

ẢNH HƯỞNG CỦA GÃY XƯƠNG CHI DƯỚI DO TAI NẠN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Thùy Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của gãy xương chi dưới do tai nạn đến chất lượng cuộc sống (QoL) của bệnh nhân ở hai thời điểm: khi đang nằm viện và sau 6 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, quan sát dọc, trên 121 bệnh nhân gãy xương chi dưới điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Nam Định, từ 1/8/2024 đến 28/2/2025. Bộ câu hỏi SF-36 với 8 lĩnh vực được sử dụng để đánh giá QoL tại thời điểm nhập viện và sau 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Sau 6 tháng điều trị, chức năng vận động tăng rõ rệt từ 0 (0–0) lên 50 (25–80) ($p=0,001$), điểm đau cải thiện từ 32 (21–88) lên 74 (62–100) ($p=0,001$) và trạng thái cảm xúc cải thiện đáng kể ($p=0,001$). Các lĩnh vực sức khỏe chung, năng lượng, chức năng xã hội và sức khỏe tâm thần chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). **Kết luận:** Gãy xương chi dưới gây tác động tiêu cực lâu dài đến QoL, đặc biệt về vận động, đau và khía cạnh xã hội, ngay cả khi đã hoàn tất điều trị. Cần tăng cường điều trị kịp thời, phục hồi chức năng toàn diện và hỗ trợ tâm lý – xã hội để nâng cao QoL cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Gãy xương, xương chi dưới, chất lượng cuộc sống, tai nạn.

SUMMARY

IMPACT OF LOWER LIMB FRACTURES CAUSED BY ACCIDENTS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC TRAUMA, NAM DINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To evaluate the impact of lower limb fractures caused by accidents on patients' quality of life (QoL) at two time points: during hospitalization and six months after treatment. **Subjects and Methods:** This prospective longitudinal observational study involved 121 patients with lower limb fractures treated at the Orthopedic Trauma Department, Nam Dinh General Hospital, from August 1, 2024, to February 28, 2025. QoL was assessed at admission and after six months using the SF-36 questionnaire covering eight domains. **Results:** After six months, physical functioning improved significantly (from 0 [0–0] to 50 [25–80], $p=0.001$), pain scores increased (from 32 [21–88] to 74 [62–100], $p=0.001$), and emotional well-being improved significantly ($p=0.001$). General health, vitality, social functioning, and mental

health domains showed no significant change ($p>0.05$). **Conclusion:** Lower limb fractures have a lasting negative impact on QoL, particularly in physical, pain, and social domains, even after treatment completion. Timely intervention, comprehensive rehabilitation, and psychosocial support are essential to improve patient outcomes.

Keywords: Lower limb fractures, quality of life, accidents, orthopedic trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương là một trong những chấn thương phổ biến nhất trong ngoại khoa, đặc biệt trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình. Nguyên nhân chủ yếu xuất phát từ tai nạn giao thông, lao động và sinh hoạt. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chấn thương do tai nạn là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển như Việt Nam [2]. Nghiên cứu tại Cameroon ghi nhận 47,9% các trường hợp chấn thương chi dưới liên quan đến tai nạn giao thông, với nam giới chiếm đa số ở độ tuổi lao động [5]. Trong khi đó, nghiên cứu lớn tại Vương quốc Anh trên 8.511 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là 62,3 tuổi, nữ giới chiếm 56,3%, phản ánh sự khác biệt dịch tễ học theo loại gãy và khu vực [1].

Hậu quả của gãy xương không chỉ dừng ở đau đớn và hạn chế vận động tạm thời hay vĩnh viễn, mà còn kéo theo hệ lụy về thể chất, tinh thần, kinh tế và xã hội, bao gồm chi phí điều trị cao, mất thu nhập, giảm khả năng lao động và nguy cơ tàn tật dài hạn [3,4]. Nhiều nghiên cứu quốc tế nhấn mạnh mối liên quan giữa tình trạng kinh tế - xã hội thấp với nguy cơ gãy xương cao và khả năng tiếp cận điều trị hạn chế [3,4].

