

Nghiên cứu có điểm mạnh là mục tiêu rõ ràng, giải quyết vấn đề lâm sàng quan trọng về mối tương quan giữa lâm sàng và hình ảnh học sau phẫu thuật gãy Galeazzi, thông qua đánh giá đa phương diện bao gồm (lâm sàng, chức năng, X-quang, MRI) cho tất cả bệnh nhân. Phát hiện cốt lõi về 100% tổn thương

PHSSTG trên MRI có ý nghĩa lâm sàng cao, đặt nghi vấn về khả năng phục hồi theo phác đồ kinh điển. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số điểm yếu như: thiết kế hồi cứu cắt ngang, cỡ mẫu nhỏ (N=34), thực hiện tại một trung tâm, ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa và xác định quan hệ nhân quả. Thời gian theo dõi tối thiểu 12 tháng có thể chưa đủ dài để phát hiện các thoái hoá khớp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy Galeazzi theo phác đồ kinh điển cho kết quả chức năng lâm sàng (DASH, ROM) tốt ở đa số bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy sự không tương đồng rõ rệt giữa lâm sàng và hình ảnh học. MRI phát hiện 100% bệnh nhân có tổn thương PHSSTG, dù KQTD vững trên lâm sàng ở phần lớn trường hợp. Tổn thương PHSSTG này có thể là nguyên nhân chính gây đau dai dẳng (52,9% bệnh nhân). Kết quả gợi ý cần cân nhắc lại chiến lược xử trí PHSSTG, có thể chỉ định phục hồi PHSSTG chủ động hơn khi có mất vững KQTD sau kết hợp

xương quay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Dương, Đinh Thế Hùng, Nguyễn Văn Việt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật gãy kín Galeazzi ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023 Aug 25;529(1):356-61.
2. Lê Đức Thọ. Kết quả phẫu thuật điều trị gãy Galeazzi tại Bệnh Viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2024;533(1B):30-4.
3. Alajmi T. Galeazzi Fracture Dislocations: An Illustrated Review. Cureus. 2020 Jul 24;12(7):e9367.
4. Donndorff AG, Petrucelli EM, Gallucci GL, Boretto JG, Zaidenberg EE, Rellán I, et al. Galeazzi fracture-dislocations: Long-term prognosis of the distal radioulnar joint. Hand Surg Rehabil. 2021 Oct;40(5):572-8.
5. Johnson NP, Smolensky A. Galeazzi Fractures. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470188/>
6. Mino DE, Palmer AK, Levinsohn EM. The role of radiography and computerized tomography in the diagnosis of subluxation and dislocation of the distal radioulnar joint. J Hand Surg Am. 1983 Jan;8(1):23-31.
7. Tsismenakis T, Tornetta P 3rd. Galeazzi fractures: Is DRUJ instability predicted by current guidelines? Injury. 2016 Jul;47(7):1472-7.
8. Varma R, Wani SS, Rai SK. Management and functional outcome of Galeazzi fracture-dislocation: a retrospective study at a tertiary care centre. Int J Res Orthop. 2017 Jul;3(4):809-13.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LOÉT CHÂN VÀ TỈ LỆ ĐOẠN CHI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP

Huỳnh Tấn Đạt¹, Thái Châu Minh Duy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu muốn xác định các đặc điểm loét chân và tỉ lệ đoạn chi ở bệnh nhân đái tháo đường ở bệnh viện tuyến tỉnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Tất cả bệnh nhân đái tháo đường nhập viện vì loét chân ở khoa Nội tiết bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp được đưa vào nghiên cứu từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022, thu thập các dữ liệu để đánh giá các biến chứng và tỉ lệ đoạn chi trong lúc nằm viện. **Kết quả:** Nghiên cứu có 92 bệnh nhân bị loét chân nhập viện, độ tuổi trung bình $57,9 \pm 12,2$ tuổi,

