

tiểu cầu giảm khi đối tượng nghiên cứu có xuất huyết hoặc nhiễm trùng.

Albumin máu. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong 72 giờ sau bỏng, albumin máu thấp nhất trung bình là $2,1 \pm 1$ (1 - 4,4) và albumin máu cao nhất trung bình $2,9 \pm 0,6$ g/dL (2,1 - 4,4 g/dL) có giá trị thấp hơn so nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ⁵ là 1,2 - 5,6 g/dL (4,3 g/dL).

Albumin máu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ($R = -0,72$, $p = 0,003$), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = $-0,029 \times$ diện tích bỏng + 3,416.

Theo phương trình hồi quy tuyến tính dự đoán khi diện tích bỏng khoảng 31% TBSA thì albumin máu khoảng 2,5 g/dL và diện tích bỏng khoảng 49% TBSA thì albumin máu khoảng 2 g/dL.

Theo phác đồ Bệnh viện Nhi Đồng 1 điều trị truyền albumin khi albumin máu < 2 g/dL. Như vậy, theo nghiên cứu chúng tôi khuyến cáo về chỉ định điều trị albumin cho bệnh nhi trong 48 giờ sau bỏng như sau khi diện tích bỏng $\geq 49\%$ TBSA nên bù dịch chống sốc bằng albumin cho bệnh nhi, 31% TBSA \leq diện tích bỏng < 49% TBSA xem xét từng bệnh nhi cụ thể và diện tích bỏng < 31% TBSA không có chỉ định chống sốc bằng albumin.

Tuy nhiên, nhiều trung tâm bỏng trên thế giới khuyến cáo truyền albumin điều trị sốc bỏng khi albumin máu < 2,5 g/dL. Vì thế diện tích bỏng < 49% TBSA và có albumin máu < 2,5 g/dL, truyền albumin điều trị sốc bỏng được xem xét từng bệnh nhi cụ thể bao gồm bệnh nền, độ sâu bỏng, dinh dưỡng, đã chống sốc bằng dung

dịch điện giải cao phân tử liều cao và bệnh nhi phù nhiều.

V. KẾT LUẬN

Albumin máu nghiên cứu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ($R = -0,72$, $p = 0,003$), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = $-0,029 \times$ diện tích bỏng + 3,416.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi Y, Liu X, Chai J.** A narrative review of changes in microvascular permeability after burn. *Annals of Translational Medicine.* 2021;9(8):pp. 1-20.
2. **Herndon DN.** Epidemiological, Demographic and Outcome Characteristics of Burns. *Total burn care.* Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 35-50. vol. 3.
3. **Lê Thế Trung.** Đại cương bỏng. Bỏng những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học; 2003:tr. 17-72. vol. 1.
4. **Guillory AN, Porter C, Suman OE, Zapata-Sirvent RL, Finnerty CC, Herndon DN.** Modulation of the hypermetabolic response after burn injury. *Total burn care.* Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 301-306. vol. 2.
5. **Flores O, Stockton K, Roberts JA, Muller MJ, Paratz JD.** The efficacy and safety of adrenergic blockade after burn injury: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma Acute Care Surgery.* 2016;80(1):pp. 146-155.
6. **Tam N. Pham LCC, Nicole S. Gibran.** American Burn Association Practice Guidelines Burn Shock Resuscitation. *Journal of Burn Care & Research.* 2008;29(1):pp. 257-266.
7. **Asena M, Aydin Ozturk P, Ozturk U.** Sociodemographic and culture results of paediatric burns. *International wound journal.* 2020;17(1):pp. 132-136.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN LỤC TRE CẮN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Văn Thủy¹

sàng ở bệnh nhân bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân rắn lục tre cắn từ 08/2021 đến 08/2022. **Kết quả:** Rắn lục tre cắn gây đau tại vết cắn và có mức độc 100%; sưng nề 55,3%; xuất huyết 31,6%; bỏng nước 7,9% và hoại tử tại vết cắn 5,3%. Fibrinogen giảm 73,7%; Giảm số lượng tiểu cầu 26,3%; PT kéo dài 23,7%; tăng INR 26,3%; aPTT kéo dài 5,3%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng rắn lục tre cắn gây đau tại vết cắn, sưng nề, xuất huyết; cận lâm sàng bao gồm giảm số lượng tiểu cầu, tăng thời gian đông máu và phổ biến nhất là giảm giá trị fibrinogen.

