

thương chỉ định mở rộng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 1,8% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 7,0% đối với các tổn thương chỉ định mở rộng. Không có tái phát di căn xảy ra trong thời gian theo dõi. Kosaka và cộng sự¹⁰ trong năm 2014 đã thực hiện phân tích hồi cứu về kết quả lâu dài của ESD đối với UTDD sớm. Tỷ lệ cắt bỏ toàn khối là 98,0% đối với các tổn thương chỉ định tuyệt đối, 89,7% đối với các tổn thương chỉ định mở rộng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ là 0,3% đối với tổn thương chỉ định tuyệt đối, 3,7% đối với tổn thương chỉ định mở rộng.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm bệnh nhân: nam giới chiếm đa số (62,6%), đa phần có độ tuổi >60 tuổi (chiếm 57,1%). U dạ dày vị trí hang vị chiếm 86%. Kích thước tổn thương đa phần ≤20mm (chiếm 77,6%).

- Tỷ lệ cắt cả khối là 100% bệnh nhân. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình: 67,2 phút. Đa phần mô bệnh học sau mổ có độ biệt hoá cao (chiếm 44,2%). Giai đoạn Tis chiếm 53,1%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 97,2% và 90,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 và 5 năm lần lượt là 98,7% và 95,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan** (2020), Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11, International Agency for Research on Cancer.
2. **Jang JS, Choi SR, Qureshi W, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection in gastric neoplastic lesions at a single institution in South Korea. *Scandinavian Journal of*

- Gastroenterology.* 2009;44(11):1315-1322.
3. **Bang CS.** Long-Term Outcomes of Endoscopic Submucosal Dissection of Undifferentiated-Type Early Gastric Cancer. *Clin Endosc.* 2021;54(2):143-144.
4. **Abdelfatah MM, Barakat M, Ahmad D, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection versus surgery in early gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2019;31(4):418-424.
5. **Fukunaga S, Nagami Y, Shiba M, et al.** Long-term prognosis of expanded-indication differentiated-type early gastric cancer treated with endoscopic submucosal dissection or surgery using propensity score analysis. *Gastrointest Endosc.* 2017;85(1):143-152.
6. **Chung IK, Lee JH, Lee SH, et al.** Therapeutic outcomes in 1000 cases of endoscopic submucosal dissection for early gastric neoplasms: Korean ESD Study Group multicenter study. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2009; 69(7):1228-1235.
7. **Sugimoto T, Okamoto M, Mitsuno Y, et al.** Endoscopic Submucosal Dissection is an Effective and Safe Therapy for Early Gastric Neoplasms: A Multicenter Feasible Study. *Journal of Clinical Gastroenterology.* 2012;46(2).
8. **Akasaka T, Nishida T, Tsutsui S, et al.** SHORT-TERM OUTCOMES OF ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD) FOR EARLY GASTRIC NEOPLASM: MULTICENTER SURVEY BY OSAKA UNIVERSITY ESD STUDY GROUP. *Digestive Endoscopy.* 2011;23(1):73-77.
9. **Choi MK, Kim GH, Park DY, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center experience. *Surg Endosc.* 2013;27(11):4250-4258.
10. **Kosaka T, Endo M, Toya Y, et al.** Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a single-center retrospective study. *Dig Endosc.* 2014;26(2):183-191.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ LOÉT VÙNG CỔ BÀN CHÂN DO VỠ HẠT TOPHI Ở BỆNH NHÂN GOUT

Nguyễn Chí Hiếu¹, Nguyễn Thị Nga^{1,2}, Thái Duy Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài báo nhằm đánh giá mô tả đặc điểm loét do u hạt tophi vùng cổ bàn chân và kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024. Thời

gian theo dõi 6 tháng đến 1 năm. **Kết quả:** Tổn thương tập trung chủ yếu ở ở vùng 1 (58,33%) và vùng 4 (30,56%). Chủ yếu là loét chảy dịch chứa tinh thể urat (47,22%). Tổn thương sau cắt lọc chủ yếu là khuyết da lộ xương 58,33% và khuyết da lộ gân 27,78%. Sau hút áp lực âm hỗ trợ (VAC) 1 lần, 85,71% trường hợp mọc tổ chức hạt tốt che phủ gân xương. Có 75% số tổn thương được ghép da che phủ, 70,37% cho kết quả mảnh ghép liền tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt lọc kết hợp hút VAC và ghép da thì 2 cho kết quả tốt đối với các tổn thương loét do vỡ hạt tophi ở bệnh nhân ở độ tuổi cao, nhiều bệnh nền phối hợp. **Từ khóa:** loét do Gout, cổ bàn chân, phẫu thuật tạo hình, hút VAC, ghép da

