

PROGNOSTIC FACTORS FOR TREATMENT OUTCOMES OF FLAT WARTS IN CHILDREN TREATED WITH TOPICAL 10% ZINC SULPHATE SOLUTION

Le Hai Yen^{1,3}, Nguyen The Vy^{1,3}, Nguyen Huu Sau^{1,2}

¹Hanoi Medical University - No. 1, Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Central Dermatology Hospital - No. 15A Phuong Mai Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Dermatology Hospital - 9B Nguyen Khuyen Street, Van Mieu National University Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 28/10/2025

Revised: 28/11/2025; Accepted: 25/02/2026

ABSTRACT

Objective: To compare treatment outcomes of pediatric flat warts using topical 10% zinc sulphate solution and 10% salicylic ointment, and to analyze clinical factors influencing treatment response for the two regimens.

Methods: This study was conducted from September 2024 to July 2025 at the National Hospital of Dermatology and Venereology. Sixty-two patients with flat warts were randomly assigned to receive either topical 10% zinc sulphate solution or 10% salicylic ointment for four weeks. Treatment outcomes were evaluated based on the reduction in the number of lesions. Clinical factors analyzed included age, lesion distribution, lesion count, disease duration, and lesion location.

Results: Topical 10% zinc sulphate demonstrated a higher good-response rate than 10% salicylic ointment across several clinical subgroups. In patients with scattered lesions, the good-response rate in the zinc sulphate group reached 64.9%, compared with only 10.0% in the salicylic group ($p < 0.05$). Among patients with disease duration of less than three months, the good-response rate was 57.1% in the zinc sulphate group, whereas no complete response was observed in the salicylic group ($p < 0.05$). In patients with fewer than 30 baseline lesions, zinc sulphate achieved a significantly higher good-response rate than salicylic (50% vs. 12%; $p < 0.05$). For facial lesions, the zinc sulphate group achieved a good-response rate of 48.2%, more than twice that of the salicylic group (21.7%; $p = 0.05$).

Conclusion: Topical 10% zinc sulphate is more effective than 10% salicylic ointment in the treatment of pediatric flat warts, particularly in specific patient subgroups. Clinical factors such as lesion count, lesion distribution, disease duration, and lesion location may help guide the selection of an appropriate treatment regimen.

Keywords: flat warts; children; zinc sulphate; salicylic; treatment response.

*Corresponding author

Email: leyendl0411@gmail.com Phone: (+84) 914845525 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4409>

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠT CƠM PHẪNG Ở TRẺ EM BẰNG DUNG DỊCH KẼM SULPHATE 10% VÀ MỠ SALICYLIC 10% VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ

Lê Hải Yến^{1,3}, Nguyễn Thế Vỹ^{1,3}, Nguyễn Hữu Sáu^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1, Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Da liễu Trung Ương - Số 15A đường Phương Mai, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Da liễu Hà Nội - 9B Nguyễn Khuyến, phường Văn Miếu Quốc Tử Giám, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 28/11/2025; Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%, đồng thời phân tích một số yếu tố lâm sàng ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của hai phác đồ.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2024 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Sáu mươi hai bệnh nhân bị hạt cơm phẳng được phân ngẫu nhiên điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% hoặc mỡ salicylic 10% trong 4 tuần. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên mức độ giảm số lượng tổn thương. Các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị được phân tích bao gồm tuổi, phân bố tổn thương, số lượng tổn thương, thời gian mắc bệnh và vị trí tổn thương.

Kết quả: Dung dịch kẽm sulphate 10% cho tỷ lệ đáp ứng tốt cao hơn mỡ salicylic 10% ở nhiều phân nhóm lâm sàng. Ở thể rải rác, hiệu quả điều trị bằng kẽm sulphate đạt 64,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt so với chỉ 10,0% ở nhóm salicylic, ($p < 0,05$). Thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng, với tỷ lệ đáp ứng tốt đạt 57,1%, trong khi nhóm mỡ salicylic 10% không ghi nhận trường hợp nào khỏi hoàn toàn ($p < 0,05$). Số lượng tổn thương ban đầu, nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt hiệu quả cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân có dưới 30 tổn thương, với tỷ lệ đáp ứng tốt đạt 50%, cao hơn so với nhóm mỡ salicylic 10% (12%, $p < 0,05$). Ở vị trí mặt, nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt tỷ lệ đáp ứng tốt 48,2%, cao gấp hơn hai lần so với nhóm mỡ salicylic 10% (21,7%), $p = 0,05$.

