

- 2(34): 187-193.
- Phạm Thị Hoàng Yến, Nguyễn Thị Minh Hà** (2022), "Khảo sát tâm lý người bệnh trước phẫu thuật có kế hoạch tại khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam; 516(số 1 - tháng 7): 268-271.
 - Huỳnh Lê Phương, Phan Thị Diễm Kiều, Lê Thị Vẹn và cộng sự** (2013), "Khảo sát mức độ lo âu trước mổ người bệnh khoa Ngoại Thần kinh", Tạp chí Khoa học Bệnh viện Chợ Rẫy; 17(phụ bản số 2): 84-89.
 - Friedrich, S., S. Reis, P. Meybohm, et al** (2022), "Preoperative anxiety", Curr Opin Anaesthesiol; 35(6): 674-678.
 - Trần Thị Hiền Phi, Phạm Thị Thu Hương, Trinh Thị Tuyết** (2023), "Thực trạng lo âu và nhu cầu hỗ trợ tâm lý ở người bệnh trước phẫu thuật tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", Tạp chí Y học thực hành; 3: 79-88.
 - Álvarez-García, C., Z.Ş. Yaban** (2020), "The effects of preoperative guided imagery interventions on preoperative anxiety and postoperative pain: A meta-analysis", Complementary Therapies in Clinical Practice; 38: 101077.
 - Masood, J., M. Asim, M. Sabih, et al** (2007), "Preoperative anxiety before elective surgery", Neurosciences Journal; 12(2): 145.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM Ở BỆNH NHÂN CÓ VẾT LOÉT MẠN TÍNH DO BỆNH GÚT

Nguyễn Tiến Dũng¹, Trần Ngọc Diệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số đặc điểm của bệnh nhân có vết loét mạn tính do bệnh Gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 75 Bệnh nhân (BN) có loét mạn tính do mắc bệnh Gút, nhập viện vào điều trị tại Trung tâm Liên vết thương - Bệnh viện Bỏng Quốc gia, từ 10/2022 đến 9/2023. BN được xác định một số đặc điểm nhân chủng học, những bệnh lý kết hợp và lâm sàng tại chỗ vết thương trong 24h sau khi nhập viện. **Kết quả:** 100% BN là Nam giới, tuổi trung bình là 54,63 ± 25 tuổi, thời gian mắc bệnh Gút 7,71 ± 2,11 năm, 92% số BN có người nhà có quan hệ trực hệ mắc bệnh Gút. 46,67% số BN có thói quen không lành mạnh (nghiện rượu, nghiện thuốc lá). 73,33% số BN có bệnh lý kết hợp. 30,67% số BN sử dụng Corticoid và 26,67% số BN không dùng thuốc gì. Vết loét gặp chủ yếu ở chi dưới (60,42%) và thường có hai vết loét (52%). Trong 24h đầu, các vết loét tiết dịch nhiều (44,79%), có hàm ếch (55,20%), viêm cấp tính (41,67%). Vết loét có hạt Tophi (79,17%), hoại tử (40,63%). **Kết luận:** Bệnh nhân có vết loét mạn tính do bệnh Gút gặp chủ yếu ở nam giới, có yếu tố di truyền trực hệ, có thói quen không lành mạnh, thường sử dụng thuốc Corticoid. Vết loét gặp chủ yếu ở chi dưới. Tại chỗ vết loét có những đặc điểm điển hình của vết thương mạn tính. **Từ khóa:** Bệnh nhân Gút, nhân chủng học, bệnh kết hợp, vết loét mạn tính