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Hiếu

Email: dr.nguyenchihieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

SUMMARY**THE RESULTS OF RECONSTRUCTIVE SURGICAL TREATMENT OF ULCERATED TOPHACEOUS GOUT OF FOOT AND ANKLE**

Objective: The article aims to assess the characteristics of ulcerated tophaceous gout in foot and ankle, and results of reconstructive surgical treatment. **Methods:** Our study was performed on 30 patients at Bach Mai hospital in the period of time between 6/2023 and 6/2024. The postoperative follow-up time was from 6 month to 1 year. **Results:** The ulcerations were mostly located in zone 1 (58,33%) and zone 4 (30,56%). 47,22% of wounds were exudate consist of monosodium urate crystals. Defects after debridement had bone (58,33%) and tendon (27,78%) exposure. Vacuum assisted closure (VAC) promoted granulation formation to cover bone and tendon. Skin graft was applied in 75% wound and 70,37% had good results. **Conclusion:** Debridement combined VAC and skin graft are good surgical procedures for treatment of ulcerated tophaceous gout in foot and ankle in elderly patients.

Keywords: ulcerated tophaceous gout, foot and ankle, reconstructive surgery, vacuum assisted closure, skin graft

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gout là bệnh lý chuyển hóa gây ra bởi tình trạng lắng đọng acid uric ở các mô do tăng nồng độ acid uric máu, bệnh có các triệu chứng lâm sàng chính là viêm khớp do gout, hạt tophi, bệnh thận do gout và sỏi acid uric. Bệnh gout có tỷ lệ mắc khá cao, và có xu hướng tăng lên nhanh chóng trong các năm gần đây, từ 3,3% vào năm 2017 lên tới 6,6% vào năm 2018 [1]. Hạt tophi là một triệu chứng lâm sàng đặc trưng của bệnh gout mạn tính. Sự xuất hiện các hạt này là hậu quả của hiện tượng lắng đọng tinh thể urat ở mô liên kết. Vị trí thường gặp là ở các khớp bàn ngón chân cái, các khớp ngón chân, cổ chân, gối, khuỷu tay, các đốt ngón tay, sụn vành tai. Hạt tophi có thể loét vỡ, gây nhiễm khuẩn, hạn chế vận động và mất tính thẩm mỹ cho bệnh nhân. Điều trị tổn thương loét do gout hiện nay có nhiều phương pháp, từ đơn giản đến phức tạp như thay băng, cắt lọc, làm sạch, liệu pháp hút áp lực âm (VAC), ghép da, tạo hình che phủ khuyết phần mềm bằng vạt da. Vùng cổ bàn chân với đặc điểm giải phẫu đặc biệt với nhiều gân, dây chằng và cơ chịu trách nhiệm giúp chúng ta đứng thẳng, nâng đỡ trọng lượng của toàn bộ cơ thể. Loét vùng cổ bàn chân do vỡ hạt tophi ở bệnh nhân gout thường sẽ lộ vùng xương khớp do chỉ được che phủ bởi lớp da, do đó chức năng về bàn chân càng ảnh hưởng nặng nề, phải cần có can thiệp tạo hình che phủ vùng tổn thương sau khi đã điều trị cắt lọc, nạo bỏ hạt tophi. Ở Việt Nam, cho đến nay chúng tôi chưa

thấy nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, bài báo này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị tổn thương loét do gout vùng cổ bàn chân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân có tổn thương loét do vỡ u hạt tophi được phẫu thuật điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024. Thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 1 năm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả loạt ca bệnh.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng: Các chỉ số tuổi, giới, thời gian mắc bệnh lý gout và tổn thương loét. Vị trí tổn thương loét theo phân vùng, diện tích tổn thương, tính chất đáy tổn thương (hình 1). Đặc điểm tổn khuyết sau cắt lọc.



