

- Otorhinolaryngol, 2008. 72(8): p. 1225-33.
6. **Hoberman, A., et al.,** Shortened Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media in Young Children. *N Engl J Med*, 2016. 375(25): p. 2446-2456.
  7. **de Sévaux, J.L.H., et al.,** Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined, for pain relief in acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023. 8(8): p. Cd011534.
  8. **Taylor, J.A. and J. Jacobs,** Homeopathic ear drops as an adjunct to standard therapy in children with acute otitis media. *Homeopathy*, 2011. 100(3): p. 109-15.
  9. **Chen, Y.J., et al.,** Clinical manifestations and microbiology of acute otitis media with spontaneous otorrhea in children. *J Microbiol Immunol Infect*, 2013. 46(5): p. 382-8.

## ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA TRIỆT PHÁ QUA ỐNG THÔNG RỐI LOẠN NHỊP TIM BẰNG NĂNG LƯỢNG TẦN SỐ RADIO TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Minh Trọng<sup>1</sup>, Hà Ngọc Bản<sup>1</sup>, Hồ Huỳnh Quang Trí<sup>1</sup>  
Nguyễn Trung Quốc<sup>1</sup>, Đỗ Văn Bửu Đan<sup>1</sup>, Lê Phát Tài<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việc điều trị rối loạn nhịp tim đã được cách mạng hóa nhờ khả năng điều trị dứt điểm cho nhiều bệnh nhân bằng triệt phá qua ống thông với tần số radio, thay vì phải dùng thuốc suốt đời. Triệt phá qua ống thông đã phát triển nhanh chóng qua nhiều năm và đến nay đã được chứng minh là liệu pháp đầu tay trong điều trị ở hầu hết bệnh nhân rối loạn nhịp tim có triệu chứng. Tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, việc triệt phá qua ống thông đã được thực hiện trên nhiều phổ bệnh rối loạn nhịp tim khác nhau, tuy nhiên dữ liệu đánh giá tổng thể về tính an toàn và hiệu quả của thủ thuật vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tính an toàn và hiệu quả của triệt phá qua ống thông rối loạn nhịp tim bằng năng lượng có tần số radio tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu các trường hợp rối loạn nhịp tim được triệt phá qua ống thông bằng năng lượng tần số radio từ tháng 5/2022 đến 08/2023 tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tổng số 186 bệnh nhân (BN) liên tiếp, tuổi trung bình 43,38 ± 14,42 tuổi, nữ chiếm 64% (n=119). NNVLNNT chiếm 33,9% (n=63), NNVLNT 10,2% (n=19), hội chứng WPW 26,9% (n=50), NTTT/NNNT 27,4% (n=51) và CN/NNN chiếm 1,6% (n=3). Tỷ lệ thành công chung triệt phá rối loạn nhịp là 98,4% (n=183), trong đó tỷ lệ thành công triệt phá NNVLNT chiếm 100% (n=63), NNVLNT 94,7% (n=18), hội chứng WPW 96% (n=48), NTTT/NNNT 100% (n=51) và CN/NNN 100% (n=3). Thời thủ thuật trung bình là 106 ± 37,39 phút. Tỷ lệ tái phát trong vòng 3 tháng là 1,6% (n=3). Biến chứng thường gặp là tụ máu vùng bẹn là 4,08% (n=8), đau ngực sau thủ thuật 5,37% (n=10), rung nhĩ hay block nhĩ thất thoáng qua 5,92%

(n=11 BN), chèn ép tim 0,005% (n=1), không xảy ra trường hợp block nhĩ thất cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn (0%) và tử vong (0%). **Kết luận:** Triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông với tần số radio có tỷ lệ thành công cao, biến chứng và tỷ lệ tái phát thấp. Những phát hiện này hỗ trợ chiến lược triệt phá qua ống thông như liệu pháp đầu tay ở những bệnh nhân rối loạn nhịp tái phát có triệu chứng. **Từ khóa:** Rối loạn nhịp tim, an toàn và hiệu quả, triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông bằng tần số radio

**Viết tắt:** NNVLNNT: Nhịp nhanh trên thất vào lại nút nhĩ thất, NNVLNT: nhịp nhanh trên thất vào lại nhĩ thất, NNN-CN: nhịp nhanh nhĩ-cường nhĩ, NTTT: ngoại tâm thu thất, NNT: nhịp nhanh thất.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE SAFETY AND EFFECTIVENESS OF RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION OF CARDIAC ARRHYTHMIAS AT THE HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

