

- gov.au/zinc-deficiency
2. **Jagadeesan S, Kaliyadan F.** Acrodermatitis Enteropathica. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441835/>
 3. **Ogawa Y, Kinoshita M, Shimada S, Kawamura T.** Zinc and Skin Disorders. *Nutrients*. 2018;10(2):199. doi:10.3390/nu10020199
 4. **Baddam S, Maxfield L, Shukla S, Crane JS.** Zinc Deficiency. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493231/>
 5. **Zou P, Du Y, Yang C, Cao Y.** Trace element zinc and skin disorders. *Front Med (Lausanne)*. 2023;9: 1093868. doi:10.3389/fmed.2022.1093868
 6. **Fitzpatrick's Dermatology, 9e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical.** Accessed September 27, 2025. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2570>
 7. **Janowska A, Dini V, Oranges T, Iannone M, Loggini B, Romanelli M.** <p>Atypical Ulcers: Diagnosis and Management</p>. *CIA*. 2019;14: 2137-2143. doi:10.2147/CIA.S231896
 8. **Smoller BR.** An atlas of histopathology of skin diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42(3): 540-541. doi:10.1016/S0190-9622(00)90245-7

CA BỆNH HIẾM GẶP ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: PHÁT HIỆN MỚI TRÊN LÂM SÀNG VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Lê Thị Chi Phương¹, Đỗ Thùy Linh¹,
Trần Mẫn Chu¹, Giang Bảo Hoàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma tại bệnh viện Da liễu Hà Nội, từ đó góp phần cung cấp chứng cứ cho giả thuyết viêm và cơ chế bệnh sinh liên quan tới bệnh lý chuyển hoá của bệnh. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, ca bệnh nữ giới, 52 tuổi, có tiền sử đái tháo đường typ 2 với tổn thương lâm sàng không xuất hiện ở vùng phơi nhiễm ánh sáng là lòng bàn tay và cạnh bên ngón tay, không có tiền sử phơi nhiễm ánh sáng trong thời gian dài, trên hình ảnh mô bệnh học của bệnh nhân thấy phản ứng viêm dạng u hạt với hiện tượng ly giải sợi chun và thực bào sợi chun. Sự ly giải và thực bào sợi chun cũng được xác thực trên nhuộm chất nhuộm đặc biệt Van Gieson (EVG), các kết quả xét nghiệm và chất nhuộm đặc biệt khác loại trừ các tổn thương viêm da dạng u hạt khác. **Kết quả:** Ca bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma, thông qua so sánh ca bệnh trong báo cáo này với các ca bệnh kinh điển được mô tả trong y văn trước đó, chúng tôi bổ sung thêm chứng cứ ủng hộ giả thuyết viêm và liên quan tới bệnh lý chuyển hoá là đái tháo đường. **Kết luận:** Ca bệnh này nêu bật tính cấp thiết của các nghiên cứu chuyên sâu hơn với sự xác thực và soi sáng của mô bệnh học trong cơ chế bệnh sinh liên quan tới các bệnh lý chuyển hoá và giả thuyết viêm. **Từ khóa:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, ly giải sợi chun, thực bào sợi chun, viêm dạng u hạt, tổn thương hình nhẫn

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Chi Phương

Email: ltchiphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY

A RARE CASE OF ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: NEW CLINICAL FINDINGS AND INSIGHTS INTO PATHOGENESIS

Objectives: To describe the clinical features, paraclinical findings, and pathogenesis of a case of annular elastolytic giant cell granuloma at Hanoi Dermatology Hospital, thereby contributing evidence to the inflammatory hypothesis and the metabolic disease-related pathogenesis of this condition. **Subjects and Methods:** Case report. The patient was a 52-year-old female with a history of type 2 diabetes mellitus, presenting with clinical lesions located in non-sun-exposed areas, including the palms and lateral aspects of the fingers. The patient had no history of prolonged sun exposure. Histopathologic examination showed granulomatous inflammatory response with elastolysis and elastophagocytosis. Elastolysis and elastophagocytosis were further confirmed by special staining Van Gieson (EVG). Other laboratory tests and special stains excluded other granulomatous dermatoses. **Results:** The case was definitively diagnosed as annular elastolytic giant cell granuloma. By comparing this case with classical cases previously described in the literature, we provide additional evidence supporting the inflammatory and metabolic-related hypothesis, particularly the association with diabetes mellitus. **Conclusion:** This case highlights the need for more in-depth studies with histopathologic validation to elucidate the role of inflammation and metabolic disorders in the pathogenesis of this condition. **Keywords:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, elastic fibers degeneration and lysis, elastic fibers phagocytosis, granulomatous inflammation, annulaire lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Annulare elastolytic giant cell granuloma