Hình 1. Tổn thương các phần vùng cổ bàn chân

(A) Vùng 1: Mu cổ chân, mắt cá; (B) Vùng 2: Gân Achilles và mặt sau xương gót; (C) Vùng 3: Gan gót chân; (D) Vùng 4: Bàn chân trước

Quá trình điều trị phẫu thuật: Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử, nạo viêm và tổ chức urat. Với các tổn thương không thể đóng trực tiếp, sau mổ cắt lọc, tổn thương được hút áp lực âm hỗ trợ (VAC) để làm sạch và kích thích mô hạt phát triển. Sau đó tổn thương được đánh giá lại và phẫu thuật tạo hình che phủ bằng ghép da hoặc các vạt tại chỗ, vạt lân cận và vạt vi phẫu.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: Chúng tôi đánh giá kết quả gần trong 1 tháng đầu sau mổ và kết quả xa sau mổ 6-12 tháng. Các chỉ số đánh giá gồm tính chất liền thương sau mổ ở thời điểm gần và xa, đánh giá chức năng và tính thẩm mỹ của các phương pháp tạo hình tổn khuyết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là $56,97 \pm 10,4$ tuổi,

tập trung chủ yếu ở nhóm 40-65 tuổi, chiếm 80%. Toàn bộ bệnh nhân là nam giới. Thời gian mắc bệnh gout trung bình là $12,9 \pm 5,38$ năm. Thời gian xuất hiện u hạt tophi trước khi loét là $4,53 \pm 1,85$ năm. Thời gian gặp tổn thương loét trước vào viện là $1,83 \pm 0,87$ tháng. Tổn thương tập trung chủ yếu ở ở vùng 1 mu cổ chân, mắt cá (58,33%) và vùng 4 bàn chân trước (30,56%). Chủ yếu là loét chảy dịch chứa tinh thể urat (47,22%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật: Toàn bộ 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc với tổn thương sau cắt lọc chủ yếu là khuyết da lộ xương 58,33% và khuyết da lộ gân 27,78% (bảng 1). Diện tích tổn khuyết sau cắt lọc trung bình là $13,88 \text{ cm}^2$, nhỏ nhất là $2 \times 2 \text{ cm}$, lớn nhất là $20 \times 10 \text{ cm}$. Có 14/30 bệnh nhân được hút VAC sau cắt lọc, số ngày mỗi lần dao động từ 3-6 ngày, trung bình 4,06 ngày. Sau hút VAC 1 lần, 85,71% trường hợp mọc tổ chức hạt tốt che phủ gân xương. Có 75% số tổn thương được ghép da che phủ, 22,22% đóng trực tiếp và 5,55% vạt tại chỗ, 5,55% vạt cuống mạch liền lân cận và 2,78% dùng vạt vi phẫu.

Bảng 1. Đặc điểm tổn khuyết sau cắt lọc

| | | |
|---------------------------|----|--------|
| Khuyết da | 5 | 13,89% |
| Khuyết da lộ gân | 10 | 27,78% |
| Khuyết da lộ xương | 21 | 58,33% |
| Tổng | 36 | 100% |

3.3. Kết quả phẫu thuật: 87,5% tổn thương đóng trực tiếp liền thương tốt. 70,37% tổn thương được ghép da cho kết quả mảnh ghép liền tốt. 50% số trường hợp dùng vạt tại chỗ liền tốt. Toàn bộ vạt cuống mạch liền và vạt vi phẫu cho kết quả hoại tử vạt.

IV. BÀN LUẬN

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới ở độ tuổi chủ yếu 40-65. Nam giới được xem là yếu tố nguy cơ mắc bệnh gout, điều này có thể giải thích do lối sống của đàn ông trưởng thành ở hầu hết các quốc gia đều ăn nhiều đạm và sử dụng rượu bia [2]. Bệnh lý gout hầu hết khởi phát ở độ tuổi 30-50, đi kèm với các biến chứng liên quan đến u hạt tophi sau một thời gian mắc bệnh [3]. Thời gian từ lúc xuất hiện hạt tophi cho đến lúc vào viện trung bình là $4,53 \pm 1,85$ năm cho thấy người bệnh tại Việt Nam thường chung sống với u hạt tophi nhiều năm, kể cả khi các khối u kích thước lớn. Chỉ đến khi u kích thước lớn làm mỏng da gây loét, gây nên tổn thương nhiễm trùng dai dẳng gây hạn chế vận động thì người bệnh mới đến thăm khám và điều trị phẫu thuật. Ở giai đoạn này việc điều trị thường gặp nhiều khó khăn hơn, với tổn khuyết

rộng kèm theo nhiễm trùng phải điều trị kéo dài.