**Background:** The treatment of cardiac arrhythmias has been revolutionized by the ability to definitively treat many patients with radiofrequency catheter ablation, rather than requiring lifelong medication. Catheter ablation has evolved rapidly over the years and has now proven to be a first-line therapy in the treatment of patients with symptomatic arrhythmias. At the Heart Institute of Ho Chi Minh City, catheter ablation has been performed across a wide spectrum of arrhythmias, but overall data on the efficacy and safety of the procedure are still limited.

**Objective:** To determine the efficacy and safety of radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias at the Heart Institute of Ho Chi Minh City.

**Methods:** Prospective cohort study of cardiac arrhythmias who underwent catheter ablation from May 2022 to August 2023 at the Heart Institute of Ho Chi Minh City. **Results:** A total of 186 consecutive patients (pts), average age 43.38 ± 14.42 years old, 64% female (119 pts). AVNRT accounted for 33.9% (63 pts), AVRT 10.2% (19 pts), WPW syndrome

<sup>1</sup>Viện Tim TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phát Tài

Email: drlephattai@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

26.9% (50 pts), PVC/VT 27.4% (51 pts) and AFL/AT accounted for 1, 6% (3 pts). The overall success rate of Radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias is 98.4% (183 pts), in which the success rate of AVNRT ablation is 100% (63 pts), AVRT 94.7% (18 pts), WPW syndrome 96% (48 pts), PVC/VT 100% (51 pts) and AFL/AT 100% (3 pts). The average procedure time was  $106 \pm 37.39$  minutes. The recurrence rate within 3 months is 1.6% (3 pts). Common complications are inguinal hematoma 4.08% (8 pts), chest pain after the procedure 5.37% (10 pts), transient atrial fibrillation or atrioventricular block 5.92% (11 pts), cardiac tamponade 0.005% (1 pt), no cases of atrioventricular block requiring permanent pacemaker placement (0%) and procedure-related death (0%). **Conclusion:** Radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias has a high success rate, low complication and recurrence rate. These findings support a catheter ablation strategy as first-line therapy in patients with symptomatic recurrent arrhythmias. **Keywords:** Arrhythmia, safety and effectiveness, radiofrequency catheter ablation of cardiac arrhythmias.

**Abbreviations:** AVNRT, Atrioventricular nodal reentrant tachycardia; AVRT, atrioventricular reentry tachycardia; WPW, Wolff-Parkinson-White; PVC, premature ventricular contractions; VT, Ventricular tachycardia, AFL, Atrial Flutter; AT, atrial tachycardia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tiến bộ đa dạng về công nghệ trong triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông không chỉ khiến nó trở thành một liệu pháp hiệu quả và an toàn hơn mà còn đặt nền móng cho điều trị các chứng rối loạn nhịp tim phức tạp như rung nhĩ và nhịp nhanh thất ngày càng hiệu quả. Ngày nay, triệt phá qua ống thông có thể được coi là liệu pháp điều trị hàng đầu cho hầu hết các rối loạn nhịp nhanh. Tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh, việc triệt phá qua ống thông đã được thực hiện trên nhiều phổ bệnh rối loạn nhịp tim khác nhau, tuy nhiên dữ liệu đánh giá tổng thể về tính an toàn và hiệu quả của thủ thuật vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của triệt phá rối loạn nhịp tim bằng năng lượng tần số radio qua đường ống thông tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh*". Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tính an toàn và hiệu quả của triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông bằng năng lượng có tần số radio tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Dân số nghiên cứu:** BN rối loạn nhịp tim như NNVLNNT, NNVLNT, NNN, CN, NTTT và NNT có chỉ định khảo sát và triệt phá qua ống thông.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả BN rối loạn nhịp thuộc dân số nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ các tiêu chí sau:

- BN được triệt phá qua ống thông ngừng thuốc chống loạn nhịp trước thủ thuật ít nhất 3 lần thời gian bán hủy của thuốc (ngoại trừ amiodarone).