nữ chiếm 64,0%, có HbA1c trung bình $11,2 \pm 2,3\%$, thời gian trung vị phát hiện loét đến nhập viện là 10 (7-21) ngày. Biến chứng thần kinh ngoại biên chiếm 72,8%, bệnh động mạch chi dưới (ABI<0,8) chiếm 11,7%, nhiễm trùng vết loét 97,8% trong đó đa số nhiễm trùng mức độ trung bình (70,7%). Kích thước trung vị vết loét 2 (1-4) cm². Giai đoạn lâm sàng WIFI: 8,1% giai đoạn 1, 39,5% giai đoạn 2, 27,9% giai đoạn 3 và 24,5% giai đoạn 4. Tỉ lệ đoạn chi 29,3% chủ yếu đoạn chi ở ngón chiếm 74,1%. Đoạn chi tăng theo giai đoạn lâm sàng WIFI: 4,0% ở giai đoạn 2, 40,0% ở giai đoạn 3 và 56,0% ở giai đoạn 4. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường nhập viện điều trị loét chân ở bệnh viện tuyến tỉnh có kiểm soát đường huyết rất kém, đa số bị nhiễm trùng mức độ trung bình kèm biến chứng thần kinh ngoại biên, ít bệnh động mạch chi dưới với tỉ lệ đoạn chi 29,3% chủ yếu ở giai đoạn 3,4 WIFI do tổn thương mô và nhiễm trùng. **Từ khóa:** loét nhiễm trùng chân, biến chứng thần kinh ngoại biên, bệnh động mạch chi dưới, đoạn chi, giai đoạn lâm sàng WIFI.

¹Trường Y - Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tấn Đạt

Email: huynhtandat@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

SUMMARY**STUDY ON CHARACTERISTICS OF FOOT ULCERS AND RATE OF LIMB AMPUTATION IN DIABETIC PATIENTS TREATED AT DONG THAP GENERAL HOSPITAL**

Objectives: The study aimed to determine the characteristics of foot ulcers and the rate of limb amputation in diabetic patients at a lower-level hospital. **Methods:** A cross-sectional study was applied. Research included diabetes patients hospitalized for foot ulcers in Department of Endocrinology, Dong Thap General Hospital from May 2022 to August 2022, collected data to assess peripheral nerve complications, lower extremity vascular diseases, infectious complications and amputation rates during hospitalization. **Results:** The study included 92 patients with foot ulcers. The average age of research population was 57.9 ± 12.2 years old, females accounted for 64.0%, median time from ulcer detection to hospitalization was 10 (7-21) days. Peripheral neuropathy complication accounted for 72.6%, lower-extremity arterial disease (ABI<0.8) for 11.7% and ulcer infection for 97.8%, of which the majority were moderate level infection (70.7%). Median ulcer area was 2 (1-4) cm². WIfI clinical stages were 8.1% in stage 1, 39.5% in stage 2, 27.9% in stage 3 and 24.5% in stage 4. The limb amputation rate was 29.3%, of which toe amputation took up the highest proportion (74.1%). The limb amputation increased according to WIfI clinical stage: 4.0% in stage 2, 40.0% in stage 3 and 56.0% in stage 4. **Conclusions:** Diabetic patients hospitalized for foot ulcer treatment at provincial hospitals had poor glycemic control, most patients had moderate infections with peripheral neuropathy complications, and few had lower-extremity arterial disease. The limb amputations was mainly at WIfI stages 3 and 4 due to tissue damage and ulcer infection.

Keywords: foot ulcer infection, peripheral neuropathy complication, lower-extremity arterial disease, amputation, WIfI clinical stages.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng bàn chân đái tháo đường (ĐTĐ) liên quan biến chứng thần kinh ngoại biên (BCKNB), bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD), loét chân, nhiễm trùng chân và đoạn chi. Tỷ lệ các biến chứng bàn chân thay đổi theo các nghiên cứu (NC) tùy thuộc vào đặc điểm dân số NC và nơi NC. NC ở BV Chợ Rẫy cho thấy tỷ lệ đoạn chi ở bệnh nhân ĐTĐ loét chân 46,5% với nhiễm trùng mức độ nặng chiếm 41,6%, bệnh động mạch chi dưới chiếm 21,8%¹. NC lấy số liệu cả 2 BV Nguyễn Tri Phương và BV Trưng Vương với dân số NC 50 bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng cho thấy kích thước trung bình vết loét rất lớn $29,3 \pm 8,3$ cm² với tỷ lệ đoạn chi là 32,0% (16/50 bệnh nhân)².