Từ khóa: Rắn lục tre.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rắn lục tre cắn gây bệnh cảnh đa dạng, một số triệu chứng tại chỗ rất nhẹ nhưng toàn thân rất nặng, nhiều trường hợp rơi vào tình trạng đông máu nội mạch rải rác và tử vong do chảy máu não. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024

SUMMARY

RESEARCH THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENT BY TRIMESURUS ALBOLABRIS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Methods: Trimesurus Albolabris snakebite cause a variety of diseases, some local symptoms are very mild but the whole body is very severe, many cases fall into disseminated intravascular coagulation and death due to cerebral bleeding. **Objective:** Determination of clinical and subclinical characteristics in patients bitten by Trimesurus Albolabris at Nghe An General Hospital. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study on 38 Trimesurus Albolabris biting patients from 08/2021 to 08/2022. **Result:** Trimesurus Albolabris bites cause pain at the bite and have 100% venomous hooks; swelling 55.3%; bleeding 31.6%; bullae 7.9% and necrosis at the bite site 5.3%. Fibrinogen decreased 73.7%; Decrease in platelet count by 26.3%; PT lasts 23.7%; increased INR 26.3%; aPTT lasted 5.3%. **Conclusion:** Clinical symptoms of Trimesurus Albolabris bite causing pain at the bite site, swelling, bleeding; Clinical findings include decreased platelet count, increased clotting time and most commonly, decreased fibrinogen values. **Keywords:** Trimesurus Albolabris, antivenom serum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn lục tre cắn là một cấp cứu thường gặp ở nước ta và trên toàn thế giới. Nếu không được chẩn đoán, điều trị sớm, bệnh nhân nhiễm nọc độc rắn gây nhiều biến chứng nặng nề, thậm chí là tử vong. Rắn lục tre có mật độ phân bố cao và gây bệnh cảnh đa dạng, một số trường hợp triệu chứng tại chỗ rất nhẹ nhưng toàn thân rất nặng, nhiều trường hợp rơi vào tình trạng đông máu nội mạch rải rác và tử vong do chảy máu não. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu "Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán bị rắn lục tre cắn và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 08/2021 đến 08/2022

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định rắn lục tre cắn bằng một trong các cách sau:

- Trường hợp 1: Bệnh nhân, người nhà, chuyên gia hoặc bác sĩ xác định đúng nhận dạng mẫu rắn lục tre.
- Trường hợp 2: Có triệu chứng phù hợp tổn thương nhiễm độc nọc rắn lục tre: sưng nề, đau nhức, bầm tím tại chỗ, xuất huyết nhiều nơi do rối loạn đông máu và xét nghiệm đông máu toàn

bộ có rối loạn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: 38 bệnh nhân rắn lục tre cắn nhập viện và điều trị.

Biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, số ngày nằm viện, địa chỉ.

- Lâm sàng: Triệu chứng: Tại chỗ (đau, sưng nề, chảy máu); toàn thân (Mạch, nhịp tim, huyết áp, thân nhiệt).

- Cận lâm sàng: Công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu.

Dụng cụ hỗ trợ nghiên cứu: Bảng điểm đau, phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, thời gian nhập viện sau rắn cắn

| Đặc điểm | Số bệnh nhân (n=38) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|---------------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 16, 42,1 |
| | Nữ | 22, 57,9 |
| Tuổi (X±SD) (Min - Max) | < 20 | 7, 18,4 |
| | 20 - 60 | 26, 68,4 |
| | >60 | 5, 13,2 |
| Thời điểm nhập viện | < 6 giờ | 25, 65,8 |
| | 6 - 12 giờ | 12, 31,6 |
| | >12 giờ | 1, 2,6 |

Bệnh nhân nhập viện chủ yếu trước 6 giờ sau khi bị rắn cắn

Bảng 3.2. Đặc điểm vị trí rắn cắn và triệu chứng lâm sàng

| Thông số | Số lượng (n=38) | Tỷ lệ (%) | |
|----------------|-----------------------|-------------|---------|
| Vị trí vết cắn | Bàn chân (P) | 7, 18,4 | |
| | Bàn chân (T) | 13, 34,2 | |
| | Bàn tay (P) | 8, 21,1 | |
| | Bàn tay (T) | 6, 15,8 | |
| | Cẳng tay (T) | 2, 5,3 | |
| | Cổ | 2, 5,3 | |
| Triệu chứng | Sưng nề | 21, 55,3 | |
| | Đau tại chỗ | 38, 100 | |
| | Dấu mốc độc | 38, 100 | |
| | Bọng nước | 3, 7,9 | |
| | Xuất huyết | Tại vết cắn | 9, 23,7 |
| | | Dưới da | 3, 7,9 |
| | Hoại tử - Nhiễm trùng | 2, 5,3 | |