Trong y học hiện đại, chất lượng cuộc sống (Quality of Life - QoL) là chỉ số quan trọng để đánh giá hiệu quả điều trị, bên cạnh mục tiêu phục hồi giải phẫu và chức năng. Các công cụ như SF-36 hay EQ-5D thường được sử dụng trong nghiên cứu quốc tế để đo lường QoL ở bệnh nhân gãy xương, cho thấy QoL suy giảm nghiêm trọng ngay sau chấn thương, cải thiện dần nhưng hiếm khi đạt mức trước tổn thương [1,6,7,8]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về QoL còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào người cao tuổi (ví dụ: gãy cổ xương đùi), trong khi dữ liệu về bệnh nhân trưởng thành gãy chi dưới do tai nạn vẫn thiếu.

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Dương

Email: nguyenduong@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu “Ảnh hưởng của gãy xương chi dưới do tai nạn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Nam Định năm 2024” được thực hiện. Nghiên cứu nhằm mô tả QoL của bệnh nhân gãy chi dưới, phân tích các yếu tố liên quan và đề xuất giải pháp điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện do gãy xương (nguyên nhân do tai nạn) tại khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện đa khoa Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18 tuổi
- Gãy xương được chẩn đoán bằng hình ảnh và/hoặc phẫu thuật điều trị.
- Đồng ý tham gia và ký phiếu đồng ý.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tử vong trong thời gian theo dõi trước khi thu thập dữ liệu QoL.
- Rối loạn nhận thức không thể trả lời bảng hỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 2 năm 2025

Địa điểm: Khoa chấn thương chỉnh hình bệnh viện đa khoa Nam Định

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế tiến cứu, quan sát dọc, theo dõi bệnh nhân ở hai thời điểm: khi nhập viện và sau 6 tháng điều trị.

2.4. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.

Phân tích số liệu được thực hiện bằng cách mô tả đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của đối tượng nghiên cứu dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm và trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Điểm chất lượng cuộc sống (QoL) giữa hai thời điểm được so sánh bằng t-test cặp hoặc Wilcoxon khi dữ liệu không phân phối chuẩn, đồng thời sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính cho dữ liệu lặp (mixed-effects models) để phân tích biến thiên theo thời gian. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến được áp dụng nhằm xác định các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến QoL và kiểm soát biến nhiễu. Toàn bộ quá trình phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS 26.0 hoặc tương đương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh

Biến số	Số lượng (n=121)	Tỷ lệ (%)
---------	------------------	-----------

Giới tính	Nam	88	72,7
	Nữ	33	27,3
Tuổi (TB $\pm$ SD)		36,8 $\pm$ 12,4 tuổi (18–72 tuổi)	
Trình độ học vấn	Tiểu học, THCS	92	76
	THPT	27	22,3
	Cao đẳng/đại học	2	1,7
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	24	19,8
	Lao động tự do	93	76,9
	Thất nghiệp	4	3,3

Nhận xét: Nam giới chiếm 72,7%, cao hơn rõ rệt so với nữ giới 27,3%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,8 $\pm$ 12,4 tuổi, dao động từ 18 đến 72 tuổi. Về trình độ học vấn, 76% học tiểu học hoặc THCS, 22,3% học THPT, và chỉ 1,7% có trình độ cao đẳng/đại học. Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do 76,9%, tiếp theo là công chức/viên chức 19,8% và thất nghiệp 3,3%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Biến số		Số lượng (n=121)	Tỷ lệ (%)
Thời gian trước khi nhập viện	≤ 1 giờ	71	58,7
	1–3 giờ	22	18,2
	> 3 giờ	28	23,1
Nguyên nhân gây xương	Tai nạn giao thông	79	65,3
	Tai nạn lao động	26	21,5
	Tai nạn sinh hoạt	16	13,2
Phân loại gãy xương	Gãy hở	51	41,7
	Gãy kín	70	58,3
Vị trí gãy xương	Đùi	46	38,0
	Cẳng chân	59	48,8
	Bàn chân	16	13,2

Nhận xét: Thời gian từ khi chấn thương đến nhập viện ≤ 1 giờ chiếm 58,7%, 1–3 giờ chiếm 18,2% và > 3 giờ chiếm 23,1%. Nguyên nhân gây xương chủ yếu là tai nạn giao thông với 65,3%, tiếp đến là tai nạn lao động 21,5% và tai nạn sinh hoạt 13,2%. Về phân loại gãy xương, gãy kín chiếm 58,3% và gãy hở chiếm 41,7%. Vị trí gãy xương tập trung nhiều ở cẳng chân 48,8%, tiếp theo là đùi 38,0% và bàn chân 13,2%.

