

từ quỹ nghiên cứu khoa học của sở khoa học và công nghệ Tp. Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lang J, Narendrula A, El-Zawahry A, Sindhwani P, Ekwenna O.** Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease Study Data. *Eur Urol Open Sci.* Jan 2022;35:37-46. doi:10.1016/j.euro.2021.10.008
2. **Sotoodeh Shahnani P, Karami M, Astane B, Janghorbani M.** The comparative survey of Hounsfield units of stone composition in urolithiasis patients. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences.* 07/01 2014;19:650-3.
3. **Spettel S, Shah P, Sekhar K, Herr A, White MD.** Using Hounsfield unit measurement and urine parameters to predict uric acid stones. *Urology.* Jul 2013;82(1):22-6. doi:10.1016/j.urology.2013.01.015
4. **Wang Y, Zhu Y, Luo W, Long Q, Fu Y, Chen X.** Analysis of components and related risk factors of urinary stones: a retrospective study of 1055 patients in southern China. *Scientific Reports.* 2024;14(1):28357. doi:10.1038/s41598-024-80147-1
5. **Xu LHR, Adams-Huet B, Poindexter JR, Maalouf NM, Moe OW, Sakhaee K.** Temporal Changes in Kidney Stone Composition and in Risk Factors Predisposing to Stone Formation. *J Urol.* Jun 2017;197(6): 1465-1471. doi:10.1016/j.juro.2017.01.057
6. **EAU.** EAU Urolithiasis Guidelines Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris. 2024.
7. **Jeong JY, Doo SW, Yang WJ, Lee KW, Kim JM.** Differences in Urinary Stone Composition according to Body Habitus. *Korean J Urol.* 9/2011;52(9):622-625.
8. **Wu Y, Mo Q, Xie Y, et al.** A retrospective study using machine learning to develop predictive model to identify urinary infection stones in vivo. *Urolithiasis.* 2023/05/31 2023;51(1):84. doi:10.1007/s00240-023-01457-z
9. **Stewart G, Johnson L, Ganesh H, et al.** Stone size limits the use of Hounsfield units for prediction of calcium oxalate stone composition. *Urology.* Feb 2015;85(2): 292-5. doi:10.1016/j.urology.2014.10.006
10. **Güçük A, Uyetürk U.** Usefulness of hounsfield unit and density in the assessment and treatment of urinary stones. *World J Nephrol.* Nov 6 2014;3(4):282-6. doi:10.5527/wjn.v3.i4.282

CHÍCH XƠ NANG THẬN BẰNG ETHANOL: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Huỳnh Công Chấn¹, Võ Lê Đức Trọng¹, Hồ Trung Cường¹,
Nguyễn Thị Anh Đào¹, Trần Đại Phú¹, Lê Thanh Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị nang thận bằng phương pháp chích xơ ở trẻ em, tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, đồng thời rút ra những kinh nghiệm điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt 15 trường hợp (từ 3 đến 14 tuổi) điều trị bằng phương pháp chích xơ nang thận, từ tháng 7/2020 đến 3/2024, tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Phương pháp này được chỉ định khi bệnh nhân nang thận có triệu chứng (n=10) hoặc nang to nhanh (n=5). Chất tạo xơ là cồn y tế (ethanol) 90°, được tiêm vào sau khi đã hút bớt dịch nang, dưới hướng dẫn của siêu âm. Thời gian theo dõi từ 1 đến 4 năm. **Kết quả:** 12 trường hợp (80%) thành công (nang mất đi hoặc giảm kích thước và không còn triệu chứng), 3 trường hợp (20%) chưa thành công (nang không giảm kích thước hoặc to thêm), không có biến chứng nào đáng kể. **Kết luận:** Chọc hút và tiêm cồn tạo xơ trong điều trị nang thận ở trẻ em là phương pháp hiệu quả, ít xâm hại và ít biến chứng. Tuy nhiên, chúng tôi cần lấy thêm số liệu để cho kết quả chính xác hơn.

