

HIỆU QUẢ ÁP DỤNG GÓI HỒI SỨC 1 GIỜ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Vũ Đình Phú^{1,2}, Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Đặng Bá Toá³

TÓM TẮT

Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng suy đa cơ quan, tụt huyết áp dẫn tới giảm tưới máu mô với tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. **Mục tiêu:** Phân tích hiệu quả việc áp dụng gói hồi sức 1 giờ trong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Phương pháp:** Phân tích tiền cứu, so sánh kết quả điều trị trên 2 nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có áp dụng và không áp dụng gói hồi sức 1 giờ. **Kết quả:** Sốc nhiễm khuẩn là bệnh lý nặng, tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn cao (60,2%), đường vào chủ yếu từ đường tiêu hóa (36,7%), nam giới chiếm chủ yếu (71,4%). Tỉ lệ áp dụng hoàn toàn gói 1h hồi sức sốc nhiễm khuẩn ban đầu trên người bệnh đạt tỉ lệ cao 77,6%, biện pháp được thực hiện nhiều nhất là cấy máu trước khi dùng kháng sinh (100,0%), thấp nhất là bù dịch ít nhất 30 ml/kg trong giờ đầu (68,0%). Tỉ lệ tử vong lúc ra viện là 60,2%, trong đó tỉ lệ người bệnh tử vong ở nhóm hoàn thành gói 1h là 54,0% thấp hơn so với nhóm không hoàn thành gói 1h là 81,8%. **Kết luận:** Gói hồi sức sớm 1 giờ có hiệu quả giúp làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Từ khóa:** Sốc nhiễm khuẩn, hồi sức sốc nhiễm khuẩn

SUMMARY

EFFICIENCY APPLICATION OF HOUR-1 BUNDLE IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Septic shock is a multi-organ failure, hypotension leading to tissue hypoperfusion with a high mortality rate if not treated promptly. **Objectives:** To analyze the effectiveness of the application of a hour -1 bundle in patients with septic shock. **Methods:** Prospective analysis, comparing treatment results on 2 groups of septic shock patients with and without the hour - 1 bundle. **Results:** Septic shock is a serious disease, the mortality rate in our study is still high (60.2%), the main entrance is from the gastrointestinal tract (36.7%), male accounts for mainly (71.4%). The rate of complete application of the hour - 1 bundle of initial septic shock resuscitation on patients was high at 77.6%, the most common measure was blood culture before antibiotics (100.0%), low especially fluid

resuscitation of at least 30 ml/kg in the first hour (68.0%). The mortality rate at hospital discharge was 60.2%, of which the mortality rate in the group that completed the 1-hour package was 54.0%, which was 81.8% lower than that in the group that did not complete the hour - 1 bundle. **Conclusion:** 1-hour early resuscitation package is effective in reducing mortality in patients with septic shock. **Keywords:** Septic shock, septic shock resuscitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng đáp ứng toàn thân của cơ thể đối với vi khuẩn và độc tố của vi khuẩn gây bệnh, dẫn đến tình trạng tụt huyết áp đi đôi với tình trạng suy đa cơ quan, phủ tạng do thiếu máu, thiếu oxy tổ chức dù đã bù đủ khối lượng tuần hoàn. Sốc nhiễm khuẩn là một trong những bệnh cảnh gây tử vong hàng đầu cho các người bệnh điều trị tại các khoa Cấp cứu và khoa Hồi sức tích cực. Việc chẩn đoán và điều trị, tiên lượng sốc nhiễm khuẩn càng sớm càng làm giảm tỉ lệ tử vong và ngược lại. Áp dụng gói hồi sức sớm theo mục tiêu đã tác động đáng kể đến giảm tỉ lệ tử vong liên quan đến nhiễm khuẩn huyết. Việc áp dụng các biện pháp xử trí ban đầu sốc nhiễm khuẩn trong lâm sàng đã giúp cải thiện tỉ lệ sống ở người bệnh, tuy nhiên tỉ lệ áp dụng này trên thế giới chưa cao. Yutaka và cộng sự (2022) nghiên cứu 178 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết [1]. Trong số đó, 89 người được chăm sóc theo gói. Tỷ lệ hoàn thành tất cả các thành phần trong vòng 1 giờ là 50%. Tại Việt Nam, Tác giả Trần Thị Kim Uyên (2021) tại bệnh viện Nhi đồng 2, tỷ lệ áp dụng gói hồi sức trong giờ đầu là 29,4% [2]. Việc áp dụng gói hồi sức 1 giờ với bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đã cho thấy những hiệu quả tốt tại các đơn vị hồi sức cấp cứu tại Việt Nam nhưng các nghiên cứu về vấn đề này chưa nhiều. Bởi vậy, để cung cấp thêm bức tranh hồi sức sớm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của việc áp dụng gói hồi sức sớm 1 giờ tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao gồm 98 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi > 16, không phân biệt giới tính
- Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn dựa theo SSC 2016:

