

- Tiểu cầu giảm dần từ 152,1G/L, đạt mức thấp nhất là 38,4 G/L – trùng với thời điểm được xem là pha nguy hiểm – sau đó tăng trở lại từ ngày 7 đến ngày 10.

- Chỉ số HCT trung bình lúc vào viện là 41,44 ± 0,44%, tăng cao nhất ở ngày thứ 5 (43%), sau đó giảm dần đến ngày 10 (còn 39,03%).

- AST và ALT đều tăng rõ rệt, trong đó AST tăng nhanh, đạt đỉnh vào ngày 5–6 (trung bình 158,6 ± 8,3 U/L), còn ALT tăng muộn hơn và kéo dài đến ngày 8–11.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường phát hiện sớm và theo dõi sát các DHCB của SXHD như chảy máu cam, xuất huyết âm đạo, đau hạ sườn, nôn nhiều, rối loạn tri giác, gan to, thiếu niệu để xử trí kịp thời, giảm nguy cơ chuyển nặng và biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định số: 2760/QĐ-BYT ngày 04/07/2023 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue. 2023.

2. **WHO**, Global dengue surveillance. 02 tháng 1 năm 2025.

3. **Báo sức khỏe và đời sống**, Hải Phòng ghi nhận tăng số ca mắc sốt xuất huyết. 01 Tháng 11 năm 2024.

4. **Đoàn Văn Quyền, N.V.T.**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn. Tạp chí Y Học Thực Hành, 902, 1, 2014.

5. **Nguyễn Văn Minh**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue người lớn tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y dược Cần Thơ, 2019.

6. **Nguyễn Minh Hùng, P.T.D.H.**, Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue và sốt xuất huyết Dengue có cảnh báo ở người lớn tại bệnh viện Hồng Đức (2020- 2021). Tạp chí Y học Việt Nam, 520, 2022; p. 594-600.

7. **Nguyễn Văn Tại, H.V.P.**, Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022. Tạp chí Y Học Việt Nam, 519, 2022: p. 5.

8. **Hoàng Thị Hạnh**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 5/2019 đến 5/2021. Tạp chí Y dược Thái Bình, số 8, T9, 2023: p. 56-62.

# TẠO HÌNH VÙNG NÁCH BẰNG VẬT DA CẠNH XƯƠNG BÀ VAI ĐIỀU TRỊ VIÊM MỦ TUYẾN MỖ HÔI GIAI ĐOẠN NẶNG

Lê Văn Dương<sup>1</sup>, Trần Văn Vương<sup>2</sup>

## HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Severe hidradenitis suppurativa in the axillary region typically requires wide excision of tissue, creating large defects that are difficult to reconstruct. The scapular flap, with its reliable vascular supply, represents an appropriate choice for axillary reconstruction. In this article, we report the clinical case of a 20-year-old female patient with severe hidradenitis suppurativa of the right axilla, who had undergone multiple unsuccessful incision and drainage procedures and developed shoulder joint movement restriction. The patient underwent wide excision of the lesion, shoulder joint contracture release, and defect coverage using a scapular flap. Through this clinical case, we evaluate the functional and aesthetic outcomes, aiming to contribute to the treatment experience of this pathology in Vietnam.

**Keywords:** Hidradenitis suppurativa, Axillary reconstruction, Parascapular flap.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VMTMH là một bệnh da mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng viêm đơn vị nang lông-tuyến bã, dẫn đến hình thành các ổ áp xe tái phát, đường rò và sẹo co rút, chủ yếu tại các vùng nách, bẹn, tầng sinh môn và dưới vú.<sup>1</sup> Bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của bệnh nhân do đau, hạn chế vận động và tác động tâm

## TÓM TẮT

Viêm mủ tuyến mồ hôi (VMTMH) giai đoạn nặng vùng nách thường đòi hỏi cắt rộng tổ chức, tạo khuyết hổng lớn khó tái tạo. Vật da cạnh xương bà vai có mạch nuôi ổn định, là lựa chọn phù hợp cho tái tạo vùng nách. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 20 tuổi, viêm mủ tuyến mồ hôi giai đoạn nặng vùng nách phải, đã rạch dẫn lưu nhiều lần không thành công và hạn chế vận động khớp vai. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng tổn thương, giải phóng khớp vai và che phủ khuyết hổng bằng vật da cạnh xương bà vai. Qua ca lâm sàng, chúng tôi đánh giá kết quả chức năng và thẩm mỹ, nhằm góp phần vào kinh nghiệm điều trị bệnh lý này tại Việt Nam. **Từ khóa:** Viêm mủ tuyến mồ hôi, Khuyết hổng vùng nách, Vật da cạnh xương bà vai.