(AEGCG) là một rối loạn viêm da mạn tính hiếm gặp, thường khá cục bộ, chủ yếu xảy ra ở các vùng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời như lưng, mu bàn tay, bề mặt dưới của cánh tay, cẳng tay, mặt, cổ và ngực. Các đặc điểm mô bệnh học đặc trưng bao gồm sự hiện diện của phản ứng viêm dạng u hạt, trong đó các sợi chun bị các tế bào khổng lồ đa nhân thực bào[1]. Các tổn thương hình nhẫn trong da liễu và có hình ảnh mô bệnh học với phản ứng viêm dạng u hạt có thể gặp trong cả u hạt hình nhẫn, viêm phản ứng u hạt nhiễm khuẩn, phản ứng dạng sarcoidosis, necrobiosis lipoidica và AEGCG[2]. Trong các nghiên cứu gần đây, các ca bệnh liên quan đến bệnh lý chuyển hóa và không ở các vị trí phơi nhiễm ánh sáng, đặt ra câu hỏi về cơ chế bệnh sinh khác trong bệnh này, liên quan đến các yếu tố viêm là nguyên nhân gây ra hiện tượng ly giải và thực bào sợi chun chứ không phải do hiện tượng bức xạ ánh sáng như trong giả thuyết kinh điển của tác giả O'Brien[3], [4]. Việc phát hiện và điều trị cho những người bệnh này khá khó khăn, đặc biệt trong những trường hợp không chẩn đoán xác định được nguyên nhân cuối cùng. Trong nghiên cứu này, ca bệnh của một người bệnh nữ 52 tuổi với các tổn thương sẩn đỏ có mủ và vảy tiết vàng nổi gồ trên bề mặt da vùng lòng bàn tay và cạnh bên ngón tay, các vùng cơ thể không có phơi nhiễm ánh sáng được nghiên cứu. Ngoài ra, người bệnh có tiền sử đái tháo đường 10 năm, duy trì điều trị bằng thuốc uống nội khoa ổn định, người bệnh cũng không có tiền sử phơi nhiễm dưới bức xạ ánh sáng trong thời gian dài. Các phát hiện trên mô bệnh học và chất nhuộm đặc biệt trong ca bệnh này ủng hộ chẩn đoán xác định bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của người bệnh.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Chúng tôi báo cáo ca bệnh được chẩn đoán xác định annulaire elastolytic giant cell granuloma với các đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng như trong bảng sau

Bảng 1. Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của ca bệnh báo cáo

Đặc điểm	Ca bệnh
Tuổi	52
Giới	Nữ
Tiền sử phơi nhiễm ánh sáng mạnh	Không
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường type 2 trong 10 năm
Vị trí	Lòng bàn tay, cạnh

	bên ngón tay
Thời gian biểu hiện bệnh	3 tháng

Người bệnh nữ giới, 52 tuổi, làm công việc văn phòng, không có tiền sử phơi nhiễm ánh sáng cường độ cao trong thời gian dài, vị trí tổn thương da không ở vùng phơi nhiễm ánh sáng (lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay). Tổn thương cơ bản là các sẩn đỏ có mủ kèm vảy tiết vàng, nổi gồ trên bề mặt da, rải rác trong lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay, tổn thương đau nhẹ khi ấn, sờ cứng. Người bệnh xuất hiện tổn thương khoảng 3 tháng. Tuy nhiên, người bệnh có tiền sử bệnh đái tháo đường tuýp 2 khoảng 10 năm, điều trị bằng thuốc uống nội khoa ổn định. Bệnh nhân được thăm khám bởi bác sĩ lâm sàng Da liễu tại khoa khám bệnh của bệnh viện Da liễu Hà Nội, với chẩn đoán sơ bộ ban đầu là theo dõi hội chứng Sweet. Người bệnh được chỉ định làm các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, hoá sinh cơ bản, xét nghiệm huyết thanh và sinh thiết tổn thương da.



