

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠT CƠM PHẪNG Ở TRẺ EM BẰNG DUNG DỊCH KẼM SULPHATE 10%

Lê Hải Yến^{1,3}, Nguyễn Thế Vũ^{1,3}, Nguyễn Hà Phương²,
Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}, Nguyễn Trần Hải Anh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh hạt cơm phẳng ở trẻ em và so sánh kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% so với mỡ salicylic 10%. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, với 107 bệnh nhân tham gia, trong đó 72 bệnh nhân được ngẫu nhiên chia vào hai nhóm điều trị. **Kết quả:** Sau 4 tuần, tỷ lệ sạch tổn thương của nhóm kẽm sulphate 10% là 36,6% và nhóm salicylic 10% là 12,9%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,024$) tổn thương trong nhóm điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% đạt 36,6%, so với nhóm mỡ salicylic 10% (12,9%). Tỷ lệ bệnh nhân không gặp tác dụng phụ ở nhóm mỡ salicylic là 87,1%, cao hơn rõ rệt so với nhóm sử dụng kẽm sulphate 10% (34,2%). Các biểu hiện đỏ da, ngứa xuất hiện ở 61% bệnh nhân trong nhóm kẽm sulphate nhiều hơn 12,9% trong nhóm mỡ salicylic ($p < 0,01$). **Kết luận:** Điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% cho kết quả tốt hơn điều trị bằng mỡ salicylic 10%. Một số tác dụng không mong muốn của kẽm sulphate là ngứa, đỏ,痒, trợt da, da sẫm và tự hồi phục. **Từ khóa:** hạt cơm phẳng, trẻ em, kẽm sulphate, salicylic.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF FLAT WARTS IN CHILDREN USING 10% ZINC SULPHATE SOLUTION

Objective: To describe the clinical characteristics of flat warts in children and to compare the treatment outcomes of 10% zinc sulphate solution versus 10% salicylic acid ointment in treating flat warts in pediatric patients. **Methods:** This study was conducted from September 2024 to July 2025 at the National Hospital of Dermatology and Venereology, involving 107 pediatric patients. Of these, 72 patients were randomly assigned to two treatment groups. **Results:** After 4 weeks, the complete lesion clearance rate in the 10% zinc sulphate group was 36.6%, compared to 12.9% in the 10% salicylic acid group, showing a statistically significant difference ($p=0.024$). The proportion of patients without adverse effects was significantly higher in the salicylic acid group (87.1%)

compared to the zinc sulphate group (34.2%). Redness and itching were observed in 61% of patients in the zinc sulphate group, compared to 12.9% in the salicylic acid group ($p < 0.01$). **Conclusion:** Treatment of flat warts in children with 10% zinc sulphate solution shows better outcomes than treatment with 10% salicylic acid ointment. However, some adverse effects such as itching, redness, scaling, and skin erosion may occur with zinc sulphate, though most are mild and self-limiting. **Keywords:** flat warts, children, zinc sulphate, salicylic acid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạt cơm phẳng (HCP) là bệnh da do virus thường gặp. Bệnh thường do HPV type 3 và type 10 gây nên. Thương tổn đặc trưng là các sẩn hơi nổi cao trên mặt da, kích thước 1-5mm, hình tròn hay hình đa giác, màu da hay màu sẫm, ranh giới rõ, vị trí hay gặp ở mặt, cánh tay, thân mình.¹ Theo nghiên cứu Kikenny tại các trường học, tỷ lệ trẻ em mắc hạt cơm từ 2-20%, với 2/3 trường hợp liên quan đến tổn thương ở mặt.^{2,3} Học sinh thường là những đối tượng nhóm đối tượng có nguy cơ mắc cao do hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, hoạt động trong môi trường tập thể. Điều trị HCP ở trẻ em cần được quan tâm vì khó tuân thủ điều trị hay không hợp tác điều trị.

Đối với trẻ em, các phương pháp điều trị như laser, đốt điện, liệu pháp lạnh có thể gây đau rất trong quá trình điều trị và không tuân thủ các bước chăm sóc tổn thương sau khi điều trị để hình thành sẹo xấu gây mất thẩm mỹ.

