

# NGHIÊN CỨU CÁC THỂ LÂM SÀNG MỤN TRỨNG CÁ THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Đoàn Thị Nhật Lệ<sup>1\*</sup>, Trần Khắc Bảo Linh<sup>1</sup>, Lê Công Hậu<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Nguyên<sup>1</sup>, Hồ Thị Hới<sup>1</sup>, Trần Văn Viên<sup>1</sup>, Võ Văn Lanh<sup>1</sup>, Nguyễn Phúc Bảo Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng mụn trứng cá (MTC), phân thể lâm sàng và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến thể lâm sàng MTC theo Y học cổ truyền (YHCT) tại Phòng khám Da liễu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 106 bệnh nhân MTC đến khám và điều trị tại Phòng khám Da liễu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Dữ liệu thu thập qua bộ câu hỏi soạn sẵn, thang điểm GAGS để đánh giá mức độ nặng của MTC, thể lâm sàng YHCT được xác định bằng bảng chẩn đoán tiêu chuẩn.

**Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (79,2%), tuổi trung bình  $20,46 \pm 2,63$ , phần lớn là học sinh/sinh viên (92,5%). Mức độ nặng theo thang điểm GAGS chủ yếu ở mức nhẹ (52,8%) và trung bình (43,4%). Theo YHCT, thể Phong nhiệt (37,7%) và Thấp nhiệt (37,7%) chiếm ưu thế. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và giới tính cho thấy nam giới dễ mắc thể Phong nhiệt hơn (50,0%), trong khi nữ giới thường gặp thể Thấp nhiệt (38,1%). Xu hướng tăng dần điểm GAGS từ thể Phong nhiệt ( $15,98 \pm 5,48$ ) đến Thấp nhiệt ( $19,00 \pm 6,47$ ), Xung nhâm thất điều ( $20,00 \pm 6,87$ ) và cao nhất ở Huyết ứ/Đàm ngưng ( $21,67 \pm 9,09$ ) gợi ý mức độ nặng có thể phản ánh diễn tiến bệnh lý từ biểu chứng đến lý chứng trong quan niệm YHCT.

**Kết luận:** Thể lâm sàng Phong nhiệt và Thấp nhiệt là 2 thể hay gặp nhất, mức độ nặng chủ yếu từ nhẹ - trung bình, có mối liên hệ giữa phân thể bệnh theo YHCT và mức độ tổn thương lâm sàng, nghiên cứu đã bước đầu cung cấp cơ sở khoa học cho việc phân thể MTC cá theo YHCT, đồng thời tạo tiền đề cho việc xây dựng và lựa chọn phác đồ điều trị cá thể hóa, kết hợp giữa YHCT và Y học hiện đại (YHHĐ) nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

**Từ khoá:** Mụn trứng cá thông thường, thể lâm sàng, Y học cổ truyền.

## CLINICAL TYPES OF ACNE VULGARIS

### 1. Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

\*Tác giả liên hệ: Đoàn Thị Nhật Lệ

Email: dtnle@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/9/2025

Ngày phản biện: 14/12/2025

Ngày duyệt bài: 15/12/2025

**ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE: A STUDY AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical characteristics of acne vulgaris (AV), its clinical pattern classification and explore factors associated with clinical patterns of AV according to Traditional Medicine (TM) at the Dermatology Clinic, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

**Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 AV patients attending the Dermatology Clinic. Data were collected using a structured questionnaire, the Global Acne Grading System (GAGS) to assess acne severity, and standardized diagnostic criteria to determine TM clinical patterns.

**Results:** The majority of participants were female (79.2%), with a mean age of  $20.46 \pm 2.63$  years, most of whom were students (92.5%). According to GAGS, acne severity was mainly mild (52.8%) and moderate (43.4%). Based on TM classification, Wind-Heat (37.7%) and Damp-Heat (37.7%) were the predominant patterns. A gender-related difference was observed: males were more likely to present with the Wind-Heat pattern (50.0%), while females commonly showed the Damp-Heat pattern (38.1%). There was a trend of increasing GAGS scores from Wind-Heat ( $15.98 \pm 5.48$ ) to Damp-Heat ( $19.00 \pm 6.47$ ), Disharmony of the Chong and Ren Meridians ( $20.00 \pm 6.87$ ), and highest in Blood Stasis/Phlegm Accumulation ( $21.67 \pm 9.09$ ), suggesting that acne severity may reflect a progression from superficial to deeper pathological conditions in TM theory.