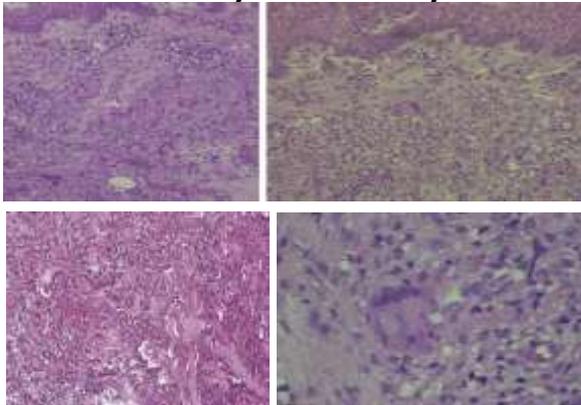
Hình 1. Hình ảnh lâm sàng của ca bệnh

Ca bệnh được làm xét nghiệm công thức máu, hóa sinh cơ bản, huyết thanh giang mai và không thấy phát hiện bất thường, chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính không tăng như trong hội chứng Sweet. Người bệnh được thực hiện sinh thiết, nhuộm Hematoxylin – eosin, PAS, Xanh Alcian, Ziehl Neelsen và chất nhuộm đặc biệt bắt màu với sợi chun Van Gieson (EVG). Sau quá trình xử lý bệnh phẩm và đọc tiêu bản bởi các bác sĩ Giải phẫu bệnh, các bằng chứng trên mô bệnh học cho thấy phù hợp với chẩn đoán xác định là annulaire elastolytic giant cell granuloma. Trên hình ảnh nhuộm Hematoxylin – eosin, chúng tôi thấy trong mảnh bệnh phẩm có phản ứng viêm dạng u hạt với hiện tượng ly giải sợi chun, các tế bào đa nhân khổng lồ trong phản ứng viêm có hiện tượng thực bào sợi chun. Thành phần viêm của phản ứng viêm phù hợp với phản ứng viêm dạng u hạt không nhiễm khuẩn với sự tham gia chủ yếu của bạch cầu đơn nhân, mô bào, phản ứng xâm nhập viêm ở mức độ trung bình và xuất hiện từ trung bì nông đến trung bì sâu. Mảnh bệnh phẩm được cắt thêm và nhuộm với chất nhuộm đặc biệt bắt màu sợi chun trong mô liên kết là Van Gieson hay còn gọi là EVG. Hiện tượng ly giải sợi chun và thực bào

sợi chun được xác thực bằng chất nhuộm đặc biệt EVG, biểu hiện bởi các sợi chun bị thoái hoá và ly giải thành nhiều đoạn ngắn, mảnh, sắp xếp lộn xộn, mật độ tăng trong trung bì và trong phản ứng viêm. Bệnh cạnh đó, một số sợi chun bị thực bào cũng bắt màu với chất nhuộm EVG và bộc lộ trong bào tương của các tế bào đa nhân khổng lồ.

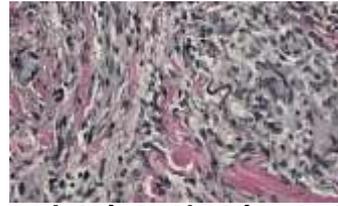
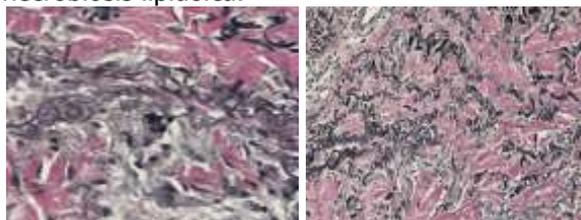


Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học Hematoxylin – eosin đại thể của ca bệnh



Hình 3. Hình ảnh tiêu bản nhuộm Hematoxylin – eosin vi thể của người bệnh

Ngoài ra, nhằm có các bằng chứng khách quan cho chẩn đoán, chúng tôi tiến hành nhuộm các chất nhuộm đặc biệt khác để chẩn đoán phân biệt với các nhóm bệnh có phản ứng viêm dạng u hạt khác. Trên tiêu bản bệnh phẩm nhuộm PAS biểu hiện âm tính với nấm nấm, nhuộm Ziehl Neelsen âm tính với trực khuẩn kháng cồn kháng toan, nhuộm xanh Alcian âm tính với lắng đọng mucin trong phản ứng viêm của u hạt hình nhẫn. Từ các bằng chứng trên mô bệnh học, chúng tôi loại trừ các nhóm bệnh viêm dạng u hạt do nhiễm khuẩn như nấm sâu, lao, phong, trực khuẩn Mycobacterium không điển hình cũng như phản ứng viêm dạng u hạt không nhiễm khuẩn như u hạt hình nhẫn, sarcoidosis, necrobiosis lipidoica.