Tổn thương loét do gout trong nghiên cứu tập trung nhiều ở vùng 1 và vùng 4, trong khi đó vùng 2 gặp ít hơn. Nhiều nghiên cứu khác chỉ ra u hạt tophi tập trung ở vị trí khớp bàn ngón chân cái và gân Achilles do sự lắng đọng của tinh thể muối urat có sự phân bố trên màng xương và gân vị trí này [4]. Tuy nhiên tỷ lệ loét tại vùng gân Achilles trong nghiên cứu lại thấp hơn vùng khớp cổ chân và mắt cá. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân có thể đến từ đặc điểm da vị trí mắt cá sát xương, cơ chế sinh hoạt dễ va đập vùng da mắt cá dưới nền xương cứng dễ dẫn đến các tổn thương gây loét. Phần lớn các tổn thương trong nghiên cứu là loét da trên bề mặt u hạt tophi và chảy dịch trắng chứa tinh thể urat chiếm tới 47,22%, thậm chí nhóm tổn thương nhiễm trùng chảy dịch mủ là 13,89% (hình 2). Bệnh nhân trong nghiên cứu sinh sống ở nhiều vùng xa, thường không quan tâm đến việc điều trị khi tổn thương còn khô, tâm lý e ngại đến viện để điều trị. Tỷ lệ tổn thương nhiễm trùng trong một nghiên cứu tại Đại học Whenzou cũng cao hơn các tổn thương còn khô [5].



Hình 2. (A) Loét lộ urat khô, (B) loét chảy dịch chứa urat, (C) loét chảy dịch mủ

Các nghiên cứu trên thế giới cũng mô tả nhiều kĩ thuật cắt lọc gồm phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử, nạo bỏ hạt tophi bằng curettage hoặc bào phần mềm qua ống nội soi [3], [6]. Phẫu thuật cắt lọc là cần thiết nhằm loại bỏ tổ chức urat bám vào gân biến dạng xương khớp hay gân, đồng thời là tổ chức hoại tử, giả mạc hoặc dịch mủ bám vào vết loét, tạo điều kiện để liền thương và tạo hình thì 2. Sau cắt lọc tổ chức hoại tử, đặc biệt nạo bỏ urat, tổn thương thường gặp lộ xương, lộ gân, nếu có khuyết da kèm theo thì không thể ghép da trực tiếp trên nền nhận tưới máu kém này. Vì vậy để tạo hình che phủ tổn khuyết trong 1 thì, các vạt da được chúng tôi sử dụng gồm cả 3 dạng, vạt tại chỗ, vạt lân cận, vạt vi phẫu. Tuy nhiên chúng tôi