SUMMARY

STUDYING SOME CHARACTERISTICS OF THE GOUT PATIENTS WITH NOHEALING ULCERS

Objective: Aim of this study was to evaluate some characteristics of the gout patients with

nohealing ulcers. **Subjects and methods:** 75 Gout patients with nohealing ulcers hospitalized at Wound healing center, National Burn Hospital from October, 2022 to September, 2023. These patients were evaluated some information related to anthropology, co-morbidities and wound site within 24h after admission. **Results:** 100% of patients were male, average age was 54.63 ± 25 years, Gout duration was 7.7 ± 2.11 years, 92% of patients had a blood-related family member with Gout. 46.67% of patients had unhealthy habits (Alcoholism, smoking addiction). 73.33% of patients had co-morbidities. 30.67% of patients used corticosteroids and 26.67% of patients did not use any medication. Nonhealing ulcers usually appeared on lower extremities (60.42%) and patients often had two ulcers (52%). In the first 24 hours after admission, ulcers had excessive exudate (44.79%), minor (55.20%), acute inflammation (41.67%), Tophaceous (79.17%), necrosis (40.63%). **Conclusion:** The Gout patients with nohealing ulcers occurred mainly in males, had a direct genetic inheritance, unhealthy habits, using corticosteroids. Nonhealing ulcers usually appeared on lower extremities. The ulcer had typical features of a chronic wound. **Keywords:** Gout patient, anthropology, co-morbidities, nohealing ulcer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Gút là bệnh lý rối loạn chuyển hóa acid uric, dẫn đến lắng đọng các tinh thể monosodium ở tổ chức (bao hoạt dịch và tổ chức quanh khớp, ống thận và nhu mô thận), thường khởi phát ở nam giới tuổi từ 40 – 60 và ở nữ giới sau mãn kinh Tần suất xuất hiện của bệnh gút tăng đáng kể theo tuổi và tương quan với sự gia tăng của nồng độ acid uric huyết thanh. Khoảng 80-90% cơn gút đầu tiên sẽ xảy ra ở một khớp và thường gặp nhất là khớp ngón chân số 1. Kế tiếp là các khớp khác: mu bàn chân, cổ chân, gót chân, gối, cổ tay, ngón tay, khuỷu tay [1]. Trong

¹Bệnh viện Bỏng quốc gia, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng
Email: nztung_0350@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 26.4.2024
Ngày duyệt bài: 30.5.2024

những thập kỷ gần đây, tỷ lệ mắc và sự phổ biến của bệnh Gút đã tăng lên trên toàn thế giới. Tỷ lệ nhập viện cao và ngày càng tăng do bệnh Gút, kết hợp với gánh nặng của các bệnh kết hợp khác như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính và bệnh tim mạch... cũng thường gặp ở những bệnh nhân Gút. Ở bệnh nhân Gút mạn tính, thường xuất hiện các khối hạt Tophi là khối chứa tinh thể urat. Sự phá vỡ mô bên trên đỉnh các khối hạt Tophi có thể gây nên các vết loét mạn tính [2].

Trong thời gian gần đây tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác thường xuyên tiếp nhận những bệnh nhân bị những vết loét do vỡ khối hạt Tophi. Hầu hết những vết loét này thường khó điều trị, do bệnh nhân thường mắc các bệnh lý kết hợp, nhiều biến chứng, vết loét có đặc điểm phong phú... Tuy nhiên hiện nay cũng chưa có thống kê chi tiết nào về đặc điểm của những bệnh nhân có vết loét mạn tính do bệnh Gút. Xuất phát từ những lý do đó chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định những đặc điểm của bệnh nhân có vết loét mạn tính do bệnh Gút.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 75 Bệnh nhân (BN) có loét mạn tính do mắc bệnh Gút nhập viện vào điều trị tại Trung tâm Liên vết thương (LVT) - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác (BVBQG), từ tháng 10/2022 đến tháng 9/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được xác định nguyên nhân gây nên vết thương là do nguyên nhân khác không phải do bệnh Gút gây nên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu khi nhập viện đều được thu thập các thông tin:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính; nghề nghiệp (cán bộ văn phòng, nông dân, công nhân, tự do, nghề khác); nơi ở (nông thôn, thành thị); chỉ số khối cơ thể (BMI (body mass index) = cân nặng (kg)/ chiều cao (m)²); tiền sử gia đình trực hệ có ông, bà, bố, mẹ, anh chị em ruột có người bị bệnh Gút; thời gian mắc bệnh Gút; mắc các bệnh lý khác kèm theo như đái tháo đường, tim mạch, bệnh lý gan-thận, hội chứng Cushing...; những thói quen không lành mạnh: Nghiện thuốc lá, nghiện rượu.

