

7. Nguyễn Thị Thu Hằng, Trần Văn Thuấn. Đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh lý trực khuẩn ở trẻ em tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502(1):55–61.

8. Hoàng Vinh, Nguyễn Thị Lan Anh. Thực trạng đề kháng kháng sinh của Shigella tại Việt Nam giai đoạn 1995–2009. Tạp chí Y học Thực hành. 2010, (6), 10–14.

TIÊM CORTICOSTEROID NỘI SẸO: GIẢI PHÁP HIỆU QUẢ CHO SẸO PHÌ ĐẠI SAU BỎNG – BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thanh Chơn^{1,2}, Nguyễn Văn Lâm¹, Nguyễn Hữu Giàu¹, Ngô Trí Minh Phương¹, Nguyễn Công Lập¹, Đặng Trần Đăng Khoa¹, Đặng Trường Hải¹

TÓM TẮT

Sẹo phì đại (hypertrophic scar) là tình trạng bất thường trong quá trình lành vết thương đặc trưng bởi sự tăng sinh tại chỗ nguyên bào sợi và sản xuất collagen quá mức trong quá trình lành vết thương [9]. Tiêm corticosteroid trong thương tổn vẫn là phương pháp điều trị chính [6]. Bài báo này mô tả trường hợp một bệnh nhân nữ 20 tuổi nhập viện với sẹo phì đại ở vùng mắt cá chân phải, đặc trưng bởi sự tăng sinh mô sợi dẫn đến sẹo gồ cao, chắc và tím, xuất hiện sau bỏng nhiệt do xô xe máy. Tổn thương xuất hiện sau khi vết thương đã liền sẹo khoảng 2 tháng, kích thước 8x3 cm, bề mặt không loét và không tiết dịch. Bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội tổn thương corticosteroid. Sau 5 đợt điều trị, ghi nhận sự cải thiện đáng kể với giảm đỏ, tăng độ mềm và mức sẹo phẳng hơn rõ rệt. Dựa trên trường hợp lâm sàng, chúng tôi tổng quan lại các biểu hiện lâm sàng và hiệu quả điều trị đã được ghi nhận trong y văn. **Từ khoá:** sẹo phì đại, tiêm corticosteroid nội tổn thương, điều trị sẹo.

SUMMARY

INTRALESIONAL CORTICOSTEROID INJECTION: AN EFFECTIVE APPROACH FOR POST-BURN HYPERTROPHIC SCARS – A CASE REPORT

Hypertrophic scar is an abnormal wound healing response characterized by excessive fibroblast proliferation and collagen deposition at the site of injury [9]. Intralesional corticosteroid injection remains one of the main treatment modalities [6]. We report a case of a 20-year-old female presenting with a firm, elevated, violaceous scar on the right ankle following a motorcycle exhaust burn. The lesion developed approximately two months after re-epithelialization, measuring 8x3 cm, without ulceration or discharge. The patient was treated with intralesional corticosteroid injection. After five treatment sessions, the lesion showed significant improvement, becoming

softer, flatter, and less erythematous. Through this case, we review the clinical features and treatment outcomes of hypertrophic scars in the literature.

Keywords: hypertrophic scar, intralesional corticosteroid injection, scar treatment.

I. TỔNG QUAN

Sẹo phì đại (hypertrophic scar) là hậu quả của quá trình lành thương bất thường, đặc trưng bởi rối loạn tăng sinh mô sợi với các biểu hiện như tăng độ dày của da, tăng mật độ tế bào, lắng đọng quá mức collagen dạng bó không có tổ chức, kèm theo tăng sinh mạch máu tại vị trí tổn thương [9]. Khác với sẹo lồi (Keloid), sẹo phì đại thường đỏ, nhô lên, giới hạn trong phạm vi vết thương ban đầu và có xu hướng thoái lui theo thời gian [2], [9]. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp, sẹo phì đại có thể gây ảnh hưởng thẩm mỹ, cảm giác căng, ngứa hoặc đau làm giảm chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Sẹo phì đại thường hình thành sau các tổn thương sâu, chẳng hạn như vết rách, phẫu thuật hoặc bỏng. Các di chứng do bỏng có thể kéo dài và gây khó chịu dai dẳng, ảnh hưởng lâu dài đến cuộc sống của bệnh nhân. Sau tổn thương nhiệt, sẹo phì đại là một biến chứng thường gặp, giới hạn trong phạm vi vết thương ban đầu, trong khi sẹo lồi có xu hướng mở rộng ra ngoài [3]. Về mặt mô học, sẹo lồi có các bó collagen dày và bạch cầu ái toan trong khi sẹo phì đại thì không [3]. Tuy nhiên, nhiều sẹo có thể biểu hiện với hình ảnh hỗn hợp.