nhận thấy rằng với những tổn thương loét tái phát nhiều lần, tổ chức da xung quanh vết loét thường xơ chai, cấp máu kém, các vật tại chỗ thương không đáng tin cậy trong những trường hợp này. Cùng chân nhận định, tác giả Lin cho rằng vật tại chỗ thường được sử dụng là vật chuyển và dồn đẩy, tuy nhiên vùng da xung quanh xơ dính dẫn đến hạn chế trong việc dịch chuyển vật che phủ tổn khuyết [7]. Tác giả này cũng mô tả loạt ca bệnh sử dụng vật vi phẫu thành công trong tạo hình che phủ tổn khuyết. Độ tuổi bệnh nhân trong các nghiên cứu này đều dưới 50 tuổi, ít bệnh lý phối hợp, nhờ vậy chất lượng mạch nhận thường tốt [7]. Bệnh nhân tại Việt Nam thường là nhóm tuổi cao, nhiều bệnh lý nền phối hợp nhiều năm như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, tình trạng mạch máu thường xơ vữa nguy thất bại vật vi phẫu cao. Để giải quyết vấn đề này, phẫu thuật ghép da thì 2 sau hút VAC là phương án đơn giản giúp tăng tỷ lệ thành công. Các tổn thương cần hút VAC trong nghiên cứu thuộc 2 nhóm. Nhóm thứ nhất gồm có lộ các tổ chức nền nhận cấp máu kém như gân, xương không đảm bảo cho việc ghép da. Hút VAC ở nhóm này có tác dụng kích thích sự hình thành biểu mô hạt mới trên nền nhận cũ, tổ chức hạt mới này về sau đều cho thấy là tổ chức cấp máu tốt, có thể ghép da trên nền nhận này (hình 3). Nhóm 2 là các tổn thương nhiễm trùng tồn dư sau cắt lọc chưa đảm bảo sạch để ghép da. Hút VAC ở nhóm này giúp loại bỏ các dịch tiết, tổ chức viêm đồng thời kích thích mọc biểu mô hạt tại chỗ để đảm bảo có thể tạo hình che phủ. Sử dụng hút áp lực âm VAC đã được chứng minh hiệu quả trong nhiều nghiên cứu trên thế giới với các tổn thương loét như loét do đái tháo đường.[8] Tuy nhiên với tổn thương loét do gout hiện tại còn ít báo cáo đánh giá về hiệu quả của phương pháp này. Tác giả Kemp và cộng sự báo cáo trường hợp tổn thương khuyết da 5x3cm, lộ khớp bàn ngón chân cái sau cắt lọc tổ chức u hạt tophi được điều trị bằng hút VAC với qui trình thay VAC 3 lần mỗi tuần, kèm theo 2 lần cắt lọc, sau 5 tháng cho kết quả tổn khuyết tự liền thương, chức năng khớp bàn ngón chân cái được bảo tồn.[9] Một nghiên cứu khác của tác giả Pan tiến hành tại Trung Quốc so sánh giữa hút VAC và chăm sóc vết thương kiểu truyền thống [10]. Kết quả cho thấy trên 90% trường hợp sau hút VAC thấy mô hạt phát triển sau 2 tuần so với chỉ 42% ở nhóm chăm sóc kiểu truyền thống. Đặc biệt với nhóm các tổn thương cần chăm sóc kéo dài nhiều tuần, VAC cho thấy hiệu quả vượt trội khi 100% thấy tổn thương mọc tổ chức hạt so với chỉ 20-30% ở

nhóm chăm sóc kiểu truyền thống. Đồng thời người bệnh sử dụng hút VAC cảm thấy hài lòng hơn khi số lần thay băng ít hơn, người bệnh ít phải trải qua đau đớn đồng thời hiệu quả cao hơn, tuy nhiên gặp phải bất tiện khi phải mang theo thiết bị hút VAC [10]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được ghép da thì 2 sau đó cho kết quả gần liền thương tốt và kết quả xa tốt về chức năng vận động đi lại, không thấy loét tái phát, tuy nhiên màu sắc da ghép thương tăng sắc tố hơn da lành (hình 4). Tác giả Jung Ho Lee và cộng sự cũng mô tả cả bệnh khuyết mắt cá ngoài sau cắt lọc tổn thương loét do gout với diện tích 6x5cm. Kết quả sau liệu trình hút VAC 10 ngày thấy hình thành tổ chức hạt tốt, ghép da mỏng xê đôi sau đó được thực hiện và cho kết quả liền thương tốt, không có tái phát sau 3 tháng theo dõi.



Hình 3. Tổn thương lộ gân - xương ngay sau cắt lọc và sau hút VAC



Hình 4. Các tổn thương loét lộ gân xương và kết quả sau ghép da

V. KẾT LUẬN

Tổn thương loét da do gout ở vùng cổ bàn chân thường gây nhiều ảnh hưởng lên đời sống người bệnh. Phẫu thuật cắt lọc phương pháp điều trị giúp giải quyết tình trạng loét, nhiễm trùng và tổn thương xâm nhiễm urat tại chỗ. Sau cắt lọc thường để lại tổn khuyết lộ gân xương. Các vật da tạo hình che phủ có nguy cơ cao ở các đối tượng người già, nhiều bệnh nền, tại chỗ vùng da lân cận xơ chai. Hút VAC sau mổ cắt lọc giúp làm sạch, kích thích mọc tổ chức hạt trên bề mặt phần gân, xương lộ. Ghép da thì 2 cho kết quả gần tốt và kết quả xa tốt về mặt liền thương và chức năng đi lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **C. Yokose et al.**, "Trends in Prevalence of Gout Among US Asian Adults, 2011-2018," JAMA Netw. Open, vol. 6, no. 4, p. e239501, Apr. 2023, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.9501.
2. **L. Annemans et al.**, "Gout in the UK and Germany: prevalence, comorbidities and management in general practice 2000-2005," Ann. Rheum. Dis., vol. 67, no. 7, pp. 960-966, Jul. 2008, doi: 10.1136/ard.2007.076232.
3. **D. Poratt and K. Rome**, "Surgical Management of Gout in the Foot and Ankle A Systematic Review," J. Am. Podiatr. Med. Assoc., vol. 106, no. 3, pp. 182-188, May 2016, doi: 10.7547/14-128.
4. **P. I. Mallinson, A. C. Reagan, T. Coupal, P. L. Munk, H. Ouellette, and S. Nicolaou**, "The distribution of urate deposition within the extremities