- Các thuốc điều trị bệnh Gout mà BN đang uống hoặc đã uống trong thời gian 1 tháng trước khi vào viện.

Đặc điểm tại chỗ vết thương (đánh giá và ghi nhận trong vòng 24h đầu sau khi nhập viện): vị trí loét; số lượng vết loét, dịch vết thương (nhiều, vừa, ít); kích thước vết thương (tính bằng

cm²); đặc điểm bờ mép vết thương (có tứ chứng viêm như sưng nóng đỏ đau, gồ cao- cuộn mép, có đường hầm- hầm ếch); nền vết thương (biểu mô, tổ chức hạt, hoại tử, có hạt tophi).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được được xử trí bằng phần mềm Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=75): 75 BN có vết loét mạn tính do bệnh Gút có độ tuổi trung bình là 54,63 ± 25 tuổi (min-max: 32 - 78 tuổi), trong đó 100% bệnh nhân là nam giới, bệnh nhân có chỉ số khối BMI là 26,78 ± 3,15 (min-max: 19 - 32). Thời gian phát hiện mắc bệnh Gút là 7,71 ± 2,11 năm (min-max: 5 - 12 năm). Trong số BN này có đến 92% (69 BN) có người nhà có quan hệ trực hệ như ông nội, ông ngoại, bố, anh trai, em trai bị bệnh Gút.

Bảng 1: Nơi ở và nghề nghiệp của bệnh nhân có vết loét do bệnh Gút

Đặc điểm	N (n=75)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở		
Thành thị	60	80
Nông thôn	15	20
Nghề nghiệp		
Cán bộ văn phòng	30	40
Nông dân	6	8
Công nhân	10	13,33
Tự do	9	12
Hưu trí	20	26,67

Nhận xét: Phần lớn BN sống ở thành thị với 80% (60BN) chỉ có 20% (15BN) sống ở nông thôn. Số BN là cán bộ văn phòng chiếm tỷ lệ lớn 40% (30BN), số cán bộ hưu trí chiếm 26,67%, BN là nông dân chiếm tỷ lệ thấp với 8% (6BN).

Bảng 2: Một số đặc điểm liên quan đến thói quen và tình trạng bệnh của bệnh nhân (n=75)

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Thói quen không lành mạnh	35	46,67
Nghiện rượu	20	26,67
Nghiện thuốc lá	15	20
Bệnh lý kết hợp	55	73,33
Đái tháo đường	15	20
Tim mạch	30	40
Bệnh gan/thận	15	20
Hội chứng Cushing	20	26,67
BN có khối hạt tophi ở	75	100
Một vị trí	20	26,67
Hai vị trí	30	40
Nhiều hơn ba vị trí	25	33,33
Thuốc điều trị bệnh Gút		
Amllopurinol	12	16
Colchicine	15	20

Amllopurinol + Cochicine	5	6,67
Corticoid	23	30,67
Không dùng thuốc	20	26,67

Nhận xét: Số BN có thói quen không lành mạch là 35BN (46,67%), trong đó nghiện rượu có 20 BN (26,67%) và nghiện thuốc lá có 15 BN (20%). 73,33% số BN có bệnh lý kết hợp (nhiều BN có hai, ba bệnh lý kết hợp), trong đó gặp nhiều nhất là bệnh lý tim mạch chiếm 40%, thứ hai là hội chứng Cushing chiếm 26,67% và thứ ba là Đái tháo đường, bệnh lý gan thận đều chiếm 20%. 100% BN vào viện có khối hạt Tophi, trong đó có 40% số BN có khối hạt Tophi ở hai vị trí và 33,33% số BN có nhiều hơn 3 vị trí có khối hạt Tophi. Sử dụng thuốc điều trị bệnh Gút trong vòng 1 tháng trước khi vào viện có tới 30,67% số BN sử dụng Corticoid, 20% số BN sử dụng Cochicine, 16% số BN sử dụng Amllopurinol và 26,67% số BN không dùng thuốc gì.

