kết quả điều trị viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi".
2. **Mai Văn Ba** (2020), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi sinh và kết quả điều trị viêm phổi trẻ em tại khoa nhi bệnh viện Bạch Mai,, Luận văn tốt nghiệp Y đa khoa,, Đại học Quốc gia Hà Nội,, Hà Nội.
3. **Võ Thị Kim Dung** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thể tích tiểu cầu trung bình (MPV)trong viêm phổi trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi, Trường Đại học Y Dược Huế.,
4. **Lưu Thị Thùy Dương, Khổng Thị Ngọc Mai** (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi ở trẻ em từ 2-36 tháng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên", TNU Journal of Science Technology, 207, (14), 67-72.
5. **Phạm Thị Minh Hồng** (2020), Nhi Khoa, tập 1, Nxb y học, TP. Hồ Chí Minh, tr.157-175.
6. **Nguyễn Thị Kim Loan** (2017), "Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị Viêm phổi ở trẻ em tại Bệnh viện trường Đại Học Y Dược Huế".
7. **Võ Hồng Phượng** (2015), Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các yếu tố liên quan đến bệnh viêm phổi ở trẻ em từ 2 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ,, Luận văn tốt nghiệp Y khoa,, Đại học Y Dược Cần Thơ,, Cần Thơ.
8. **Võ Minh Tấn, Thanh Hải Nguyễn, Trung Kiện Nguyễn, Tấn Đạt Nguyễn** (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi trên trẻ suy dinh dưỡng từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ năm 2017 đến 2018".
9. **Nguyễn Đình Tuyến, Nguyễn Tấn Bình, Võ Thị Kim Dung** (2021), "Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan của viêm phổi nặng ở trẻ em từ 2 tháng đến 60 tháng tại bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi", Tạp chí Y học Việt Nam, 501, (1).
10. **World Health Organization** (2013), "WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee", Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses, World Health Organization World Health Organization 2013., Geneva,

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP RƠI DỤNG CỤ SAU CAN THIỆP BÍT ỐNG ĐỘNG MẠCH QUA ĐƯỜNG ỐNG THÔNG VÀ XỬ TRÍ

Nguyễn Lân Hiếu[1,2], Lê Văn Tú[1], Đỗ Quốc Hiển[1], Trần Việt Dũng[1]

TÓM TẮT

Còn ống động mạch (COĐM) là một trong các bệnh tim bẩm sinh thường gặp tạo ra sự lưu thông bất thường giữa tuần hoàn hệ thống và tuần hoàn phổi, thường được điều trị bằng phương pháp can thiệp bít ống động mạch (OĐM) bằng dụng cụ qua đường ống thông, hoặc phẫu thuật thắt hoặc cắt OĐM. Phương pháp can thiệp bít OĐM qua đường ống thông đã cho thấy nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, hiệu quả cao, ít biến chứng và ngày càng được sử dụng rộng rãi. Tuy nhiên thủ thuật can thiệp này vẫn có thể xảy ra những biến chứng nhất định; trong đó rơi dụng cụ sau can thiệp là một trong những biến chứng nguy hiểm và khó xử lý. Chúng tôi báo cáo một trường hợp rơi dụng cụ sau can thiệp bít OĐM tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đây là trường hợp bệnh nhân nam 46 tuổi, được can thiệp bít OĐM typ E bằng dụng cụ qua đường ống thông. Một ngày sau, siêu âm kiểm tra thấy bất thường, sau khi soi kiểm tra dưới màn tăng sáng thì thấy dụng cụ đã rơi xuống động mạch chủ bụng. Chúng tôi đã tiến hành bít lại OĐM và dùng thòng lọng (snare) lấy thành công dụng cụ trước đó rơi xuống động mạch chủ bụng. ***Từ khóa:*** Còn ống động mạch, can thiệp bít ống động mạch qua đường ống thông, rơi dụng cụ sau can thiệp.

