văn An, Nguyễn Thị Lê và Lê Hạ Long Hải. Thực trạng nhiễm và đặc điểm phân bố bệnh ghẻ tại Bệnh viện Phong và Da liễu Sơn La năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 543.
6. Liu JM, Wang HW, Chang FW, et al. The effects of climate factors on scabies. A 14-year population-based study in Taiwan. *Parasite*. 2016; 23:54.

7. Phạm Thị Minh Phương và Lương Thị Yến. Thực trạng đặc điểm lâm sàng và dịch tễ bệnh ghẻ ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2019 - 2020. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2020; 10. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; (71):76-81.
8. Đặng Thị Tiểu Vi, Nguyễn Thị Như Bình, Phạm Phúc Xuyên và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới bệnh ghẻ tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017; 83(4):492-493.
9. Shin K, Jin H, You HS, et al. Clinical characteristics of pruritus in scabies. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017; 83(4):492-493.
10. Sánchez-Flores X, Cancel-Artau KJ, Figueroa L. Eosinophilia with leukemoid reaction secondary to *Sarcoptes scabiei*. *JAAD Case Rep*. 2021; 8:13-5.