3.2. Đặc điểm tại chỗ vết loét do bệnh Gút

Bảng 3: Vị trí và số lượng vết loét ở bệnh nhân Gút (N=96)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí vết loét (N=96 vết thương)		
Chi trên	32	33,33
- Khủy tay	10	10,42
- Cổ tay	5	5,21
- Bàn, ngón tay	17	17,70
Chi dưới	58	60,42
- Khớp gối	8	8,33
- Cổ chân	12	12,50
- Bàn, ngón chân	38	39,58
Khác	6	6,25
Số lượng vết loét (N=75 BN)		
1	12	16
2	39	52
≥3	24	28

Nhận xét: 75 BN có tổng số 96 vết loét, chủ yếu gặp ở chi dưới với 58 vết loét (60,42%), tiếp đến là chi trên với 32 vết loét (33,33%). Trong đó, vết loét chi trên gặp chủ yếu là ở vùng bàn tay với 17 vết loét (17,70%), thứ hai là vùng khủy tay với 10 vết loét (10,42%). Ở chi dưới gặp nhiều nhất là vết loét ở vùng bàn ngón chân (38 vết loét (39,58%)), thứ hai là vùng cổ chân (12 vết loét (12,50%)) và thứ ba là vùng khớp gối (8 vết loét (8,33%)). Ngoài ra vết loét cũng gặp ở các vị trí khác (6 vết loét (6,25%)) như vùng vành tai, ụ ngỗng, mấu chuyễn.

Phần lớn BN có 2 vết loét chiếm 52% tổng số BN, 28% số BN có trên 3 vết loét và chỉ có 16% số BN có một vết loét.

Bảng 3. Một số đặc điểm tại chỗ vết loét ở bệnh nhân Gút (n=96)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kích thước vết loét (cm²) (X ± SD (Min-Max))	25,64 ± 12,3 (2 - 65)	
Số lượng dịch tiết		
Nhiều	43	44,79
Vừa	31	32,29
Ít	22	22,92
Đặc điểm bờ mép vết loét		
Có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ, đau)	40	41,67
Gồ cao, cuộn mép	39	40,63
Có hàm ếch, đường hầm	53	55,20
Đặc điểm nền vết loét		
Biểu mô	12	12,5
Tổ chức hạt	15	15,63
Hoại tử	39	40,63
Hạt Tophi	76	79,17

Nhận xét: Diện tích trung bình các vết loét là 25,64 ± 12,3cm² (Min-max: 1 - 65). Trong 24h đầu, các vết loét tiết dịch nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,79%. 55, 20% các vết loét có hàm ếch, đường hầm và 41,67% vết loét có dấu hiệu viêm cấp tính tại chỗ vết thương. 40, 56% vết loét có bờ mép gồ cao, cuộn mép. Nền vết loét gặp nhiều nhất là còn hạt Tophi chiếm 79,17%, thứ hai là có hoại tử chiếm 40,63% chỉ có 15,63% số vết loét có tổ chức hạt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Những vết loét do bệnh Gút thường khó điều trị, và hiện nay vẫn là thách thức trong chuyên ngành Liên vết thương và là một vấn đề toàn cầu cần được thảo luận để nâng cao chất lượng chăm sóc, dự phòng và điều trị BN. Bệnh Gút thường gặp ở nam giới (82%) và gia tăng theo độ tuổi trung bình là 61 tuổi [2]. Trong 75 BN Gút vào điều trị tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông 100% là nam giới và độ tuổi trung bình có thấp hơn là 54,63 ± 25 tuổi (min-max: 32-78 tuổi). Tuy nhiên theo tác giả Gretl Lam và cs thì vết loét do bệnh Gút không chỉ giới hạn ở người lớn tuổi hoặc những những BN mắc bệnh Gút mạn tính nhiều năm, mà có thể gặp ở ngay những BN có độ tuổi 30, 40 tuổi. Thường gặp ở những BN đã được chẩn đoán mắc bệnh Gút trước đó từ 2-35 năm và có chỉ số khối ở mức bình thường hoặc thừa cân, nhưng chưa đạt đến mức béo phì [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định này khi thời gian phát hiện mắc bệnh Gút trung bình của nhóm nghiên cứu là 7,71 ± 2,11 năm (min-max: 5 - 12 năm) và BN