- Có đầy đủ dữ liệu các biến số khảo sát về lâm sàng và cận lâm sàng như điện tâm đồ (ĐTĐ) chuẩn 12 chuyển đạo, ĐTĐ trong cơn, holter ĐTĐ

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:** BN bị loại khỏi nghiên cứu nếu có bất kỳ yếu tố sau

- Đau thắt ngực không ổn định hay nhồi máu cơ tim cấp.

- Suy tim sung huyết mất bù cấp tính không phải do rối loạn nhịp tim,

- Rối loạn đông máu, huyết khối tĩnh mạch chi dưới cấp tính, không thể tiếp cận đường vào tĩnh mạch.

- Nhiễm trùng huyết (ngghi ngờ hoặc đang diễn tiến)

- Bệnh án không đầy đủ dữ liệu về lâm sàng hoặc không đủ các thông số

**2.1.4. Thời gian và địa điểm:** Nghiên cứu được thu thập số liệu từ tháng 04/2022 đến tháng 09/2023 tại Viện Tim TP. Hồ Chí Minh.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu (Prospective Cohort Study) có phân tích biến số tái phát theo thời gian.

**2.2.2. Cỡ mẫu.** Chọn mẫu theo phương pháp liên tiếp các bệnh nhân thỏa tiêu chí, trong nghiên cứu chúng tôi lấy trọn 186 BN.

**2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm IBM SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu.

Phân tích các biến số kết cục lâm sàng theo thời gian gồm cả biến chứng và tái phát trong quá trình theo dõi.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Tổng số có 186 BN liên tiếp với độ tuổi trung bình  $43,38 \pm 14,42$  tuổi, nữ chiếm 64% (n=119). Trong đó NNVLNNT chiếm 33,9% (n=63), NNVLNT 10,2% (n=19), hội chứng WPW 26,9% (n=50), NTTT/NNT 27,4% (n=51) và CN/NNN chiếm 1,6% (n=3). Tỷ lệ bệnh tim cấu trúc (bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim, bệnh van tim) và suy tim với phân suất tống máu giảm (EF<50%) lần lượt là 16,67% (n=31) và 4,83% (n=9). Thời thủ thuật trung bình là  $106 \pm 37,39$  phút.

**3.2. Tỷ lệ thành công của thủ thuật triệt phá qua ống thông.** Tỷ lệ thành công chung của thủ thuật triệt phá rối loạn nhịp qua ống thông bằng năng lượng tần số radio là 98,4% (n=183). Tỷ lệ thành công trên từng loại bệnh được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1: Tỷ lệ thành công của thủ thuật triệt phá qua ống thông**

Biến số	N	Tỷ lệ %
Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất	63	100
Nhịp nhanh vào lại nhĩ thất	18	94,7
Hội chứng WPW	48	96
Ngoại tâm thu thất/Nhịp nhanh thất	51	100
Cuồng nhĩ/Nhịp nhanh nhĩ	3	100

**3.3. Tỷ lệ biến chứng, tái phát và các yếu tố liên quan**

**Bảng 2: Tỷ lệ biến chứng của thủ thuật triệt phá qua ống thông**

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Tụ máu vùng bẹn	8	4,08
Đau ngực sau thủ thuật	10	5,37
Rung nhĩ hay blocc nhĩ thất thoáng qua	11	5,92
Blocc nhĩ thất cần đặt máy tạo nhịp	0	0
Chèn ép tim	1	0,005
Tử vong	0	0

Tỷ lệ tái phát trong thời gian 3 tháng sau triệt phá là 2,7% (n=5) trong đó gồm 2 trường hợp hội chứng WPW, 2 trường hợp NTTT đa dạng và 1 trường hợp NNVLNT.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.** Trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn nhịp tim phổ biến nhất được điều trị bằng triệt phá qua ống thông là NNVLNNT (33,9%), tiếp theo là NTTT/NTT (27,4%), hội chứng WPW (26,9%), NNVLNT (10,2%) và thấp nhất là CN/NNN (1,6%). Độ tuổi trung bình khi BN triệt phá loạn nhịp là  $43,38 \pm 14,42$  tuổi và đa số là nữ giới (chiếm 64%). Nghiên cứu của tác giả Florian Doldi và cộng sự trên 10037 bệnh nhân triệt phá nhịp nhanh trên thất từ năm 2005-2020 tại ba trung tâm tim mạch lớn ở Đức. Kết quả cho thấy tuổi trung bình là 64;  $\pm 15$  tuổi; nữ 68%<sup>2</sup>. So với tác giả Florian Doldi, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phân bố nữ giới tương đương nhau, tuy nhiên độ tuổi trung bình thấp hơn. Nghiên cứu của Yuan Lin và cộng sự trên 19.475 bệnh nhân triệt phá rối loạn nhịp qua ống thông từ năm 2001-2010 tại Đài Loan. Kết quả cho thấy tỷ lệ NKKPTT là 56,7%, hội chứng WPW 13,5%, CN 9,5%, rung nhĩ 5,1% và NNT