Kết luận: Dung dịch kẽm sulphate 10% cho hiệu quả điều trị hạt cơm phẳng tốt hơn mỡ salicylic 10%, đặc biệt ở một số nhóm bệnh nhân nhất định. Các yếu tố như số lượng tổn thương, phân bố, thời gian mắc bệnh và vị trí tổn thương có thể gợi ý lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp.

Từ khóa: hạt cơm phẳng; trẻ em; kẽm sulphate; salicylic; đáp ứng điều trị.

1. 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, hình bầu dục hay hình hờn hợp, 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} Hiện nay, nhiều phương pháp điều trị hạt cơm phẳng được áp dụng, trong đó dung dịch kẽm sulphate và mỡ salicylic là hai lựa chọn phổ biến, dễ sử dụng và chi phí thấp. Tuy nhiên, đáp ứng điều trị không đồng đều giữa các bệnh nhân, và hiệu quả của mỗi phương pháp có thể chịu ảnh hưởng bởi các đặc điểm lâm sàng như tuổi, số lượng và phân bố tổn thương, thời gian mắc bệnh và vị trí tổn thương. Việc so sánh hiệu quả giữa hai phác đồ điều trị, đồng thời phân tích các yếu

tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị, có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng nhằm lựa chọn phương pháp phù hợp cho từng bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%, đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị.

2. 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:

*Tác giả liên hệ

Email: leyendl0411@gmail.com Điện thoại: (+84) 914845525 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4409>

+ Lâm sàng:

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

+ 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:

Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng so sánh

Cỡ mẫu

Thực tế lấy được mỗi nhóm 31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

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.

* Nhóm 2

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

2.4. Đánh giá kết quả

- Đánh giá hiệu quả điều trị theo mức độ giảm số lượng tổn thương³: tốt (giảm > 75% số lượng tổn thương), trung bình (giảm 50-75%), kém (giảm 25 -50%) và rất kém (giảm < 25%).

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên chương trình SPSS 20.0.

2.6. 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.

3. KẾT QUẢ

3.1. So sánh kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10% và một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm điều trị

Số lượng tổn thương	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
	n	%	n	%	
< 30	20	64,5	25	80,7	0,09
30-<60	8	25,8	5	16,1	0,34

Số lượng tổn thương	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
	n	%	n	%	
60-<90	3	9,7	1	3,2	0,29
>90	0	0	0	0,0	1,0
Thời gian mắc bệnh					
< 3 tháng	7	22,6	6	19,4	0,75
3- 6 tháng	10	32,2	15	48,4	0,19
6-12 tháng	7	22,6	6	19,4	0,75
>12 tháng	7	22,6	4	12,9	0,31
Vị trí tổn thương					
Mặt	27	87,1	23	74,2	0,198
Cổ	4	12,9	4	12,9	1,0
Tay	9	29,0	7	22,6	0,562
Phân bố tổn thương					
Rải rác	14	45,2	20	64,5	0,126
Cụm	17	54,8	11	35,5	0,125

Nhận xét: Ở cả hai nhóm điều trị, phần lớn bệnh nhân có số lượng tổn thương dưới 30 tổn thương (64,5% ở nhóm kẽm sulphate 10% và 80,7% ở nhóm mỡ salicylic 10%). Sự khác biệt về phân bố số lượng tổn thương ban đầu giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về thời gian mắc bệnh, ở nhóm kẽm sulphate 10%, tỷ lệ bệnh nhân phân bố tương đối đều ở các nhóm thời gian: <3 tháng (22,6%), 3-6 tháng (32,2%), 6-12 tháng (22,6%) và >12 tháng (22,6%). Ở nhóm mỡ salicylic 10%, tỷ lệ tương ứng là 19,4%, 48,4%, 19,4% và 12,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về vị trí tổn thương, ở nhóm kẽm sulphate 10%, vùng mặt chiếm 87,1% ở nhóm bôi kẽm sulphate 10% và 74,2% ở nhóm bôi mỡ salicylic 10%. Tổn thương tại vùng cổ và tay chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 12,9% và 29% ở nhóm kẽm sulphate, so với 12,9% và 22,6% ở nhóm mỡ salicylic. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Về phân bố tổn thương, tổn thương phân bố dạng cụm chiếm 54,8% ở nhóm bôi kẽm sulphate 10% và 35,5% ở nhóm bôi mỡ salicylic 10%. Ngược lại, tổn thương phân bố rải rác gặp nhiều hơn ở nhóm mỡ salicylic (64,5%) so với nhóm kẽm sulphate (45,2%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh kết quả điều trị theo phân bố tổn thương giữa 2 phương pháp sau 4 tuần điều trị