có chỉ số khối BMI ở mức thừa cân là $26,78 \pm 3,15$ (min-max: 19 - 32).

BN gút thường có yếu tố gia đình, trong nghiên cứu của chúng tôi, 92% số BN (69 BN) có người nhà quan hệ trực hệ như ông nội, ông ngoại, bố, anh trai, em trai bị bệnh Gút. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của Trung tâm tư vấn di truyền của bệnh viện TW Quân đội 108 khi cho rằng con của những bệnh nhân Gút có 20% rủi ro mắc bệnh Gút, và bệnh Gút có vai trò của hàng chục gene gây nên. Trong số các gene đã được nghiên cứu, SLC2A9 và ABCG2 là những gene có ảnh hưởng lớn nhất đến hàm lượng axit uric trong cơ thể. Vì con cái có khả năng thừa hưởng gene ABCG2 và SLC2A9 đột biến từ bố hoặc mẹ nên về cơ bản, bệnh gout có thể di truyền trong gia đình [4]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra, phần lớn BN sống ở thành thị với 80% (60BN) chỉ có 20% (15BN) sống ở nông thôn. Số BN là cán bộ văn phòng chiếm tỷ lệ lớn 40% (30BN), số cán bộ hưu trí chiếm 26,67%, BN là nông dân chiếm tỷ lệ thấp với 8% (6BN). Số BN có thói quen không lành mạch là 35 BN (46,67%), trong đó nghiện rượu có 20 BN (26,67%) và nghiện thuốc lá có 15 BN (20%). Kết quả này cho thấy một thực tế việc tiếp cận chăm sóc y tế đối với những chuyên ngành còn mới như Liên vết thương có thể còn hạn chế đối với nhóm BN Gút ở khu vực nông thôn. Đây là một thực tế không chỉ của những BN Gút mà còn của cả các nhóm BN bị các vết thương khác.

BN Gút bên cạnh mắc các bệnh lý liên quan đến biến chứng như sỏi thận, suy thận, còn mắc các bệnh lý khác như tim mạch, đột quỵ và đái tháo đường [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi 73,33% số BN có bệnh lý kết hợp (nhiều BN có hai, ba bệnh lý kết hợp), trong đó gặp nhiều nhất là bệnh lý tim mạch chiếm 40%, thứ hai là hội chứng Cushing chiếm 26,67% và thứ ba là Đái tháo đường, bệnh lý gan thận đều chiếm 20%. 100% BN vào viện có khối hạt Tophi, trong đó có 40% số BN có khối hạt Tophi ở hai vị trí và 33,33% số BN có nhiều hơn 3 vị trí có khối hạt Tophi. Kết quả này có thể do những BN có vết thương vào điều trị tại Trung tâm Liên vết thương – Bệnh viện Bông điều trị vết thương cũng là điều trị một trong các biến chứng của bệnh Gút.

Hiện nay các thuốc điều trị bệnh Gút tập chung vào 3 nhóm chính là Corticoid, thuốc kháng viêm giảm đau (Cochicin) và thuốc ức chế

xanthine oxidase (Alluporinol). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy BN sử dụng Corticoid chiếm tỷ lệ cao với 30,67% số BN, 20% số BN sử dụng Cochicine, 16% số BN sử dụng Amllopurunol và 26,67% số BN không dùng thuốc gì trong vòng 1 tháng trước khi vào Bệnh viện Bông điều trị. Tuy nhiên một thực tế là hầu hết những bệnh nhân này đều không có đơn của bác sĩ, mà tự ra hiệu thuốc mua thuốc về uống. Việc này cũng giúp giải thích vì sau những BN Gút trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc hội chứng Curshing do phụ thuốc Corticoid có tỷ lệ cao là 26,67% số BN, đứng thứ 2 trong số những bệnh lý kết hợp mà BN mắc phải.