## SUMMARY

### PARASCAPULAR FLAP RECONSTRUCTION FOR AXILLARY DEFECTS IN SEVERE

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dương

Email: duonglv.yds@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

lý kéo dài. Mặc dù nhiều phương pháp điều trị nội khoa như kháng sinh, liệu pháp sinh học hay nội tiết được áp dụng, nhưng ở giai đoạn nặng (Hurley III), các biện pháp này thường không mang lại hiệu quả lâu dài, với tỷ lệ tái phát cao sau điều trị nội khoa đơn thuần.<sup>2</sup>

Can thiệp ngoại khoa với mục tiêu cắt bỏ triệt để toàn bộ tổ chức viêm mạn tính và xơ hóa được xem là phương pháp điều trị dứt điểm ở giai đoạn nặng. Tuy nhiên, vấn đề tái tạo mô sau cắt rộng tổn thương, đặc biệt vùng nách, vẫn còn là một thách thức lớn đối với phẫu thuật viên. Ghép da mỏng hoặc để lành thứ phát là các phương pháp để thực hiện nhưng thường dẫn đến sẹo co rút, giảm chức năng vận động khớp vai và thẩm mỹ kém. Trong bối cảnh đó, sử dụng vạt da cạnh xương bả vai, có mạch nuôi hằng định, chuyển vị linh hoạt và phù hợp với hình thể vùng nách, đang dần được chú ý như một lựa chọn tạo hình tối ưu, giúp phục hồi vận động, hạn chế tái phát và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Trong bài này, chúng tôi báo cáo một trường hợp VMTMH giai đoạn nặng được phẫu thuật tạo hình bằng vạt da cạnh xương bả vai, với đánh giá kết quả chức năng và thẩm mỹ, nhằm góp phần vào kinh nghiệm điều trị bệnh lý này tại Việt Nam.

## II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 20 tuổi, đến khám với nốt sừng đỏ ở vùng nách, không tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa. Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe nách và rạch dẫn lưu. Một tuần sau, bệnh nhân xuất hiện nhiều nốt sừng đỏ khác tại vùng nách, được chẩn đoán đa áp xe vùng nách và tiếp tục rạch dẫn lưu. Sau hai tuần, tất cả vết thương vùng nách không còn dịch mủ, bệnh nhân được khâu da thì hai. Một tháng sau, vết thương không lành, kèm hạn chế vận động khớp vai do bất động lâu. Bệnh nhân đến với chúng tôi với vết thương hở da vùng nách, nhiều đường rạch đã khâu nhưng không lành, đầy nhiều mô xơ, không dịch mủ (Hình 1):



**Hình 1. Vùng nách đã được chích rạch áp xe nhiều lần**

– Biên độ vận động vai bị hạn chế: duỗi 30°, gấp 70°, dang 60°, khép 45° xoay ngoài 70°, xoay trong 70°.

– Điểm đau VAS 7/10.

– Mức độ hài lòng thẩm mỹ: 2/10.

– Điểm Constant – Murley: 27/100 (kém).

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm mủ tuyến mồ hôi vùng nách phải Hurley III, biến chứng cứng khớp vai phải. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng vùng da bị tổn thương cùng mô xơ, sau đó khớp vai được vận động thụ động trong mổ để giải phóng khớp. Tổn thương khuyết da sau khi cắt rộng là 10 x 6 cm trong tư thế cánh tay dạng 90 độ. Vạt da cạnh xương bả vai được phác thảo dưới dạng vạt đảo. Cuống mạch bóc tách đường kính khoảng 1 mm, dài 6 cm. Vạt da được luồn dưới gân cơ lưng rộng và cầu da để qua vùng nách. Vùng cho vạt được khâu da thì đầu (Hình 2). Thời gian phẫu thuật: 240 phút.



**Hình 2. Khuyết hồng vùng nách được che phủ bằng vạt da cạnh xương bả vai**

**Theo dõi sau mổ:**

– Tuần 1: Vạt da sống hoàn toàn, không hoại tử, không nhiễm trùng vết mổ. Rút dẫn lưu ngày thứ 2 sau mổ. Khớp vai được bất động trong tư thế cánh tay dạng 90 độ bằng nẹp bột. Bệnh nhân được xuất viện sau mổ 5 ngày (tổng 7 ngày nằm viện).