**Conclusion:** Wind-Heat and Damp-Heat were the most prevalent clinical patterns, with disease severity predominantly mild to moderate. A statistically significant association was demonstrated between TM-based pattern differentiation and the severity of clinical lesions. This study provides preliminary scientific evidence supporting the TM-based classification of acne vulgaris and the development of individualized

integrative treatment strategies to improve therapeutic outcomes.

**Keywords:** Acne vulgaris, clinical patterns, Traditional Medicine.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mụn trứng cá là một bệnh lý viêm mạn tính của đơn vị nang lông – tuyến bã. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên, tuy không đe dọa trực tiếp đến tính mạng nhưng ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ, tâm lý, các mối quan hệ xã hội và chất lượng cuộc sống của người bệnh [1].

Các nghiên cứu trên thế giới đã phân tích sâu cơ chế bệnh sinh, yếu tố nguy cơ và nhiều phương pháp điều trị, bao gồm thuốc bôi, thuốc uống, liệu pháp nội tiết, laser và các phương pháp vật lý trị liệu,... Tuy nhiên, thời gian điều trị thường kéo dài và có thể xuất hiện các tác dụng phụ, dẫn đến nhu cầu tìm kiếm các phương pháp điều trị bổ sung hoặc thay thế ngày càng cao [2].

Tại Việt Nam, MTC cũng là một trong những bệnh lý da liễu thường gặp. Số liệu tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho thấy hầu hết bệnh nhân MTC ở độ tuổi từ 13-25 tuổi chiếm tỷ lệ 96,8% [3]. Nhiều nghiên cứu trong nước tập trung vào điều trị bằng YHHĐ, trong khi các nghiên cứu tiếp cận theo YHCT còn hạn chế, đặc biệt là việc mô tả và phân loại thể lâm sàng MTC trên bệnh nhân.

Theo YHCT, MTC thuộc phạm vi chứng Phấn thích, nguyên nhân bệnh sinh liên quan đến các yếu tố như nội nhiệt, huyết nhiệt, Thấp nhiệt, uất kết ở các tạng Phế, Tỳ, Vị, Can, Thận; khí huyết vận hóa rối loạn, độc tố tích tụ ở bì phu. Trên lâm sàng, các nhà nghiên cứu thường chia MTC thành các thể lâm sàng như: Phong nhiệt, Thấp nhiệt, Huyết ứ/Đàm ngưng, Xung nhâm thất điều [4]; mỗi thể có cơ chế bệnh sinh, triệu chứng và nguyên tắc điều trị riêng. Việc nhận diện chính xác thể lâm sàng giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu nguy cơ tái phát. Vì vậy, nhằm góp phần bổ sung cơ sở khoa học cho chẩn đoán và điều trị bệnh MTC bằng YHCT, đồng thời tạo tiền đề cho các nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng tiếp theo; chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu sau:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân MTC tại Phòng khám Da liễu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2. Khảo sát các thể lâm sàng theo YHCT và tìm hiểu một vài yếu tố liên quan trên bệnh nhân MTC tại Phòng khám Da liễu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế được bác sĩ chẩn đoán mắc MTC trong khoảng thời gian từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Chẩn đoán xác định MTC theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Da liễu của Bộ Y tế, chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng: mụn cám, sần, mụn mủ, mụn bọc, nang, tập trung chủ yếu ở vùng tiết nhiều chất bã nhờn mặt, lưng, ngực, ít khi xuống quá thắt lưng [5].

- Người bệnh có khả năng nghe, đọc và trả lời phỏng vấn.

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác cung cấp thông tin theo mẫu nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mụn do corticoid, viêm nang lông, rosacea, mụn dạng lupus,...

- Bệnh nhân đã hoặc đang sử dụng isotretinoin trong vòng 6 tháng gần đây.

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán các bệnh lý u thượng thận, u buồng trứng, hội chứng cushing.

- Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính nặng.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thu thập được là 106.

#### 2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

##### ❖ Đánh giá mức độ mụn GAGS [6]:

- GAGS là một trong những hệ thống được sử dụng phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng. Phương pháp đánh giá dựa trên 6 khu vực (trán, má phải, má trái, mũi, cằm, ngực và lưng). Mỗi khu vực gán với một thừa số nhân từ 1 đến 3 (1 điểm: mũi, cằm; 2 điểm: vùng trán, má phải, má trái; 3 điểm: ngực và lưng).