3.2. So sánh điểm số SF-36 giữa hai thời điểm

Bảng 3. So sánh trong nhóm về các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo thang đo SF-36

Lĩnh vực	Giai đoạn nằm viện	Sau 6 tháng	Giá trị p
Khả năng vận động	0 (0–0)	50 (25–80)	0,001*
Hoạt động thể chất	0 (0–75)	0 (0–50)	0,975
Đau	32 (21–88)	74 (62–100)	0,001*

Sức khỏe chung	72 (62–78,5)	72 (62–77)	0,364
Năng lượng	75 (55–85)	80 (60–90)	0,117
Chức năng xã hội	62,5 (31,25–100)	62,5 (50–87,5)	0,736
Suy giảm cảm xúc	100 (0–100)	100 (100–100)	0,001*
Sức khỏe tâm thần	80 (60–92)	80 (68–88)	0,433

Nhận xét: So sánh chất lượng cuộc sống (SF-36) của 121 bệnh nhân giữa giai đoạn nằm viện và sau 6 tháng cho thấy: khả năng vận

động tăng rõ rệt từ 0 (0–0) lên 50 (25–80) ($p=0,001$), mức độ đau cải thiện từ 32 (21–88) lên 74 (62–100) ($p=0,001$), và suy giảm cảm xúc cũng được cải thiện với điểm số từ 100 (0–100) lên 100 (100–100) ($p=0,001$). Các lĩnh vực khác như hoạt động thể chất (0 so với 0), sức khỏe chung (72 so với 72), năng lượng (75 so với 80), chức năng xã hội (62,5 so với 62,5) và sức khỏe tâm thần (80 so với 80) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Phân tích hồi quy đa biến

Bảng 4. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho các lĩnh vực chức năng vận động, đau và suy giảm cảm xúc

Biến số	Vận động - Giai đoạn nằm viện (hệ số B)	Vận động - Sau 6 tháng (B, β , p)	Đau - Giai đoạn nằm viện (B, β , p)	Đau - Sau 6 tháng	Cảm xúc - Giai đoạn nằm viện (B, β , p)	Cảm xúc - Sau 6 tháng
Hằng số	–	-127,02	173,11	–	129,56	–
Tuổi	–	–	-0,63; $\beta=-0,27$; $p=0,04$	–	–	–
Điều trị trong 10 giờ	–	–	–	–	-51,49; $\beta=-0,54$; $p=0,006$	–
Trình độ học vấn	–	-30,45; $\beta=-0,48$; $p=0,001$	-32,72; $\beta=-0,40$; $p=0,004$	–	-40,23; $\beta=-0,39$; $p=0,009$	–
Cổ định xương	–	–	–	–	14,57; $\beta=0,37$; $p=0,01$	–
Phục hồi chức năng	–	-29,56; $\beta=-0,49$; $p=0,001$	-49,02; $\beta=-0,65$; $p=0,000$	–	–	–
R ²	0,46	–	0,38	–	0,27	–

Nhận xét: Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy khả năng vận động sau 6 tháng chịu ảnh hưởng đáng kể bởi trình độ học vấn với hệ số B = -30,45 ($\beta = -0,48$; $p = 0,001$) và phục hồi chức năng với hệ số B = -29,56 ($\beta = -0,49$; $p = 0,001$), với R² đạt 0,46. Đối với mức độ đau trong giai đoạn nằm viện, các yếu tố tác động gồm tuổi (B = -0,63; $\beta = -0,27$; $p = 0,04$), trình độ học vấn (B = -32,72; $\beta = -0,40$; $p = 0,004$) và phục hồi chức năng (B = -49,02; $\beta = -0,65$; $p = 0,000$), R² đạt 0,38. Suy giảm cảm xúc ở giai đoạn nằm viện có liên quan đến điều trị trong 10 giờ đầu (B = -51,49; $\beta = -0,54$; $p = 0,006$), trình độ học vấn (B = -40,23; $\beta = -0,39$; $p = 0,009$) và cố định xương (B = 14,57; $\beta = 0,37$; $p = 0,01$), R² đạt 0,27. Ở giai đoạn sau 6 tháng, không ghi nhận yếu tố nào có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến mức độ đau và suy giảm cảm xúc. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của trình độ học vấn, phục hồi chức năng, điều trị sớm và kỹ thuật cố định xương trong cải thiện khả năng vận động, giảm đau và nâng cao trạng thái cảm xúc của người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thực hiện trên 121 bệnh