Đánh giá khách quan về mức độ nghiêm trọng của sẹo phì đại là thách thức của các bác sĩ lâm sàng. Một công cụ đo lường xác thực giá trị để xác định mức độ sẹo là điều cần thiết cho các bác sĩ và bệnh nhân để hướng dẫn điều trị và đánh giá hiệu quả điều trị theo thời gian. Hiện nay, hai thang đo phổ biến được sử dụng để đánh giá sẹo là Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS) và Vancouver Scar Scale (VSS), kết hợp các chỉ số đo lường khách quan và đánh giá chủ quan để cung cấp cái nhìn

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Chơn

Email: dangtruonghai.20@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

toàn diện về đặc điểm và mức độ ảnh hưởng của sẹo. Điều trị sẹo phì đại vẫn là một thách thức trong lâm sàng do nguy cơ tái phát cao và đáp ứng điều trị thay đổi tùy theo cá thể hoá bệnh nhân. Không có một phương pháp duy nhất có thể điều trị hoàn toàn sẹo phì đại. Nhiều phương pháp điều trị được nghiên cứu và đã áp dụng như sử dụng gel hoặc tấm dán silicone, áp lạnh bằng ép, xạ trị liều thấp, phẫu thuật cắt bỏ, laser xung màu, hoặc tiêm corticosteroid nội tổn thương [9]. Trong đó, tiêm corticosteroid nội tổn thương được xem là phương pháp điều trị đầu tay cho sẹo phì đại nhờ hiệu quả và tính an toàn cao.

Bài báo này trình bày một trường hợp sẹo phì đại sau bỏng đã được điều trị bằng tiêm steroid nội sẹo với kết quả lâm sàng khả quan (giảm độ cứng và kích thước của sẹo).

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 20 tuổi, nhập viện vì sẹo phì đại kích thước khoảng 8x3 cm ở vùng mắt cá chân, xuất hiện sau bỏng bô xe máy khoảng 2 tháng. Bệnh nhân tự điều trị vùng bỏng tại nhà bằng thuốc mỡ thông thường. Sau khi vết thương liền sẹo, bệnh nhân xuất hiện sẹo cứng, đỏ tím, nổi gồ rõ trên bề mặt da, kèm cảm giác đau rát và ngứa dai dẳng, đặc biệt khi đi lại hoặc mang giày dép. Khi thăm khám, sẹo có bề mặt gồ cao, chắc, màu tím sẫm, bờ không đều, dính nhẹ vào lớp mô sâu và gây khó chịu khi vận động mắt cá chân. Bệnh nhân chưa từng được điều trị bằng tiêm steroid hay laser trước đó.

Tổn thương được đánh giá là sẹo phì đại sau bỏng nhiệt, ảnh hưởng đến chức năng vận động vùng mắt cá chân cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân. Bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội sẹo corticosteroid nhằm giảm đau, mềm sẹo, cải thiện sắc tố và độ đàn hồi da.

III. ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội tổn thương corticosteroid (Triamcinolone acetonide – TAC) với nồng độ 10 mg/ml, nhằm giảm viêm, ức chế tăng sinh sợi collagen và làm mềm sẹo.

Thuốc được tiêm trực tiếp vào toàn bộ vùng sẹo bằng kim 30G, liều 0,1ml mỗi điểm tiêm, với khoảng cách giữa các điểm 1 cm, tổng liều thuốc mỗi lần tiêm ước tính khoảng 20-25 mg (2 – 2,5ml) đối với nồng độ 10 mg/ml. Trước khi tiêm, vùng sẹo được ủ tê bằng kem lidocain 4% (LMX® 4%) trong 30 phút. Liều trình tiêm được thực hiện mỗi 4 tuần trong 5 tháng liên tiếp.