kéo dài là 2,7%<sup>1</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ NKKPTT (gồm NNVLNNT, NNVLNT, CN/NNN) thấp hơn trong nghiên cứu của Yuan Lin, tuy nhiên tỷ lệ hội chứng WPW cao hơn (45,7% so với 56,7% và 26,9% so với 13,5%).

**4.2. Tỷ lệ thành công, biến chứng và tái phát của triệt phá rối loạn nhịp tim qua ống thông.** Tỷ lệ thành công chung của thủ thuật triệt phá rối loạn nhịp qua ống thông bằng năng lượng tần số radio tại trung tâm của chúng tôi là 98,4% (n=183). Tác giả Ibrahim Ali Sherdia và cộng sự thực hiện phân tích trên 11 nghiên cứu đoàn hệ với tổng số 5537 bệnh nhân hội chứng WPW. Kết quả cho thấy tỷ lệ thành công của triệt phá qua ống thông là 94,1% (KTC 95%: 92,3-95,9;  $p < 0,001$ )<sup>7</sup>. So với nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công này thấp hơn (94,1% so với 96%).

Tỷ lệ mắc các biến chứng và tử vong của triệt phá rối loạn nhịp qua ống thông khác nhau tùy theo loại thủ thuật và rất có thể là kinh nghiệm của từng trung tâm. Khi triệt phá rối loạn nhịp qua ống thông đang dần được thiết lập như liệu pháp hàng đầu, việc đánh giá thêm về tỷ lệ biến chứng sau thủ thuật rất quan trọng đối với chất lượng điều trị. Tỷ lệ biến chứng của thủ thuật triệt phá qua ống thông trong nghiên cứu của chúng tôi gồm tụ máu vùng bẹn 4,08% (n=8), đau ngực sau thủ thuật 5,37% (n=10), rung nhĩ hay blocc nhĩ thất thoáng qua 5,92% (n=11), chèn ép tim 0,005% (n=1) và không có trường hợp nào xảy ra blocc nhĩ thất cần đặt máy tạo nhịp hay tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các mô hình biến chứng khác nhau ở các nhóm rối loạn nhịp tim. Trong quá trình thực hiện thủ thuật, triệt phá NNVLNNT dễ gây blocc nhĩ thất thoáng qua, trong khi đối với triệt phá đường phụ trong hội chứng WPW hay NNVLNT dễ gây rung nhĩ hơn so với các rối loạn nhịp khác. Blocc nhĩ thất cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn và tràn máu màng tim gây chèn ép được coi là biến chứng chính của thủ thuật triệt phá rối loạn nhịp. Trong dân số nghiên cứu chỉ xảy ra blocc nhĩ thất thoáng qua (tự hồi phục trước khi ra viện) và 1 trường hợp tràn máu màng tim gây chèn ép cần phải dẫn lưu.

Tái phát vẫn còn là mối lo ngại sau khi triệt phá các rối loạn nhịp, đặc biệt triệt phá đường phụ trong NNVLNT. Theo kết quả phân tích của Ibrahim Ali Sherdia và cộng sự, tỷ lệ tái phát là 6,2% (KTC 95%:4,5-7,8;  $p < 0,001$ ) và tỷ lệ biến chứng chung của thủ thuật là 1% (KTC 95%:0,4-1,5;  $p < 0,001$ )<sup>7</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát chung trong thời gian