Phân bố	Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
Cụm	Tốt	5	29,4	3	27,3	0,45
	Trung Bình	4	23,5	1	9,1	0,16
	Kém	3	17,7	1	9,1	0,26
	Rất kém	5	29,4	6	54,6	0,90

Phân bố	Nhóm Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
		Tốt	9	64,9	2	
Rải rác	Trung Bình	2	14,3	2	10,0	0,70
	Kém	2	14,3	3	15,0	0,95
	Rất kém	1	7,1	13	65,0	<0,001

Nhận xét: Ở thể cụm, tỷ lệ đáp ứng tốt ở nhóm bôi kẽm sulphate 10% là 29,4%, tương đương với nhóm bôi mỡ salicylic 10% (27,3%), ($p > 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ rất kém ở nhóm salicylic cao hơn (54,6% so với 29,4%). Ở thể rải rác, kết quả điều trị bằng kẽm sulphate đạt 64,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt so với chỉ 10,0% ở nhóm salicylic, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3: So sánh kết quả điều trị theo số lượng tổn thương của 2 phương pháp sau 4 tuần điều trị

Số lượng tổn thương	Nhóm Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
		< 30	Tốt	10	50,0	
Trung Bình	3		15,0	1	4,0	0,19
Kém	2		10,0	4	16,0	0,55
Rất kém	5		25,0	17	68,0	0,004
30-<60	Tốt	4	50,0	2	40,0	0,72
	Trung Bình	2	15,0	1	20,0	0,81
	Kém	1	12,5	0	0	0,41
	Rất kém	1	12,5	2	40,0	0,25
60-<90	Tốt	0	0	0	0	1,0
	Trung Bình	1	33,3	1	100	0,50
	Kém	2	66,7	0	0	0,24
	Rất kém	0	0	0	0	1,0

Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị, kết quả điều trị khác nhau tùy theo số lượng tổn thương ban đầu: ở nhóm có <30 tổn thương, tỷ lệ đáp ứng tốt ở nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt 50%, cao hơn nhóm bôi mỡ salicylic 10% (12%, $p < 0,05$). Ở nhóm có 30-<60 tổn thương, tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm kẽm sulphate (50%) vẫn cao hơn nhóm mỡ salicylic (40%), ($p > 0,05$). Ở nhóm 60-<90 tổn thương, cả hai thuốc đều không cho thấy khác biệt đáng kể ở bất kỳ mức đáp ứng nào ($p > 0,05$).

Bảng 4: So sánh kết quả điều trị theo thời gian mắc bệnh của 2 phương pháp sau 4 tuần điều trị

Thời gian mắc	Nhóm Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
		< 3 tháng	Tốt	4	57,1	
Trung Bình	1		14,3	0	0	0,33
Kém	0		0	1	16,7	0,26
Rất kém	2		28,6	5	83,3	0,048

Thời gian mắc	Nhóm Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
		3-6 tháng	Tốt	3	30	
Trung Bình	4		40	2	13,3	0,12
Kém	1		10	2	13,3	0,80
Rất kém	2		20	8	53,4	0,09
6-12 tháng	Tốt	4	57,1	1	16,7	0,13
	Trung Bình	0	0	1	16,7	0,26
	Kém	1	14,3	1	16,7	0,89
	Rất kém	2	28,6	3	50,0	0,42
> 12 tháng	Tốt	3	42,9	1	25,0	0,55
	Trung Bình	1	14,2	0	0	0,42
	Kém	3	42,9	0	0	0,12
	Rất kém	0	0	3	75,0	0,30

Nhận xét: Ở nhóm mắc bệnh < 3 tháng: tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt 57,1%, trong khi nhóm mỡ salicylic 10% không ghi nhận trường hợp nào (0%). Ngược lại, nhóm mỡ salicylic có tỷ lệ đáp ứng rất kém cao (83,3% so với 28,6% ở nhóm kẽm), ($p > 0,05$).