Ít có nghiên cứu vấn đề bàn chân tại các cơ sở y tế tuyến dưới ở khu vực đồng bằng sông

Cửu Long nên chúng tôi muốn nghiên cứu đánh giá đặc điểm loét chân và tỷ lệ đoạn chi ở bệnh viện tuyến tỉnh, cụ thể ở bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp để hiểu rõ hơn đặc điểm loét chân và tỷ lệ đoạn chi giúp có hướng tiếp cận điều trị tốt hơn ở tuyến tỉnh, giảm độ nặng của vết loét, giảm tỷ lệ đoạn chi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Thiết kế và đối tượng nghiên cứu:**

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên dân số ĐTĐ тип 2 nhập viện vì loét chân ở khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2022. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân bị loét và nhiễm trùng chân nặng có chỉ định đoạn chi cấp cứu không thể khám và đánh giá trước phẫu thuật hoặc không đồng ý tham gia NC.

Cỡ mẫu: Chúng tôi tính cỡ mẫu dựa vào công thức để xác định một tỷ lệ:

$$N = \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}{(1-\alpha)}$$

Trong đó: Z=1,96, $\alpha=0,1$, $p=0,055$ (dựa vào tỷ lệ loét chân ở dân số khu vực Châu Á 5,5%³) và d là độ chính xác mong muốn chọn 5,0% ($d=0,05$). Cỡ mẫu tính theo công thức trên là 80 bệnh nhân. Thực tế NC chúng tôi thu thập được 92 bệnh nhân.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

Bệnh nhân đồng ý tham gia NC sẽ được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu NC nhằm xác định tỷ lệ BCKNB, BĐMCD, đánh giá vết loét và tình trạng nhiễm trùng, xác định tỷ lệ đoạn chi trong thời gian nằm viện. Bệnh nhân được điều trị nội khoa bao gồm kiểm soát đường huyết tích cực, lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm khi có dấu hiệu nhiễm trùng, chăm sóc vết loét hằng ngày, mời hội chẩn liên chuyên khoa khi có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

Định nghĩa các biến số chính: Chẩn đoán nhiễm trùng và độ nặng của nhiễm trùng vết loét dựa vào hướng dẫn của IWGDF/IDSA 2019⁴. Chẩn đoán BĐMCD dựa vào chỉ số ABI (Ankle Branchial Index), với ABI < 0,8 được chẩn đoán hẹp mạch và đánh giá độ nặng hẹp mạch theo phân loại WIfI⁵.

Phương pháp thống kê: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 25.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược TPHCM số 151/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 15/2/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu về lâm sàng và cận lâm sàng: Được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng chính của dân số NC (n=92)

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (tỉ lệ)
Giới nữ (%)	59 (64,1%)
Tuổi (năm)	57,9 ± 12,2*
BMI (kg/m ²)	22,6 ± 2,9*
BMI <18,5	2 (2,2%)
Hút thuốc lá	19 (20,7%)
Thời gian ĐTĐ (năm)	9,5 ± 3,7*
Tăng huyết áp	54 (58,7%)
Tiền sử tai biến mạch máu não	7 (7,6%)
Bệnh võng mạc	14 (15,2%)
ĐH nhập viện (mg/dL)	299,8 ± 129,4*
HbA1c (%)	11,2 ± 2,3*
HbA1c <7%	5 (5,4%)
Creatinin (mg/dL)	0,85 (0,6-1,1)**
eGFR (ml/phút/1,73m ²)	82,8 ± 27,1*
eGFR < 60	27 (27,2%)
A/C niệu >30 (mg/g)	79 (87,0%)
Hb (g/dL)	10,7 ± 1,8*

