

- học, Học Viện Quân Y.
5. **Trương Xuân Quang** (2004), Đánh giá kết quả điều trị gãy hai xương cẳng chân bằng phương pháp đóng đinh SIGN kín có chốt ngang, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 6. **Bhandari, Mohit** (2012), "Economic evaluation of reamed versus unreamed intramedullary nailing in patients with closed and open tibial fractures: Results from the study to prospectively evaluate reamed intramedullary nails in patients with tibial fractures (sprint)", Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume. 94(Supp xxxviii), pp. 76-76.
 7. **Young S., Lie S. A., Hallan G., Zirkle L.G.** (2011), "Low infection rates after 34,361 intramedullary nail operations in 55 low and middle income countries: Validation of the Surgical Implant Generation Network (SIGN) online surgical database", Acta orthopaedica. 82(6), pp. 737 - 743.
 8. **Yaligod V., Rudrappa G.H., Nagendra S.,** (2014), "Minimizing the complications of intramedullary nailing for distal third tibial shaft and metaphyseal fractures", Journal of Orthopaedics. 11(1), pp. 10 - 18.
 9. **Yu J., Li L., Wang T., Sheng L.** (2015), "Intramedullary nail versus plate treatments for distal tibial fractures: A meta - analysis", International Journal of Surgery. 16, Part A, pp.60-68.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG PHẦN MỀM

Tạ Văn Bình¹, Nguyễn Thị Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, của bệnh nhân chấn thương phần mềm tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chấn đoán chấn thương phần mềm từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, Khoa Ngoại – bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội đã điều trị 60 bệnh nhân: bệnh nhân tập trung ở độ tuổi 18 đến 29 tuổi (35%), đa phần là nam giới (60%), nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (36,67%), vị trí tổn thương chủ yếu ở chi trên (55%), trung bình điểm đau VAS là 6,72 ± 1,08, diện tích vết thương chủ yếu ở mức độ vừa và lớn (96,67%). **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả được một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Chấn thương phần mềm. **Từ khóa:** Chấn thương phần mềm, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SOFT TISSUE INJURIES

Objective: To investigate the clinical characteristics of patients with soft tissue injuries at the Department of Surgery – Hanoi Traditional Medicine General Hospital. **Subjects:** Patients diagnosed with soft tissue injuries from March 2022 to October 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** During the study period, the Department of Surgery at Hanoi Traditional Medicine General Hospital treated 60 patients. The majority were between 18 and 29 years old (35%) and predominantly male (60%). The most common cause was traffic accidents (36.67%). The primary site of injury was the upper limbs (55%). The average pain

score on the VAS was 6.72 ± 1.08. Most wound areas were classified as moderate to large in size (96.67%). **Conclusion:** The study provided a description of several clinical characteristics of patients with soft tissue injuries. **Keywords:** Soft tissue injury, clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương phần mềm (CTPM) là tổn thương khá phổ biến và ngày càng gia tăng ở nước ta cũng như trên thế giới, nguyên nhân hay gặp là do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, luyện tập thể dục thể thao [6]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, chấn thương phần mềm và gãy xương – là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật tại các nước đang phát triển. Mỗi năm, khoảng 20–50 triệu người trên thế giới bị tổn thương do tai nạn giao thông, phần lớn trong số đó là CTPM [8]. Nghiên cứu của Võ Ngọc Toàn và cộng sự cho thấy CTPM chiếm chủ yếu (56,9%) trong các bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động điều trị tại bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang năm 2020–2021 [5]. CTPM thường bao gồm bong gân, tổn thương các dây chằng bao khớp, tổn thương cơ, mạch máu và thần kinh. Điều trị không kịp thời và đúng đắn có thể để lại hậu quả, di chứng nặng nề như nhiễm khuẩn, áp xe, thậm chí viêm xương khớp, gây hạn chế vận động của chi sau này cũng như ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [9]. Với mong muốn có cái nhìn tổng quát về bệnh nhân CTPM, từ đó có hướng điều trị hiệu quả hơn nữa, đồng thời cũng cung cấp cơ sở khoa học cho các nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chấn thương phần mềm tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Vân

Email: nguyenthanhvan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN từ 18 đến 70 tuổi, được chẩn đoán chấn thương phần mềm: Có tiền sử chấn thương, nơi tổn thương có biến dạng, sưng tấy, bầm tím, có thể có vết thương hở, và giảm vận động, ấn đau tại bất cứ vị trí nào xung quanh vùng tổn thương.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân gãy xương, đứt gân, bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị: bỏ thuốc >3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: 60 bệnh nhân

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Chỉ tiêu về đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.

+ Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng: mức độ đau đánh giá theo thang điểm đau VAS, triệu chứng tê bì (có, không), sưng nề (độ căng độ đàn hồi da), vết thương hở (có, không), diện tích vết thương hở (dùng tấm plastic vô khuẩn, áp lên bề mặt tổn thương, dùng bút màu kẻ theo đường viền của tổn thương lên tấm plastic, đặt tấm plastic vừa kẻ lên giấy có in sẵn ô vuông có diện tích 1cm², đếm số ô nằm trong diện tích vừa kẻ, tính được diện tích của tổn thương; cách đánh giá diện tích: nhỏ 1-2cm², vừa 2-4cm², lớn >4cm²).

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022 tại khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội.

2.4. Thu nhập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán, tính các tỉ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn SD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Độ tuổi	n (60)	%
18 -29	21	35,00
30 – 39	4	6,67
40 – 49	13	21,67
50 – 59	9	15,00
60 – 69	13	21,66
Tuổi trung bình	41,97 ± 16,45	
Giới tính	n (60)	%
Nam	36	60,00
Nữ	24	40,00

Nhóm tuổi từ 18-29 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (35,00%). Độ tuổi trung bình là 42,00 ± 16,57,

nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất 69 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (nam: 60,00%; nữ 40,00%).

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	n (60)	%
Tai nạn giao thông	22	36,67
Tai nạn lao động	16	26,67
Tai nạn sinh hoạt	12	20,00
Luyện tập thể thao	10	16,66

Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông có tỷ lệ cao nhất, chiếm 36,67%.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí chủ yếu bị bệnh

Vị trí	n (60)	Tỷ lệ (%)
Chi dưới	33	55,00
Chi trên	18	30,00
Thân mình	9	15,00

Trong tổng số 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 33 bệnh nhân chấn thương chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 55%, chi trên chiếm 30%, còn lại là thân mình 15%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương	n	%
Tê bì	Có	23
	Không	37
Sưng nề	Có	60
	Không	0
Vết thương hở	Có	36
	Không	24

Bệnh nhân có triệu chứng sưng nề chiếm 100%, vết thương hở chiếm 66,67%

Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm đau VAS

Mức độ đau VAS	n (60)	%
Nhẹ	0	0
Trung bình	0	0
Nặng	17	28,33
Rất nặng	43	71,67
Điểm đau VAS trung bình X±SD	6,72 ± 1,08	

Bệnh nhân đau ở mức độ nặng và rất nặng, trong đó chủ yếu là mức độ rất nặng chiếm 71,67%.

Bảng 3.6. Diện tích vết thương

Diện tích vết thương (cm ²)	n (60)	%
Nhỏ	2	3,33
Vừa	27	45,00
Lớn	31	51,67
Diện tích tổn thương trung bình X ± SD	5,84 ± 2,36	

Diện tích vết thương chủ yếu là vừa và lớn chiếm lần lượt 45,00% và 51,67%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rằng độ tuổi trung bình là $41,97 \pm 16,45$ tuổi, bệnh nhân CTPM phân bố khá đều ở các nhóm tuổi, tuy nhiên nhóm tuổi trẻ 18 đến 29 là chiếm tỷ lệ cao nhất 35%, Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dung: bệnh nhân chủ yếu ở lứa tuổi ≤ 20 tuổi, chiếm 56,2% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 63,33% bệnh nhân nhóm 18 đến 50 tuổi, tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Cường: nhóm 30-49 tuổi chiếm hơn 60% [1]. Tuy ở các nghiên cứu có sự khác biệt nhưng cũng cho thấy độ tuổi dễ bị chấn thương phần mềm hay gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Điều này cho thấy nhóm tuổi này là ở độ tuổi lao động, tham gia giao thông cũng như tập luyện thể thao nhiều nên dễ gặp các tình trạng chấn thương. Hơn nữa, ở lứa tuổi trẻ, tính tình bột nên cũng dễ xảy ra tai nạn hay các xung đột không đáng có hơn. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ, tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Thanh Cường và Nguyễn Thị Thùy Dung [1], [2]. Do nam giới thường lao động, tập luyện thể thao với cường độ mạnh hơn nên gặp vấn đề về tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt nhiều hơn và có lẽ cũng do thói quen sử dụng chất kích thích: rượu, bia,... nhiều hơn nữ giới nên tỷ lệ nam giới bị đụng dập phần mềm, vết thương phần mềm do tai nạn hay xung đột cũng nhiều hơn. Một nghiên cứu của Vuurberg G và cộng sự (2018) tại Hà Lan về chấn thương mắt cá chân cũng ghi nhận sự chênh lệch giới nhẹ tương tự, với tỷ lệ nam chiếm 54,2% [7]. Điều này củng cố giả thuyết rằng chấn thương phần mềm là một dạng chấn thương phổ biến không chỉ xảy ra ở một giới tính cụ thể mà mang tính chất rộng hơn về cộng đồng, cần chiến lược phòng ngừa mang tính toàn diện. Nguyên nhân CTPM do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, luyện tập thể thao lần lượt là 36,67%, 26,67%, 20%, 16,67%, tương đồng với các nghiên cứu của Lê Ngân, tai nạn giao thông chiếm nhiều nhất 40,8% [4]. Điều này phản ánh mức độ phổ biến và nguy cơ tiềm ẩn từ giao thông đô thị đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt trong điều kiện hạ tầng và ý thức an toàn còn nhiều hạn chế. So với các quốc gia phát triển, nghiên cứu của Vuurberg G và cộng sự (2018) ghi nhận phần lớn các ca bong gân đến từ thể thao (58%) và vận động ngoài trời (26%) [7], cho thấy sự khác biệt về hoàn cảnh sinh hoạt – lao động giữa các quốc gia. Vị trí tổn thương chủ yếu là ở chi dưới có tỷ lệ cao nhất, tương đồng với nghiên cứu của