nhân gãy xương chi dưới cho thấy đa số người bệnh là nam giới (72,7%), tuổi trung bình $36,8 \pm 12,4$ tuổi, phần lớn trong độ tuổi lao động. Xu hướng nam giới chiếm đa số cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi [2]. Nghiên cứu của Hemmann và cộng sự tại Đức trong giai đoạn 15 năm ghi nhận sự gia tăng gãy chi dưới ở người cao tuổi, đặc biệt là nữ giới, phản ánh sự khác biệt dịch tễ học theo độ tuổi và giới tính [3]. Kết quả này cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm lao động trẻ, dễ tiếp xúc nguy cơ chấn thương, đặc biệt từ tai nạn giao thông.

Về nguyên nhân chấn thương, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%), phù hợp với nhiều báo cáo trước đây. Reátiga Aguilar và cộng sự cho biết 82,6% gãy mâm chày liên quan đến tai nạn giao thông [4], trong khi Nana và cộng sự tại Cameroon ghi nhận 72,8% các trường hợp gãy xương dài chi dưới hở liên quan đến tai nạn giao thông, với tỷ lệ gãy hở độ IIIA chiếm 39% [5]. Điều này nhấn mạnh vai trò của phòng ngừa chấn thương, đặc biệt là an toàn giao thông, trong giảm tỷ lệ gãy xương chi dưới.

Đặc điểm tổn thương cho thấy tỷ lệ gãy kín (58,3%) cao hơn gãy hở (41,7%), vị trí gãy chủ yếu ở cẳng chân (48,8%) và đùi (38,0%). So với dữ liệu quốc tế, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Reátiga Aguilar (95,7% gãy kín, 82,6% do TNGT) [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ gãy hở cao trong nghiên cứu này phản ánh đặc thù tai nạn giao thông nghiêm trọng ở Việt Nam, đòi hỏi hệ thống cấp cứu và điều trị chấn thương phải hoạt động hiệu quả.

Đánh giá chất lượng cuộc sống (QoL) bằng SF-36 cho thấy sự cải thiện đáng kể về chức năng vận động, giảm đau và trạng thái cảm xúc sau 6 tháng điều trị ($p < 0,05$), nhưng các khía cạnh sức khỏe chung, năng lượng, chức năng xã hội và sức khỏe tâm thần không thay đổi đáng kể. Nghiên cứu của Van Son và cộng sự cũng ghi nhận sự cải thiện chủ yếu ở chức năng vận động và mức độ đau sau gãy chi dưới, trong khi nhiều yếu tố QoL khác chưa trở về mức bình thường sau 6 tháng [1]. Fonseca và cộng sự (2019) báo cáo tương tự, chỉ ra rằng ba lĩnh vực có sự tiến triển rõ rệt nhất là chức năng vận động, đau và cảm xúc [6]. Điều này cho thấy mặc dù điều trị phẫu thuật và phục hồi chức năng giúp cải thiện rõ rệt thể chất, nhưng các khía cạnh xã hội và tâm lý cần chiến lược hỗ trợ lâu dài hơn.

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến của nghiên cứu này cho thấy trình độ học vấn và phục hồi chức năng là hai yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng vận động sau 6 tháng ($R^2 = 0,46$), trong khi đau và cảm xúc trong giai đoạn nằm viện bị tác động bởi tuổi, thời gian điều trị sớm và kỹ thuật cố định xương. Điều này nhấn mạnh vai trò của can thiệp sớm, vật lý trị liệu và giáo dục bệnh nhân trong cải thiện QoL. Walter (2025) cũng khẳng định sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân gãy xương, đặc biệt có biến chứng nhiễm trùng, cải thiện chậm và vẫn thấp hơn mức nền tảng [7]. Lin và cộng sự (2024) cho rằng thang đo Vitality và Bodily Pain trong SF-36 là những chỉ số dự báo mạnh về khuyết tật dài hạn, củng cố giá trị tiên lượng của các yếu tố này [8].