Từ khóa: chích xơ nang thận, chích xơ nang thận bằng ethanol, điều trị nang thận ở trẻ em.

SUMMARY

RENAL CYST SCLEROTHERAPY USING ETHANOL: THE EXPERIENCES FROM CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Evaluate the results of renal cyst sclerotherapy in children, at Children's Hospital 1, and draw experiences in treatment with this method. **Materials and method:** Report on a series of 15 cases (3 - 14 years old) treated with renal cyst sclerotherapy from July 2020 to March 2024, at the Children's Hospital 1. This method was indicated when the patient got symptoms (n=10) or the cyst had been increasing quickly in size (n=5). The sclerosing agent is 90° medical alcohol (ethanol), injected after suction reduction, according to ultrasound guidance. The follow-up period ranges from 1 to 4 years. **Results:** 12 successful cases (80%) (cysts disappeared or decreased in size and no longer had symptoms), 3 unsuccessful cases (20%) (cysts did not decrease in size or added), no significant complications. **Conclusion:** Aspiration and sclerosing alcohol injection in the treatment of kidney cysts in children is an effective method, less invasive and less complicated. However, we need more data to get more accurate results. **Keywords:** renal cyst

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Công Chấn

Email: huynhcongchan945@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

sclerotherapy, renal cyst sclerotherapy using ethanol, renal cyst treatment in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thận là khoang có nguồn gốc từ các ống thận và gồm một lớp tế bào biểu mô biệt hóa một phần bao xung quanh khoang chứa đầy dịch giống nước tiểu hoặc dịch lỵ lợn cợn [1].

Nang thận có thể biểu hiện là một nang thận đơn thuần hoặc trong bệnh cảnh thận đa nang. Nang thận đơn thuần thường gặp ở người lớn nhưng khá hiếm ở trẻ em, với tỉ lệ 0,22 - 0,55% [2].

Nang thận thường không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ [3]. Chỉ định can thiệp được đặt ra khi bệnh nhân có triệu chứng như đau nhiều, chèn ép vào hệ thống đài bể thận, tăng huyết áp, tiểu máu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu,... [3].

Phương pháp điều trị cổ điển cho bệnh nhân có triệu chứng là mổ bóc nang, có thể được thực hiện bằng mổ mở hoặc nội soi ổ bụng. Những cách điều trị khác bao gồm cắt chỏm nang qua mổ mở hoặc mổ nội soi, chọc hút qua da có hoặc không có liệu pháp xơ hoá [4]. Phương pháp cắt bỏ nang qua nội soi ổ bụng đã được chứng minh có hiệu quả [3], và một số tác giả đã đề xuất nó như là bước tiếp theo sau khi đã chọc hút nang để giảm đau [3]. Tuy nhiên, nội soi ổ bụng xâm lấn hơn so với chọc hút qua da và điều trị xơ hoá, với nhiều biến chứng tiềm ẩn hơn. Kỹ thuật cắt chỏm nang bằng nội soi được sử dụng tốt nhất đối với các u nang tiếp giáp hệ thống đài bể thận, tuy nhiên phương pháp này cũng xâm lấn hơn phương pháp so với chọc hút và làm xơ hoá. Trước đây, với phương pháp chọc hút nang đơn thuần, tỉ lệ tái phát cao, có thể > 90% [3]. Sau này khi phối hợp chọc hút với chích chất làm xơ hoá thì tỉ lệ thành công cao hơn hẳn và tỉ lệ tái phát thấp hơn nhiều [5].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về phương pháp này, tuy nhiên, ở Việt Nam, chưa có báo cáo nào về phương pháp này ở trẻ em nên chúng tôi làm nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp này tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1 đồng thời rút ra những kinh nghiệm điều trị của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo hàng loạt trường hợp các bệnh nhân đã được điều trị bằng phương pháp chích xơ nang thận ở Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 7/2020 đến tháng 3/2024.