Vị trí cắn chủ yếu ở bàn chân, bàn tay, triệu chứng đau và có mốc độc 100%; sưng nề 55,3%; xuất huyết 31,6%

Bảng 3.3. Mức độ sưng nề của bệnh nhân

| Mức độ sưng nề | Số lượng (n=21) | Tỉ lệ (%) |
|------------------|-----------------|-----------|
| Tại chỗ | 11 | 28,9 |
| Qua một khớp | 5 | 13,2 |
| Tới khớp thứ hai | 2 | 5,3 |
| Trên 2 khớp | 3 | 7,9 |

Sưng nề tại chỗ 28,9%, 1 khớp 13,2%, 2 khớp 5,3 %, trên 2 khớp 7,9 %.

Bảng 3.4. Mức độ đau tại vết cắn thời điểm nhập viện

| Triệu chứng | ($\bar{X} \pm SD$) (Min - Max) |
|----------------|----------------------------------|
| Điểm đau (VAS) | 4,29 \pm 1,35 (2,0 - 7,0) |

Điểm VAS trung bình là 4,29 \pm 1,35. Thấp nhất là 2 điểm và cao nhất là 7 điểm.

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm đông máu khi vào viện

| Xét nghiệm | Số lượng (n=38) | Tỉ lệ (%) |
|-----------------|-----------------|-----------|
| Giảm fibrinogen | 28 | 73,7 |
| PT kéo dài | 9 | 23,7 |
| Tăng INR | 10 | 26,3 |
| APTT kéo dài | 2 | 5,3 |

Giảm fibrinogen 73,7%, PT kéo dài 23,7%, tăng INR 26,3%, APTT kéo dài 5,3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân bị rắn lục tre cắn là 43,47 \pm 17,8, nhỏ nhất 10 tuổi, cao nhất 78 tuổi, nam giới 53,3% tương tự Suthimon Thumtecho [1], [2]. Thời gian nhập viện trung bình sau cắn là 5,06 \pm 3,26 giờ, sớm nhất 0,5 giờ và muộn nhất 13 giờ, sớm hơn Mai Đức Thảo và Mã Tú Thanh [2], [3], tỉ lệ vết cắn ở chân nhiều hơn ở tay (52,6% & 42%) tương tự Mai Đức Thảo tỉ lệ này là 55% & 42,5%, Vũ Văn Đính và Nguyễn Kim Sơn [4], Suthimon Thumtecho 50% ở chân và 40,8% ở tay [1].

Đặc điểm lâm sàng. Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện tại chỗ là có dấu mốc độc và đau tại vết cắn, sưng nề 55,3%, xuất huyết 31,6%, 5,3% có triệu chứng bóng nước và hoại tử gặp ở bệnh nhân nhập viện sau 12 giờ. tương tự Mai Đức Thảo dấu răng, đau tại vết cắn 100%; Mã Tú Thanh [2]: đau tại chỗ 100%, dấu mốc độc 92,6%; Jame R. Roberts 100% có dấu răng, 74% sưng nề, 65% đau tại vết cắn [5].

Triệu chứng xuất huyết, bong nước và hoại tử trong nghiên cứu này có khác biệt so với Mai Đức Thảo xuất huyết 82,5%, bầm máu tại chỗ 50%, hoại tử vết cắn 20%; Mã Tú Thanh: 8,8% xuất huyết, 13,5% bong nước, 4,7% hoại tử - nhiễm trùng [2], [4]. Sự khác biệt này là do bệnh nhân đến bệnh viện sớm hơn so với các bệnh viện Bạch Mai hay Chợ Rẫy.

Có 12/38 BN (31,6%) có dấu hiệu xuất huyết

đều là xuất huyết tại vết cắn (100%), không gặp trường hợp nào có biểu hiện xuất huyết toàn thân như: chảy máu chân răng, xuất huyết tiêu hóa, tiểu máu hay xuất huyết não. Mai Đức Thảo: 82,5% xuất huyết tại chỗ và dưới da, chảy máu chân răng 17,5%, đi ngoài ra máu 15%, nôn máu 7,5% và 5% tiểu máu; Mã Tú Thanh có 8,8% có biểu hiện xuất huyết toàn thân: 4,7% xuất huyết dưới da, 2% xuất huyết kết mạc mắt, 1,4% chảy máu chân răng, 0,7% đái máu vi thể; Suthimon Thumtecho chảy máu vết cắn chiếm 6,5%, xuất huyết toàn thân chiếm 4,5% [1], [2], [3].