[1]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Dũng
Email: tranvietdungk23hoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024
Ngày duyệt bài: 13.8.2024

SUMMARY

REPORT OF A CASE OF PATENT DUCTUS ARTERIOSUS DEVICE EMBOLIZATION AND HOW TO DEAL WITH IT

Patent ductus arteriosus (PDA) is one of common congenital heart diseases that creates abnormal circulation between the systemic circulation and pulmonary circulation, and is often treated with transcatheter closure, surgical ligation or cutting of PDA. The method of transcatheter closure of PDA has shown many advantages such as being less invasive, highly effective, causing less complications, and it is increasingly widely used. However, this procedure still has certain complications, and one of which is device embolization which is dangerous and difficult to handle. This article reports a case of PDA device embolization at Cardiovascular Center of Ha Noi Medical University Hospital, who is a 46-year-old male patient undergoing transcatheter closure of PDA. One day after the intervention, an abnormality is shown on the echocardiography result. After checking with fluoroscopy, it was found that the device has embolized into the abdominal aorta. Therefore, transcatheter closure was performed again, and the device has been successfully retrieved with a snare.

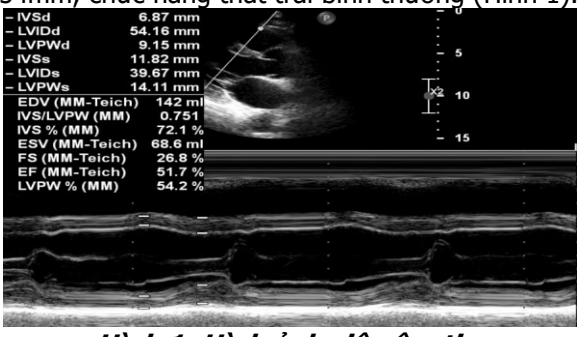
Keywords: Patent ductus arteriosus, transcatheter closure of patent ductus arteriosus, device embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COĐM tạo ra sự thông thương bất thường giữa đại tuần hoàn và tiểu tuần hoàn, có thể gây ra biến chứng như suy tim, tăng áp lực động mạch phổi, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Ở người trưởng thành OĐM được chỉ định đóng khi có quá tải thể tích thất trái và không tăng áp lực động mạch phổi[1]. Can thiệp bít OĐM qua đường ống thông là phương được lựa chọn hàng đầu và cho kết quả tốt với tỷ lệ biến chứng rất thấp đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu[2,3]. Tuy nhiên, thủ thuật can thiệp này vẫn có những biến chứng như còn luồng thông tồn lưu; tổn thương mạch máu và đường vào; tan máu; dụng cụ chèn ép vào cơ quan xung quanh và dụng cụ có thể bị rơi gây ra tắc mạch[3–5]. Một trong những biến chứng nặng nề là rơi dụng cụ gây tắc mạch, tuy nhiên, tỷ lệ rơi dụng cụ trên bệnh nhân được bít ống động mạch bằng dụng cụ qua đường ống thông là rất thấp[2,6]. Hiện nay, phần lớn các dụng cụ bị rơi có thể được thu lại và thay thế bằng một dụng cụ khác trong cùng một thì bằng phương pháp can thiệp. Trong quá trình thu hồi lại dụng cụ, đặc biệt với các dụng cụ có kích thước lớn, phải hết sức cẩn thận để không làm tổn thương cấu trúc trong tim cũng như mạch máu. Trên thế giới đã có nhiều tác giác báo cáo về biến chứng này[7,8], tuy nhiên tại Việt Nam chưa có tác giả nào báo cáo chi tiết về trường hợp biến chứng rơi dụng cụ, cũng như cách xử trí. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một ca lâm sàng biến chứng rơi dụng cụ vào động mạch chủ bụng

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Đây là bệnh nhân nam 46 tuổi, khám vì triệu chứng khó thở, siêu âm tim quan sát thấy OĐM. Trên siêu âm tim đánh giá kích thước OĐM phía động mạch chủ là 4.7mm, kích thước phía động mạch phổi là 3.5 mm, shunt liên tục, chênh áp tối đa 83mm Hg, áp lực động mạch phổi ước tính 33 mm Hg, buồng thất trái hơi giãn nhẹ với Dd 54mm, chức năng thất trái bình thường (Hình 1).