Các trường hợp nang thận vào khám sẽ được chúng tôi đánh giá lại lâm sàng và cận lâm sàng như đau bụng, u bụng, huyết áp, thử tổng phân tích nước tiểu, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính

nếu cần,... Đa phần các trường hợp nang nhỏ và không triệu chứng chúng tôi cho về tiếp tục theo dõi định kỳ. Chúng tôi chỉ định can thiệp khi bệnh nhân có triệu chứng hoặc nang to > 5cm và tăng kích thước nhanh $\geq 4\%$ đường kính trong 1 năm [6].

Các bước tiến hành:

- Bệnh nhi được mê mask hoặc tê tại chỗ.
- Nằm nghiêng về phía đối bên của thận có nang.
- Siêu âm lại kiểm tra vị trí chọc, hướng chọc và thể tích ước lượng của nang.
- Phẫu thuật viên chọc kim theo hướng chỉ định, thường là vị trí hông lưng, xuyên qua da, đi sau phúc mạc vào thoát dịch trong nang, càng nhiều càng tốt.

- Đo lượng dịch thoát ra, đồng thời bơm chất tạo xơ (cồn 90°) lại vào trong nang với thể tích 30% đến 50% thể tích nang ban đầu nhưng không quá 100 ml. Lưu kim trong 2 giờ, sau đó thoát cồn ra, càng nhiều càng tốt và rút kim.

- Sau khi rút kim, bệnh nhi được theo dõi thêm một ngày để theo dõi biến chứng, tác dụng phụ của chất tạo xơ,...Sau khi xuất viện bệnh nhi được hẹn tái khám đánh giá lại bằng siêu âm (hoặc chụp cắt lớp vi tính nếu cần) sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

Các bệnh nhân được đánh giá về giới, tuổi, bên thận có nang, thận một nang hay nhiều nang, thể tích ước lượng nang, thể tích dịch hút ra, thể tích cồn bơm vào, thời gian lưu cồn, biến chứng, kích thước nang trước và sau chích, triệu chứng khi tái khám.

Các trường hợp được đánh giá thành công khi nang mất hoàn toàn hoặc giảm kích thước một phần và hết những triệu chứng đi kèm. Các trường hợp được đánh giá chưa thành công khi còn triệu chứng, nang không giảm hoặc tăng kích thước.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có 15 trường hợp, 6 nữ và 4 nam, tuổi lớn nhất 14 tuổi, tuổi nhỏ nhất 3 tuổi, tuổi trung bình $9,7 \pm 2,8$. Mười trường hợp nang thận trái (chiếm 66,7%), 3 trường hợp nang thận phải (chiếm 20%), 2 trường hợp có nang hai bên (13,3%) trên nền thận đa nang. Tất cả các trường hợp đều có kích thước nang ≥ 5 cm. Có 10 trường hợp có triệu chứng (66,7%), 5 (30%) trường hợp không có triệu chứng nhưng có nang to và phát triển nhanh trong quá trình theo dõi. Thể tích nang lớn nhất 300 ml (tương đương với đường kính nang 8 cm), thể tích nang nhỏ nhất 65 ml (tương đương đường kính nang 5 cm).

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
----------	----------	-----------

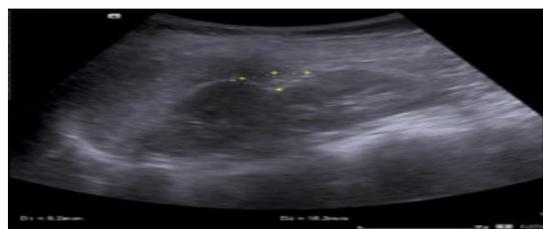
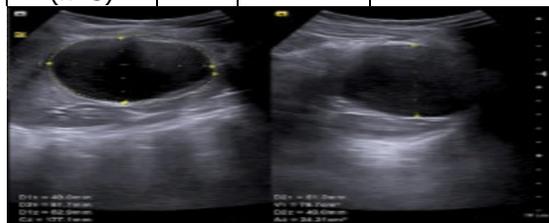
Nữ	9	60
Nam	6	40
Bên trái	10	66,7
Bên phải	3	20
Hai bên	2	13,3
Triệu chứng		
Không triệu chứng	5	33,3
Có triệu chứng	10	66,7
Tiểu máu vi thể	2	13,3
Đau bụng	4	26,7
U bụng	2	13,3
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	2	13,3