Bảng 5. So sánh kết quả điều trị dựa trên hình vị trí tổn thương theo 2 phương pháp

Vị trí	Nhóm Kết quả	Kẽm sulphate 10%		Mỡ salicylic 10%		p
		n	%	n	%	
		Mặt	Tốt	13	48,2	
Trung Bình	5		18,5	2	8,7	0,31
Kém	5		18,5	4	17,4	0,91
Rất kém	4		14,8	12	52,2	0,004
Cổ	Tốt	1	25,0	0	0	0,28
	Trung Bình	1	25,0	0	0	0,28
	Kém	1	25,0	1	25	1,0
	Rất kém	1	25,0	3	75	0,15
Tay	Tốt	3	33,3	0	0	0,09
	Trung Bình	3	33,3	1	14,3	0,39
	Kém	1	11,1	0	0	0,36
	Rất kém	2	22,2	6	85,7	0,011

Nhận xét: Vị trí mặt: tỷ lệ đáp ứng tốt ở nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt 48,2%, cao hơn đáng kể so với 21,7% ở nhóm bôi mỡ salicylic 10%. Vị trí cổ: kết quả điều trị của hai nhóm tương đương nhau (tỷ lệ đáp ứng tốt 25% ở nhóm kẽm so với 0% nhóm salicylic), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Vị trí tay: ở nhóm bôi kẽm sulphate 10%, có 33,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt, trong khi nhóm bôi mỡ salicylic chỉ có 0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. So sánh kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10% và một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

4.1.1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm điều trị

Các đặc điểm lâm sàng ban đầu của bệnh nhân hạt cơm phẳng theo hai nhóm điều trị bằng dung dịch kẽm sulphate 10% và mỡ salicylic 10%. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về số lượng tổn thương, thời gian mắc bệnh, vị trí tổn thương và hình thái phân bố tổn thương ($p > 0,05$).

4.1.2. Hình thái phân bố tổn thương

Theo bảng 2, sau 4 tuần điều trị, kết quả đáp ứng khác nhau giữa hai phương pháp tùy theo hình thái phân bố tổn thương (rải rác hoặc cụm). Ở nhóm có tổn thương rải rác, kết quả điều trị khác biệt rõ rệt giữa hai phương pháp. Nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt tỷ lệ đáp ứng tốt 64,9%, cao hơn nhóm mỡ salicylic 10% (10,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ kẽm sulphate có hiệu quả vượt trội hơn trong điều trị hạt cơm phẳng phân bố rải rác. Cơ chế có thể được lý giải bởi tổn thương rải rác thường có tải lượng virus thấp hơn, đáp ứng tốt hơn với thuốc có cơ chế điều hòa miễn dịch như kẽm sulphate. Ngược lại, ở tổn thương cụm, mật độ virus cao và hiện tượng lây lan tại chỗ làm giảm tác dụng của thuốc bôi.

4.1.3. Số lượng tổn thương

Theo bảng 3, so sánh hiệu quả điều trị theo số lượng tổn thương ban đầu, nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt hiệu quả cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân có dưới 30 tổn thương, với tỷ lệ đáp ứng tốt đạt 50%, cao hơn so với nhóm mỡ salicylic 10% (12%, $p < 0,05$). Điều này cho thấy khi số lượng tổn thương ít, tải lượng virus thấp, việc sử dụng thuốc có cơ chế điều hòa miễn dịch như kẽm sulphate mang lại hiệu quả rõ rệt hơn so với thuốc bạt sừng cơ học. Ngược lại, ở nhóm có từ 30–60 tổn thương, hiệu quả điều trị giữa hai phương pháp không khác biệt đáng kể ($p > 0,05$), mặc dù nhóm kẽm sulphate vẫn có xu hướng cải thiện tốt hơn (50% đáp ứng tốt so với 40% ở nhóm salicylic). Khi số lượng tổn thương tăng trên 60, hiệu quả điều trị ở cả hai nhóm đều giảm, cho thấy tải lượng virus lớn có thể làm giảm khả năng đáp ứng với điều trị tại chỗ.

Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện và điều trị sớm, khi số lượng tổn thương còn ít, nhằm đạt hiệu quả tối ưu và hạn chế lan rộng hoặc tái phát.

4.1.4. Thời gian mắc bệnh

Theo bảng 4, nhóm bôi kẽm sulphate 10% cho thấy hiệu quả rõ rệt hơn ở các trường hợp mắc bệnh dưới 3 tháng, với tỷ lệ đáp ứng tốt đạt 57,1%, trong khi nhóm mỡ salicylic 10% không ghi nhận trường hợp nào. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy kẽm sulphate đạt hiệu quả điều trị tốt hơn ở các trường hợp bệnh mới khởi phát, khi tổn thương có tải lượng virus thấp. Ở các nhóm có thời gian mắc bệnh dài hơn (3–6 tháng, 6–12 tháng và >12 tháng), mặc dù nhóm kẽm sulphate vẫn có tỷ lệ đáp ứng tốt cao hơn nhóm salicylic, song sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này phản ánh rằng khi bệnh kéo dài, hiện tượng tự lan truyền qua vi sang chấn, có thể làm giảm hiệu quả của điều trị tại chỗ.

4.1.5. Vị trí tổn thương

Theo bảng 5, ở vị trí mặt, nhóm bôi kẽm sulphate 10% đạt tỷ lệ đáp ứng tốt 48,2%, hơn nhóm mỡ salicylic 10% (21,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$). Điều này chứng tỏ kẽm sulphate cho hiệu quả trong điều trị hạt cơm phẳng vùng mặt. Là vùng da có đặc điểm mỏng, nhiều mạch máu, hấp thu thuốc tốt và phản ứng miễn dịch mạnh, nhờ đó thuốc có tác dụng hiệu quả hơn. Ở vị trí cổ, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ đáp ứng tốt ở nhóm kẽm sulphate là 25%, trong khi nhóm mỡ salicylic không có trường hợp nào đạt kết quả tốt. Tuy nhiên, số lượng mẫu nhỏ tại vị trí này khiến khó đưa ra kết luận chắc chắn. Vùng cổ thường chịu tác động của ma sát quần áo và mồ hôi, có thể làm giảm khả năng lưu thuốc, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Ở vị trí tay, tỷ lệ đáp ứng tốt ở nhóm kẽm sulphate là 33,3%, trong khi nhóm mỡ salicylic không có trường hợp nào đạt kết quả tốt ($p > 0,05$). Vùng tay thường xuyên tiếp xúc và sang chấn cơ học, nên việc sử dụng thuốc có tác dụng điều hòa miễn dịch như kẽm sulphate giúp cải thiện hiệu quả điều trị rõ rệt hơn. Như vậy, kết quả nghiên cứu góp phần củng cố bằng chứng rằng hiệu quả điều trị hạt cơm phẳng bằng dung dịch kẽm sulphate 10% phụ thuộc vào vị trí tổn thương, với ưu thế rõ rệt ở vùng da mỏng như mặt.

Cần lưu ý rằng các kết quả phân tích trong nghiên cứu này chủ yếu dựa trên các so sánh đơn biến giữa hai nhóm điều trị theo từng đặc điểm lâm sàng, cỡ mẫu còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu tiềm ẩn. Vì vậy, những mối liên quan được ghi nhận giữa các đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị chỉ mang tính gợi ý, chưa thể khẳng định vai trò độc lập của từng yếu tố. Các kết luận này cần được kiểm chứng thêm trong những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế phân tích đa biến nhằm đánh giá đầy đủ hơn ảnh hưởng của các yếu tố liên quan.

5. KẾT LUẬN

Dung dịch kẽm sulphate 10% cho kết quả điều trị hạt cơm phẳng ở trẻ em cao hơn mỡ salicylic 10%, đặc biệt ở một số phân nhóm bệnh nhân nhất định. Kết quả điều trị chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố lâm sàng như hình thái phân bố tổn thương rải rác, số lượng tổn thương ít (dưới 30 tổn thương), thời gian mắc bệnh ngắn (dưới 3 tháng) và vị trí tổn thương vùng mặt.

6. 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] Sharquie KE, Khorsheed AA, Al-Nuaimy AA. Topical zinc sulphate solution for treatment of viral warts. Saudi Med J. 2007;28(9):1418-1421.