– Tuần 2: Cắt chỉ, vết mổ liền thì đầu. Bắt đầu tập vận động thụ động.

– Tuần 4: Vết thương lành hoàn toàn, bệnh nhân tập vận động chủ động.

– Tháng 3:

• Biên độ vận động khớp vai phục hồi hoàn toàn: gấp 180°, duỗi 50°, dang 180°, khép 50°, xoay ngoài 90°, xoay trong 70°.

• Điểm đau VAS 1/7.

• Mức độ hài lòng thẩm mỹ: 7/10.

• Điểm Constant – Murley: 84/100 (rất tốt)

– Tháng 6:

• Biên độ vận động vai duy trì bình thường.

• Điểm đau VAS 0/7.

• Mức độ hài lòng thẩm mỹ: 8/10.

• Điểm Constant – Murley: 93/100 (xuất sắc).

– Tháng 12: Không ghi nhận tái phát, chức năng vận động và thẩm mỹ duy trì tốt (Hình 3).



**Hình 3. Sau phẫu thuật chuyển vạt da 1 năm**

**III. BÀN LUẬN**

VMTMH là một bệnh viêm mạn tính của đơn vị nang lông-tuyến bã. Bệnh thường biểu hiện bằng các nốt sừng đau, tiến triển thành áp xe, dẫn đến hình thành các đường rò, sẹo và xơ hóa. Tỷ lệ hiện mắc ước tính của bệnh VMTMH khoảng 1% dân số. Bệnh thường khởi phát trong độ tuổi dậy thì đến 40 tuổi, phổ biến nhất là từ 21 đến 29 tuổi. Phụ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới.<sup>3</sup>

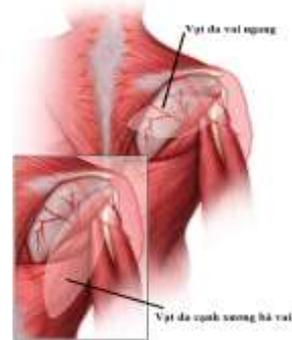
VMTMH được chẩn đoán dựa trên lâm sàng: tổn thương đặc trưng (nốt viêm, áp xe, đường rò); phân bố tại các vùng gấp giàu tuyến mô hôi; và tiến triển tái phát. Hệ thống phân độ Hurley được sử dụng để phân loại bệnh nhân VMTMH thành 3 mức độ như sau<sup>3</sup>:

<b>Giai đoạn I</b>	Hình thành áp xe (một hoặc nhiều ổ) không có đường rò hoặc sẹo xơ hoá.
<b>Giai đoạn II</b>	Áp xe tái phát kèm theo đường rò và sẹo xơ tổn thương riêng lẻ hoặc rải rác.
<b>Giai đoạn III</b>	Tổn thương lan toả hoặc gần như toàn bộ vùng bị ảnh hưởng với nhiều đường rò và áp xe liên kết với nhau.

Điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Hurley I–II, điều trị nội khoa là lựa chọn đầu tay như kháng sinh toàn thân, thuốc sinh học hoặc hormone. Điều trị ngoại khoa là phương pháp điều trị triệt để trong Hurley III: cắt rộng toàn bộ tổn thương sau đó tái tạo khuyết hổng bằng phương pháp ghép da, xoay vạt da ngẫu nhiên hoặc vạt da có cuống trực tiếp.<sup>2</sup> Phẫu thuật tạo hình vùng nách sau cắt bỏ rộng rãi tổn thương VMTMH nặng có thể mang lại hiệu quả đáng kể trong việc giảm đau, cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống.<sup>4</sup>

Ghép da có tỷ lệ biến chứng cao, với nhiều trường hợp thất bại và chậm lành vết mổ. Nhiều tác giả không khuyến khích sử dụng ghép da để tái tạo vùng nách. Ngoài việc khả năng bám ghép kém và thời gian hồi phục kéo dài, ghép da thường không đạt yêu cầu thẩm mỹ và dễ dẫn đến hiện tượng co rút, ảnh hưởng đến vận động khớp vai.<sup>5</sup> Vạt da ngẫu nhiên tại chỗ lại có tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể so với các kỹ thuật khác, chủ yếu do diện cắt nhỏ, không cắt triệt để được tổn thương.<sup>4</sup>