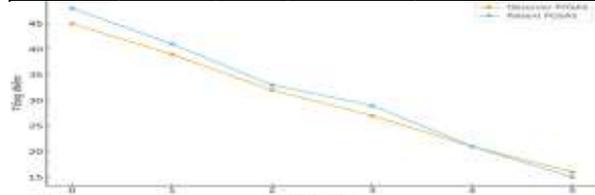
Hiệu quả điều trị được đánh giá bằng thang điểm Vancouver Scar Scale (VSS) và Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS).

IV. KẾT QUẢ VÀ THEO DÕI

Trong suốt quá trình điều trị bằng tiêm corticosteroid, sẹo mềm hơn, độ dày và độ cứng giảm dần, màu sắc nhạt hơn, kèm giảm rõ rệt triệu chứng đau và ngứa. Sau 5 tháng, điểm VSS giảm từ 12 xuống còn 4, cho thấy hiệu quả cải thiện thẩm mỹ và chức năng rõ rệt.

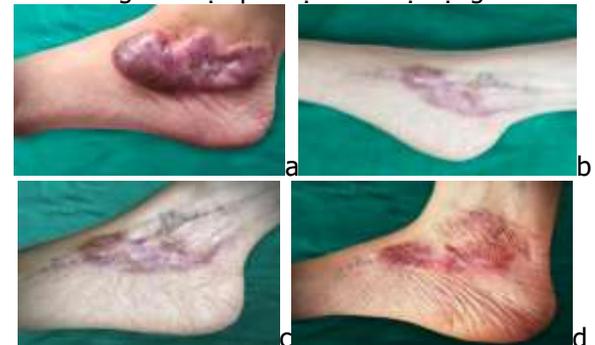
Bảng 1. Thay đổi điểm VSS qua các lần tiêm corticosteroid (Vancouver Scar Scale – đánh giá thẩm mỹ và chức năng sẹo)

| Số lần điều trị | Mạch máu | Sắc tố | Độ mềm dẻo | Độ cao | Tổng điểm |
|-----------------|----------|--------|------------|--------|-----------|
| 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 10 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |



Hình 1. Thay đổi điểm POSAS qua các lần tiêm corticosteroid

Nhận xét: Sau 5 lần tiêm corticosteroid, tổng điểm POSAS – O (nhà nghiên cứu đánh giá) giảm từ 45 xuống 16, trong khi tổng điểm POSAS – P (bệnh nhân đánh giá) giảm từ 48 xuống 15, cho thấy sẹo phì đại mềm hơn, mỏng hơn, màu sắc gần giống da bình thường và giảm cảm giác đau, ngứa. Các chỉ số riêng lẻ như độ cao, độ mềm, sắc tố và mạch máu đều cải thiện rõ rệt sau từng lần tiêm, chứng tỏ Triamcinolone acetonide hiệu quả trong cải thiện thẩm mỹ và chức năng của sẹo phì đại mức độ nặng.



Hình 2. Diễn tiến sẹo phì đại vùng mắt cá chân theo thời gian điều trị

Nguồn: Hình ảnh lâm sàng của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (a: Trước điều trị; b: Sau 2 tháng; c: Sau 3

tháng; d: Sau 5 tháng)

V. BÀN LUẬN

Sẹo phì đại là tổn thương mô sợi lành tính nhưng có thể gây đau và ảnh hưởng chức năng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [9]. Tổn thương hình thành chủ yếu do phản ứng viêm kéo dài ở lớp hạ bì, dẫn đến tăng sinh bất thường của collagen và nguyên bào sợi [9]. Viêm dai dẳng làm tăng các cytokine tiền viêm như IL-1 β , TNF- α và TGF- β , kéo dài quá trình sửa chữa và tăng sinh mô sẹo, gây ra sẹo dày, cứng, đổi màu và ngứa đau. Quá trình này lý giải tình trạng khó chịu và hạn chế vận động ở vùng mắt cá chân của bệnh nhân.