- Mức độ tổn thương mỗi vùng được phân theo thang điểm: 1 nếu nhiều hơn 1 MTC, 2 nếu nhiều hơn 1 sẩn, 3 nếu nhiều hơn 1 mụn, 4 nếu nhiều hơn 1 cục. Vùng nào không có mụn thì số điểm là 0. Số điểm mức độ nặng mỗi vùng sẽ được cho theo loại tổn thương có số điểm cao nhất. Điểm này sẽ được nhân với chỉ số điểm của từng vùng. Tổng điểm của cả 6 vùng sẽ cho ta điểm GAGS: nhẹ  $1 \leq GS \leq 18$ ; trung bình  $19 \leq GS \leq 30$ ; nặng  $31 \leq GS \leq 38$ ; rất nặng  $GS \geq 38$ .

❖ **Thẻ lâm sàng (4 nhóm) [4]:**

- Thẻ Phong nhiệt: đa số là mụn đầu đen hoặc đầu trắng, đôi khi có sẩn đỏ chưa có mụn, có thể kèm theo sắc mặt đỏ, da nóng hoặc nóng rát, hơi thở nóng, có thể có ngứa, đau, đầu lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch sác.

- Thẻ Thấp nhiệt: da bóng nhờn, chủ yếu là tổn thương sẩn và mụn mủ có tính chất đau, có thể có vảy tiết, miệng hôi, táo bón, tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt sác.

- Thẻ Huyết ứ hoặc Đàm ngưng: tổn thương da nang cục cứng, sắc tối, hay tái phát, dễ hình thành sẹo, chất lưỡi sạm tối, có điểm ứ huyết hoặc ban ứ, mạch sác, hoặc nang bọc mềm, hình tròn, trơn bóng, đầy bụng, đại tiện lỏng, rêu trơn nhầy, mạch hoạt.

- Thẻ Xung nhâm thất điều: gặp ở bệnh nhân nữ, MTC nặng lên trước và sau chu kì kinh nguyệt, sẩn mụn mọc nhiều ở xung quanh miệng và cằm, có

thể kèm theo rối loạn kinh nguyệt, bụng dưới đau chướng, mạch huyền.

**2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu**

- Số liệu được thu thập theo các bệnh án nghiên cứu soạn sẵn gồm các phần: hành chính, tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng.

- Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân.

- Phân thể bệnh theo YHCT do bác sĩ YHCT trực tiếp thăm khám thực hiện; các trường hợp chưa thống nhất được hội chẩn với bác sĩ YHCT thứ hai để đi đến kết luận cuối cùng.

**2.2.5. Phân tích và xử lí số liệu:** số liệu được mã hóa, làm sạch và nhập vào máy tính, sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định Chi-square (với biến định tính) và ANOVA (với biến định lượng); phân tích hậu nghiệm Tukey HSD được áp dụng khi cần thiết. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

**2.2.6. Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng khoa học trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế theo quyết định số 1652/QĐ-ĐHYD ngày 02/4/2025, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ**

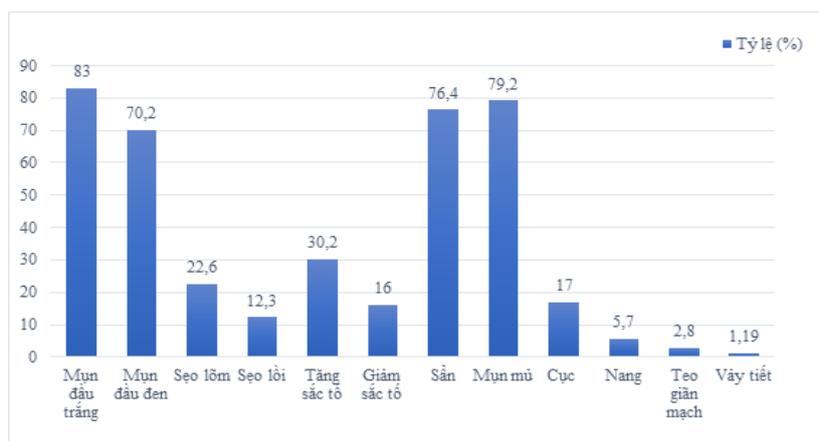
**3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

*Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

Nội dung	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	22	20,8
	Nữ	84	79,2
Tuổi (năm) ( $X \pm SD$ ) = 20,46 $\pm$ 2,63	<25	101	95,3
	$\geq 25$	5	4,7
Nghề nghiệp	Học sinh/sinh viên	103	92,5
	Viên chức	2	1,9
	Kinh doanh	1	0,9
Hoàn cảnh sống	Nhiều ánh nắng mặt trời	84	79,2
	Quá nóng	65	61,3
	Độ ẩm cao	70	66,0
Chế độ ăn	Nhiều chất béo	65	61,3
	Giàu chất ngọt	69	65,1
	Nhiều đồ cay nóng	70	66,0
Đã được chẩn đoán bởi bác sĩ Da liễu cách đây	<24 tháng	88	83,0
	$\geq 24$ tháng	18	17,0

Nội dung	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng điều trị	Có	57	53,8
	Không	49	46,2
Loại da	Da nhờn	49	46,2
	Da khô	5	4,7
	Da thường	14	13,2
	Da hỗn hợp	27	25,5
	Da nhạy cảm	4	10,4
Vị trí sang thương da	Mặt	106	100
	Lưng	31	29,2
	Ngực	20	18,9

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, độ tuổi dao động từ 11 đến 30 tuổi, tuổi trung bình  $20,46 \pm 2,63$ . Số lượng nữ cao hơn nam khoảng 3,8 lần (nam chiếm 20,8%, nữ chiếm 79,2%). Nhóm tuổi <25 chiếm đa số với tỷ lệ 95,3%. Nhóm nghề nghiệp học sinh/sinh viên chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,5%. Thời gian bệnh nhân được chẩn đoán MTC bởi bác sĩ Da liễu <24 tháng chiếm đa số với tỷ lệ là 83,0%. Có 53,8% bệnh nhân đã từng được điều trị trước đây và 46,2% chưa được điều trị trước đây. Loại da chiếm tỷ lệ cao nhất là da nhờn 46,2%, tiếp đến là da hỗn hợp 25,5% và thấp nhất là da khô 4,7%. Vị trí có sang thương da chiếm tỷ lệ cao nhất là mặt 100%.



**Biểu đồ 1. Phân bố các loại sang thương da**

**Nhận xét:** Loại sang thương da chiếm tỷ lệ cao nhất là mụn đầu trắng với 83,0% tiếp theo là mụn mủ 79,2%; sẩn 76,4%; mụn đầu đen 70,2%; da tăng sắc tố là 30,2% và thấp nhất là vảy tiết chiếm tỷ lệ 1,9%.

**Bảng 2. Phân bố mức độ nặng của mụn theo thang điểm GAGS**

Mức độ nặng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	56	52,8
Trung bình	46	43,4
Nặng	4	3,8
Rất nặng	0	0,0
Điểm GAGS trung bình ( $X \pm SD$ )	$18,20 \pm 6,53$	

**Nhận xét:** Dựa vào biểu đồ histogram cho thấy dữ liệu điểm GAGS tuân theo quy luật phân phối chuẩn, điểm GAGS trung bình là  $18,20 \pm 6,53$ . Đa số bệnh nhân bị MTC ở mức độ nhẹ với tỷ lệ 52,8%, mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 43,4%, nhóm mức độ nặng chỉ chiếm 3,8% và không có bệnh nhân mức độ rất nặng.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ nặng của mụn và chế độ ăn, môi trường sống**

		Mức độ nặng theo thang điểm GAGS							P
		Nhẹ		Trung bình		Nặng		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	
Môi trường nhiều ánh nắng mặt trời	Có	39	46,4	41	48,8	4	4,8	84	0,031
	Không	17	77,3	5	22,7	0	0,0	22	
Chế độ ăn giàu chất ngọt (ngũ cốc, bánh ngọt, đường...)	Có	30	43,5	37	53,6	2	2,9	69	0,015
	Không	26	70,3	9	24,3	2	5,4	37	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ nặng của MTC theo thang điểm GAGS và chế độ ăn giàu chất ngọt, tiếp xúc với môi trường nhiều ánh nắng mặt trời ( $p < 0,05$ ).