4.2. Đặc điểm tại chỗ vết loét do bệnh

Gút. Các vết loét ở BN Gút thường liên quan đến các khối hạt Tophi, mặc dù không thực sự phổ biến nhưng lại là vấn đề toàn cầu. Theo tác giả Sarah Stewart và cs nhận định vết loét ở BN Gút gặp chủ yếu ở bàn chân [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định này, Khi tiến hành nghiên cứu 96 vết loét của 75 BN, vết loét xuất hiện chủ yếu ở các vùng khớp vận động. Trong đó nhiều nhất là vết loét ở chi dưới/ bàn chân chiếm 60,42% (58 vết loét), tiếp đến là chi trên với 32 vết loét (33,33%). Trong số vết loét chi trên gặp chủ yếu là ở vùng bàn tay với 17 vết loét (17,70%), tiếp đến là vùng khủy tay với 10 vết loét (10,42%). Ở chi dưới gặp nhiều nhất là vết loét ở vùng bàn ngón chân (38 vết loét (39,58%)), thứ hai là vùng cổ chân (12 vết loét (12,50%)) và thứ ba là vùng khớp gối (8 vết loét (8,33%)). Ngoài ra vết loét cũng gặp ở các vị trí khác (6 vết loét (6,25%)) như vùng vành tai, ụ ngòai, mấu chuyển. Tác giả Sarah Stewart và cs cũng lý giải vết loét ở BN Gút thường gặp ở bàn chân/ chi dưới là do bàn chân thường xuyên chịu những tác động cơ học, những sang chấn trong quá trình di chuyển. Bên cạnh đó nhiệt độ chi dưới (ghi nhận ở mức 35 độ C) thường thấp hơn các vùng cơ thể khác. Do nhiệt độ thấp làm giảm đáng kể sự hòa tan các thể urate và tăng cường lắng đọng tinh thể urate ở các khớp cũng như tăng quá trình tạo vết loét. Ngoài ra BN mắc bệnh Gút thường mắc tỷ lệ bệnh tim mạch, bệnh mạch máu chi dưới cao đó là những lý do làm tăng tỷ lệ BN Gút có vết loét ở bàn chân.

Các vết loét ở BN Gút thường tiết nhiều dịch và diện tích vết loét có biên độ giao động lớn từ 0,04 cm² đến 195 cm². Các vết loét thường tổn thương sâu, lộ gân xương sau khi cắt bỏ hoại tử [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định trên khi diện tích trung bình các vết loét là $25,64 \pm 12,3\text{cm}^2$ và biên độ giao

động diện tích vết loét lướn từ 1 cm² đến 65 cm². Trong 24h đầu, các vết loét tiết dịch nhiều chiếm ỷ lệ cao nhất với 44,79%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp một tỷ lệ cao các vết thương có biểu hiện như: 55,20% các vết loét có hàm ếch, đường hầm. 40,56% vết loét có bờ mép gồ cao, cuộn mép. Nền vết loét gặp nhiều nhất là còn hạt Tophi chiếm 79,17%, thứ hai là có hoại tử chiếm 40,63% chỉ có 15,63% số vết loét có tổ chức hạt. Điều này chứng tỏ các vết loét của BN Gút đến với chúng tôi thường đã được chăm sóc và điều trị dài ngày trước đó nhưng không có kết quả, dẫn tới những dấu hiệu phát triển không phù hợp với sinh lý liên vết thương ở vùng bờ mép vết loét với tỷ lệ khá cao như có hàm ếch, đường hầm, bờ mép gồ cao, cuộn mép.