Hình 4. Hình ảnh tiêu bản nhuộm chất nhuộm với sợi chun EVG của người bệnh

Phối hợp các xét nghiệm cơ bản khác, dưới sự xác thực của mô bệnh học và chất nhuộm sợi chun EVG, ca bệnh báo cáo được chẩn đoán xác định là bệnh Annulaire Elastolytic Giant Cell Granuloma. Đây là một ca bệnh với đặc điểm lâm sàng không điển hình và rất dễ chẩn đoán nhầm với các nhóm bệnh da viêm khác.

III. BÀN LUẬN

Annulaire elastolytic giant cell granuloma là một bệnh da viêm hiếm gặp, nguyên nhân chưa rõ, với các ca bệnh kinh điển đặc trưng bởi các mảng tổn thương dạng hình nhẫn chủ yếu xuất hiện trên vùng da phơi nhiễm ánh nắng[1]. Về lâm sàng, trong y văn kinh điển thường thấy các mảng, ban đỏ dạng hình nhẫn, phân bố ở vùng da phơi nắng, có trung tâm nhạt màu hoặc giảm sắc tố và bờ gồ cao [5]. Số lượng tổn thương da có thể có từ một tổn thương lớn đơn độc cho đến nhiều tổn thương nhỏ tập trung thành đám[6]. Trái ngược với hình ảnh điển hình dạng hình nhẫn, người bệnh của chúng tôi xuất hiện nhiều sẩn đỏ nổi gồ trên bề mặt da có mũ kèm vảy tiết vàng, rải rác trong lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay, tổn thương đau nhẹ khi ấn, sờ cứng, không có xu hướng liên kết thành mảng mà rải rác, đứng riêng rẽ.

Cơ chế bệnh sinh hiện chưa được hiểu rõ và vẫn còn chưa thống nhất. Một số giả thuyết đã được đưa ra, bao gồm:

Giả thuyết ánh sáng của O'Brien: Bức xạ mặt trời là yếu tố khởi phát ban đầu, gây tổn thương chọn lọc đến các sợi chun ở trung bì. Mô liên kết thoái hóa sau đó trở thành mục tiêu cho phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào (chủ yếu là tế bào CD4+), vốn nhằm sửa chữa tổn thương da nhưng cuối cùng lại dẫn đến phản ứng viêm dạng u hạt. Tuy nhiên, giả thuyết này đã bị Ragaz và Ackerman phản đối gay gắt, cho rằng những phản ứng viêm u hạt này chỉ đơn thuần là một biến thể giải phẫu của u hạt hình nhẫn (granuloma annulaire)[4], [7].

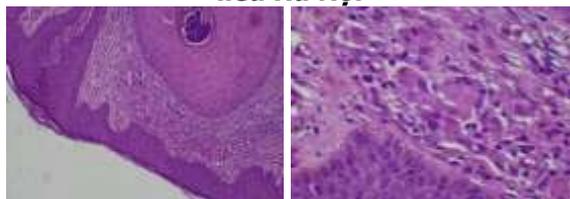
Giả thuyết viêm: Giả thuyết này cho rằng sự phá hủy sợi chun là do chính quá trình viêm u hạt gây ra, tức là viêm mới là yếu tố khởi phát chứ không phải bức xạ ánh sáng [4]. Giả thuyết này được củng cố bởi nghiên cứu của Kiken và

cộng sự, khi thử nghiệm chiếu nắng 4 ngày liên tiếp không thể tạo ra tổn thương mới ở người bệnh có bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma từ trước[3].

Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là phơi nắng cường độ cao hoặc sử dụng giường tắm nắng, thường gặp hơn ở người da sáng sống trong vùng khí hậu nắng nóng [8]. Các tình trạng nguy cơ hoặc bệnh kèm theo có thể bao gồm: đái tháo đường, sarcoidosis [9], viêm động mạch tế bào khổng lồ [6], viêm đa cơ dạng thấp, viêm sun, bạch biến [5], [10], thiếu máu, giảm bạch cầu, viêm gan C, xơ cầu thận ổ-cục bộ, viêm giáp Hashimoto, hồng ban nút và protoporphyria. Trong ca bệnh này, có thể thấy biểu hiện lâm sàng và tiền sử dịch tễ phù hợp với giả thuyết viêm hơn. Nhân ca bệnh này, tại bệnh viện của chúng tôi cũng gặp một ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma khác, tuy nhiên, với biểu hiện lâm sàng và vị trí tổn thương giống trong y văn kinh điển mô tả và phù hợp với giả thuyết ánh sáng của O'Brien [1], [4]. Ca bệnh là nam thanh niên 21 tuổi, làm nghề nghiệp lao động tự do và có tiền sử phơi nhiễm nắng trong thời gian dài và cường độ cao, xuất hiện các tổn thương mảng đỏ hình nhẫn ở vùng cổ, không ngứa không đau. Người bệnh có tiền sử khoẻ mạnh, bệnh kéo dài 6 tháng nay. Người bệnh sau đó cũng được làm các xét nghiệm như công thức máu, hoá sinh cơ bản, xét nghiệm huyết thanh giang mai, sinh thiết da và chẩn đoán xác định bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma trên bằng chứng mô bệnh học và chất nhuộm đặc biệt EVG, cũng như làm các xét nghiệm và nhuộm đặc biệt khác loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác như PAS, Ziehl Neelsen, Xanh Alcian.



Hình 5. Hình ảnh lâm sàng ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma khác phát hiện trước đó tại bệnh viện Da liễu Hà Nội



Hình 6. Hình ảnh mô bệnh học với nhuộm Hematoxylin – eosin và nhuộm bắt màu sợi chun EVG trong ca bệnh đôi chiếu phát hiện trước đó

Nhóm tác giả có so sánh giữa ca bệnh báo cáo với ca bệnh phát hiện trước đó và trình bày các đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng như trong bảng sau

Bảng 2. So sánh đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng của ca bệnh báo cáo và ca bệnh phát hiện trước đó

Đặc điểm	Ca bệnh báo cáo	Ca bệnh so sánh
Tuổi	52	21
Giới	Nữ	Nam
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	Lao động tự do
Tiền sử phơi nhiễm ánh sáng mạnh	Không	Có
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường type 2 trong 10 năm	Khoẻ mạnh
Vị trí	Lòng bàn tay, cạnh bên ngón tay	Cổ
Thời gian biểu hiện bệnh	2 tháng	6 tháng

Khi so sánh giữa ca bệnh trong báo cáo với ca bệnh phát hiện khác giống với kinh điển trước đó tại bệnh viện cũng như một số ca bệnh kinh điển khác mô tả trong y văn, nhóm tác giả thấy những biểu hiện ủng hộ cho giả thuyết viêm trong cơ chế bệnh sinh của bệnh này, với các dấu hiệu liên quan với tiền sử đái tháo đường typ 2, tổn thương lâm sàng không xuất hiện ở vị trí phơi nhiễm ánh sáng, người bệnh làm nhân viên văn phòng cũng không tiền sử tiếp xúc ánh sáng mặt trời trong thời gian dài và cường độ cao. Từ đó, chúng tôi cũng cung cấp một số bằng chứng cho giả thuyết viêm và những liên quan đến bệnh lý chuyển hoá của bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma, gợi nên tính cấp thiết của các nghiên cứu chuyên sâu hơn về cơ chế bệnh sinh theo giả thuyết viêm của căn bệnh da viêm hiếm gặp này.

IV. KẾT LUẬN

Annulaire elastolytic giant cell granuloma là một bệnh da viêm hiếm gặp, cơ chế bệnh sinh và căn nguyên chưa rõ ràng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh này do thấy những biểu hiện lâm sàng