- in gout: a review of 148 dual-energy CT cases," Skeletal Radiol., vol. 43, no. 3, pp. 277-281, Mar. 2014, doi: 10.1007/s00256-013-1771-8.
5. **J. Xu, Z. Zhu, and W. Zhang**, "Clinical characteristics of infectious ulceration over tophi in patients with gout," J. Int. Med. Res., vol. 46, no. 6, pp. 2258-2264, Jun. 2018, doi: 10.1177/0300060518761303.
 6. **S.-S. Lee, S.-D. Lin, C.-S. Lai, T.-M. Lin, K.-P. Chang, and Y.-L. Yang**, "The soft-tissue shaving procedure for deformity management of chronic tophaceous gout," Ann. Plast. Surg., vol. 51, no. 4, pp. 372-375, Oct. 2003, doi: 10.1097/01.SAP.0000067723.32532.97.
 7. **C.-T. Lin et al.**, "Free-flap resurfacing of tissue defects in the foot due to large gouty tophi," Microsurgery, vol. 31, no. 8, pp. 610-615, Nov. 2011, doi: 10.1002/micr.20949.
 8. **S. Flack, J. Apelqvist, M. Keith, P. Trueman, and D. Williams**, "An economic evaluation of VAC therapy compared with wound dressings in the treatment of diabetic foot ulcers," J. Wound Care, vol. 17, no. 2, pp. 71-78, Feb. 2008, doi: 10.12968/jowc.2008.17.2.28181.
 9. **T. J. Kemp, C. B. Hirose, M. J. Coughlin, and R. Otto**, "Treatment of chronic tophaceous gout with a wound vacuum-assisted device," Foot Ankle Int., vol. 31, no. 8, pp. 729-731, Aug. 2010, doi: 10.3113/FAI.2010.0729.
 10. **X. Pan et al.**, "SAT0379 Vacuum-assisted closure versus conventional wound care in the management of chronic ulcers in patients with tophaceous gout: a prospective analysis," Ann. Rheum. Dis., vol. 77, no. Suppl 2, pp. 1052-1053, Jun. 2018, doi: 10.1136/annrheumdis-2018-eular.5247.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO CÓ TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ ĐƯỢC MỞ SỌ GIẢM ÁP

Trần Trung Kiên¹, Võ Thành Toàn¹,
Lê Bá Tùng¹, Nguyễn Trọng Sỹ¹, Đỗ Duy Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não có tăng áp lực nội sọ được mở nắp sọ giảm áp tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các BN chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2024 tại BV Thống Nhất. **Kết quả:** chúng tôi khảo sát và theo dõi 344 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn và thu được các kết quả như sau: Tại thời điểm xuất viện/chuyển viện, tỉ lệ bệnh nhân có kết cuộc tốt (GOS 4 và 5) là 69,28% và có kết cuộc

xấu (GOS 1, 2 và 3) là 30,72%, trong đó có 230 BN (66,86%) có điểm GCS là 14 và 62 bệnh nhân (18,02%) có điểm GCS là 9 đến 13 điểm. Biến chứng được ghi nhận có ảnh hưởng đến kết cuộc bệnh nhân sau mở nắp sọ giảm áp là xuất huyết lại chiếm 50,58% và một số yếu tố như xuất huyết não thất, sự chèn ép bể đáy có liên quan với sự hình thành máu tụ mới sau phẫu thuật mà có ảnh hưởng kết cuộc của BN. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giảm áp là phương pháp đã được chứng minh qua thời gian, thường được áp dụng trong các trường hợp khẩn cấp để cứu mạng bệnh nhân sau tai nạn. **Từ khóa:** Mở nắp sọ giảm áp (MSG), chấn thương sọ não (CTSN), xuất huyết não thất (XHNT), máu tụ và dập phù não (MTDPN).

SUMMARY

OUTCOMES IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY AND INCREASED INTRACRANIAL PRESSURE UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024