Có 21/38 bệnh nhân có biểu hiện sưng nề, trong đó có 52,4 % sưng nề tại chỗ; 23,08% sưng nề qua một khớp. Mã Tú Thanh [2]: sưng nề tại chỗ 3,5%, qua một khớp 58,7%, tới khớp thứ hai 14%, qua 2 khớp 15,4% và qua khớp thứ ba là 8,4%; Suthimon Thumtecho sưng nề tại chỗ 54,7%, sưng nề khu vực 31,2%, sưng nề lan rộng 14,1% [1].

Theo thang điểm VAS của Steven Z, điểm đau trung bình khi nhập viện là (4,39 \pm 1,35), thấp nhất là 2 điểm và cao nhất là 7 điểm. Tình trạng đau tại vết cắn cũng phần nào phản ánh mức độ nghiêm trọng. Trinh Xuân Kiếm gặp 100% đau nhức vết cắn, Suthimon Thumtecho 39,6% [2].

Đặc điểm cận lâm sàng. Trong 38 bệnh nhân của chúng tôi giá trị tiểu cầu trung bình 176,06 \pm 74,7 trong đó 10/38 bệnh nhân (26,3%) có giảm tiểu cầu, trường hợp giảm rất nặng tiểu cầu còn 16 G/L. Tương tự Đoàn Minh Hợp và Vũ Minh Dương giảm tiểu cầu 25,6%, giảm nặng 6,67%; Suthimon Thumtecho giảm tiểu cầu 15,4% [2], [6]. Trong nghiên cứu này giá trị PT trung bình 13,71 \pm 6,7; cao nhất 50,0 giây và thấp nhất 10,9 giây; giá trị PT kéo dài 23,3%. Tỉ lệ INR trung bình 1,12 \pm 0,38; thấp nhất 0,88 và dài nhất là 3,05; INR kéo dài 10/38 bệnh nhân (26,3%), phù hợp với Đoàn Minh Hợp và Vũ Minh Dương [6]: PT kéo dài gặp 26,7%; Mã Tú Thanh 25%, Suthimon Thumtecho 30% [1], [2]. Thấp hơn Mai Đức Thảo [3] INR trung bình 3,04 \pm 1,89

Thời gian thromboplastin hoạt hoá từng phần (aPTT) kéo dài 5,3%, giá trị trung bình 29,67 \pm 7,3; thấp nhất 23,1 giây và cao nhất 69,4 giây. Đoàn Minh Hợp và Vũ Minh Dương [6] aPTT kéo dài 19,8% và Mã Tú Thanh 12,2% [2].

Giảm giá trị fibrinogen có 28/38 bệnh nhân 73,7%; trung bình 1,28 \pm 0,52; thấp nhất 0,3 mmol/L và cao nhất 2,22 mmol/L. Tương tự Đoàn Minh Hợp và Vũ Minh Dương [6] tỉ lệ fibrinogen giảm tại thời điểm nhập viện 55,8%;