So sánh với tình hình nghiên cứu trong nước, số lượng nghiên cứu QoL ở bệnh nhân gãy chi dưới còn hạn chế, chủ yếu tập trung vào người cao tuổi. Nghiên cứu này đóng góp dữ liệu chi tiết cho nhóm bệnh nhân trưởng thành, cho thấy mức độ tổn hại QoL rõ rệt ngay cả khi đã hoàn thành điều trị, nhấn mạnh nhu cầu xây dựng phác đồ phục hồi chức năng toàn diện, kết hợp hỗ trợ tâm lý và xã hội. Từ kết quả nghiên cứu và so sánh với tài liệu quốc tế, có thể khẳng định rằng gãy xương chi dưới là chấn thương có ảnh

hưởng lâu dài đến QoL. Việc tăng cường đào tạo về phục hồi chức năng, đẩy mạnh truyền thông an toàn giao thông, đồng thời cải thiện tiếp cận y tế và hỗ trợ cộng đồng là giải pháp then chốt nhằm giảm gánh nặng cho người bệnh và xã hội.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 121 bệnh nhân gãy xương chi dưới cho thấy phần lớn người bệnh là nam giới (72,7%), tuổi trung bình $36,8 \pm 12,4$ tuổi, chủ yếu trong độ tuổi lao động. Trình độ học vấn đa phần chỉ đạt mức tiểu học hoặc trung học cơ sở (76%), nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (76,9%), phản ánh đặc điểm nhóm bệnh nhân dễ gặp tai nạn và chịu ảnh hưởng lớn về kinh tế – xã hội. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính (65,3%), thời gian nhập viện sớm trong vòng một giờ chiếm 58,7%. Về lâm sàng, tỷ lệ gãy kín là 58,3% và gãy hở 41,7%, vị trí tổn thương tập trung chủ yếu ở cẳng chân (48,8%).

Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang SF-36 cho thấy sau sáu tháng có cải thiện rõ rệt về chức năng vận động, mức độ đau và suy giảm cảm xúc ($p < 0,05$), trong khi sức khỏe chung, năng lượng, chức năng xã hội và sức khỏe tâm thần chưa có sự thay đổi đáng kể. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến khẳng định trình độ học vấn, phục hồi chức năng, điều trị sớm và phương pháp cố định xương là những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng vận động, giảm đau và cải thiện trạng thái cảm xúc của người bệnh. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của hệ thống cấp cứu và điều trị kịp thời, kết hợp phẫu thuật hợp lý, phục hồi chức năng toàn diện và hỗ trợ tâm lý – xã hội trong việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân gãy xương chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Son, M. A. C., de Vries, J., Roukema, J. A., Gosens, T., Verhofstad, M. H. J., & den Ouden, B. L.** (2016). The course of health status and (health-related) quality of life following fracture of the lower extremity: A 6-month follow-up study. *Quality of Life Research*, 25(5), 1285–1294.
2. **Wang, Y., et al.** (2025). Global epidemiology of lower limb fractures: Lower limb fractures were more prevalent in males among younger individuals and in females among older populations. *Journal*.
3. **Hemmann, P., Friederich, M., Körner, D., Klopfer, T., & Bahrs, C.** (2021). Changing epidemiology of lower extremity fractures in adults over a 15-year period – A National Hospital Discharge Registry study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22, 456.
4. **Reátiga Aguilar, J., Rios, X., González Eder, E., De La Rosa, A., & Ortega, L. A.** (2022). Epidemiological characterization of tibial plateau