**3.2. Phân bố thể lâm sàng theo Y học cổ truyền và mối liên quan giữa thể lâm sàng theo Y học cổ truyền và một số yếu tố**

**Bảng 4. Phân bố thể lâm sàng và mối liên quan giữa thể lâm sàng và giới tính**

Thể lâm sàng	Giới tính						P
	Nam		Nữ		Tổng số		
	n	%	n	%	n	%	
Phong nhiệt	11	50,0	29	34,5	40	37,7	0,024
Thấp nhiệt	8	36,4	32	38,1	40	37,7	
Xung nhâm thất điều	0	0	20	23,8	20	18,9	
Huyết ú/Đàm ngưng	3	13,6	3	3,6	6	5,7	
Tổng	22	100	84	100	106	100	

**Nhận xét:** Trong 106 trường hợp khảo sát, thể lâm sàng Phong nhiệt và Thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất đều là 37,7%. Tiếp theo là thể Xung nhâm thất điều chiếm tỷ lệ 18,9%. Thể Huyết ú/ Đàm ngưng chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thể lâm sàng theo YHCT và giới tính ( $p < 0,05$ ), thể lâm sàng thường gặp nhất ở nam giới là Phong nhiệt (50,0%), thể thường gặp nhất ở nữ là thể Thấp nhiệt (38,1%).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa thể lâm sàng và điểm GAGS trung bình**

Thể lâm sàng	Điểm GAGS trung bình	P
Phong nhiệt	15,98 ± 5,48	0,035
Thấp nhiệt	19,00 ± 6,47	
Xung nhâm thất điều	20,00 ± 6,87	
Huyết ú/Đàm ngưng	21,67 ± 9,09	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ nặng MTC (tính theo tổng điểm GAGS) giữa các thể lâm sàng YHCT ( $p < 0,05$ ). Khi so sánh từng cặp thể lâm sàng riêng biệt, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, giá trị trung bình điểm GAGS của các thể lâm sàng cho thấy có xu hướng tăng dần từ thể Phong nhiệt đến Thấp nhiệt đến thể Xung nhâm thất điều và nặng nhất là thể Huyết ú/Đàm ngưng.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm**

Kết quả khảo sát trên 106 đối tượng cho thấy tuổi trung bình của nghiên cứu là 20,46 ± 2,63, độ tuổi dao động từ 11-30 với nhóm <25 tuổi chiếm đa số (95,3%), nhóm nghề nghiệp học sinh/sinh viên chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,5%, kết quả này tương

đồng với nhiều nghiên cứu trong nước [3], [7], [8]. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của MTC khi bệnh thường gặp ở lứa tuổi thanh thiếu niên và nhóm người trẻ tuổi do ảnh hưởng của sự thay đổi nội tiết trong giai đoạn dậy thì, kết

hợp với các yếu tố tâm lý, xã hội và thói quen sinh hoạt như ăn nhiều đồ cay nóng, tiếp xúc với môi trường nhiều ánh nắng mặt trời [3].

Về giới tính, nữ chiếm tỷ lệ cao gấp 3,8 lần nam. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Ngọc Khánh Nam và cộng sự (2019) với tỷ lệ nữ chiếm 70,1% và nam chiếm tỷ lệ 29,9% [3]. Nguyên nhân có thể liên quan đến việc nữ giới quan tâm nhiều hơn đến vấn đề thẩm mỹ do đó việc đến khám và điều trị MTC nhiều hơn nam giới [3].

Loại da chiếm tỷ lệ cao nhất là da nhờn với tỉ lệ 46,2%, tiếp theo là da hỗn hợp 25,5%, da khô chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,7%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Nhi và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ da nhờn là 45,7% cao nhất trong các loại da, trong khi da khô chỉ chiếm 11,4% [9]. Có thể do khí hậu nhiệt đới nóng ẩm tại Việt Nam, tạo điều kiện thuận lợi cho tuyến bã nhờn hoạt động mạnh, dẫn đến tỷ lệ da nhờn chiếm ưu thế trong nghiên cứu [10].