Nguyễn Thanh Cường và Dương Hải Yến [1], [9]. Phù hợp với đặc điểm tai nạn trong sinh hoạt, giao thông và thể thao – nơi mà chi dưới thường tiếp xúc hoặc va đập đầu tiên. Có 38,33% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng tê bì tại vùng tổn thương và 100% có sưng nề, phản ánh quá trình viêm – phù cấp tính sau chấn thương. Tê bì là dấu hiệu của tụ máu hoặc chèn ép dây thần kinh ngoại biên nhẹ, còn sưng nề là biểu hiện của tăng tính thấm thành mạch, thoát dịch viêm, đặc trưng trong sinh bệnh học đụng dập phần mềm. Tỷ lệ vết thương hở là 60%, phản ánh mức độ tổn thương lan đến lớp da hoặc cơ nông. Tình trạng này cần được lưu ý vì nguy cơ nhiễm trùng và để lại sẹo cao hơn, đặc biệt khi không được chăm sóc đúng cách. Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh, được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng và nghiên cứu. Thang điểm VAS được đánh giá thông qua một thước đo chia vạch thành 10 đoạn bằng nhau bởi 11 điểm từ 0 tới 10 (0 điểm: không đau; 1-2 điểm: đau nhẹ; 3-4 điểm: đau vừa phải; 5-6 điểm: đau nặng; 7-10 điểm:—đau rất nặng). Ở các bệnh nhân bị chấn thương phần mềm, phần lớn thường chủ quan, nghĩ nó là một tổn thương không có gì nguy hiểm đến tính mạng nên chỉ khi bệnh nhân đau nhiều mới nhập viện để điều trị. Điểm đau VAS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,72 \pm 1,08$, phù hợp với mức độ đau VAS, tất cả bệnh nhân đều thuộc nhóm đau nặng đến rất nặng. Diện tích vết thương trung bình tại thời điểm thăm khám ban đầu là $5,84 \pm 2,36 \text{ cm}^2$, với đa số nằm ở mức độ vừa và lớn (lần lượt 45% và 51,67%). Các nghiên cứu trước như của Nguyễn Thị Thùy Dung (2013) hay Phạm Thị Thu Hằng (2013) không ghi rõ diện tích tổn thương, điều này cho thấy nghiên cứu hiện tại có ưu điểm trong việc định lượng khách quan hơn về diện tích tổn thương – một chỉ số có giá trị tiên lượng lâm sàng và đánh giá đáp ứng điều trị [2], [3].

V. KẾT LUẬN

1. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $41,97 \pm 16,55$ tuổi. Tỷ lệ nam cao hơn nữ (nam chiếm 60%, nữ chiếm 40%). Tỷ lệ CTPM do tai nạn giao thông là cao nhất (36,67%). Vị trí chủ yếu tổn thương là chi trên (55%).