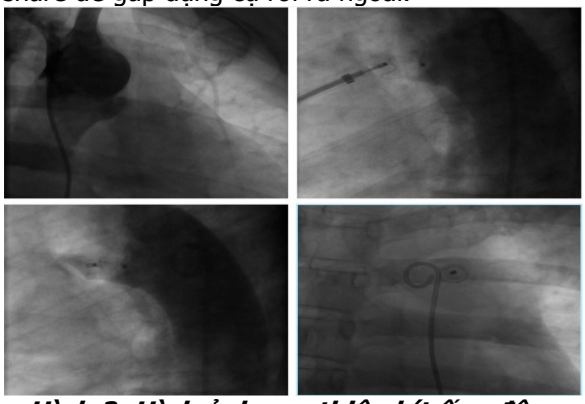


Hình 1: Hình ảnh siêu âm tim

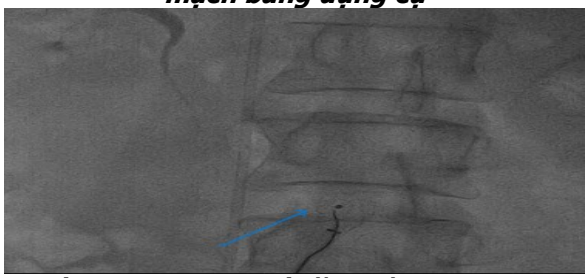
Sau khi đánh giá triệu chứng lâm sàng và siêu âm tim, chúng tôi quyết định tiến hành can thiệp bít OĐM qua đường ống thông. Bệnh nhân được tiến hành chụp động mạch chủ xuống bằng ống thông Pigtail 5 Fr xác định ống động mạch typ E. Dụng cụ Amplatzer Duct Occluder thế hệ thứ nhất (ADO I; St. Jude Medical, St. Paul, MN, USA) kích thước 10/12 mm được lựa chọn để bít OĐM. Chụp kiểm tra trước khi thả dụng cụ cho thấy không còn luồng thông tồn lưu qua OĐM, dụng cụ được kéo và đẩy để kiểm tra độ chắc chắn. Bệnh nhân được thả dụng cụ, chup kiểm tra đánh giá lại, kết thúc thủ thuật và đưa về bệnh phòng nằm bất động theo dõi (Hình 2).

Sáng hôm sau, sau can thiệp 16 tiếng bệnh nhân được vận động trở lại tình trạng lâm sàng ổn định, không đau ngực, không khó thở, nghe tim không thấy tiếng thổi. Bệnh nhân được kiểm tra trên siêu âm tim qua thành ngực thường quy sau can thiệp quan sát được dụng cụ tại OĐM nhưng có luồng thông qua ống với kích thước 2.7 mm và chênh áp 72 mm Hg. Sau đó bệnh nhân được kiểm tra dụng cụ dưới màn tăng sáng, kết quả dụng cụ nằm tại động mạch chủ bụng (Hình 3).

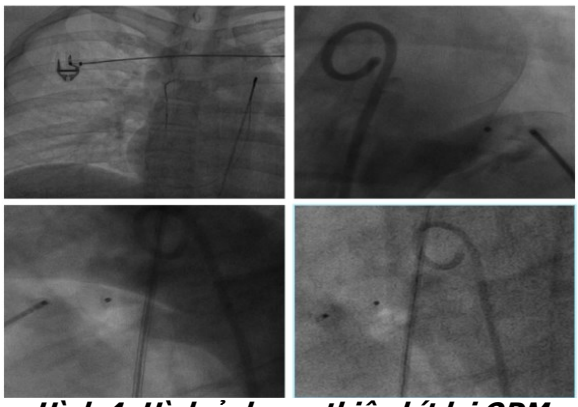
Sau khi hội chẩn kíp can thiệp, trao đổi với gia đình và bệnh nhân, chúng tôi quyết định tiến hành can thiệp bít lại OĐM và dùng hệ thống snare để gắp dụng cụ rơi ra ngoài.