và tiền sử dịch tể cung cấp thêm những bằng chứng mới cho giả thuyết viêm của bệnh. Một số thông tin về người bệnh này cần được lưu ý: người bệnh có tiền sử đái tháo đường, không phơi nhiễm ánh sáng mặt trời trong thời gian dài và cường độ cao, vị trí xuất hiện tổn thương da ở các vùng cơ thể không phơi nhiễm với bức xạ ánh sáng là lòng bàn tay, cạnh bên ngón tay, thay vì các tổn thương điển hình dạng hình nhân, tổn thương của người bệnh lại dạng sần, có mủ và vảy tiết vàng. Trên mô bệnh học, chẩn đoán xác định annulaire elastolytic giant cell granuloma với các hình ảnh ly giải sợi chun, thực bào sợi chun. Thiết nghĩ, cần có nhiều các báo cáo ca lâm sàng và nghiên cứu nhằm mở rộng hiểu biết y học của chúng ta về giả thuyết viêm và các bệnh lý chuyển hoá của căn bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **O'Brien JP.** Actinic Granuloma: An Annular Connective Tissue Disorder Affecting Sun and Heat-Damaged (Elastotic) Skin. *Arch Dermatol.* 1975;111(4): 460. doi:10.1001/archderm.1975.01630160050003
2. **McGrae JD.** Actinic Granuloma: A Clinical, Histopathologic, and Immunocytochemical Study. *Arch Dermatol.* 1986;122(1):43. doi:10.1001/archderm.1986.01660130047023
3. **Kiken DA, Shupack JL, Soter NA, Cohen DE.** A provocative case: phototesting does not reproduce the lesions of actinic granuloma. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2002; 18(6): 315-316. doi:10.1034/j.1600-0781.2002.02773.x
4. **O'Brien JP. Actinic Granuloma: The Expanding Significance: An Analysis of Its Origin in Elastotic ("Aging") Skin and a Definition of Necrobiotic (Vascular), Histiocytic, and Sarcoid Variants.** *Int J Dermatol.* 1985;24(8):473-490. doi:10.1111/j.1365-4362.1985.tb05826.x
5. **Thacker PM.** O'Brien's Granuloma- A Case Report. *J Clin Diagn Res.* Published online 2016. doi:10.7860/JCDR/2016/22772.8675
6. **Parikh SA, Que SKT, Holmes WD, Ferenczi K, Grant-Kels JM, Rothe MJ.** Infiltrated papules on the trunk and headaches: A case of actinic granuloma and a review of the literature. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1(3): 131-135. doi:10.1016/j.ijwd.2015.06.001
7. **Ragaz A, Ackerman AB.** Is actinic granuloma a specific condition? *Am J Dermatopathol.* 1979; 1(1):43-50.
8. **Al-Hoqail IA, Al-Ghamdi AM, Martinka M, Crawford RI.** Actinic Granuloma is a Unique and Distinct Entity: A Comparative Study With Granuloma Annulare. *Am J Dermatopathol.* 2002;24(3): 209-212. doi:10.1097/00000372-200206000-00004
9. **Limas C.** The spectrum of primary cutaneous elastolytic granulomas and their distinction from granuloma annulare: a clinicopathological analysis. *Histopathology.* 2004;44(3):277-282. doi:10.1111/j.0309-0167.2004.01755.x
10. **Stein JA, Fangman B, Strober B.** Actinic granuloma. *Dermatol Online J.* 2007;13(1). doi:10.5070/D3440579JF

KIẾN THỨC VỀ BỆNH SÙI MÀO GÀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH SÙI MÀO GÀ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI NĂM 2020

Vũ Huyền Anh¹, Nguyễn Thị Ngọc Hân¹,
Nguyễn Thị Lan¹, Cao Xuân Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và phân tích một số yếu tố liên quan về bệnh sùi mào gà của người bệnh sùi mào gà được điều trị tại bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 206 người bệnh mắc bệnh sùi mào gà được điều trị tại khoa PT-Laser-VLTL-CSD từ tháng 5-10/2020. Đánh giá mức độ kiến thức về bệnh sùi mào gà của người bệnh thông qua bộ câu hỏi tự xây dựng bao gồm 14 câu hỏi liên quan chủ yếu tới các kiến thức về nguyên

nhân gây bệnh, nguy cơ mắc bệnh, các con đường lây truyền bệnh, triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị, khả năng tái phát, mối liên quan tới virus HPV và các phương pháp phòng tránh. **Kết quả:** 16,5% đối tượng có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà trong khi 62,6% có kiến thức chưa tốt. Kiến thức của người bệnh khá tốt về bệnh ở nhóm tuổi từ 18 đến 40 tuổi cao gấp 2,69 lần so với nhóm trên 40 tuổi với $p < 0,05$. Người bệnh sống ở tỉnh, thành phố có kiến thức đạt cao gấp 2,18 lần người bệnh sống ở nông thôn/miền núi/khác với $p < 0,05$. Người bệnh có trình độ học vấn tốt nghiệp từ trung học phổ thông trở lên có kiến thức khá tốt cao gấp 4,02 lần người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà còn thấp. Kiến thức về bệnh sùi mào gà của đối tượng có liên quan tới nhóm tuổi, học vấn và địa dư.

Từ khóa: kiến thức, sùi mào gà, bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2020

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huyền Anh

Email: huyenanhvu309@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025