Các nghiên cứu trên thế giới cho rằng điều trị hạt cơm phẳng bằng bôi dung dịch kẽm sulphate 10% mang lại kết quả tốt.^{4,5} Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh hạt cơm phẳng ở trẻ em và so sánh kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng bôi dung dịch kẽm sulphate 10% so với mỡ salicylic 10%.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trẻ em dưới 16 tuổi bị hạt cơm phẳng được chẩn đoán xác định đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng và dermoscopy:

+ Lâm sàng:

• Thương tổn là các sẩn dẹt nổi gờ nhẹ trên mặt da, hình tròn, bầu dục hoặc đa giác, kích

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung Ương

³Bệnh viện Da liễu Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hải Yến

Email: leyendl0411@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

thước 1-5mm.

Vị trí phân bố hay ở mặt, trán, cánh tay và thân mình.

Màu sắc thay đổi từ màu da, màu nâu, màu hồng.; ranh giới rõ đứng riêng rẽ hay tập trung thành đám

+ Dermoscopy: có thể thấy hình ảnh chấm mạch máu trên nền đỏ, hoặc là chấm xuất huyết trên nền trắng hoặc hồng nhạt

+ Được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân và người giám hộ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025.

Thiết kế nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Mô tả cắt ngang

Mục tiêu 2: Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

Cỡ mẫu

• Mục tiêu 1: Chọn mẫu thuận tiện, BN thỏa mãn tiêu chuẩn từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025. Thực tế lấy 107 bệnh nhân.

• Mục tiêu 2: Chọn các BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn thử tháng 9/2024 đến tháng 7/2025.

Thực tế nghiên cứu lấy được 72 bệnh nhân chia 2 nhóm n1=41 (nhóm bệnh nhân điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10%), n2=31 (nhóm bệnh nhân điều trị bằng mỡ salicylic 10%).

2.3. Các bước tiến hành. Bệnh nhân tự điều trị thuốc tại nhà. Thầy thuốc hướng dẫn người giám hộ và bệnh nhân cách bôi thuốc, cách theo dõi, nhắc nhở thời gian tái khám hoặc khi có biến chứng.

Nhóm 1: Dùng tăm bông chấm dung dịch kẽm sulphate 10% lên bề mặt hạt cơm phẳng và để khô, ngày chấm 2 lần (sáng, tối), chấm liên tục trong vòng 1 tháng.

Nếu sau 3-7 ngày tổn thương xuất hiện mụn nước, xuất huyết, vẩy tiết thì ngừng chấm, theo dõi 5-7 ngày và đợi tổn thương bong ra. Sau khi bong tổn thương HCP vẫn còn thì chấm tiếp. Sau 4 tuần khám lại đánh giá tổn thương, ngừng điều trị với trường hợp khỏi bệnh hoặc tổn thương không đỡ, xuất hiện thêm tổn thương mới có thể chuyển phương pháp khác.

Nhóm 2: Dùng tăm bông chấm mỡ salicylic 10% lên bề mặt hạt cơm phẳng, xoa nhẹ để thuốc ngấm vào tổn thương, đến khi không còn thuốc thừa trên bề mặt thương tổn. Ngày bôi 2 lần (sáng, tối) trong vòng 1 tháng.

Sau 4 tuần khám lại, nếu tổn thương không đỡ hoặc xuất hiện thêm tổn thương mới có thể chuyển phương pháp khác.

Đánh giá kết quả:

- Đáp ứng sạch tổn thương hoàn toàn: tất cả tổn thương đều biến mất

- Không sạch tổn thương: vẫn còn tổn thương tại thời điểm đánh giá

- Đánh giá hiệu quả điều trị theo mức độ giảm số lượng tổn thương: tốt (giảm > 75% số lượng tổn thương), trung bình (giảm 50-75%), kém (giảm 25 -50%) và rất kém (giảm < 25%).

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý trên chương trình SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Da liễu Trung ương thông qua theo Quyết định số 51/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 20/11/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan của hạt cơm phẳng ở trẻ em

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n=107	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	72	67,3
	Nữ	35	32,7
Nhóm tuổi	12-60 tháng	19	17,8
	6-7	8	7,5
	8-9	33	30,8
	10-11	19	17,8
	12-13	15	14,0
	14-16	13	12,2
	Tổng số	107	100
Tuổi mắc bệnh trung bình $\pm$ SD		8,99 $\pm$ 3,50 Min: 2- Max: 16	

Trong số 107 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 67,3% là nam giới, 32,7% là nữ giới. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 8,99 $\pm$ 3,50 tuổi, trong đó, thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất là 16 tuổi. Nhóm tuổi từ 8-9 chiếm tỷ lệ cao nhất với 33%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của hạt cơm phẳng