Trong một bài tổng quan có hệ thống của Amendola, vạt da nhánh xuyên của động mạch ngực lưng được sử dụng nhiều nhất trong vạt nhánh xuyên với tỉ lệ biến chứng và tái phát chấp nhận được, trong khi vạt da có cuống trực tiếp có tỷ lệ biến chứng thấp nhất.<sup>4</sup> Trong 107 trường hợp tái tạo vùng nách bằng vạt da có cuống trực tiếp, vạt da cánh tay sau được sử dụng phổ biến nhất, với 15% biến chứng, 1% tái phát và 2% thất bại. Sẹo vạt da cánh tay sau thường dễ thấy khi mặc áo ngắn tay và có thể gây khó chịu cho một số bệnh nhân. Vạt da nhánh xuyên của động mạch ngực lưng có tỷ lệ tái phát và thất bại cao hơn vạt da cánh tay sau. Vạt da cạnh xương bả vai là loại vạt da có cuống trực tiếp được sử dụng nhiều thứ hai với tỷ lệ biến chứng tương đương vạt da cánh tay sau và không ghi nhận trường hợp tái phát hay thất bại nào. VMTMH chỉ ảnh hưởng đến vùng da có lông ở nách, không lan ra ngoài nếp gấp sau nách. Do đó, các vạt da vùng vai gần như luôn khả thi. Vạt da cạnh xương bả vai mang lại nhiều ưu điểm so với các phương pháp khác: vạt có mạch nuôi ổn định hơn vạt nhánh xuyên của động mạch ngực lưng, cuống mạch dài cho phép thiết kế linh hoạt, vùng da được sử dụng để tái tạo có kết cấu, màu sắc và độ mỏng tương tự da vùng nách, thẩm mỹ hơn vạt da cánh tay sau với sẹo ẩn kín dưới áo.



**Hình 4. Vạt da cạnh xương bả vai**

"Nguồn: Claudio, 2017"<sup>6</sup>

Vạt da cạnh xương bả vai là một vạt da-cân có cuống mạch máu nuôi là nhánh xuyên của động mạch mũ vai nông, có chiều dài trung bình 20 cm (từ 10–26 cm) và đường kính trung bình 1,2 mm (từ 0,8–1,4 mm) (Hình 1). Kích thước vạt da: dài trung bình 26 cm (từ 6-32 cm), rộng trung bình 12 cm (từ 8-16 cm).<sup>6</sup>

Nhánh xuyên của động mạch mũ vai nông bắt đầu tại lỗ tam giác vai-tam đầu. Sau đó, mạch máu đi xuống song song với bờ ngoài của cơ lưng rộng, cách bờ ngoài khoảng 6–8 cm về phía trong. 3 Vạt có thể được sử dụng như vạt

đào hoặc vật tự do tùy theo khoảng cách và vị trí khuyết hồng cần che phủ.<sup>6</sup>

Năm 2017, Luis<sup>7</sup> đã báo cáo 8 trường hợp VMTMH vùng nách giai đoạn nặng được được cắt triệt để tổn thương và tái tạo bằng vật da cạnh xương bả vai. Tất cả vật sống hoàn toàn, một trường hợp nhiễm trùng được phẫu thuật cắt lọc và sửa vật da. Không có trường hợp nào tái phát.

Năm 2022, Yildirim<sup>8</sup> đã báo cáo trường hợp 11 trường hợp VMTMH vùng nách giai đoạn nặng (7 trường hợp 1 bên, 4 trường hợp 2 bên), tạo hình bằng vật da cạnh xương bả vai. Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng hoặc hoại tử vật. Kết quả theo dõi cuối cùng, không trường hợp nào bị hạn chế vận động khớp vai hoặc tái phát.

Trong trường hợp của chúng tôi, vật da cạnh xương bả vai được thiết kế dưới dạng vật đào, với cuống mạch được bóc tách dài 6 cm. Vật được luồn dưới gân cơ lưng rộng và một cầu da, nhằm tối ưu hóa tính thẩm mỹ và đảm bảo đường đi ngắn nhất đến vùng nách. Đường hầm được tạo đủ rộng để vật đi qua dễ dàng, đồng thời hạn chế nguy cơ chèn ép cuống mạch bởi gân cơ lưng rộng.

Sau khi chuyển vật qua vùng nách, chúng tôi tiến hành đánh giá tưới máu tại các tư thế dạng khớp vai khác nhau, nhằm phát hiện nguy cơ chèn ép cuống mạch trong các tư thế sinh hoạt thường ngày. Từ đó, kế hoạch bất động và chương trình tập vận động sau mổ được thiết lập phù hợp. Việc cuống mạch được bóc tách đủ dài giúp hạn chế nguy cơ kéo căng hoặc xoắn, góp phần bảo toàn tuần hoàn vật. Vật được đặt theo trục dạng vai – cánh tay, giúp tối ưu hóa khả năng vận động và giảm nguy cơ cứng khớp vai sau mổ.