Hình 2: Hình ảnh can thiệp bít ống động mạch bằng dụng cụ

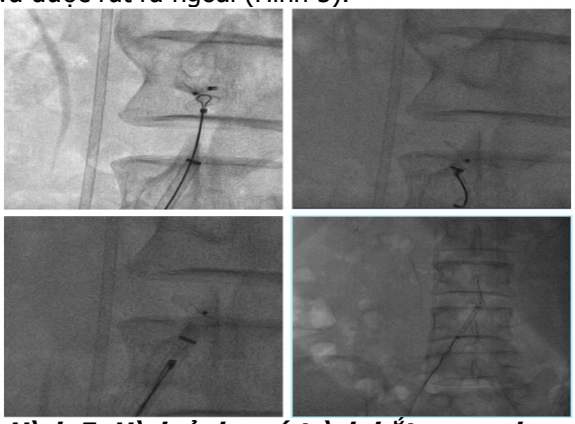


Hình 3: Dụng cụ bít ống động mạch rơi xuống động mạch chủ bụng



Hình 4: Hình ảnh can thiệp bít lại OĐM bằng dụng cụ Cocoon 8/6mm

Kíp can thiệp đã tiến hành đặt sheath động mạch đùi kích thước lớn 10 Fr có sử dụng hệ thống dụng cụ hỗ trợ đóng mạch Perclose Proglide. Sau đó OĐM được bít lại bằng dụng cụ Cocoon Duct Occluder 8/6 mm với dụng cụ chui vào trong lòng ống và bít ở chỗ đổ vào động mạch phổi (hình 4). Sau khi tháo dụng cụ chụp kiểm tra đánh giá kết quả tốt, dù ở đúng vị trí, không có shunt tồn lưu, lúc này mới tiến hành bắt dụng cụ bị rơi ở động mạch chủ bằng thòng lọng (Pfm Snare). Vì dụng cụ bít OĐM của Amplatzer có thiết kế với đầu vít nằm sâu bên trong nên khó khăn để thòng lòng lọt vào trong và thắt chính giữa đầu vít. Lần đầu tiên bắt được đầu vít, do chỉ có 1 vòng của snare siết vào vào ống thông 10 Fr không đồng trục với dụng cụ nên khi kéo mạnh vào ống thông dụng cụ lại tuột ra. Cuối cùng sau khoảng một giờ, dụng cụ đã được thu lại hoàn toàn vào trong ống thông và được rút ra ngoài (Hình 5).



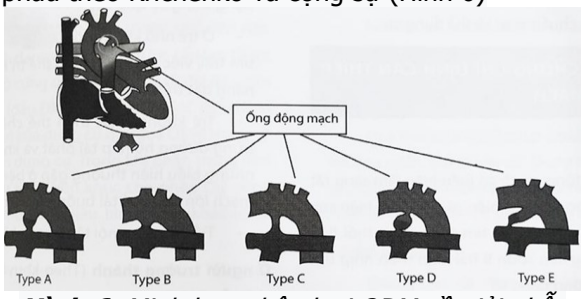
Hình 5: Hình ảnh quá trình bắt snare dụng cụ bị rơi và kéo ra ngoài

Sau khi thủ thuật bệnh nhân ổn định, siêu âm tim đánh giá lại kết quả dụng cụ bít OĐM ở đúng vị trí, không còn shunt tồn lưu. Bệnh nhân được xuất viện sau đó 1 ngày.

III. BÀN LUẬN

Trên thế giới, điều trị bệnh CODM bằng dụng cụ qua đường ống thông được thử nghiệm lần đầu tiên năm 1967 bởi Porstmann và cộng sự, các tác giả đã dùng dụng cụ Ivalon Plug có hình trụ như một cái nêm để bít ống động mạch[9]. Kể từ đó đến nay đã có rất nhiều dụng cụ được phát minh và cải tiến để sử dụng trong can thiệp bít ống động mạch qua đường ống thông và rất nhiều nghiên cứu giúp khẳng định vai trò của thủ thuật giúp thay thế cho phương pháp phẫu thuật.

Ống động mạch được chia làm 5 typ giải phẫu theo Krichenko và cộng sự (Hình 6)



Hình 6: *Minh họa phân loại ODM về giải phẫu (Theo Krichenko và cộng sự)*

Trong một nghiên cứu của Faella và đồng nghiệp đã báo cáo 15 trường hợp biến chứng liên quan đến thủ thuật ở 316 bệnh nhân, bao gồm tan máu, hẹp động mạch phổi trái, thiết bị nhô vào động mạch chủ gây hẹp eo, rơi dụng cụ và một trường hợp tử vong sau khi rơi dụng cụ[3].