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Thân Mạnh Hùng

Email: hungykhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024

+ Bằng chứng của nhiễm khuẩn hoặc cấy máu dương tính

+ Rối loạn chức năng cơ quan được đánh giá bằng thang điểm SOFA, thay đổi cấp tính ≥ 2 điểm.

+ Tụt huyết áp (huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm > 40 mmHg so với huyết áp cơ bản của người bệnh) đòi hỏi phải dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và lactat > 2 mmol/l mặc dù đã bù dịch đầy đủ.

- Thời gian từ khi có dấu hiệu sốc hoặc nghi ngờ sốc nhiễm khuẩn đến khi vào viện không quá 3 giờ

2.2. Phương pháp: Tiến cứu phân tích

2.3. Tiến hành nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được thăm khám, đánh giá các triệu chứng lâm sàng và ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu. Các thăm khám lâm sàng và xét nghiệm được đánh giá hàng ngày và hàng giờ tùy vào tình trạng bệnh nhân. Tiến hành so sánh các chỉ số về lâm sàng, cận lâm sàng, các can thiệp cũng như kết quả điều trị giữa 2 nhóm có áp dụng và không áp dụng gói hồi sức 1 giờ

2.4. Phân tích số liệu: Bảng phần mềm SPSS 26.0 và các thuật toán ứng dụng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 98 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó nhóm hoàn thành gói 1 giờ là 76 bệnh nhân, nhóm không hoàn thành là 22 bệnh nhân. Nam giới chiếm chủ yếu (71,4%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55 \pm 15,6$ tuổi

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng**

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng 2 nhóm

Đặc điểm	Hoàn thành (n=76)	Không hoàn thành (n=22)	p
Rối loạn tri giác (Glasgow < 15 điểm)	41	8	0,305 ^a
Điểm SOFA lúc sốc	$10,5 \pm 3,65$	$10,6 \pm 3,35$	0,444 ^a
Huyết áp trung bình	$54,17 \pm 7,71$	$56,32 \pm 7,71$	0,253 ^a
Mạch trung bình	$124,7 \pm 8,65$	$122,6 \pm 3,35$	0,155 ^a
Nổi vân tím	13	3	0,077 ^a

^a: T- test

Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm hoàn thành và không hoàn thành gói hồi sức sớm 1 giờ.

- **Đặc điểm cận lâm sàng**

Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng thời điểm bắt đầu sốc

Đặc điểm	Hoàn thành (n=76)	Không hoàn thành (n=22)	p
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	≥ 120 X \pm SD 168,2 \pm 116,3	11 (50%) 163,6 \pm 158,7	0,083 ^a
ALT (UI/L)	> 40 X \pm SD 157 \pm 105	60 (78,9%) 12(57,1%) 172 \pm 116	0,217 ^a
BiITP ($\mu\text{mol/L}$)	> 17 X \pm SD 187 \pm 166	58(76,3%) 9 (40,9%) 157 \pm 143	0,397 ^a
Tiểu cầu (T/l)	< 150 X \pm SD 107 \pm 102	55 (72,4%) 17 (77,3%) 112 \pm 108	0,65 ^a
PT (%)	< 70 X \pm SD 53 \pm 25,6	62(81,6%) 14(66,6%) 50 \pm 22,4	0,127 ^a
D-dimer (ng/ml)	> 1000 X \pm SD 13100 \pm 12275	75 (98,7%) 21(95,5%) 8150 \pm 7213	0,705 ^a
PCT (ng/ml)	> 10 X \pm SD 35,4 \pm 31,8	65(85,5%) 7(31,8%) 22,1 \pm 29,2	0,081 ^a