Tỉ lệ lượng còn bơm vào từ 10% đến 50% (trung bình 30%) so với thể tích nang ban đầu. Thời gian lưu còn trong 2 giờ. Thời gian hậu phẫu từ 1 đến 2 ngày, trung bình 1,2 ngày. Có một trường hợp sau chích bị say cồn, trường hợp này bé mới 10 tuổi mà nang khá to, thể tích nang khoảng 200ml, sau khi chọc hút, lượng còn chích vào khoảng 40 ml (20% thể tích nang). Sau chích bé ngủ li bì, chúng tôi cho truyền dịch và theo dõi sát. Bé ổn định và xuất viện sau 2 ngày.

Trong 15 trường hợp, sau 1 năm tái khám, có 4 trường hợp hết hẳn không còn nang, 8 trường hợp nang giảm kích thước và không còn triệu chứng. Những trường hợp này chúng tôi đánh giá là thành công, chiếm tỉ lệ 70%. 3 trường hợp còn lại kích thước nang không thay đổi hoặc tăng, những trường hợp này chúng tôi đánh giá là chưa thành công, chiếm tỉ lệ 20%. Các trường hợp chưa thành công chúng tôi sẽ cân nhắc tiếp tục chích xơ lần 2 hoặc mổ cắt chòm nang.

Bảng 2. Tương quan giữa kết quả điều trị, kích thước nang và lượng còn bơm vào

	Thể tích nang trung bình	Tỉ lệ trung bình dịch hút ra (so với thể tích nang)	Tỉ lệ trung bình còn được bơm vào (so với thể tích nang)
Các ca thành công (n=12)	90 ml	61%	35%
Các ca chưa thành công (n=3)	123 ml	73%	12%



Hình 1. Một trường hợp nang thận trước chích và sau chích 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Chích xơ nang đã được báo cáo từ rất sớm, trong đó có chích tạo xơ trong điều trị nang thận. Đây là phương pháp ít xâm lấn mà hiệu quả cao (71%-100%) so với các phương pháp xâm lấn hơn như mổ bóc nang, khoét chòm nang (mở cửa sổ), cắt thận,... Tỉ lệ thành công của chúng tôi (80%) thấp hơn so với nhiều tác giả. Tuy nhiên, đa phần các tác giả đó nghiên cứu ở người lớn, còn các nghiên cứu ở trẻ em thì số trường hợp rất ít, chỉ là báo cáo một vài trường hợp [6]. Điều này có lẽ do bệnh hiếm gặp ở trẻ em và chỉ định điều trị cũng hạn chế hơn so với ở người lớn.

Bảng 3. Kết quả so sánh với một số tác giả khác

Tác giả	Số trường hợp	Chất tạo xơ	Tỉ lệ thành công	Biến chứng (số ca)
Shao et al. (2013)	986	Ethanol 95%	90,1%	0
Yonguc et al. (2015)	143	Polidocanol	65,7	Sốt (4) Ôi (4) Tiểu máu (12) Áp xe cơ Psoas (1)
Yoo et al. (2008)	59	Acetic acid	96,6	Đau (9) Ôi (3)
Chúng tôi	15	Ethanol 90%	80%	Say cồn (1)

Đa số các tác giả đồng ý với quan điểm theo dõi, chỉ mổ khi có triệu chứng như đau bụng, cao huyết áp, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, tiểu máu, tắc đường tiết niệu,...[3,5]. Nhưng cũng có một số tác giả đồng ý can thiệp khi kích thước nang to và phát triển nhanh mà chưa có triệu chứng [6]. Chúng tôi chọn can thiệp khi nang có triệu chứng hoặc khi kích thước nang to (≥ 5 cm) và to nhanh (tăng $\geq 4\%$ đường kính trong 1 năm) [6] trong quá trình theo dõi một phần để giải quyết triệu chứng cho bệnh nhân, một phần giải quyết mối lo lắng cho người nhà bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 trường

hợp có triệu chứng, các trường hợp còn lại được chỉ định do có kích thước nang to. Ngoài ra, khi áp dụng phương pháp chích xơ, cần cân nhắc về vị trí nang, tốt nhất là nang nằm nông và không bị che khuất bởi những tạng khác.