* Trung bình ± độ lệch chuẩn,

** Trung vị, tứ phân vị

Tỉ lệ BMI >23 và >25 trong dân số NC lần lượt là 16,3% và 22,8%

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng của vết loét trong NC (n=92)

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Tần số (tỉ lệ)
Biến chứng thần kinh ngoại biên	76 (72,8%)

Bảng 4. Khác biệt giữa nhóm đoạn chi và không đoạn chi theo phân loại WIFI (n=92)

Các yếu tố trong phân loại WIFI	Không đoạn chi (n=65)	Đoạn chi (n=27)	p
Mức độ tổn thương mô (n=92)	Độ 0	2 (3,1%)	<0,001*
	Độ 1	45 (69,2%)	
	Độ 2	17 (26,2%)	
	Độ 3	1 (1,5%)	
Mức độ hẹp mạch (n=86)	Độ 0	57 (93,4%)	0,047*
	Độ 1	4 (6,6%)	
	Độ 2	0 (0,0%)	
Mức độ nhiễm trùng (n=92)	Độ 0	2 (3,1%)	<0,002*
	Độ 1	11 (16,9%)	
	Độ 2	49 (75,4%)	
	Độ 3	3 (4,6%)	
Theo giai đoạn lâm sàng WIFI	Không đoạn chi (n=61)	Đoạn chi (n=25)	p
Giai đoạn 1	7 (11,5%)	0 (0,0%)	<0,001*
Giai đoạn 2	33 (54,0%)	1 (4,0%)	
Giai đoạn 3	14 (23,0%)	10 (40,0%)	
Giai đoạn 4	7 (11,5%)	14 (56,0%)	

p * Chi bình phương

Có 6 bệnh nhân (6,5%) có ABI >1,3 nên không đưa vào đánh giá trong phân loại WIFI.

Thời gian từ lúc phát hiện đến lúc nhập viện (ngày)	10 (7-21)*	
Kích thước vết loét (cm²)	2 (1- 4)*	
Nhiễm trùng (n=90)	Nhe	13 (14,5%)
	Trung bình	65 (72,2%)
	Nặng	12 (13,3%)
Độ sâu	Độ 1	6 (3,0%)
	Độ 2	69 (34,1%)
	Độ 3	127 (62,9%)
ABI (n=86)	Trung bình	0,95 ± 0,12**
	Bình thường	76 (88,3%)
	Hẹp mạch nhẹ	9 (10,5%)
	Hẹp trung bình	1 (1,2%)

*Trung vị, tứ phân vị, **Trung bình±độ lệch chuẩn

Có 2 trường hợp (2,2%) vết loét không bị nhiễm trùng. Có 6 bệnh nhân (6,5%) có ABI > 1,3 không đánh giá được BDMCD.

Tỉ lệ đoạn chi:

Bảng 3. Tỉ lệ đoạn chi và mức đoạn chi trong dân số NC (n=92)

	Số ca (tỉ lệ %)	
Đoạn chi	27 (29,3%)	
Phân bố mức đoạn chi		n=27 (%)
Đoạn ở ngón	20 (21,7%)	74,1%
Đoạn ở bàn	2 (2,2%)	7,4%
Đoạn ở cẳng chân	5 (5,4%)	18,5%

Tỉ lệ đoạn chi trong NC là 29,3%, trong đó đoạn chi ở ngón chiếm ưu thế 73,4%, không có đoạn chi ở đùi.

Khác biệt giữa nhóm đoạn chi và không đoạn chi theo phân loại WIFI:

Đoạn chi tăng theo giai đoạn lâm sàng WIFI: 4,0% ở giai đoạn 2, 40,0% ở giai đoạn 3 và

56,0% ở giai đoạn 4.