^a: T- test

Tại thời điểm bắt đầu sốc, có sự khác biệt về các chỉ số tiểu cầu, PT, D-dimer > 1000 cũng như PCT > 10 ng/ml giữa 2 nhóm, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng 3 ngày sau sốc

Đặc điểm	Hoàn thành (n=76)	Không hoàn thành (n=22)	p
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	≥ 120 X \pm SD 172,2 \pm 118,3	45 (59,2%) 16 (21,1%) 166,6 \pm 161,7	0,053 ^a
ALT (UI/L)	> 40 X \pm SD 146 \pm 109	66(86,8%) 15 (68,2%) 182 \pm 152	0,306 ^a
BiITP ($\mu\text{mol/L}$)	> 17 X \pm SD 172 \pm 158	55 (72,4%) 17(77,3%) 197 \pm 182	0,164 ^a
Tiểu cầu (T/l)	< 150 X \pm SD 104 \pm 98	69 (90,8%) 14(63,6%) 115 \pm 106	0,45 ^a
PT (%)	< 70 X \pm SD 56 \pm 27,1	72(94,7%) 16(72,3%) 54 \pm 23,7	0,127 ^a
D-dimer (ng/ml)	> 1000 X \pm SD 12100 \pm 11275	65(85,5%) 19(86,4%) 10150 \pm 9225	0,623 ^a
PCT (ng/ml)	> 10 X \pm SD 33,6 \pm 30,5	62(81,6%) 13(59,1%) 24,2 \pm 22,6	0,053 ^a

^a: T- test

Thời điểm 3 ngày sau sốc nhiễm khuẩn, có sự khác biệt giữa 2 nhóm về mức độ tổn thương các tạng như: thận, gan, đông máu...nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Các biện pháp can thiệp và kết quả điều trị

Bảng 3.4. Kết quả điều trị

Đặc điểm		Hoàn thành (n=76)	Không hoàn thành (n=22)	Chung (n=98)	P
Hỗ trợ hô hấp	Thở máy	51 (67,1%)	19 (86,4%)	70 (71,4%)	0,08 ^a
	Thở Oxy	25 (32,9%)	3 (13,6%)	28 (28,6%)	
Lọc máu	Có	35 (46,1%)	12 (54,5%)	47 (47,9%)	0,494 ^a
	Không	41 (53,9%)	10 (45,5%)	51 (52,1%)	
Truyền máu	Có	47 (61,8%)	12 (54,5%)	59 (60,2%)	0,543 ^a
	Không	29 (38,2%)	10 (45,5%)	39 (39,2%)	
Tử vong	Số lượng	41	18	59	0,015 ^a
	Tỷ lệ %	53,9%	81,8%	60,2%	

^a: T- test

Bệnh nhân nhóm hoàn thành gói mục tiêu 1 giờ cần mức độ hỗ trợ hô hấp cũng như lọc máu thấp hơn nhóm không hoàn thành, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ tử vong ở nhóm hoàn thành gói mục tiêu thấp hơn hẳn nhóm không hoàn thành (53,9% so với 81,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam cao hơn nữ, trong đó nam chiếm tỉ lệ là 71,4%, tương tự so với các tác giả như Trần Văn Quý 2019 nghiên cứu tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương là 78,1% [3], Bùi Thị Hương Giang nghiên cứu tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai là 67,9% [4], Xiao Zhou và cộng sự năm 2021 tại Trung quốc là 64,3%, Chudapa và cộng sự năm 2021 là 53,6% [5]

Về vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát gặp nhiều nhất là ổ bụng (36,7%), tiếp theo là hệ hô hấp (26,5%), khác hay không rõ ổ nhiễm khuẩn cũng gặp tỉ lệ tương đối cao (23,5%), da, mô mềm (12,2%), thần kinh trung ương ít gặp nhất (1,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp trong nghiên cứu Enrico C (2012) nghiên cứu tại Argentina cho thấy đường vào đường tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất là 39%, tiếp theo là đường hô hấp và tiết niệu lần lượt là 30% và 17% [6].

Trong nghiên cứu này, giá trị trung bình của mạch là $123,1 \pm 19,6$ lần/phút, trong đó có 96,9% người bệnh có biểu hiện mạch nhanh, kết quả này tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang (2016) nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở người bệnh sốc

nhiễm khuẩn cho thấy giá trị trung bình của mạch là 125 ± 21 lần/phút, trong đó người bệnh có mạch nhanh chiếm 96% [4], giá trị trung bình của mạch trong nghiên cứu của Gretchen Sacha và cộng sự (2022) là $109 \pm 35,1$ lần/phút.