Rơi dụng cụ sau bít ống động mạch qua đường ống thông là một biến chứng rất nguy hiểm, thường sẽ xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau thủ thuật, đặc biệt khi bệnh nhân không còn bất động, đứng dậy và đi lại[3,7,10], cá biệt có trường hợp rơi dụng cụ 8 tháng sau can thiệp đã được ghi nhận[4]. Nguyên nhân thường gặp là do chọn dụng cụ nhỏ hơn kích thước ống, trên các bệnh nhân có tăng áp lực động mạch phổi hoặc trường hợp giải phẫu ống dài typ D hoặc E theo phân loại của Krichenko. Dụng cụ thường sẽ rơi về phía động mạch chủ xuống động mạch chủ bụng và có thể chèn ép các mạch tạng gây thiếu máu hoặc thiếu máu chi dưới[5,7]. Trường hợp dụng cụ rơi về phía động mạch phổi có thể gây ra thuyên tắc huyết khối động mạch phổi cấp[10]. Xử lý trong trường hợp rơi dụng cụ có thể thu lại dụng cụ bị rơi qua đường ống thông bằng hệ thống snare hoặc bằng kẹp sinh thiết (biopsy forcep), phương pháp này được áp dụng trong trường hợp bệnh nhân ổn định. Trong trường hợp bệnh nhân không ổn định hoặc thất bại với phương pháp can thiệp qua đường ống thông, cần phẫu thuật mổ mở để lấy dụng cụ[7,10].

Trường hợp chúng tôi báo cáo là bệnh nhân ống động mạch typ E, ống có dạng hình nón kéo dài và co thắt tại đầu động mạch phổi, đây luôn là thách thức đối với bác sĩ can thiệp, đối với những trường hợp ống dài dụng cụ can thiệp có thể cận được kéo vào trong lòng ống trước khi thả. Dụng cụ chúng tôi sử dụng là ADO thế hệ thứ nhất (ADO I), dụng cụ này chỉ có một đĩa và chiều dài ngắn (7-8mm) nên có những hạn chế cho những trường hợp có giải phẫu phức tạp (Hình 7). Trong hình về quá trình can thiệp có thể thấy, đĩa của dụng cụ ADO I chụp trước khi thả vẫn nằm về phía động mạch chủ mà chưa vào hẳn trong ống, có thể đó là lý do vì sao dụng cụ cố định không chắc và bị rơi sau can thiệp.

Khi can thiệp bít lại ống động mạch cho bệnh nhân, chúng tôi sử dụng cụ dụng Cocoon Duct Occluder 8/6 mm, có kích thước nhỏ hơn so với dụng cụ sử dụng trong lần đầu, ngoài ra chúng tôi đã kéo hẳn đĩa của dụng cụ vào trong lòng ống trước khi tháo dụng cụ (Hình 5) và có được kết quả can thiệp tốt.

Hình 7: Hình ảnh dụng cụ ADA I

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, dụng cụ bị rơi là ADO I có thiết kế với đầu vít nằm sâu bên trong nên khá khó khăn để thòng lòng lọt vào trong và thắt chính giữa đầu vít. Do vậy trong nhiều trường hợp, đặc biệt khi dụng cụ có kích thước lớn, thòng lọng chỉ có thể bắt được vào thân của dụng cụ, sau đó kéo về động mạch đùi và cần được phẫu thuật viên mở mạch đùi để đưa ra ngoài cơ thể bệnh nhân[8]. Trong trường hợp này, các bác sĩ đã rất kiên nhẫn và sau hơn 1 giờ đồng hồ đã bắt được thòng lọng vào chính giữa đầu vít và thu được toàn bộ dụng cụ vào trông ống thông để đưa ra ngoài. Một lưu ý để tăng khả năng thu được dụng cụ là kích thước của hệ thống ống thông thường phải lớn hơn 2 Fr so với thông thường.