2. Bệnh nhân đau mức độ nặng và rất nặng, điểm VAS trung bình là $6,72 \pm 1,08$. Diện tích vết thương chủ yếu là mức độ vừa và lớn (45% và 51,67%), diện tích vết thương trung bình là $5,84 \pm 2,36 \text{ cm}^2$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Cường, Phạm Văn Trịnh, Tạ Văn Bình. "Đánh giá tác dụng điều trị bong gân - đứt gân phần mềm của cao tiêu thũng chỉ thống." Y học thực hành. 2008, 9: 55-60.
2. Nguyễn Thị Thùy Dung. "Đánh giá tác dụng của kem "Chấn thương BsQ" trong điều trị chấn thương phần mềm. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
3. Phạm Thị Thu Hằng. "Nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả giảm đau của mỡ bôi da cây thuốc giầu." Tạp chí Dược liệu. 2013, 5: 27-31.
4. Lê Ngân, Lê Thành Tài. Nghiên cứu tình hình chấn thương cơ quan vận động tại phòng khám ngoại trú, Khoa Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2018. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2021, 36: 89-95.
5. Võ Ngọc Toàn, Trần Nguyễn Du, Phạm Văn Linh. Đặc điểm bệnh nhân chấn thương cơ quan vận động tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022, 46: 1-8.
6. Kobayashi T. Pathophysiology and management of soft tissue injury. J Orthop Sci. 2018, 23(5):819-823. doi:10.1016/j.jos.2018.03.015
7. Vuurberg G, Hoorntje A et al. "Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains." BMJ Journals, 2018.
8. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. 2018
9. 杨海燕. "活血消肿膏不同剂量外敷治疗急性软组织损伤的临床疗效对比研究". 2020.

ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐOẠN NGOÀI SỌ

Lương Quang Triết¹, Hồ Xuân Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một yếu tố nguy cơ quan trọng, góp phần gây ra khoảng 10-20% các trường hợp nhồi máu não do xơ vữa mạch lớn. Trong bối cảnh cấp cứu, chụp cắt lớp vi tính sọ não giữ vai trò trung tâm trong việc đánh giá ban đầu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm cắt lớp vi tính và đánh giá mối liên quan với kết quả điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh ngoài sọ nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ 09/2022 đến 08/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 46 bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động mạch cảnh ngoài sọ với tuổi trung bình là $64,72 \pm 15,84$. Kết quả chụp cắt lớp vi tính sọ não ghi nhận đa số bệnh nhân có nhiều ổ nhồi máu (84,8%) và không có ổ nhồi máu cũ (80,4%), vị trí nhồi máu chủ yếu ở nhiều vị trí trong não (91,3%), phân bố theo tuần hoàn vùng động mạch não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Kết cục xuất viện sau 1 tháng theo thang điểm RANKIN hiệu chỉnh thuận lợi và không thuận lợi bằng nhau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có kết cục điều trị thuận lợi và không thuận lợi sau 1 tháng xuất viện về tuổi, giới, số lượng ổ nhồi máu mới hay cũ, vị trí nhồi máu và vùng động mạch tổn thương ($p > 0,05$); tuy nhiên, thang điểm NIHSS có mối liên quan chặt chẽ với tiên lượng, điểm càng nhẹ thì tỷ lệ hồi phục thuận lợi càng cao ($p < 0,001$). **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu não có hẹp động

mạch cảnh đoạn ngoài sọ thường có nhiều ổ nhồi máu mới phân bố rộng, chủ yếu tại tuần hoàn động mạch não giữa trên cắt lớp vi tính sọ não. Thang điểm NIHSS lúc nhập viện liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị sau 1 tháng. **Từ khóa:** Chụp cắt lớp vi tính sọ não, kết quả điều trị, nhồi máu não, hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ.

SUMMARY

COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS AND THEIR ASSOCIATION WITH CLINICAL OUTCOMES IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH EXTRACRANIAL INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS

Background: Extracranial internal carotid artery stenosis is a significant risk factor, contributing to approximately 10-20% of ischemic strokes caused by large artery atherosclerosis. In the acute setting, non-contrast computed tomography (CT) of the brain plays a central role in the initial evaluation of these patients. **Objectives:** To describe the computed tomography characteristics and evaluate their association with clinical outcomes in ischemic stroke patients with extracranial internal carotid artery stenosis. **Materials and methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted on 46 patients diagnosed with ischemic stroke and extracranial internal carotid artery stenosis, who were admitted to and treated at Can Tho S.I.S General Hospital between September 2022 and August 2023. **Results:** The study included 46 ischemic stroke patients associated with extracranial carotid artery stenosis, with a mean age of 64.72 ± 15.84 years. Cranial computed tomography (CT) findings revealed that the majority of patients had multiple infarcts (84.8%) and no evidence of chronic infarcts (80.4%). Infarct locations were predominantly distributed across multiple brain regions (91.3%), with the highest incidence observed in the middle cerebral

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025