Sẹo phì đại sau bỏng là một biến chứng phổ biến của quá trình lành thương kéo dài, đặc trưng bởi sự rối loạn điều hoà tái tạo mô và tái cấu trúc da. Trong giai đoạn tăng sinh, nguyên bào sợi bị hoạt hoá quá mức và chuyển dạng thành myofibroblast, dẫn đến tổng hợp và lắng đọng quá mức các thành phần nền ngoại bào, đặc biệt collagen type III và fibronectin [2]. Song song đó, quá trình viêm mạn tính được duy trì bởi sự tăng cao các cytokine như TGF- β 1, IL-6, IL-1 β và TNF- α , vốn đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy tăng sinh nguyên bào sợi, giảm hoạt tính enzyme phân huỷ ECM và kéo dài trạng thái xơ hóa của mô sẹo [2]. Những thay đổi này khiến mô sẹo dày, đỏ, kém đàn hồi và tăng sinh mạch máu bất thường, không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn gây đau, ngứa, căng kéo và hạn chế vận động. Đặc biệt ở các vùng có lực căng cơ học cao và lớp mô đệm mỏng, như vùng mắt cá chân, sẹo phì đại thường tiến triển nặng hơn và đáp ứng điều trị kém do kết hợp nhiều yếu tố: lực căng làm kích thích liên tục myofibroblast, tưới máu ngoại vi kém làm kéo dài giai đoạn viêm và cấu trúc giải phẫu hạn chế khả năng phân bố lực lên mô lành [2]. Do đó, hiểu rõ cơ chế sinh bệnh học của sẹo phì đại có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu cũng như dự phòng biến chứng chức năng lâu dài.

Tiêm corticosteroid nội tổn thương, đặc biệt là Triamcinolone acetonide (TAC), vẫn được xem là phương pháp điều trị hiệu quả [8], [9] nhờ cơ chế tác động phức hợp: ức chế tăng sinh nguyên bào sợi, giảm tổng hợp collagen và glycosaminoglycan, tăng phản huỷ collagen thông qua ức chế TIMP-1, đồng thời giảm viêm bằng cách ức chế phospholipase A2 [8].

Triamcinolone acetonide là glucocorticoid tổng hợp có tác dụng chống viêm, ức chế tăng sinh nguyên bào sợi, giảm hình thành mạch máu

và ức chế biểu hiện gen protein chất nền ngoại bào, giúp giảm xơ hóa mô và sẹo phì đại [3], [8]. Tiêm steroid tại chỗ giảm tác dụng phụ toàn thân, kéo dài hiệu quả tại chỗ và giảm tổng liều sử dụng. Chỉ định gồm sẹo phì đại, sẹo lồi, viêm da mạn tính, lupus phì đại, vảy nến, trong khi chống chỉ định gồm vùng nhiễm trùng và cần thận trọng ở bệnh nhân đái tháo đường. Sẹo có thể phát triển đến 3–6 tháng sau chấn thương, nên tiêm sau khi phản ứng viêm cấp qua đi. Liều dùng tùy thuộc vào kích thước và vị trí sang thương, dao động từ 10–40mg/ml [8]. Kỹ thuật gồm pha loãng thuốc với NaCl 0,9% hoặc Lidocaine 1%, tiêm vào lớp trung bì với góc 45–90°, tránh lớp mỡ, da phồng nhẹ và trắng khi tiêm đúng [8]. Theo dõi sau 2–3 tuần để nhắc tiêm nếu cần. Tác dụng phụ hiếm gặp gồm hoại tử da, giảm sắc tố, giãn mạch và suy tuyến thượng thận [8].

Dù bằng chứng hiện tại vẫn còn hạn chế, nhiều tổng quan hệ thống và hướng dẫn quốc tế đều đồng thuận rằng tiêm Triamcinolone acetonide (TAC) nội tổn thương là phương pháp điều trị có hiệu quả đối với sẹo lồi và sẹo phì đại. Tỷ lệ đáp ứng sau tiêm TAC dao động từ 50–100%, trong khi tỷ lệ tái phát thay đổi từ 9–50%, phụ thuộc vào đặc điểm tổn thương và phác đồ điều trị [7], [9]. Hiệu quả có thể được cải thiện khi kết hợp corticosteroid với các phương pháp khác như: phẫu thuật cắt sẹo, 5-fluorouracil (5-FU) hoặc liệu pháp áp lạnh [8].

Tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của tiêm TAC nội tổn thương là tác dụng phụ tương đối cao bao gồm teo da, giảm sắc tố, giãn mạch. Một thách thức khác là cảm giác đau đáng kể trong quá trình tiêm dẫn đến bệnh nhân ngừng điều trị sớm hơn dự kiến. Trước khi tiêm corticosteroid, nên sử dụng thuốc tê tại chỗ (gel Tetracaine, kem Lidocaine hoặc Prilocaine) hoặc gây tê tại chỗ (Xylocaine 1% hoặc Mepivacaine 3%) để giảm đau và tránh tăng cảm giác thần kinh [8]. Việc sử dụng kim nhỏ (30G, 27G hoặc 25G) cũng được khuyến nghị để hạn chế tổn thương mô ở vùng sẹo. Corticosteroid cần được tiêm chính xác vào lớp hạ bì để tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Việc tiêm quá nông có thể làm giảm đáp ứng lâm sàng, trong khi tiêm quá sâu xuống lớp mô dưới da làm tăng nguy cơ các biến chứng bao gồm teo mô mỡ dưới da và giãn mạch. Kim nên vào từ rìa sẹo tiếp giáp với da bình thường, nhắm vào phần sâu nhất hoặc vùng viêm nặng nhất của sẹo.

Trong ca bệnh của chúng tôi, liệu trình 5 lần tiêm TAC 10 mg/ml với kỹ thuật tiêm phân bố đều và kim nhỏ 30G đã đem lại cải thiện đáng kể

trên cả ba thang điểm đánh giá sẹo: VSS giảm từ 12 xuống 4, POSAS-O giảm từ 45 xuống 16 và POSAS-P giảm từ 48 xuống 15, phản ánh sự cải thiện đồng thời về đặc tính mô học, thẩm mỹ, chức năng và cảm nhận của bệnh nhân. Những kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế về hiệu quả của tiêm Triamcinolone acetonide (TAC) trong sẹo phì đại. Các phân tích tổng quan và thử nghiệm lâm sàng cho thấy liệu trình tiêm TAC có thể giảm 50–100% độ lồi sẹo, cải thiện đáng kể các triệu chứng như ngứa, đau, và độ cứng, đồng thời giảm trung bình 60–70% các chỉ số POSAS sau 3–6 tháng điều trị [4].

Vị trí mắt cá chân là một thách thức điều trị đặc biệt, vì cơ chế căng cơ học và tưới máu hạn chế dễ duy trì viêm mạn tính, góp phần làm tăng nguy cơ tái phát. Do đó, việc ghi nhận giảm 75% VSS và gần 70% POSAS trong ca bệnh này phản ánh mức đáp ứng vượt trội so với kỹ vụng. Đồng thời, việc chưa ghi nhận tác dụng phụ đáng kể, bao gồm teo da, giãn mạch hay giảm sắc tố, phù hợp với dữ liệu tổng quan của Perdanasari và cộng sự (2015) cho thấy tiêm nội tổn thương với kỹ thuật chuẩn và nồng độ thích hợp có thể giảm biến chứng mà vẫn giữ hiệu quả [7].

Mặc dù tiêm nội tổn thương Triamcinolone acetonide (TAC) đơn trị liệu đã được chứng minh có hiệu quả trong cải thiện sẹo phì đại và sẹo lồi, nhiều nghiên cứu hiện nay khuyến cáo rằng phối hợp TAC với các liệu pháp khác, như 5-fluorouracil (5-FU) hoặc laser nhuộm màu xung Pulsed Dye Laser (PDL) thường mang lại kết quả toàn diện hơn, đặc biệt ở sẹo lâu năm hoặc diện tích rộng. Một phân tích tổng hợp gần đây so sánh nhiều phương pháp điều trị nội tổn thương cho thấy TAC kết hợp 5-FU giúp giảm đáng kể độ cao, độ cứng và triệu chứng khó chịu của sẹo, đồng thời giảm nguy cơ tái phát so với đơn trị liệu [6]. Tương tự, các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam cho thấy việc kết hợp TAC với PDL đem lại mức giảm điểm VSS và POSAS cao hơn so với chỉ dùng TAC đơn trị liệu, đồng thời nâng cao mức độ hài lòng của bệnh nhân [1]. Trong các ca sẹo còn "trẻ" (<6 tháng), như trong báo cáo của chúng tôi, TAC đơn trị liệu vẫn đem lại hiệu quả rõ rệt về đặc tính mô học, thẩm mỹ, chức năng và cảm nhận của bệnh nhân. Tuy nhiên, việc đánh giá toàn diện thông qua VSS, Observer POSAS và Patient POSAS vẫn rất quan trọng để phản ánh đúng mức độ cải thiện và đưa ra quyết định can thiệp thêm nếu cần. Do đó, lựa chọn giữa đơn trị liệu hoặc phối hợp nên dựa trên độ tuổi sẹo, kiểu sẹo, mức độ nghiêm trọng, vị trí, nguy cơ biến chứng và mong muốn của bệnh nhân, với mục tiêu tối ưu hóa hiệu quả, giảm