Chức năng khớp vai được đánh giá bằng thang điểm Constant–Murley cho thấy cải thiện đáng kể: từ 27/100 điểm trước mổ lên 83/100 điểm tại tháng thứ 3 và 93/100 điểm tại tháng thứ 6 sau mổ. Tổng mức cải thiện 66 điểm phản ánh hiệu quả đáng kể của phẫu thuật trong phục hồi chức năng khớp vai.

Mức độ hài lòng thẩm mỹ được bệnh nhân tự đánh giá theo thang điểm chủ quan từ 0 đến 10 (trong đó 0 là hoàn toàn không hài lòng, 10 là rất hài lòng), tăng từ 2/10 trước mổ lên 8/10 sau 12 tháng. Mặc dù chưa áp dụng các thang điểm tiêu chuẩn như DLQI (Dermatology Life Quality Index) hay POSAS (Patient and Observer Scar Assessment Scale), nhưng kết quả đánh giá chủ quan cho thấy sự cải thiện rõ rệt cả về mặt thẩm mỹ, chức năng và chất lượng cuộc sống. Do ưu tiên đảm bảo tuần hoàn vật trong giai đoạn đầu, các mũi khâu được thực hiện giãn

cách để giảm nguy cơ hoại tử, dẫn đến hình thành sẹo xấu. Tuy nhiên, sẹo có thể được can thiệp chỉnh sửa thẩm mỹ ở giai đoạn muộn khi tình trạng vật đã ổn định hoàn toàn.

Trong suốt 12 tháng theo dõi, không ghi nhận dấu hiệu tái phát lâm sàng như nốt viêm, áp xe, đường rò hay đau vùng nách. Dù các phương tiện như sinh thiết hoặc MRI có thể phát hiện tổn thương vi thể, tuy nhiên chưa được áp dụng thường quy trong bối cảnh không có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ tái phát.

Theo kinh nghiệm của chúng tôi, yếu tố quan trọng nhất quyết định thành công của kỹ thuật chuyển vật da cạnh xương bả vai là thiết kế vật chính xác, được hỗ trợ bằng siêu âm Doppler trước mổ đánh giá cuống mạch. Kỹ thuật bóc tách cuống mạch cẩn thận và đảm bảo vật không bị xoắn trong quá trình chuyển vị cũng đóng vai trò quyết định. Bên cạnh đó, chăm sóc hậu phẫu bao gồm theo dõi tuần hoàn vật và thực hiện vật lý trị liệu theo từng giai đoạn, góp phần quan trọng đến kết quả chức năng và thẩm mỹ cuối cùng.

#### IV. KẾT LUẬN

Vật da cạnh xương bả vai là một lựa chọn hiệu quả và an toàn cho tái tạo vùng nách sau khi cắt bỏ triệt để vùng da tổn thương trong VMTMH nặng. Phương pháp này mang lại kết quả tốt cả về mặt thẩm mỹ lẫn chức năng, với kỹ thuật thực hiện tương đối đơn giản và tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, để khẳng định hiệu quả một cách toàn diện, cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi kéo dài. Đồng thời, các nghiên cứu so sánh đối chứng với những phương pháp tái tạo khác cũng nên được thực hiện nhằm xác lập vai trò của vật da cạnh xương bả vai trong điều trị tái tạo vùng nách.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- González-López MA.** Hidradenitis suppurativa. *Medicina clínica.* Feb 23 2024;162(4):182-189. Hidradenitis suppurativa. doi:10.1016/j.medcli.2023.09.018
- Khayat S, Bonsfills N, Antúnez-Conde R, et al.** Parascapular Flap for Severe Hidradenitis Suppurativa. *Case Reports in Dermatology.* 2024;16:8-16. doi:10.1159/000533387
- Vazquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD.** Incidence of hidradenitis suppurativa and associated factors: a population-based study of Olmsted County, Minnesota. *The Journal of investigative dermatology.* Jan 2013;133(1):97-103. doi:10.1038/jid.2012.255
- Amendola F, Cottone G, Alessandri-Bonetti M, et al.** Reconstruction of the Axillary Region after Excision of Hidradenitis Suppurativa: A