IV. BÀN LUẬN

NC có 92 trường hợp loét chân nhập viện điều trị có những đặc điểm chung về tuổi, giới, BMI, thời gian bị ĐTĐ và kiểm soát đường huyết rất kém (bảng 1) tương tự như các NC loét chân khác ở BV Chợ Rẫy và 1 số BV ở TP Hồ Chí Minh^{1,2}. Tuổi trung bình trong NC chúng tôi tương tự các NC loét chân trong nước ở độ tuổi 60-65 tuổi và tương tự các NC loét chân ở nước ngoài. Độ tuổi này thường có ĐTĐ lâu năm (trong NC trung bình 9,7 năm), BCTKNB chiếm tỉ lệ cao (72,8%) và BDMCD nên dễ dẫn đến loét chân hơn so với tuổi nhỏ hơn. Kiểm soát đường huyết rất kém với HbA1c trung bình 11,2% tương tự như các NC loét chân trong nước với HbA1c >10,0%^{1,2}. Tỉ lệ BMI <19 trong NC của chúng tôi rất ít chỉ có 2,2% thấp hơn so với NC ở BV Chợ Rẫy có BMI < 19 chiếm 15,4%¹. Như vậy tỉ lệ suy dinh dưỡng trong NC của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với BV tuyến trung ương (BV Chợ Rẫy) do bệnh nhân có đặc điểm vết loét nhẹ hơn: nhiễm trùng nhẹ hơn với 72,2% mức độ trung bình, mức độ nặng chỉ 13,3% so với mức trung bình 50% và nặng 41,6% trong NC BV Chợ Rẫy¹ và kích thước vết loét nhỏ hơn với trung vị 2 cm² so với 9 cm² trong NC ở BV Chợ Rẫy¹. Hơn nữa, thời gian phát hiện vết loét đến nhập viện điều trị ngắn hơn (10 ngày) so với NC ở BV Chợ Rẫy (35,4 ngày)¹. Trong NC bệnh nhân có BDMCD với ABI < 0,8 tỉ lệ rất ít chiếm tỉ lệ 11,7% chỉ mức độ nhẹ (chiếm 90%) và trung bình (chiếm 10%) thấp hơn so với NC ở BV tuyến trung ương (BV Chợ Rẫy) có tỉ lệ BDMCD chiếm 21,8% trong đó hẹp mức độ hẹp mạch trung bình nặng chiếm trên 50%¹.

Tỉ lệ đoạn chi. Tỉ lệ đoạn chi trong NC của chúng tôi chiếm 29,3% thấp hơn rất nhiều so với NC ở BV Chợ Rẫy với tỉ lệ đoạn chi gần 50%¹. Loét chân ở tuyến tỉnh thường nhẹ hơn tuyến trung ương nên tỉ lệ đoạn chi ít hơn và những trường hợp nặng hoặc điều trị không hiệu quả sẽ chuyển lên tuyến trên. Tỉ lệ đoạn chi ở bệnh nhân loét chân ĐTĐ trên thế giới cũng thay đổi tùy thuộc vào đặc điểm của dân số NC với nhiễm trùng mức độ nặng tỉ lệ đoạn chi có thể lên đến 51,0%⁶.

Trong NC của chúng tôi đa số là đoạn chi thấp ở ngón chiếm 74,1% (bảng 3) do tổn thương vết loét tổn thương mức độ nhẹ nên không cần đoạn chi cao. Tỉ lệ đoạn chi ngón tương tự với NC của Huỳnh Tấn Đạt ở BV Chợ Rẫy với tỉ lệ đoạn chi ngón 73,4%¹. Đoạn chi thấp hay cao tùy thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ tổn thương mô, mức độ nhiễm trùng, độ

nặng BDMCD, khả năng chuyên môn của đội ngũ y tế... Tỉ lệ đoạn ngón ở các nước phát triển cũng chiếm tỉ lệ nhiều nhất chiếm tỉ lệ 75,7% trong NC ở Mỹ⁷, 81% ở Pháp⁸.