nguy cơ tái phát và tăng sự hài lòng của bệnh nhân [1],[6].

VI. KẾT LUẬN

Qua báo cáo ca lâm sàng này, tiêm corticosteroid nội sẹo cho thấy hiệu quả trong điều trị sẹo phì đại sau bỏng vùng mắt cá chân thể hiện qua giảm viêm, làm mềm sẹo, cải thiện sắc tố da và góp phần cải thiện chức năng vận động tại chỗ. Việc theo dõi định kỳ và đánh giá đáp ứng điều trị đóng vai trò quan trọng nhằm điều chỉnh liều lượng và khoảng cách giữa các lần tiêm và hạn chế nguy cơ biến chứng. Các nghiên cứu lâm sàng có kiểm soát trong tương lai sẽ giúp xác nhận hiệu quả lâu dài và tối ưu hóa phác đồ điều trị cho sẹo phì đại sau bỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Vũ Anh Đào, Nguyễn Trọng Hòa, Nguyễn Việt Thanh Phúc, Châu Văn Trờ.** Hiệu quả của tiêm triamcinolone nội thương tổn kết hợp laser xung nhuộm màu trong điều trị sẹo lồi. Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch. 2023;2(1):155-161. DOI: 10.59715/pntj.mp.2.1.19
2. **Bao Y, Xu S, Pan Z, et al.** Comparative efficacy and safety of common therapies in keloids and hypertrophic scars: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(1): 207–218. DOI: 10.1007/s00266-019-01518-y
3. **Huang C, Murphy GF, Akaishi S, et al.** Keloids and hypertrophic scars: update and future directions. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2013;1(4):e25. DOI:10.1097/gox.0b013e31829c4597
4. **Jiang ZY, Liao XC, Liu MZ, Fu ZH, Min DH, Yu XT, Guo GH.** Efficacy and safety of intralesional triamcinolone versus combination of triamcinolone with 5-fluorouracil in the treatment of keloids and hypertrophic scars: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(5): 1859-1868. DOI: 10.1007/s00266-020-01721-2
5. **Lai IC, Huang GL, Lee KC, et al.** Comparative efficacy and recurrence risk of intralesional therapies for hypertrophic scars and keloids: a network meta-analysis. *Aesthet Surg J.* 2025. DOI: 10.1093/asj/sjaf182
6. **Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, et al.** International clinical recommendations on scar management. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110(2): 560–571. DOI:10.1097/00006534-200208000-00031
7. **Perdanasari AT, Torresetti M, Grassetti L, et al.** Intralesional injection treatment of hypertrophic scars and keloids: a systematic review regarding outcomes. *Burns Trauma.* 2015;3:14. DOI: 10.1186/s41038-015-0015-7
8. **Tschumi C, Plock JA.** Intralesional therapy. In: *Scars: A Practical Guide for Scar Therapy.* Springer; 2024:107–113. DOI: 10.1007/978-3-031-24137-6
9. **Wolfram D, Tzankov A, Püzl P, et al.** Hypertrophic scars and keloids: a review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. *Dermatol Surg.* 2009;20(2):171–181. DOI: 10.1111/j.1524-4725.2008.34406.x