- Rối loạn ý thức là một trong những dấu hiệu sớm của nhiễm khuẩn, nó phản ánh tình trạng thiếu oxy não do giảm tưới máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50 % người bệnh có biểu hiện của rối loạn ý thức. Theo Trần Văn Quý (2019) nghiên cứu trên 73 người bệnh sốc nhiễm khuẩn thì số người bệnh có thay đổi ý thức chiếm 48,0% [3]. Chức năng thận trong nghiên cứu thì người bệnh suy thận chiếm tỷ lệ 52,0%, giá trị trung bình của creatinin là $167,2 \pm 126,2$ $\mu\text{mol/l}$, thấp hơn so với nghiên cứu của Beck V năm 2014 trên 6514 người bệnh sốc nhiễm khuẩn là 219 ± 181 $\mu\text{mol/l}$ [6]. Như vậy, ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn gặp nhiều trường hợp suy thận tăng creatinin.

4.2. Thực trạng áp dụng gói 1 giờ trong sốc nhiễm khuẩn. Về gói 1h hồi sức sốc nhiễm khuẩn: trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ áp dụng hoàn toàn các biện pháp xử trí ban đầu giờ đầu tiên trong sốc nhiễm khuẩn là 77,6%, không hoàn thành là 22,4%. Tỉ lệ áp dụng từng thành phần của các gói cũng có sự khác biệt. Trong đó cấy máu trước dùng kháng sinh được tiến hành thường xuyên nhất (100,0%), tiếp đến là đo nồng độ lactat (96,9%), dùng vận mạch (92,9%), kháng sinh phổ rộng thích hợp (90,8%) và cuối cùng là bù dịch ít nhất 30 ml/kg (84,7%).

Tình hình tuân thủ gói hồi sức sốc nhiễm khuẩn giờ đầu không giống nhau tại các nước trên thế giới. Trần Thị Kim Uyên năm 2021 nghiên cứu 68 trẻ em bị sốc nhiễm khuẩn nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng 2 Thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ áp dụng gói hồi sức trong giờ đầu là 29,4%; 94,1% tuân thủ thiết lập đường truyền tĩnh mạch trong vòng 5 phút; 35,3% tuân thủ phác đồ về hồi sức dịch; 94,1% tuân thủ kháng sinh phù hợp trong vòng 60 phút; 98,5% tuân thủ cấy máu trước khi cho kháng sinh; 64,7% tuân thủ phác đồ về vận mạch [2]. Yutaka và cộng sự năm 2022 ở Nhật Bản nghiên cứu 178 người bệnh nhiễm trùng huyết. Trong số đó, 89 người được chăm sóc theo gói. Tỷ lệ hoàn thành tất cả các thành phần trong vòng 1 giờ là 50%. Tỷ lệ hoàn thành của từng thành phần (đo nồng độ lactat, cấy máu, dùng kháng sinh phổ rộng, bù dịch tinh thể, dùng thuốc vận mạch) trong vòng 1 giờ lần lượt là 98,9%, 86,2%, 51,1%, 94,9% và 69,1% [1].

4.3. Hiệu quả của gói 1 giờ tới kết quả

điều trị người bệnh sốc nhiễm khuẩn. Phân tích bảng 3.4 và 98 người bệnh thực hiện các biện pháp xử trí hồi sức ban đầu của chúng tôi: Về điều trị thở máy, lọc máu, người bệnh sốc nhiễm khuẩn nhập viện chủ yếu ở trong tình trạng suy hô hấp nặng và bệnh cảnh suy đa tạng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 71,4% trường hợp phải thở máy và 48,0% trường hợp được lọc máu liên tục. Tuy nhiên không có sự khác biệt giữa nhóm hoàn thành các biện pháp xử trí ban đầu giờ đầu tiên trong sốc nhiễm khuẩn và nhóm không hoàn thành ($p > 0,05$); về tỉ lệ tử vong lúc ra viện là 60,2% thấp hơn so với nghiên cứu của Schmidt de Oliveira- Netto A.C năm 2019 [7], trong số 50 người bệnh sốc nhiễm khuẩn thì tỉ lệ tử vong là 68%, một nghiên cứu dịch tễ học tại Thổ Nhĩ Kỳ năm 2018, cho thấy tỉ lệ tử vong là 75,9%, tương tự nghiên cứu của Tapio Hellman năm 2021 sốc nhiễm trùng có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhiễm trùng huyết nói chung, với tỉ lệ tử vong theo dõi tại ICU, bệnh viện và một năm nằm trong khoảng 37– 47%, 39 – 56% và 60 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm áp dụng hoàn toàn gói 1h ban đầu tỉ lệ tử vong là 41/76 (54%) thấp hơn so với nhóm áp dụng không hoàn toàn gói 1h hồi sức ban đầu là 18/22 (81,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$ (Bảng 3.4)