Đặc điểm		n=107	Tỉ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	<3 tháng	19	17,8
	3-6 Tháng	41	38,3
	6-12 tháng	28	26,2
	>12 tháng	19	17,8
Số lượng tổn thương ban đầu	< 30	73	68,2
	30-<60	16	16,8
	60-<90	14	13,1
	>90	2	1,9
Vị trí phân bố tổn thương	Mặt	82	76,6
	Cổ	13	12,2
	Tay	29	27,1
	Chân	1	0,9
	Thân mình	1	0,9

Màu sắc tổn thương	Da	69	64,5
	Hồng	11	10,3
	Nâu	21	19,6
	Hỗn hợp	6	5,6
Sự đồng nhất màu sắc tổn thương	Có	94	87,9
	Không	13	12,1
Phân bố	Rải rác	65	60,8
	Cụm	42	39,3
Hình dạng tổn thương	Bầu dục	30	28,0
	Hỗn hợp	42	39,3
	Tròn	35	32,7

Trong số 107 bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3 đến 6 tháng (38,3%) và 6–12 tháng (26,2%), chỉ 17,8% có thời gian mắc < 3 tháng. Đa số bệnh nhân có số lượng tổn thương < 30 (68,2%). Chỉ có 1,9% trường hợp có > 90 tổn thương. Tổn thương chủ yếu khu trú ở vùng mặt (76,6%), ở tay (27,1%), cổ (12,2%), rất ít gặp ở chân và thân mình (0,9%). Phần lớn tổn thương có màu da (64,5%). Một số tổn thương có màu nâu (19,6%) hoặc hồng (10,3%), và 5,6% có tổn thương hỗn hợp màu. Màu sắc tổn thương đa số đồng nhất (87,9%). Về đặc điểm phân bố tổn thương, kiểu rải rác là phổ biến nhất (60,8%), tiếp đến là kiểu cụm với tỷ lệ là 39,3%. Tổn thương hình hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (39,3%), tiếp theo là tròn (32,7%) và bầu dục (28,0%).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%

Bảng 3. Đánh giá hiệu quả điều trị sau 4 tuần

Nhóm	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
	n	%	n	%	
Kết quả					
Tốt	17	41,5	5	16,1	0,001
Trung Bình	11	26,8	3	9,7	
Kém	6	14,6	4	12,9	
Rất kém	7	17,1	19	61,3	
Tổng	41	100	31	100	

Sau 4 tuần điều trị, nhóm kẽm sulphate có tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt (giảm 75% tổn thương) đạt 41,5%, cao hơn đáng kể so với nhóm mỡ salicylic (16,1%). Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng rất kém (giảm <25% số lượng tổn thương) trong nhóm mỡ salicylic lên tới 61,3%, trong khi nhóm kẽm sulphate chỉ ghi nhận 17,1%. Sự khác biệt về phân bố mức độ đáp ứng giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.

Bảng 4. So sánh thời gian sạch tổn thương giữa 2 nhóm

Thời gian	Nhóm bôi Kẽm sulphate 10%	Nhóm bôi mỡ salicylic 10%	p
------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------

<1 tháng	15 (36,6)	4 (12,9)	0,024
<2 tháng	31 (75,6)	9 (29,0)	0,000
<3 tháng	35 (85,4)	12 (38,7)	0,000
Tổng	41	31	

Tỷ lệ sạch tổn thương, sau 1 tháng điều trị nhóm kẽm sulphate đạt 36,6%, cao gấp gần 3 lần so với nhóm mỡ salicylic (12,9%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,024$). Sau 2 tháng điều trị, nhóm điều trị kẽm sulphate đạt 75,6% và nhóm mỡ salicylic (29%). Sau 3 tháng điều trị, nhóm kẽm sulphate và mỡ salicylic là 85,4% và 38,7%. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Triệu chứng	Nhóm bôi Kẽm sulphate 10% n, %	Nhóm bôi mỡ salicylic 10% n, %
Không	14 (34,2)	27 (87,1)
Vảy, ngứa	1 (2,4)	0 (0,0)
Đỏ, ngứa	25 (61,0)	4 (12,9)
Đỏ, ngứa, trợt da	1 (3,3)	0 (0,0)
Tổng	41	31
p	0,000	