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU GIAI ĐOẠN 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Võ Hoài Thương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy cấp là nguyên nhân tử vong hàng đầu, trong đó các yếu tố lâm sàng ban đầu có vai trò quan trọng trong tiên lượng tình trạng bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tử vong và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3314 bệnh nhân đột quy điều trị nội trú. Tử vong trong thời gian nằm viện được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong chung là 15,36%. Phân tích đa biến xác định các yếu tố liên quan gồm: suy giảm ý thức ($OR_{HC}=6,85$; KTC95%: 4,10-11,45), rối loạn nhịp thở ($OR_{HC}=9,84$; KTC95%: 6,12-15,83), dấu hiệu chèn ép não ($OR_{HC}=7,12$; KTC95%: 5,40-9,72), tăng thân nhiệt ($OR_{HC}=4,01$; KTC95%: 2,98-6,52), điểm NIHSS cao ($OR_{HC}=2,21$; KTC95%: 1,48-3,31), thể xuất huyết não ($OR_{HC}=10,21$) và tuổi cao ($OR_{HC}=1,42$). Đa bệnh đồng mắc cũng làm tăng nguy cơ tử vong ($OR_{HC}=1,38$). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong do đột quy cấp còn cao. Các yếu tố tiên lượng bao gồm Glasgow thấp, rối loạn nhịp thở, chèn ép não, tăng thân nhiệt, NIHSS cao, xuất huyết não, tuổi cao và đa bệnh đồng mắc. Nhận diện sớm các yếu tố này giúp cải thiện chiến lược xử trí. **Từ khóa:** đột quy cấp, tử vong, NIHSS, chèn ép não.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN ACUTE STROKE PATIENTS AT CA MAU GENERAL HOSPITAL, 2023–2024

Background: Acute stroke remains a leading cause of mortality, and initial clinical factors play a significant role in predicting patient outcomes. **Objective:** To determine the mortality rate and associated factors in acute stroke patients at Ca Mau General Hospital during the 2023–2024 period. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 3314 hospitalized stroke patients. In-hospital mortality was analyzed using multivariable logistic regression. **Results:** The overall mortality rate was 15.36%. Multivariable analysis identified the following associated factors: impaired consciousness (adjusted OR = 6.85; CI 95%: 4.10–11.45), respiratory rhythm disorders (adjusted OR = 9.84; CI 95%: 6.12–15.83), signs of cerebral compression (adjusted OR = 7.12; CI 95%: 5.40–9.72), hyperthermia (adjusted OR = 4.01; CI 95%: 2.98–

6.52), high NIHSS score (adjusted OR = 2.21; CI 95%: 1.48–3.31), hemorrhagic stroke subtype (adjusted OR = 10.21), and advanced age (adjusted OR = 1.42). The presence of multiple comorbidities also increased the risk of mortality (adjusted OR = 1.38). **Conclusion:** Acute stroke mortality remains high. Prognostic factors include low Glasgow Coma Scale (GCS) score, respiratory rhythm disorders, cerebral compression, hyperthermia, high NIHSS scores, hemorrhagic stroke, advanced age, and multiple comorbidities. Early identification of these factors may help improve management strategies.

Keywords: acute stroke, mortality, NIHSS, cerebral compression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu, chỉ đứng sau bệnh tim mạch và ung thư. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 6,6 triệu người tử vong do đột quy, chiếm gần 12% tổng số ca tử vong toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, đột quy đang có xu hướng gia tăng ở cả hai giới, đặc biệt ở nhóm tuổi trên 60, gây gánh nặng lớn cho hệ thống y tế và xã hội [2]. Tỷ lệ tử vong sau đột quy phụ thuộc vào thể bệnh và mức độ nặng khi nhập viện. Các nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ tử vong 20-40% ở nhồi máu não và 45–60% ở xuất huyết não [7], [8]. Nghiên cứu của Mai Duy Tôn và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ tử vong 71,1% ở bệnh nhân nhồi máu não nên không tái tưới máu, trong đó điểm NIHSS ≥ 14 là yếu tố tiên lượng độc lập [6]. Ngoài ra, tuổi cao, điểm Glasgow thấp, chèn ép não, rối loạn nhịp thở, tăng thân nhiệt và bệnh đồng mắc cũng được xác định là những yếu tố nguy cơ tử vong [3], [5]. Tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, các nghiên cứu về tử vong và yếu tố tiên lượng còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đột quy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024” với 2 mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân đột quy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024. Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và thể bệnh đột quy với tử vong ở bệnh nhân đột quy não cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh được chẩn đoán đột quy não cấp (nhồi máu não hoặc

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025