Đoạn chi theo phân loại Wifi. Trong NC của chúng tôi nhóm đoạn chi có 3 yếu tố trong phân loại Wifi nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đoạn chi (bảng 4). Liên quan đến giai đoạn lâm sàng của Wifi, nhóm đoạn chi có tỉ lệ giai đoạn lâm sàng 3 và 4 nhiều hơn nhóm không đoạn chi ($p < 0,001$). Phối hợp 3 yếu tố này (tổn thương mô, hẹp mạch và nhiễm trùng) sẽ tăng nguy cơ đoạn chi gấp nhiều lần. Ví dụ phối hợp 3 yếu tố này làm tăng nguy cơ đoạn chi lên gấp 45,3 lần trong NC ở BV Chợ Rẫy¹ và tăng nguy cơ đoạn chi 90 lần trong NC của Armstrong DG⁷ tùy thuộc độ nặng của 3 yếu tố này, đặc biệt là mức độ tổn thương mô. Trong NC của chúng tôi, các yếu tố trong phân loại Wifi ảnh hưởng trên đoạn chi chủ yếu do mức độ tổn thương mô và mức độ nhiễm trùng, còn yếu tố hẹp mạch có vai trò ít hơn với sự khác biệt giữa nhóm đoạn chi và không đoạn chi ở mức $p = 0,047$ (Bảng 4). Các NC nước ngoài cho thấy tỉ lệ đoạn chi tăng theo giai đoạn lâm sàng đặc biệt là ở giai đoạn 4 nhưng tỉ lệ thay đổi rất lớn từ 6,0% đến 64,0% tùy thuộc vào các yếu tố trong phân loại Wifi⁹, trong đó yếu tố uq trọng nhất cho tiên lượng đoạn chi là mức độ hẹp mạch và khả năng thành công trong can thiệp mạch^{9,10}. NC của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ đoạn chi cao nhất ở giai đoạn 4 với tỉ lệ 56,0% chủ yếu do nhiễm trùng và tổn thương mô.

NC của chúng tôi ở một bệnh viện tuyến tỉnh rút ra một số đặc điểm cần lưu ý khi so sánh với các NC loét chân ở tuyến trung ương (BV Chợ Rẫy): kiểm soát ĐH rất kém và tỉ lệ BCTKNB cao tương tự; đặc điểm vết loét (kích thước, mức độ nhiễm trùng và hẹp mạch chi dưới) nhẹ hơn và tỉ lệ đoạn chi ít hơn so với các NC ở BV Chợ Rẫy. Đoạn chi trong NC tăng theo giai đoạn lâm sàng Wifi tương tự như NC nước ngoài nhưng yếu tố quan trọng cho đoạn chi là tổn thương mô và nhiễm trùng vết loét. Vì vậy cần cải thiện kiểm soát ĐH, phát hiện sớm vết loét và điều trị tích cực nhiễm trùng vết loét sẽ giúp cải thiện kết cục vết loét.

V. KẾT LUẬN

Qua NC 92 bệnh nhân nhập viện vì loét chân ở bệnh viện tuyến tỉnh Đa khoa Đồng Tháp chúng tôi đưa ra kết quả kiểm soát đường huyết rất kém với HbA1c trung bình 11,2% và 2/3 bệnh nhân có BCTKNB, tỉ lệ đoạn chi chiếm 29,3% và tăng theo giai đoạn lâm sàng Wifi