Tỷ lệ bệnh nhân không gặp tác dụng phụ ở nhóm mỡ salicylic là 87,1%, cao hơn rõ rệt so với nhóm kẽm sulphate (34,2%). Trong đó, nhóm kẽm sulphate xuất hiện nhiều biểu hiện kích ứng tại chỗ hơn, chủ yếu là đỏ kèm ngứa (61%), vảy kèm ngứa (2,4%) và trợt da (3,3%). Nhóm salicylic chủ yếu đỏ da, ngứa nhẹ (12,9%). Sự khác biệt về tác dụng phụ giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê cao với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của hạt cơm phẳng trẻ em. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam cao hơn đáng kể so với nữ (67,3% so với 32,7%). Sự chênh lệch này có thể liên quan đến thói quen sinh hoạt, vận động, hoặc tiếp xúc với môi trường dễ nhiễm HPV nhiều hơn ở trẻ nam. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Bristow và cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ mắc hạt cơm cao hơn ở nam giới tuổi học đường.⁷

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $8,99 \pm 3,50$ tuổi, dao động từ 2 đến 16 tuổi, trong đó nhóm tuổi 8–9 chiếm tỷ lệ cao nhất (30,8%). Đây là độ tuổi trẻ bắt đầu đi học, tiếp xúc gần với bạn bè, dễ lây nhiễm HPV qua tiếp xúc da trực tiếp hoặc dùng chung vật dụng (khăn mặt, khăn tay). Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ mắc cao nhất ở lứa tuổi tiểu học và trung học cơ sở.^{2,7}

Về thời gian mắc bệnh, phần lớn trẻ có thời

gian tồn tại tổn thương từ 3 đến 12 tháng (64,5%). Chỉ 17,8% có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng. Kết quả này cho thấy hạt cơm phẳng thường có diễn biến kéo dài và khó tự khỏi, đặc biệt ở những trẻ có rối loạn về hệ miễn dịch. Tỷ lệ mắc trên 12 tháng cũng lên tới 17,8%, cho thấy tính chất mạn tính của bệnh.

Về số lượng tổn thương ban đầu, với 68,2% trường hợp có dưới 30 tổn thương. Tuy nhiên, vẫn có những trường hợp nặng với số lượng > 60 chiếm 15%. Điều này cho thấy khả năng lan rộng của tổn thương nếu không được điều trị sớm và đúng cách.

Vị trí tổn thương thường gặp nhất là vùng mặt (76,6%), tiếp theo là tay (27,1%) và cổ (12,2%). Các vùng này thường là những vị trí hở, dễ tiếp xúc, dễ bị sang chấn nhỏ (như: cào, gãi, ma sát quần áo...), tạo điều kiện cho virus HPV xâm nhập và phát triển. Mặc dù có một số trường hợp tổn thương ở chân và thân mình, nhưng tỷ lệ rất thấp (0,9%), phù hợp với đặc điểm phân bố của hạt cơm phẳng.

Màu sắc tổn thương hạt cơm phẳng đa dạng, chủ yếu màu da (64,5%), khiến việc chẩn đoán lâm sàng khó khăn, đặc biệt ở các thể nhạt màu dễ nhầm với một số bệnh lý khác. Một số tổn thương có màu nâu (19,6%), hồng (10,3%) hoặc hỗn hợp màu như tổn thương màu da lẫn màu nâu hay tổn thương màu da lẫn màu hồng (5,6%). Đa số tổn thương có màu sắc đồng nhất (87,9%). Đặc điểm này phù hợp với đặc điểm lâm sàng của hạt cơm phẳng, thường là các sẩn phẳng nhỏ, màu giống màu da hoặc hơi sẫm, bề mặt nhẵn.

Về phân bố tổn thương, kiểu rải rác chiếm ưu thế (60,8%), tuy nhiên cũng ghi nhận tỷ lệ đáng kể các trường hợp tổn thương mọc thành cụm (39,3%). Điều này phản ánh đặc điểm lan truyền tại chỗ của virus HPV – tác nhân gây bệnh thông qua thói quen gãi, cào hoặc chà xát da ở trẻ nhỏ, làm lây lan virus sang các vùng lân cận. Sự phân bố kiểu cụm cũng thường gặp ở những vùng tỳ đè như mặt, cẳng tay – nơi dễ bị tổn thương cơ học.