Về chất tạo xơ, ngoài cồn (ethanol) ra, đã có nhiều báo cáo về các chất tạo xơ khác như Bleomycin, glucose, bismuth phosphate, acetic acid... với các ưu nhược điểm riêng [7]. Chúng tôi chọn ethanol vì nó sẵn có, ít tác dụng phụ và tỉ lệ thành công tương đương với các chất gây xơ khác [8].

Nhiều tác giả khuyến cáo dùng cồn y tế 95° đến 99,9°, chích vào với thể tích bằng 25% đến 50% so với thể tích ban đầu của nang, [8]. Ở điều kiện của chúng tôi, chúng tôi chỉ tìm được cồn y tế có nồng độ cao nhất là 90° (cồn có nồng độ cao hơn thì ở dạng cồn công nghiệp, không được chấp nhận ở phòng mổ). Ở nhóm thành công chúng tôi thấy tỉ lệ thể tích cồn so với thể tích nang (trung bình 30%) cao hơn ở nhóm chưa thành công (trung bình 10%) (Bảng 2). Điều này cũng dễ hiểu vì tỉ lệ cồn so với thể tích nang cao sẽ đảm bảo nồng độ cồn trong nang cao, dẫn tới hiệu quả cũng cao hơn. Sở dĩ có những trường hợp chúng tôi bơm cồn vào với tỉ lệ thấp vì những trường hợp đó nang quá to, nếu bơm đúng theo tỉ lệ thông thường thì lượng cồn vào bệnh nhi quá nhiều, dễ xảy ra bị ngộ độc hoặc tác dụng phụ của cồn. Theo khuyến cáo của nhiều tác giả, ở người lớn, không quá 100 ml cho một lần chích [8]. Những trường hợp này chúng tôi cân nhắc chích xơ lần 2 khi trẻ lớn hơn hoặc dùng phương pháp khác (mổ bóc nang, cắt chỏm nang...).

Thời gian lưu cồn còn có nhiều khác biệt, có tác giả khuyến cáo lưu trong 5 phút, có tác giả 15 phút, 90 phút, 120 phút hoặc lâu hơn nhưng đều cho kết quả tương đương [8]. Chúng tôi mới thực hiện lần đầu, chưa quen nên quyết định lưu 120 phút.

Một số tác giả đề xuất tiêm nhiều lần trong một đợt nhập viện, lần sau cách lần trước 24 giờ [9]. Tuy nhiên cũng có nhiều tác giả khuyến cáo chỉ cần chích một lần cũng đảm bảo hiệu quả [8]. Ở nghiên cứu của chúng tôi chúng tôi chọn phương pháp chích một lần. Nếu chưa hiệu quả trong quá trình theo dõi thì cân nhắc chích thêm trong những lần nhập viện sau để hạn chế biến chứng của cồn lên bệnh nhân.

Về kỹ thuật, nhiều dụng cụ chọc hút và tiêm đã được báo cáo: ống dẫn lưu thận, ống Pigtail, kim chọc dịch não tủy,... [8]. Ống Pigtail có lợi điểm là có nhiều lỗ, dễ thoát dịch và tiêm cồn vào, tuy nhiên nó có bất lợi là ống khá to, nòng

của ống chọc vào nang dễ, nhưng ống vào theo khó, nhất là với các vách nang có độ dai và đàn hồi tốt. Kim luồn thì chọc vào dễ nhưng bất lợi là nó có ít lỗ, hút, bơm và thoát dịch khó khăn hơn. Chúng tôi chọn hướng tiếp cận sau phúc mạc để tránh các cơ quan khác trong ổ bụng, siêu âm hướng dẫn ngay trước và sau khi chọc và bơm dịch để tăng tính chính xác, hạn chế biến chứng. Khi thoát dịch, tốt nhất là để dịch tự chảy ra, khi dịch ra yếu cần thay đổi tư thế bệnh nhân để đầu ống ở vị trí thấp nhất của nang, khi đó dịch sẽ ra dễ dàng theo trọng lực với lượng nhiều nhất có thể.