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ áp dụng hoàn toàn gói 1h hồi sức sốc nhiễm khuẩn ban đầu là 77,6%, cấy máu trước khi dùng kháng sinh (100,0%), bù dịch ít nhất

30 ml/kg trong giờ đầu (68,0%). Can thiệp hồi sức: Đặt NKQ thở máy: 71,4%, lọc máu: 48%, xử trí các rối loạn đông máu: 60,2%

Việc áp dụng gói hồi sức sớm 1 giờ giúp làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Umamura, Y., T. Abe, H. Ogura, et al.,** (2022). Hour-1 bundle adherence was associated with reduction of in-hospital mortality among patients with sepsis in Japan. PLOS ONE, 17(2), e0263936.
2. **Nguyễn Hữu Luân and Trần Thị Kim Uyên,** (2021). Tỷ lệ hoàn thành gói hồi sức trong giờ đầu và các kết cục liên quan ở trẻ sốc nhiễm khuẩn. Y học Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Trần Văn Quý,** (2019). Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn điều trị tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội;.
4. **Giang, B.T.H.,** (2016). Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; .
5. **Zhou, X., N. Zeng, P. Liu, et al.,** (2021). Sex Differences in In-hospital Mortality of Patients With Septic Shock: An Observational Study Based on Data Analysis From a Cover Sheet of Medical Records in Beijing. Frontiers in Medicine, 8, 733410.
6. **De Backer, D., J. Creteur, M.-J. Dubois, et al.,** (2006). The effects of dobutamine on microcirculatory alterations in patients with septic shock are independent of its systemic effects. Critical care medicine, 34(2), 403-408.
7. **Beck, V., D. Chateau, G. Bryson, et al.,** (2014). Timing of vasopressor initiation and mortality in septic shock: A cohort study. Critical care (London, England), 18, R97.
8. **Hellman, T., P. Uusalo, and M. Jarvisalo,** (2021). Renal Replacement Techniques in Septic Shock. International Journal of Molecular Sciences, 22.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LANG BEN Ở TRẺ NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trương Văn Huân^{1,2}, Trần Cẩm Vân¹, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lang ben ở trẻ nhũ nhi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 51 trẻ từ 2-24 tháng tuổi đến khám tại bệnh viện da liễu Trung ương

từ 12/2022 đến 07/2023 được chẩn đoán bệnh lang ben. **Kết quả:** Phần lớn trẻ trong độ tuổi ≤ 12 tháng tuổi, chiếm hơn 80%, tỷ lệ nam/nữ là 2,4/1. Vị trí thương tổn ở cổ xuất hiện phổ biến nhất (76,5%), tiếp đến là lưng (41,2%), mặt (37,3%), ngực (27,5%). 9/51 trẻ (17,6%) có vảy da ở tổn thương. 84,3% trẻ có dát giảm sắc tố, 11,8% có dát hồng và 3,9% có dát tăng sắc tố. Đa số trẻ có diện tích thương tổn dưới 10% (94,1%). 84,3% trẻ có nấm mốc khi nuôi cấy. Loài nấm *M. furfur* chiếm tỷ lệ cao nhất (29,4%), *M. globosa* (15,7%) và 37,3% trường hợp có kết quả tạp nhiễm. **Kết luận:** Bệnh lang ben ở trẻ nhũ nhi không phải hiếm gặp. Các dát giảm sắc tố là biểu hiện lâm sàng chính và vị trí bị ảnh hưởng nhiều nhất là cổ.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Huân

Email: truongvanhuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 10.01.2024