Theo ghi nhận, thương tổn chiếm tỷ lệ cao nhất là mụn đầu trắng với 83,0% tiếp theo là mụn mủ 79,2%; sẩn 76,4%; mụn đầu đen 70,2%; da tăng sắc tố là 30,2% và thấp nhất là vảy tiết chiếm tỷ lệ 1,9%. Nghiên cứu của tác giả Trịnh Tiến Thành cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ thương tổn nhân MTC hay gặp nhất là 96,3%, tiếp đến là sẩn viêm 93,4%, mụn mủ là 89,6%, các tổn thương cục, giãn mạch, sẹo lõm chiếm tỷ lệ thấp hơn [7].

Kết quả cho thấy MTC hay gặp ở vùng mặt với tỷ lệ 100% đối tượng trong nghiên cứu. Ở những khu vực khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như ở ngực là 18,9%; lưng 29,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân MTC thông thường đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019 cho thấy MTC xuất hiện ở mặt chiếm tỷ lệ cao nhất 99,2%, các vùng da khác tỷ lệ thấp hơn như lưng 45,2%, ngực 17,7% [7]. Điều này giải thích do tuyến bã có vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành MTC, vùng nào có mật độ tuyến bã cao sẽ có nguy cơ mắc MTC cao hơn những vùng có mật độ tuyến bã thấp. Trong khi đó da vùng mặt có số lượng tế bào tuyến bã nhiều nhất, tế bào tuyến bã lại có thể tích lớn hơn và phát triển gấp 5 lần ở các nơi khác đó là lý do tại sao MTC hay gặp với mặt so với các vị trí khác [11].

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh ở mức độ nhẹ với tỷ lệ 52,8%; trung bình là 43,4%; mức độ

nặng chỉ chiếm 3,8% và không có trường hợp rất nặng. Một số nghiên cứu cũng cho kết quả tương đồng như nghiên cứu của Yap (2012) với tỷ lệ 58,5% bệnh nhân bị mụn ở mức độ nhẹ; 28% mức độ trung bình-vừa, trong khi nhóm nặng chỉ chiếm 13,5% [12].

Phần lớn thời gian các đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán MTC bởi bác sĩ Da liễu <24 tháng (chiếm tỷ lệ 83,0%). Đối tượng đã từng điều trị chiếm 53,8%. Mức độ bệnh chủ yếu nhẹ (52,8%) và trung bình (43,4%), chỉ có 3,8% mức độ nặng và không có đối tượng nào có mức độ rất nặng. Điều này cho thấy đa số người bệnh đến khám MTC khi bệnh còn ở giai đoạn sớm, đồng thời gợi ý khả năng đáp ứng tốt nếu can thiệp kịp thời, hạn chế tiến triển nặng của bệnh [13].

Kết quả nghiên cứu cho thấy thể lâm sàng Phong nhiệt và Thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất (đều là 37,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Quốc Nhụy và Tống Xuân Hoa (2024) khi các thể Phong nhiệt và Thấp nhiệt chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu [14]. Về cơ chế bệnh sinh, thể Phong nhiệt có thể hình thành từ các yếu tố ngoại nhân như phong tà kiêm nhiệt độc xâm phạm, uất lại ở phế, làm cho bì mao bế tắc, chức năng tuyên thông của phế khí bị cản trở. Hoặc do thói quen ăn nhiều đồ cay nóng, chiên rán, cùng với môi trường sống nóng ẩm làm sinh nhiệt độc từ bên trong [15]. Nguyên nhân hình thành thể Thấp nhiệt do môi trường nóng ẩm kết hợp với chế độ ăn nhiều dầu mỡ, cay nóng làm tăng sinh thấp và nhiệt trong cơ thể, nguyên nhân bên trong có thể do chức năng vận hóa của tỳ vị kém, thủy thấp không được chuyển hóa và đào thải, lâu ngày ứ đọng lại và hóa thành nhiệt [15]. Thể Xung nhâm thất điều chiếm 18,9%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zhai Ye (2021) trên 235 bệnh nhân MTC khởi phát muộn, trong đó thể Xung nhâm thất điều chiếm tỉ lệ 29,4% [16], thể Xung nhâm thất điều thường gặp ở nữ giới, có liên quan chặt chẽ đến rối loạn nội tiết và kinh nguyệt. Theo YHCT, mạch xung nhâm là hai mạch trọng yếu trong việc điều hòa sinh dục và nội tiết, khi xung nhâm mất điều hòa sẽ dẫn đến khí huyết bất túc, dương hỏa vượng, uất lại ở mặt mà sinh mụn [17]. Thể huyết ứ/đàm ngưng chiếm tỉ lệ 5,7% chủ yếu gặp ở mụn mạn tính hoặc sau sang thương sâu, tỷ lệ này tương đồng với khảo sát cộng đồng đối tượng sinh viên của Vương Thế Thanh (2016) trong đó có thể huyết ứ/đàm ngưng chiếm 4,92% [18]. Nguyên nhân có thể là do phần

lớn đối tượng nghiên cứu đang ở giai đoạn sớm ít gặp tổn thương nặng.