Biến chứng thường gặp của phương pháp này là chảy máu trong nang, chảy máu sau phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng, sốt, ngộ độc cồn, chích cồn lạc ra ngoài nang, áp xe cơ Psoas, canxi hóa... [9,10]. Chúng tôi có một trường hợp bị say cồn sau chích, tuy nhiên không ảnh hưởng tới sinh hiệu, bé ổn định sau giấc ngủ.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Chích xơ bằng cồn điều trị nang thận ở trẻ em là phương pháp ít xâm hại, ít biến chứng và kết quả thành công khá cao (80%), nên được áp dụng ở những trường hợp bệnh nhân nang thận có triệu chứng, nang to nhanh và dễ tiếp cận.

Tuy nhiên, số trường hợp nghiên cứu của chúng tôi còn ít, cần thời gian để lấy thêm để cho kết quả chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **John C.P. Alan W.P., Roger R.D., Louis R.K., et al.**, Elsevier. "Renal Dysgenesis and Cystic Disease of the Kidney", Campbell-Walsh-Wein Urology 2020; pp.3342 – 3470
2. **McHugh K, Stringer DA, Hebert D, et al.** Simple renal cysts in children: diagnosis and follow-up with US. Radiology 1991; 178:383–385
3. **Okeke AA, Mitchelmore AE, Keeley FX, Timoney AG.** A comparison of aspiration and sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts. BJU Int 2003; 92: 610–3
4. **Yoder BM, Wolf JS Jr.** Long-term outcome of laparoscopic decortication of peripheral and peripelvic renal and adrenal cysts. J Urol 2004; 171: 583–7
5. **el-Diasty TA, Shokeir AA, Tawfeek HA, Mahmoud NA, Nabeeh A, Ghoneim MA.** Ethanol sclerotherapy for symptomatic simple renal cysts. J Endourol 2005; 9: 273–6
6. **Koutlidis N., Joyeux L., Méjean N., et al.** "Management of simple renal cyst in children: French multicenter experience of 36 cases and review of the literature", J Pediatr Urol 2015; 11 (3), pp.113-117.47
7. **Long Li MD, Cai-Chan Chen MB, Xin-Qiao Zeng MB.** One-year Results of Single-session Sclerotherapy with Bleomycin in Simple Renal Cysts. Journal of Vascular and

- Interventional Radiology 2012; Volume 23, Issue 12, Pages 1651-1656
8. **D.Akinci, B.Gumus, OS.Ozkan, MN.Ozmen, O. Akhan.** Single-session percutaneous ethanol sclerotherapy in simple renal cysts in children: long-term follow-up. *Pediatric radiology* 2005; Volume 35, pages 155-158
9. **Bas O, Nalbant I, Sener NC, First H, Yeşil S,**

- Zengin K, et al.** Management of Renal Cysts: Laparoscopy or Percutaneous Sclerotherapy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* 2015; 19 (1): 1-6
10. **Yoo KH, Lee S-J, Jeon SH.** Simple Renal Cyst Sclerotherapy with Acetic Acid: Our 10-Year Experience. *Journal of Endourology* 2008; 22 (11): 2559-2563

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ HÌNH THÁI NẤM CỦA BỆNH NẤM DA ĐẦU DO DERMATOPHYTES TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 12/2024 ĐẾN THÁNG 5/2025