- fractures in trauma clinics: 95.7% were closed fractures and 82.6% caused by traffic accidents. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17, 106.
5. **Nana, T., Pius, F., Martin, N., Mbongnu, M., Movuh, D., Mertens Bombah, F., Henry, N., Ngunde, J., & Chichom-Mefire, A.** (2021). Epidemiological and clinical patterns of open fractures of long bones of the lower limbs in Southwest Cameroon: 72.8% due to road traffic crashes; majority tibial; Gustilo IIIA 39%. *Open Journal of Orthopedics*, 11, 278–287.
 6. **Fonseca, M. A., et al.** (2019). Impact of lower limb fractures on the quality of life: Only functional capacity, pain, and emotional impairment improved significantly at 6 months. *Ortopedia Traumatologica Rehabilitacja*, 21(4), 365–372.
 7. **Walter, N.** (2025). Mental health implications of fracture-related infections: SF-36 physical and mental component scores improve modestly at 6 months but remain below baseline. *Bone & Joint Research*, 14(2), 136–142.
 8. **Lin, H. L., et al.** (2024). Bodily pain and vitality are key predictors of long-term disability: SF-36 subscales predict 5-year outcomes. *Disability and Rehabilitation*. Advance online publication.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT VÀI TRƯỜNG HỢP BỆNH VOGT - KOYANAGI - HARADA BẰNG CORTICOID TOÀN THÂN PHỐI HỢP VỚI MYCOPHENOLATE MOFETIL

**Đoàn Tố Uyên¹, Hồ Xuân Hải²,
Vũ Thị Quế Anh¹, Trần Ngọc Thành²**

TÓM TẮT

Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) là một bệnh tự miễn dịch biểu hiện dưới dạng viêm màng bồ đào hai bên, có thể kèm theo bạch biến, bạc lông tóc, rụng tóc, biểu hiện màng não và rối loạn chức năng thính giác-tiền đình. VKH là một trong những nguyên nhân viêm màng bồ đào tự miễn phổ biến tại các nước châu Á, bao gồm Việt Nam. Cơ chế bệnh sinh được giả thuyết là phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào T chống lại các kháng nguyên của hắc tố bào tại màng bồ đào, da và hệ thần kinh trung ương. Hiện nay, vẫn chưa có phác đồ điều trị VKH cụ thể. Corticoid toàn thân là thuốc điều trị đầu tay, mặc dù mang lại hiệu quả trong việc kiểm soát viêm cấp tính nhưng thuốc có thể gây ra nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng khi sử dụng lâu dài. Thêm vào đó, ngày càng nhiều bằng chứng cho thấy đơn trị liệu corticoid có thể không đủ kiểm soát bệnh trong giai đoạn mạn tính. Việc phối hợp thuốc ức chế miễn dịch như mycophenolate mofetil với corticoid cho thấy hiệu quả tiềm năng trong việc kiểm soát bệnh và giảm sự phụ thuộc vào corticoid. **Từ khóa:** hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada, mycophenolate mofetil, corticoid.

SUMMARY

EVALUATION OF COMBINED SYSTEMIC CORTICOSTEROIDS WITH MYCOPHENOLATE MOFETIL IN VOGT-KOYANAGI-HARADA DISEASE: A CASE SERIES

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tố Uyên

Email: doantouyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) syndrome is an autoimmune disease characterized by bilateral uveitis, which may be accompanied by vitiligo, poliosis, alopecia, meningeal symptoms, and audiovestibular dysfunction. VKH is one of the most common causes of autoimmune uveitis in Asian countries, including Vietnam. The pathogenesis is hypothesized to involve a T-cell-mediated immune response against antigens present in melanocytes of the uveal tract, skin, and central nervous system. Currently, there is no standardized treatment protocol for VKH. Systemic corticosteroids remain the first-line therapy due to their effectiveness in controlling acute inflammation. However, long-term use is associated with significant systemic side effects. Moreover, growing evidence suggests that corticosteroids monotherapy may be insufficient to prevent the disease in its chronic phase. The combination of immunosuppressive agents, such as mycophenolate mofetil, with corticosteroids has shown potential benefits in improving disease control and reducing the need for corticosteroids.

Keywords: Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, mycophenolate mofetil, corticosteroids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) là một rối loạn tự miễn dịch biểu hiện dưới dạng viêm màng bồ đào hai bên có thể kèm theo bạch biến, bạc lông tóc, rụng tóc, biểu hiện màng não và rối loạn chức năng thính giác-tiền đình. Hội chứng VKH là một trong những nguyên nhân viêm màng bồ đào tự miễn khá phổ biến tại các nước khu vực châu Á như Việt Nam, Thái Lan, Nhật Bản. Theo tác giả Nguyễn Thị Uyên Duyên, VKH chiếm đến 14% trong tổng số các trường hợp viêm màng bồ đào không nhiễm trùng tại Việt Nam.¹