V. KẾT LUẬN

- **Đặc điểm chung:** 100% bệnh nhân là nam giới, 92% số BN có người nhà có quan hệ trực hệ bị bệnh Gút, 80% BN sống ở thành thị, 46,67% số BN có thói quen không lành mạch (nghiện rượu, nghiện thuốc lá), 73,33% số BN có bệnh lý kết hợp, nhiều nhất là bệnh lý tim mạch, hội chứng Cushing, đái tháo đường. 30,67% số BN sử dụng Corticoid, 20% số BN sử dụng Cochicine, 16% số BN sử dụng Amllopurinol và 26,67% số BN không dùng thuốc gì.

- **Đặc điểm tại chỗ vết loét:** vết loét chủ yếu gặp ở chi dưới (60,42%), phần lớn BN có 2 vết loét (52%). Diện tích trung bình các vết loét là 25,64 ± 12,3cm² (Min-max: 1 - 65). Vết loét tiết dịch nhiều (44,79%), có hàm ếch, đường hầm (55, 20%) và viêm cấp tính tại chỗ vết thương (41,67%), vết loét có bờ mép gồ cao, cuộn mép (40, 56%). Nền vết loét có hạt Tophi (79,17%), có hoại tử (40,63%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thái Hà** (2015). Một số điều cần biết về bệnh gút. <http://benhvien108.vn/mot-so-dieu-can-biet-ve-benh-gut.htm>
2. **Gretl L, Frank L.R, Ernest S.C** (2017). Nonhealing Ulcers in Patients with Tophaceous Gout: A Systematic Review. *Advances in skin & Wound Care.* 30.5: 230-37.
3. **Honggang W, Lizhen W, Rui X et al** (2014). Association of Serum Uric Acid with Body Mass Index: A Cross-Sectional Study from Jiangsu Province, China. *Iran J Public Health.* 43(11): 1503-09.
4. Trung tâm tư vấn di truyền và sàng lọc ung thư - Bệnh viện TW Quân đội 108. Bệnh gout có di truyền không? <https://benhvien108.vn/benh-gout-co-di-truyen-khong?>
5. **Jasvinder A.S, Angelo G** (2020). Gout epidemiology and comorbidities. *Semin Arthritis Rheum.* 50(3S):11-16.
6. **Sarah S, Nicola D, Keith R** (2016). The impact of gout on the foot: a review. *Gout and Hyperuricemia.* 3(1): 1-8.

THAY ĐỔI KIẾN THỨC, THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT RHM SAU TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI KHOA NGOẠI - BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Bùi Thị Mai Lan², Đỗ Quang Tuyền¹, Trần Minh Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật RHM sau tư vấn giáo dục sức khỏe. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước và sau can thiệp, không có nhóm chứng trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023 tại Khoa Ngoại – Bệnh viện YHCT Trung ương. **Kết quả:** 128 người bệnh sau phẫu thuật RHM, trong đó nam giới chiếm ưu thế với 68,7% (88 người bệnh), được đánh giá trước can thiệp về kiến

thức, thực hành chăm sóc sau phẫu thuật RHM. Tiến hành triển khai can thiệp trong khoảng thời gian 01 tháng sau khi người bệnh ra viện. Đánh giá lại sau can thiệp cho thấy tất cả người bệnh đều có sự cải thiện về thực hành tự chăm sóc vệ sinh vết thương sau phẫu thuật RHM, với $p < 0,05$. Thực hành đạt chung về tự chăm sóc vệ sinh vết thương sau phẫu thuật RHM cải thiện tăng 39,8% từ 42,2% lên 82,0%. **Kết luận:** Tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh sau phẫu thuật RHM cải thiện tốt kiến thức, thực hành tự chăm sóc của người bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: tự chăm sóc, Rò hậu môn, hậu phẫu thuật.

SUMMARY

CHANGING KNOWLEDGE, SELF-CARE PRACTICES OF ANAL FISTULA SURGERY PATIENTS AFTER HEALTH EDUCATION CONSULTATION AT THE DEPARTMENT OF

¹Trường Đại học Thăng Long

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Mai Lan

Email: dr.buimailan@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024