Nghiên cứu mối liên quan giữa thể lâm sàng và giới tính ( $p < 0,05$ ) cho thấy ở nam giới thể Phong nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất 50,0%, tiếp theo là thể Thấp nhiệt với 36,4%, Xung nhâm thất điều 0% và Huyết ứ/Đàm ngưng là 13,6%. Trong khi ở nữ giới, thể Thấp nhiệt chiếm ưu thế hơn với 38,1% gần tương đương với thể Phong nhiệt là 34,5%, Xung nhâm thất điều chiếm 18,9% và Huyết ứ/Đàm ngưng là 5,7%. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đặc điểm sinh lý và yếu tố nguy cơ khác nhau giữa nam và nữ. Nam giới thường có tuyến bã nhờn hoạt động mạnh hơn, da tiết nhiều dầu và dễ chịu tác động của yếu tố nhiệt, dẫn đến biểu hiện lâm sàng thiên về Phong nhiệt [19]. Còn đối với nữ, yếu tố nội tiết, kinh nguyệt đóng vai trò quan trọng. Estrogen và progesteron có thể làm tăng nguy cơ tích tụ Thấp nhiệt và rối loạn điều hòa 2 mạch xung nhâm, dẫn đến tỷ lệ thể Thấp nhiệt và thể Xung nhâm thất điều cao ở giới nữ [20].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt mức độ MTC giữa các thể lâm sàng YHCT. Xu hướng mức độ nặng tăng dần từ Phong nhiệt đến Thấp nhiệt đến Xung nhâm thất điều và nặng nhất là thể Huyết ứ/Đàm ngưng phản ánh đúng tiến trình bệnh sinh MTC được mô tả trong y văn. Thể Phong nhiệt có điểm GAGS thấp nhất, theo YHCT thể này thường gặp ở giai đoạn khởi phát, mụn đỏ, sưng, đau, diễn tiến cấp tính [4], [15]. Nếu Phong nhiệt không giải được thì nhiệt kết hợp với thấp hình thành thể Thấp nhiệt với biểu hiện mụn sưng, mủ, viêm nhiều hơn, tổn thương lan tỏa nên mức độ nặng cao hơn Phong nhiệt [4], [15]. Thể Xung nhâm thất điều liên quan đến rối loạn nội tiết, thường mạn tính, khó điều trị, do đó điểm trung bình tiếp tục tăng [16], [17]. Nặng nề nhất là thể Huyết ứ/Đàm ngưng, thường gặp ở bệnh nhân bị mụn lâu ngày, tổn thương sâu, dễ để lại sẹo, phản ánh tình trạng bệnh đã kéo dài và phức tạp [18]. Mặc dù ANOVA cho thấy sự khác biệt tổng thể có ý nghĩa, nhưng phân tích hậu kiểm bằng Tukey HSD chưa ghi nhận sự khác biệt rõ ràng giữa các cặp thể lâm sàng riêng lẻ. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt nhóm Huyết ứ/Đàm ngưng chỉ có 6 bệnh nhân, làm giảm độ tin cậy thống kê. Do đó, cần tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định mối liên quan này.