Hình dạng tổn thương trong nghiên cứu cho thấy sự đa dạng, với các hình thái phổ biến là hỗn hợp (39,3%), tròn (32,7%) và bầu dục (28,0%). Ngoài ra, tính chất đa hình thái có thể là kết quả của nhiều yếu tố như vị trí tổn thương, thời gian tiến triển và đáp ứng miễn dịch tại chỗ.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%. Kết quả

Bảng 3 cho thấy sự khác biệt rõ rệt về hiệu quả điều trị giữa hai nhóm bệnh nhân được bôi dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10% sau 4 tuần điều trị. Ở nhóm sử dụng kẽm sulphate 10%, tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng tốt (giảm >75% số lượng tổn thương) cao gấp hơn 2,5 lần so với nhóm mỡ salicylic. Tỷ lệ đáp ứng trung bình (giảm 50-75% số lượng tổn thương) ở nhóm kẽm sulphate cũng cao hơn. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có hiệu quả rất kém (giảm < 25% số lượng tổn thương) trong nhóm mỡ salicylic cao hơn nhiều (61,3% với 17,1%). Sự khác biệt về hiệu quả giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$, cho thấy kẽm sulphate 10% mang lại hiệu quả điều trị vượt trội so với mỡ salicylic 10%.

Kết quả này đồng thời củng cố thêm các bằng chứng về tác dụng kháng virus và điều hòa miễn dịch của kẽm, đã được ghi nhận trong nghiên cứu trước đây như Sharquie (2010): điều trị hạt cơm phẳng bằng dung dịch kẽm sulphate 10% cho thấy 85,7% bệnh nhân hết tổn thương sau 4 tuần điều trị.⁵ Trong nghiên cứu của tác giả Sharquie, điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% bôi 3 lần 1 ngày tuy nhiên đối tượng trẻ em khó tuân thủ điều trị nên nghiên cứu của chúng tôi bôi 2 lần 1 ngày.

Kết quả ở bảng 4 cho thấy sự khác biệt rõ rệt về thời gian sạch tổn thương giữa hai nhóm điều trị. Sau 1 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân sạch tổn thương trong nhóm điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% cao gấp gần 3 lần so với nhóm mỡ salicylic 10% ($p = 0,024$). Sau 2 tháng, hiệu quả rõ rệt với 75,6% bệnh nhân nhóm kẽm sulphate đã khỏi tổn thương, trong khi chỉ 29,0% ở nhóm salicylic ($p < 0,001$). Sau 3 tháng, tỷ lệ sạch tổn thương của nhóm kẽm sulphate tiếp tục vượt trội (85,4% so với 38,7%, $p < 0,001$). Các kết quả này cho thấy dung dịch kẽm sulphate 10% giúp làm sạch tổn thương hạt cơm phẳng nhanh hơn và hiệu quả hơn đáng kể so với mỡ salicylic 10% ở cả 3 mốc thời gian.

Nghiên cứu cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ và mức độ tác dụng không mong muốn tại chỗ giữa điều trị bằng kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%. Bệnh nhân nhóm salicylic 10% không gặp tác dụng phụ nhiều hơn so với nhóm kẽm sulphate 10% (87,1% với 34,2%). Các triệu chứng không mong muốn phổ biến ở nhóm kẽm sulphate gồm: đỏ + ngứa (61%), vảy + ngứa (2,4%) và trợt da (3,3%). Trong khi đó, không có trường hợp nào ghi nhận vảy hoặc trợt loét trong nhóm salicylic. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, chứng minh rằng nhóm kẽm sulphate có tỷ lệ kích ứng

tại chỗ cao hơn rõ rệt. Để hạn chế những tác dụng không mong muốn này, cần hướng dẫn kỹ cho người giám hộ của bệnh nhân hoặc bệnh nhân về cách bôi thuốc, trường hợp có biểu hiện có vảy, trợt da, ngứa rất nhiều cần ngừng thuốc một thời gian sau đó bôi thuốc trở lại đến khi đạt được hiệu quả. Những kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây^{5,6}, cho thấy dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10% đều an toàn, ít gây ra tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

- Điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% cho kết quả tốt hơn điều trị bằng mỡ salicylic 10%. Sau 1 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân sạch tổn thương trong nhóm điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% đạt 36,6%, so với nhóm mỡ salicylic 10% (12,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Một số tác dụng không mong muốn có thể gặp là ngứa, đỏ, vảy, trợt da, da sỗ nhẹ và tự hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljubojevic S, Skerlev M.** HPV-associated diseases. Clin Dermatol. 2014;32(2):227-234. doi:10.1016/j.clindermatol.2013.08.007
2. **Kilkenny M, Marks R.** The descriptive epidemiology of warts in the community. Australasian Journal of Dermatology. 1996;37(2): 80-86. doi:10.1111/j.1440-0960.1996.tb01010.x
3. **Borgia F, Giuffrida R, Coppola M, et al.** Efficacy and safety of conventional versus daylight photodynamic therapy in children affected by multiple facial flat warts. Photodiagnosis Photodyn Ther. 2020;31:101819. doi:10.1016/j.pdpdt.2020.101819
4. **Gibbs S.** Zinc sulphate for viral warts. Br J Dermatol. 2003;148(5): 1082-1083. doi:10.1046/j.1365-2133.2003.05362.x
5. **Sharquie KE, Khorsheed AA, Al-Nuaimy AA.** Topical zinc sulphate solution for treatment of viral warts. Saudi Med J. 2007;28(9):1418-1421.
6. **Sáu NHMVN.** Đánh giá hiệu quả điều trị hạt cơm phẳng bằng bôi kem Locacid 0,05% và mỡ salicylic 10%. Tạp chí Y học Việt Nam. 2011;378:40-44.
7. **Bristow I.** Paediatric Cutaneous Warts and Verrucae: An Update. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):doi:10.3390/ijerph192416400

GIỚI HẠN ĐỊNH LƯỢNG MỚI CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐO NỒNG ĐỘ ETHANOL TRONG MÁU TRÊN MÁY SINH HÓA TỰ ĐỘNG COBAS C503

Ngô Kiến Đức^{1,2}, Đỗ Thị Thanh Đông²,
Huỳnh Thị Mỹ Ngân¹, Nguyễn Gia Hoàng Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thẩm định và thiết lập giới hạn định lượng (LoQ) mới cho phương pháp đo nồng độ ethanol trong máu bằng enzym alcol dehydrogenase trên máy sinh hóa tự động Cobas c503. **Đối tượng và phương pháp:** Thực hiện thẩm định phương pháp để xác định LoD mới bằng việc sử dụng mẫu ethanol trong huyết thanh, dung dịch quality control (QC) và dung dịch hiệu chuẩn (Calib) của nhà sản xuất. Các chỉ tiêu thẩm định bao gồm: giới hạn mẫu trắng (LoB), giới hạn phát hiện (LoD), giới hạn định lượng (LoQ), độ tuyến tính, độ chụm (precision) và độ đúng (trueness), được thực hiện theo hướng dẫn của Viện Tiêu chuẩn Lâm sàng và Xét nghiệm (CLSI). **Kết quả:** LoB và LoD được xác định lại lần lượt là 1,97 và 3,42 mg/dL, LoQ được xác định mới ở mức 5 mg/dL với $TE_{PXN}\% < TEa\%$ (18,24% < 20%). Đường tuyến tính có dạng $y = 1,0192x$, trong khoảng 5-216 mg/dL với R

= 0,9997. Độ chụm và độ đúng đều đạt theo yêu cầu của CLSI. **Kết luận:** Phương pháp định lượng ethanol trong máu trên hệ thống Cobas c503 xác định được LoQ mới là 5 mg/dL theo hướng dẫn của CLSI với các giá trị LoB, LoD và LoQ được thiết lập mới, đảm bảo độ chính xác, độ tin cậy và phù hợp trong thực hành xét nghiệm lâm sàng.

Từ khóa: ethanol, LoQ, Cobas c503, CLSI.

SUMMARY

NEW QUANTIFICATION LIMIT OF THE METHOD OF BLOOD ETHANOL CONCENTRATION MEASUREMENT ON THE COBAS C503 AUTOMATIC BIOCHEMISTRY ANALYZER

Objective: To validate and establish the new limit of quantification (LoQ) for the method of blood ethanol concentration measurement using alcohol dehydrogenase enzyme on the Cobas c503 automatic biochemistry analyzer. **Subjects and methods:** Method validation was performed to determine the new limit of quantification (LoQ) using ethanol serum samples, quality control (QC), and calibration (Calib) provided by the manufacturer. The validation parameters, which include limit of blank (LoB), limit of detection (LoD), limit of quantification (LoQ), linearity, precision, and trueness, were determined according to Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI)

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Kiến Đức

Email: ducnk@bvtu.org.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025