trong đó chủ yếu do tổn thương mô và nhiễm trùng vết loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Tấn Đạt NTK.** Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đoạn chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường có loét chân. *Tạp Chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh* 2024;27(2):89-98.
2. **Phạm Như Hào LTPQ, Huỳnh Tấn Đạt.** Khảo sát các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng chân mức độ nặng ở bệnh nhân đái tháo đường. *Y học Tp Hồ Chí Minh* 2017;21(2):24-29.
3. **Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, Zhu D, Bi Y.** Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis (†). *Ann Med* 2017;49(2):106-116. (In eng). DOI: 10.1080/07853890.2016.1231932.
4. **Lipsky BA, Senneville É, Abbas ZG, et al.** Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev* 2020;36 Suppl 1:e3280. (In eng). DOI: 10.1002/dmrr.3280.
5. **Mills JL, Sr., Conte MS, Armstrong DG, Pomposelli FB, Schanzer A, Sidawy AN, Andros G.** The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). *J Vasc Surg* 2014;59(1):220-34.e1-2. (In eng). DOI: 10.1016/j.jvs.2013.08.003.
6. **Wukich DK, Hobizal KB, Brooks MM.** Severity of diabetic foot infection and rate of limb salvage. *Foot Ankle Int* 2013;34(3):351-8. (In eng). DOI: 10.1177/1071100712467980.
7. **Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB.** Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. *Diabetes Care* 1998;21(5):855-9. (In eng). DOI: 10.2337/diacare.21.5.855.
8. **Richard JL, Lavigne JP, Got I, et al.** Management of patients hospitalized for diabetic foot infection: results of the French OPIDIA study. *Diabetes Metab* 2011;37(3):208-15. (In eng). DOI: 10.1016/j.diabet.2010.10.003.
9. **Cerqueira LO, Duarte EG, Barros ALS, Cerqueira JR, de Araújo WJB.** WIFI classification: the Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system, a literature review. *J Vasc Bras* 2020;19:e20190070. (In eng). DOI: 10.1590/1677-5449.190070.
10. **Zhan LX, Branco BC, Armstrong DG, Mills JL, Sr.** The Society for Vascular Surgery lower extremity threatened limb classification system based on Wound, Ischemia, and foot Infection (WIFI) correlates with risk of major amputation and time to wound healing. *J Vasc Surg* 2015;61(4): 939-44. (In eng). DOI: 10.1016/j.jvs.2014.11.045.

**NAO HẠT TOPHI, GHÉP XƯƠNG VÀ PHỤC HỒI MÂM CHÀY
KẾT HỢP NỘI SOI KHỚP: ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG MÂM CHÀY
DO GOUT – MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG**

Trần Văn Vương¹, Lê Văn Dương²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Gout là một bệnh viêm khớp do lắng đọng tinh thể urat, có thể gây tổn thương xương nghiêm trọng. Tổn thương nội xương do gout hiếm gặp và dễ nhầm lẫn với u xương. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam 36 tuổi, có tiền sử gout 4 năm, nhập viện vì đau gối trái dữ dội sau chấn thương nhẹ. Hình ảnh X-quang, CTscan và MRI ghi nhận tổn thương tiêu xương mâm chày ngoài kích thước lớn, nghi ngờ u xương. Sinh thiết xác định tổn thương là hạt tophi nội xương. Bệnh nhân được phẫu thuật nạo vét hạt tophi, ghép xương và tái tạo mâm chày. Sau 3 tháng, bệnh nhân hồi phục tốt, hết đau khi chịu lực. **Bàn luận:** Tổn thương tiêu xương do gout có thể nghiêm trọng, dễ nhầm với bệnh lý ác tính. Chẩn đoán xác định cần kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học. Điều

trị gồm kiểm soát acid uric máu và can thiệp phẫu thuật khi cần thiết để phục hồi chức năng khớp. **Kết luận:** Báo cáo nhấn mạnh sự cần thiết của chẩn đoán phân biệt gout nội xương với u xương và vai trò của điều trị phẫu thuật trong các trường hợp tổn thương xương lớn hoặc ảnh hưởng đến chức năng. **Từ khóa:** Gout, hạt tophi trong xương, nạo bấu tophi.

SUMMARY

TOPHI CURETTAGE, BONE GRAFTING, AND TIBIAL PLATEAU RECONSTRUCTION COMBINED WITH ARTHROSCOPY: TREATMENT OF INTRAOSSEOUS TOPHACEOUS GOUT IN TIBIAL PLATEAU DAMAGE – A CLINICAL CASE REPORT

Introduction: Gout is an inflammatory arthritis characterized by monosodium urate (MSU) monohydrate crystals deposition, which can lead to severe bone damage. Bone lesion due to gout are rare and often misdiagnosed as bone tumors. **Case Report:** A 36-year-old male with a 4-year history of gout presented with severe left knee pain after minor trauma. Imaging (X-ray, CT scan, and MRI) showed extensive bone erosion in the lateral tibial plateau,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Vương

Email: bs.tranvanvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025