## V. KẾT LUẬN

Thể lâm sàng Phong nhiệt và Thấp nhiệt là 2 thể hay gặp nhất (37,7%), mức độ nặng chủ yếu từ nhẹ - trung bình, có mối liên hệ giữa phân thể bệnh theo YHCT và mức độ tổn thương lâm sàng, nghiên cứu đã bước đầu cung cấp cơ sở khoa học cho việc phân thể MTC theo YHCT, đồng thời tạo tiền đề cho việc xây dựng và lựa chọn phác đồ điều trị cá thể hóa, kết hợp giữa YHCT và YHHĐ nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Trong thời gian tới, cần thực hiện các nghiên cứu can thiệp nhằm đánh giá hiệu quả điều trị theo từng thể bệnh YHCT, đồng thời chuẩn hóa tiêu chí phân thể và kiểm định độ tin cậy giữa các nhà lâm sàng. Điều này sẽ góp phần nâng cao giá trị ứng dụng và tính khoa học của YHCT trong điều trị MTC.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mayslich C, Grange PA, Dupin N. Cutibacterium acnes as an opportunistic pathogen: an update of its virulence-associated factors. Microorganisms. 2021;9(2):303. doi:10.3390/microorganisms9020303.
2. Nast A, Dréno B, Bettoli V, et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;26(1):1-29. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04374.x.
3. Trần Ngọc Khánh Nam, Võ Thị Bửu, Mai Bá Hoàng Anh, Nguyễn Thị Trà My, Nguyễn Thị Thanh Phương, Lê Thị Thuý Nga. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh trứng cá ở bệnh nhân trứng cá tại phòng khám Da liễu Trường Đại học Y Dược Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2019;9(1):73-79.
4. 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则. 中国医药科技出版社. 2014.
5. Bộ Y Tế. "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu (Ban hành kèm theo Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13/01/2015)" 2015.
6. Ordain L, Lindeberg S, Hurtado M, Eaton SB, Speth JD, Boyd Eaton W. Acne vulgaris: a disease of Western civilization. Arch Dermatol. 2002;138(12):1584-1590. doi:10.1001/archderm.138.12.1584.
7. Trịnh Tiến Thành, Huỳnh Văn Bá, Trần Đăng Quyết. Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân trứng cá thông thường đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ 2018–2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;505(1): 45-48.

8. Lê Thanh Bình, Vũ Nguyệt Minh, Đỗ Thị Thu Hiền, Phạm Thị Minh Phương. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh trứng cá ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Thanh Hóa. Tạp chí Da liễu học Việt Nam. 2024;44: 63-72.
9. Đỗ Thị Ngọc Nhi, Phan Minh Thy, Nguyễn Đỗ Hải Ngọc, Trần Phi Tuấn Kiệt, Lê Vy Yên Phương, Lạc Thị Kim Ngân, Huỳnh Văn Bá. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến mụn trứng cá tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;59:61-68.
10. Le Thu Thao, Tang Khanh Huy, Hoang Le Thi Linh et al. Correlation between students' traditional medicine body constitution types and their quality of life. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 2024;29.
11. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379(9813):361-372. doi:10.1016/S0140-6736(11)60321-8.
12. Yap FB, Felix Boon-Bin. Cardiff Acne Disability Index in Sarawak, Malaysia. *Ann Dermatol*. 2012;24(2):158-161. doi:10.5021/ad.2012.24.2.158.
13. Vũ Thị Phương Dung, Phạm Thị Minh Phương, Đỗ Thị Thu Hiền et al. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh trứng cá thông thường mức độ trung bình – nặng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Tạp chí Da liễu học Việt Nam. 2024;44(4):157-165. doi:10.56320/tcdlhn.44.157.
14. 刘国蕊, 宋春华. 针灸治疗痤疮的现状与展望. *Traditional Chinese Medicine*. 2024;13(7):1570–1575. doi:10.12677/tcm.2024.137241.
15. 余雪琴. 中医传统外治法辨证治疗青年女学生痤疮的体会. *山西医药职业学院学报*. 2016;26(1):46-47.
16. 翟焯, 张丰川, 王羽依, 林玮华, 吴美超. 迟发性痤疮面部皮损分布特点及证型研究. *长春中医药大学学报*. 2021;44(3):606-610.
17. 潘俊卿, 胡香君, 张思娜, 申淑娴, 江鑫, 严张仁. 中医药治疗冲任失调型痤疮的研究进展. *实用中医内科学杂志 (Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine)*. 2020;35(6):20-22.
18. 汪诗清. 探析大学生痤疮的中医证候. *现代养生·下半月 (Modern Health Preservation – Second Half of the Month)*. 2016;(14):185.
19. Dr. Zenovia. Hormonal Acne in Men is Different- And Sometimes Worse. *Skin Journal*. 2021 Feb 12. Available.
20. Zhang R, Zhou L, Lv M, Yue N, Fei W, Wang L, et al. The relevance of sex hormone levels and acne grades in patients with acne vulgaris: a cross-sectional study in Beijing. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2022;15:123–132.