Lê Thị Huệ Anh¹, Đinh Hữu Nghị^{1,2}, Phạm Quỳnh Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và hình thái nấm dựa trên phương pháp soi tươi bằng KOH 20% của bệnh nhân nấm da đầu do dermatophytes. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 132 bệnh nhân đến thăm khám và được chẩn đoán nấm da đầu do dermatophytes tại Bệnh viện Da liễu trung ương từ tháng 12/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc nấm da đầu do dermatophytes ở nữ cao hơn nam (54,5% so với 45,5%), phổ biến nhất ở nhóm tuổi dưới 10 tuổi (84,9%). Phần lớn bệnh nhân sinh sống tại nông thôn (72,7%), cao hơn đáng kể so với thành thị (27,3%). Về thói quen sinh hoạt, 42,4% có thói quen sấy hoặc lau khô tóc sau khi gội, trong khi 57,6% thường để tóc ẩm. Tiền sử bệnh ghi nhận 65,9% từng tiếp xúc với chó mèo hoặc vật nuôi, 34,1% có tiền sử nấm da đầu, và 12,9% có tiếp xúc với người mắc bệnh hoặc có người thân mắc bệnh cùng thời điểm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và giới tính của nhóm bệnh nhân ($p < 0,05$). Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm: Vảy da (90,2%), gãy rụng tóc (89,4%) và ngứa (58,3%). Tổn thương da đầu chủ yếu ở dạng rải rác (76,5%), ít gặp hơn là khu trú (23,5%). Kết quả soi tươi nấm bằng KOH 20% cho thấy 65,2% bệnh nhân có sợi nấm và/hoặc bào tử nấm cả trong và ngoài sợi tóc, 18,9% có nấm trong sợi tóc, và 15,9% có nấm ngoài sợi tóc. **Kết luận:** Nấm da đầu do dermatophytes thường gặp ở trẻ nhỏ, trong đó vảy da, gãy rụng tóc và ngứa là các triệu chứng thường gặp. Chủ yếu là tổn thương rải rác và liên quan nhiều đến yếu tố tiếp xúc với vật nuôi và môi trường sống. Soi tươi nấm bằng KOH 20% là một phương pháp hiệu quả để chẩn đoán bệnh. **Từ khóa:** Nấm da đầu, dermatophytes, soi tươi nấm bằng KOH 20%.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, AND MYCOLOGICAL CHARACTERISTICS OF TINEA CAPITIS CAUSED BY DERMATOPHYTES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY FROM DECEMBER 2024 TO MAY 2025

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and mycological characteristics of patients with tinea capitis caused by dermatophytes, based on direct microscopic examination using a 20% potassium hydroxide (KOH) preparation. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 132 patients who presented and were diagnosed with tinea capitis caused by dermatophytes at the National Hospital of Dermatology and Venereology from December 2024 to May 2025. **Results:** The prevalence of tinea capitis caused by dermatophytes was higher in females than in males (54.5% vs. 45.5%), and most commonly affected children under 10 years of age (84.9%). The majority of patients resided in rural areas (72.7%), significantly higher than those from urban settings (27.3%). Regarding hygiene habits, 42.4% reported drying or towel-drying their hair after washing, while 57.6% tended to leave their hair damp. In terms of medical history, 65.9% had contact with cats, dogs, or other domestic animals, 34.1% had a previous history of tinea capitis, and 12.9% reported exposure to infected individuals or had family members affected at the same time. There was a statistically significant difference in age group and gender distribution among patients ($p < 0.05$). Common clinical manifestations included scalp scaling (90.2%), hair breakage or hair loss (89.4%), and pruritus (58.3%). Scalp lesions were predominantly diffuse (76.5%), while localized lesions accounted for 23.5%. Direct microscopic examination using 20% KOH revealed that 65.2% of patients had fungal hyphae and/or spores both inside and outside the hair shaft, 18.9% had endothrix fungi, and 15.9% had ectothrix fungi. **Conclusion:** Tinea capitis caused by dermatophytes is commonly observed in young children. Scaling, hair loss, and itching are the predominant clinical features. The lesions are mostly

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Huệ Anh

Email: hueanh100298@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025