IV. KẾT LUẬN

Can thiệp bít ống động mạch qua đường ống thông là thủ thuật nhẹ nhàng, hiệu quả, tuy nhiên vẫn có nguy cơ xuất hiện những biến chứng nguy hiểm. Cần đánh giá chính xác kích thước và giải phẫu ống động mạch để chọn dụng cụ với kích thước phù hợp. Với trường hợp ống động mạch typ E có thể kéo hẳn cả dụng cụ vào trong lòng ống trước khi thả. Rơi dụng cụ sau can thiệp là biến chứng nguy hiểm, cần phát hiện kịp thời và xử trí bằng can thiệp hoặc phẫu thuật lấy dụng cụ rơi ra khỏi người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baumgartner H, De Backer J, Babu-Narayan SV, et al.** 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. Eur Heart J. 2021;42(6):563-645. doi:10.1093/eurheartj/ehaa554
2. **Masura J, Tittel P, Gavora P, Podnar T.** Long-term outcome of transcatheter patent ductus arteriosus closure using Amplatzer duct occluders. Am Heart J. 2006;151(3):755.e7-755.e10. doi:10.1016/j.ahj.2005.12.010
3. **Faella HJ, Hijazi ZM.** Closure of the patent ductus arteriosus with the Amplatzer PDA device: Immediate results of the international clinical trial. Catheter Cardiovasc Interv. 2000;51(1):50-54. doi:10.1002/1522-726X(200009)51:1<50::AID-CCD11>3.0.CO;2-6
4. **McMullan DM, Moulick A, Jonas RA.** Late Embolization of Amplatzer Patent Ductus Arteriosus Occlusion Device With Thoracic Aorta Embedment. Ann Thorac Surg. 2007;83(3):1177-1179. doi:10.1016/j.athoracsur.2006.07.062
5. **Sen S, Jain S, Dalvi B.** Embolisation of ceramic-coated PDA devices into the descending thoracic aorta: probable mechanisms and retrieval strategies. Cardiol Young. 2019;29(6):842-844. doi:10.1017/S104795111900091X
6. **P S, Jose J, George OK.** Contemporary outcomes of percutaneous closure of patent ductus arteriosus in adolescents and adults. Indian Heart J. 2018;70(2):308-315. doi:10.1016/j.ihj.2017.08.001
7. **Shahabuddin S, Atiq M, Hamid M, Amanullah M.** Surgical removal of an embolised patent ductus arteriosus amplatzer occluding device in a 4-year-old girl. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2007;6(4):572-573. doi:10.1510/icvts.2007.152298
8. **Soliman M, Mowaphy K, Elsaadany NA, Soliman R.** Hybrid retrieval of embolized device in abdominal aorta after transcatheter closure of large patent ductus arteriosus. J Vasc Surg Cases Innov Tech. 2020;7(1):56-60. doi:10.1016/j.jvscit.2020.10.016
9. **Porstmann* W, Wierny* L, Warnke** H.** Der Verschluß des Ductus arteriosus persistens ohne Thorakotomie***. Thorac Cardiovasc Surg. 1967;15(02):199-203. doi: 10.1055/s-0028-1100618
10. **Aydin H, Ozisik K.** Surgical removal of an embolized patent ductus arteriosus coil from pulmonary artery without cardiopulmonary bypass. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2009;8(6):689-690. doi:10.1510/icvts.2008.201152

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ KẼM TRONG HUYẾT THANH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM DA TIẾT BÃ