- Systematic Review. Indian journal of plastic surgery : official publication of the Association of Plastic Surgeons of India. Feb 2023;56(1):6-12. doi:10.1055/s-0042-1758452
- Wormald JC, Balzano A, Clibbon JJ, Figus A.** Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap versus split skin graft. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS. Aug 2014;67(8):1118-24. doi:10.1016/j.bjps.2014.04.032
  - Angrigiani C, Hanasono MM.** Scapular and Parascapular Flaps. In: Wei F-C, Mardini S, eds. FLAPS AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. 2 ed. Elsevier; 2017.
  - Junior Lcvf, Oliveira Mdsld, Soares Ra, Pitol Dn, Faiwichow L.** Surgical treatment of axillary hidradenitis suppurativa using a parascapular. Rev Bras Cir Plást. 2017;32(3):372-376. doi:10.5935/2177-1235.2017RBCP0061
  - Yildirim MEC, Dadaci M, Uyar I, Ince B, Uyanik O.** Reconstruction of Axillary Defects With Propeller Parascapular Flap After Resection in Patients With Advanced Hidradenitis Suppurativa. Index Wounds. 2022;34(10):245-249. doi:10.25270/wnds/21058

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHẢ NĂNG VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ĐỊNH

Trần Thu Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và các yếu tố liên quan đến khả năng vận động ở người bệnh đột quỵ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thời gian từ 7/2024 đến 12/2024, tổng 178 đối tượng. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh sau đột quỵ não có khả năng vận động kém (76,4%), chỉ 5,1% có khả năng vận động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. Điểm trung bình theo thang Barthel Index phản ánh người bệnh phục hồi tốt hơn ở các hoạt động đơn giản (ăn uống, kiểm soát bài tiết, di chuyển ngắn) nhưng vẫn còn hạn chế rõ rệt trong các hoạt động phức tạp (tắm rửa, đi cầu thang, mặc quần áo). Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng vận động bao gồm: tuổi  $\geq 60$ , trình độ học vấn thấp, tái phát đột quỵ nhiều lần, liệt bên trái hoặc hai bên, và mức hỗ trợ xã hội thấp. **Kết luận:** Khả năng vận động chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi tuổi, trình độ học vấn, số lần đột quỵ, bên liệt và mức hỗ trợ xã hội. Trong đó, tái phát đột quỵ và thiếu hỗ trợ xã hội là hai yếu tố quan trọng nhất làm giảm khả năng tự chăm sóc. Việc tăng cường phục hồi chức năng sớm, hỗ trợ tinh thần và giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình là cần thiết nhằm nâng cao khả năng vận động và chất lượng cuộc sống sau đột quỵ.

**Từ khóa:** Khả năng vận động, đột quỵ.

### SUMMARY

#### THE RELATIONSHIP BETWEEN CLINICAL CHARACTERISTICS AND MOBILITY FUNCTION IN STROKE PATIENTS AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the current status and

determine factors associated with mobility function among stroke patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from July 2024 to December 2024 on 178 stroke patients treated at Nam Dinh General Hospital. **Results:** The majority of patients after stroke had poor mobility (76.4%), and only 5.1% were able to perform daily activities independently. The mean Barthel Index score indicated better recovery in basic activities (such as eating, bowel and bladder control, and short-distance movement), but significant limitations remained in complex activities (such as bathing, climbing stairs, and dressing). Factors statistically associated with mobility function included age  $\geq 60$ , low educational level, recurrent stroke, left- or bilateral-sided paralysis, and low social support. **Conclusion:** Mobility function among stroke patients is significantly influenced by multiple factors, of which recurrent stroke and lack of social support are the most critical contributors to reduced self-care ability. Early rehabilitation, psychological support, and health education for patients and their families are essential to improve independence and quality of life after stroke. **Keywords:** Mobility function, stroke, rehabilitation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới. Sau đột quỵ, nhiều người bệnh phải đối mặt với suy giảm khả năng vận động và mất khả năng vận động trong sinh hoạt hàng ngày, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống [1],[7]. Khả năng vận động trong sinh hoạt phản ánh khả năng phục hồi chức năng và là chỉ số quan trọng trong đánh giá hiệu quả điều trị, chăm sóc người bệnh đột quỵ [3].

Các yếu tố lâm sàng như loại đột quỵ, vị trí tổn thương, mức độ liệt, thời gian mắc bệnh và đặc điểm nhân khẩu học có thể ảnh hưởng đáng kể đến khả năng vận động của người bệnh. Việc

<sup>1</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Hiền

Email: tranhien@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025