Chan JC [7], nghiên cứu 21 bệnh nhân bị rắn lục tre cắn ở Hồng Kông tỉ lệ này 47,6%; Suthimon Thumtecho 30% [1]. Sự giảm fibrinogen là bất thường đông máu thường gặp nhất do nọc độc rắn lục tre điều này có thể được lý giải rằng trong nọc rắn lục có ba họ enzyme tiêu protein chính gây xuất huyết là: Metalloproteinase, serine proteinase và phospholipase A2. SVMP thúc đẩy chuyển đổi prothrombin thành thrombin và kích hoạt hệ thống tiêu sợi huyết, dẫn đến tiêu thụ nhanh fibrinogen và các yếu tố đông máu khác nhau, Metalloproteinase biểu hiện hoạt động chức năng tiêu sợi huyết giống thrombin, enzyme này có tính chọn lọc cao, hoạt động trực tiếp trên chuỗi α của fibrinogen và thúc đẩy quá trình trùng hợp của các monome fibrin tạo thành các sản phẩm trùng hợp không bền và dễ bị hòa tan bởi plasmin. Do đó, Metalloproteinase, tiêu thụ fibrinogen dẫn đến thiếu hụt fibrinogen [8], [9]. Như vậy, qua nghiên cứu 38 bệnh nhân rắn lục tre cắn cho thấy biểu hiện rối loạn quá trình đông máu chủ yếu là do giảm số lượng tiểu cầu, tăng thời gian đông máu và phổ biến nhất là giảm giá trị fibrinogen.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Đau tại vết cắn và có móc độc 100%; sưng nề 55,3%; xuất huyết 31,6% trong đó 23,7% tại chỗ, 8% dưới da; bong nước 7,9% và hoại tử tại vết cắn 5,3%. Cận lâm sàng: Fibrinogen giảm 73,7%; Giảm số lượng tiểu cầu 26,3%; PT kéo dài 23,7%; tăng INR 26,3%; aPTT kéo dài 5,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Suthimon Thumtecho et al** (2020), Hematotoxic manifestations and management of green pit viper bites in Thailand, *Ther Clin Risk Manag*;16:695-704.
2. **Mã Tú Thành, Phạm Văn Quang** (2018). Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 21 số 4, tr 45 -68.
3. **Mai Đức Thảo** (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị rắn lục cắn ở miền Bắc Việt Nam, *Luận văn Thạc sỹ, Hà Nội*. tr 78-79
4. **Vũ Văn Đính, Nguyễn Kim Sơn**. (2000). Một số nhân xét điều trị rắn hổ cắn bảnq HTKN tại khoa Chẩn đoán Bệnh viện Bạch Mai. *Kỷ yếu công trình NCKH Cấp cứu-Chẩn đoán-Hồi sức*. 311-323.
5. **Jame R. Roberts** (1992). "The diagnosis and treatment of snakebite" in George R.Schwartz's *Principles and Practice of Emergency Medicine*, Lea, Febiaer America. pp. 2762 - 2778.
6. **Đoàn Thị Hợp, Vũ Minh Dương**. (2021). Một số đặc điểm rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân bị rắn sài cổ đỏ. lục tre. khô mộc cắn. điều trị tại Trung tâm Chẩn đoán. bệnh viện Bạch Mai từ 2015-2020. *Tạp chí y dược học quân sự*, số 9-2021, 133-134.
7. **Chan J C et al** (1993), Blood coagulation abnormalities associated with envenoming by *Trimeresurus albolabris* in Hong Kong, Singapore. *Med. J*, 34 (2), pp. 145 - 7.
8. **Slagboom J, Kool J, Harrison RA, Casewell NR** (2017), Haemotoxic snake venoms: their functional activity, impact on snakebite victims and pharmaceutical promise. *Br J Haematol*;177:947-959.
9. **Slagboom J, Kool J, Harrison RA, Casewell NR** (2017), Haemotoxic snake venoms: their functional activity, impact on snakebite victims and pharmaceutical promise. *Br J Haematol*;177:947-959.

TỶ LỆ NHIỄM DEMODEX SPP. VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM DA MẶT ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU ĐÀ NẴNG

Phan Xuân Hiền^{1,2}, Trần Phủ Mạnh Siêu¹,
Nguyễn Văn Minh³, Nguyễn Tấn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Demodex spp. ở những bệnh nhân viêm da mặt đến khám tại bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng và một số yếu tố liên quan. **Đối**

tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang trên 570 bệnh nhân đến khám với các bệnh lý về viêm da mặt và được chỉ định làm xét nghiệm Demodex tại bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 02 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm Demodex spp. ở người bệnh đến khám da mặt tại Bệnh viện Da liễu Đà Nẵng năm 2021 là 28,2%. Các yếu tố liên quan đến người nhiễm Demodex spp. là: Sử dụng khăn chung (OR= 11,93; KTC 95%: 7,46- 19,09; P< 0,05); nuôi chó mèo (OR=5,5; KTC 95%: 3,48-8,68; P < 0,05); Sử dụng kem thoa mặt (OR=0,4; KTC 95%: 0,27-0,60; p< 0,001); Cao lông mặt (OR=4,56; KTC 95%: 3,08-6,75; p< 0,001); Rửa mặt < 3 lần/ngày (OR= 3,15; KTC 95%: 2,16-4,59, p= 0,001). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Bệnh viện C Đà Nẵng

³Bệnh viện Da Liễu Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Dũng

Email: nguyentandungbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024