Nguyễn Thùy An[1], Văn Thế Trung[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kẽm – một yếu tố vi lượng có vai trò quan trọng trong nhiều quá trình chuyển hóa của cơ thể và có thể ảnh hưởng trong sinh lý bệnh của viêm da tiết bã. Hiện nay, có một thực trạng nhiều bệnh nhân viêm da tiết bã được cho điều trị uống kẽm nhưng liệu kẽm có thực sự liên quan đến bệnh viêm da tiết bã? **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng được thực hiện tại bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2022, có 46 bệnh nhân viêm da tiết bã và 46 người khỏe mạnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Chẩn đoán viêm da tiết bã bằng lâm sàng và xét nghiệm nồng độ kẽm huyết thanh bằng phương pháp phân tích so màu (colorimetric method) tại Trung tâm y khoa Medic. **Kết quả:** Có tương đồng về tuổi, giới tính và BMI giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Nồng độ kẽm huyết thanh của nhóm bệnh (84,31 ± 17,17 µg/dL) không có sự khác biệt so với nhóm chứng (88,63 ± 15,12 µg/dL) với p = 0,2. **Kết luận:** Nồng độ kẽm huyết thanh của bệnh nhân viêm da tiết bã không có sự khác biệt với người khỏe mạnh. Vậy nên việc xét nghiệm nồng độ kẽm huyết thanh và bổ sung kẽm đường uống trên bệnh nhân viêm da tiết bã nên được xem xét lại nhằm giảm chi phí cho bệnh nhân.

Từ khoá: Viêm da tiết bã, kẽm huyết thanh, mức độ tương quan giữa kẽm và viêm da tiết bã.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ZINC LEVEL IN THE SERUM OF PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS

Background: Zinc – a trace element that plays an important role in many metabolic processes and it may influence the pathophysiology of seborrheic dermatitis. Currently, it is a fact that many patients with seborrheic dermatitis are given oral zinc therapy, however, is zinc really related to seborrheic dermatitis? **Subjects and methods:** This is a case-control study. From March 2021 to March 2022, patients with seborrheic dermatitis who came for examination and treatment at Ho Chi Minh city hospital of dermato-venereology that met the sample selection criteria. **Results:** After analyzing serum zinc levels in 46 patients with seborrheic dermatitis and 46 healthy people with similar age, sex and BMI, the serum zinc concentration of the disease group (84,31 ± 17,17 µg/dL) had no difference compared with the control group (88,63 ± 15,12 µg/dL) with p = 0,21. **Conclusion:** The serum zinc concentration of patients with seborrheic dermatitis did not differ from that of healthy subjects. Therefore, it is not necessary to test serum zinc levels in patients with seborrheic dermatitis and zinc supplementation in these patients should also be reconsidered in order to reduce costs for patients.

Keywords: seborrheic dermatitis, serum zinc, correlation between zinc and seborrheic dermatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da tiết bã là một bệnh lý mạn tính khá phổ biến với tần suất xuất hiện dao động từ 2 – 10% dân số, ưu thế xuất hiện nhiều ở giới nam, ảnh hưởng nhiều đến ngoại hình và cần nhiều sự quan tâm trong chăm sóc điều trị. Nhiều yếu tố được công nhận đóng vai trò quan trọng trong sự xuất hiện và tiến triển của viêm da tiết bã như hoạt động của tuyến bã nhờn, vai trò của androgen, các yếu tố môi trường (không khí lạnh, khô, ô nhiễm), các yếu tố liên quan đến tâm lý, các bệnh thần kinh, suy giảm miễn dịch và nhiễm nấm họ Malassezia [2],[8].

Trong cơ chế sinh bệnh học của viêm da tiết bã, kẽm cũng có những vai trò nhất định như điều hòa miễn dịch và làm lành vết thương, giảm hoạt động của tuyến bã nhờn. Trên thế giới đã có hai nghiên cứu thực hiện khảo sát nồng độ kẽm huyết thanh trên bệnh nhân viêm da tiết bã, tuy nhiên hai nghiên cứu này cho ra kết luận trái ngược nhau [3],[6]. Vậy liệu thực sự có mối liên quan giữa nồng độ kẽm huyết thanh với bệnh lý này hay không?

Để làm rõ vấn đề trên, tôi thực hiện nghiên cứu khảo sát nồng độ kẽm huyết thanh trên bệnh nhân viêm da tiết bã so với người bình thường cũng như đánh giá mối liên quan giữa nồng độ kẽm huyết thanh với các yếu tố về lâm sàng của bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu bệnh chứng

Dân số mục tiêu. Bệnh nhân viêm da tiết bã khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh

Dân số nghiên cứu. Bệnh nhân viêm da tiết bã đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

✓Nhóm bệnh

[1]*Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung
Email: trungvan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024
Ngày duyệt bài: 12.8.2024