theo dõi 3 tháng sau triệt phá là 2,7% (n=5) trong đó tỷ lệ tái phát đối với triệt phá đường phụ (gồm hội chứng WPW và NNVLNT) là chiếm 4%, tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Dionne A và cộng sự (12%). Cũng theo tác giả này, những yếu tố liên quan đến tái phát là tuổi trẻ, bệnh tim bẩm sinh, nhiều đường phụ, vị trí đường phụ (bên phải và sau vách cao hơn so với bên trái), triệt phá với mức <50 W, thời gian triệt phá <90 giây<sup>3</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Triệt phá qua ống thông rối loạn nhịp tim bằng năng lượng có tần số radio hiện là một phương pháp điều trị được thiết lập cho nhiều bệnh nhân rối loạn nhịp và nó ngày càng được coi là liệu pháp đầu tay vì có tỷ lệ thành công cao, tỷ lệ tái phát và biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lin Y, Wu HK, Wang TH, Chen TH, Lin YS. Trend and risk factors of recurrence and complications after arrhythmias radiofrequency catheter ablation: a nation-wide observational study in Taiwan. *BMJ Open*. 2019;9(5):e023487. Published 2019 May 30. doi:10.1136/bmjopen-2018-023487
2. Doldi F, Geßler N, Anwar O, et al. In-hospital mortality and major complications related to radiofrequency catheter ablations of over 10 000 supraventricular arrhythmias from 2005 to 2020: individualized case analysis of multicentric administrative data. *Europace*. 2023;25(1):130-136. doi:10.1093/europace/euac146
3. Dionne A, Gauvreau K, O'Leary E, et al. Risk Factors for Early Recurrence Following Ablation for Accessory Pathways: The Role of Consolidation Lesions. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2020; 13(11): e008848. doi:10.1161/CIRCEP.120.008848
4. Lüscher TF. Supraventricular and ventricular tachycardias: risk factors, drugs, and ablation. *Eur Heart J*. 2017;38(17): 1271-1274. doi:10.1093/eurheartj/ehx179
5. Althoff TF, Mont L. Catheter ablation of supraventricular tachycardias-a success story. *Europace*. 2023; 25(1):4-5. doi:10.1093/europace/euac180
6. Chang SL, Tai CT, Lin YJ, et al. Electrophysiological characteristics and catheter ablation in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia and paroxysmal atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2008;19(4): 367-373. doi: 10.1111/j.1540-8167.2007.01065.x
7. Ibrahim Ali Sherdia AF, Abdelaal SA, Hasan MT, et al. The success rate of radiofrequency catheter ablation in Wolff-Parkinson-White-Syndrome patients: A systematic review and meta-analysis. *Indian Heart J*. 2023;75(2):98-107. doi:10.1016/i.ihj.2023.02.001
8. Lương Cao Sơn, Tôn Thất Minh, Đặng Văn Phước. Hiệu quả và an toàn của cắt đốt nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất bằng năng lượng tần số radio ở người cao tuổi tại bệnh viện Đại học Y được TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2023; 525,(1B),137-141

## NHIỄM NẤM NÔNG Ở TỔN THƯƠNG DA CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trần Cẩm Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Sáu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng nhiễm nấm nông trên tổn thương da của bệnh nhân vảy nến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2016 - 12/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định vảy nến và được thực hiện xét nghiệm soi trực tiếp tìm nấm. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm nấm nông trên da của bệnh nhân vảy nến là 9,4%, không có sự khác biệt về tuổi, giới giữa nhóm có nhiễm nấm và không nhiễm nấm. Nấm Dermatophytes thường gặp với tỉ lệ 42%, tiếp theo là nấm Malassezia 34,9% và nấm Candida chiếm tỉ lệ

thấp nhất 23,1%. Tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia ở thể thông thường cao hơn so với các nhóm còn lại với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ nhiễm nấm Dermatophytes ở thể mù cao hơn so với các nhóm còn lại với  $p < 0,05$ . Nhiễm nấm Candida gặp ở tất cả các thể lâm sàng. **Kết luận:** Nhiễm nấm nông trên tổn thương da của bệnh nhân vảy nến thường gặp, chủ yếu do nấm Dermatophytes, nấm Malassezia và nấm Candida.

**Từ khóa:** nấm nông, vảy nến

### SUMMARY

#### SUPERFICIAL FUNGAL INFECTION ON SKIN LESION OF PATIENT WITH PSORIASIS AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

**Objectives:** To investigate the prevalence of superficial fungal infection on skin lesion of patient with psoriasis at National hospital of Dermatology and Venereology from January 2016 to December 2019. **Population and methods:** Cross-sectional

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu trung ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: trancamvan.dl@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024