

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

suspected to be a bone tumor. Biopsy confirmed the presence of intraosseous tophi. The patient underwent tophi curettage, bone grafting, and tibial plateau reconstruction. After 3 months, the patient had a good recovery, with no pain on weight-bearing.

Discussion: Bone erosions due to gout can be severe and are often confused with malignant conditions. Accurate diagnosis requires a combination of clinical evaluation, imaging, and histopathology. Treatment involves managing serum uric acid levels and surgical intervention when necessary to restore joint function.

Conclusion: This report highlights the importance of differentiating intraosseous gout from bone tumors and the role of surgical treatment in cases with extensive bone damage or functional impairment.

Keywords: gout, intraosseous tophaceous, tophi curettage

I. GIỚI THIỆU

Gout là một bệnh viêm khớp do lắng đọng tinh thể urat monosodium (MSU) trong khớp, thường xảy ra ở bệnh nhân có tình trạng tăng acid uric mạn tính. Cơ chế bệnh sinh liên quan đến sự giảm đào thải hoặc tăng sản xuất acid uric, dẫn đến sự tích tụ tinh thể urat trong các mô khớp và quanh khớp. Tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng, đặc biệt ở các nước phát triển, do các yếu tố nguy cơ như hội chứng chuyển hóa, béo phì và chế độ ăn nhiều purin.

Gout có thể biểu hiện dưới dạng viêm khớp cấp tính với các đợt sưng đau khớp đột ngột hoặc tiến triển thành gout mạn tính với hạt tophi, gây phá hủy xương và ảnh hưởng đến chức năng khớp. Các vị trí thường gặp của gãy xương bệnh lý do gout được báo cáo trong y văn bao gồm cổ xương đùi và xương bánh chè. Tuy nhiên, vị trí tổn thương xương của gout ở mâm chày ít gặp hơn và dễ nhầm lẫn với các tổn thương tân sinh.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 36 tuổi, có tiền sử gout 4 năm, điều trị không thường xuyên, tiền căn gia đình có cha mắc gout. Bệnh nhân thường xuyên đau, sưng các khớp gối, cổ chân và khớp bàn ngón cái hai chân. Trước nhập viện 2 tuần, bệnh nhân chơi nâng tạ và đột ngột đau dữ dội gối trái, mức độ đau theo thang điểm VAS là 8/10, tăng khi đi lại hoặc vận động khớp gối. Khám lâm sàng ghi nhận gối trái có tràn dịch mức độ vừa, không nóng đỏ, tầm vận động khớp gối hạn chế do đau.

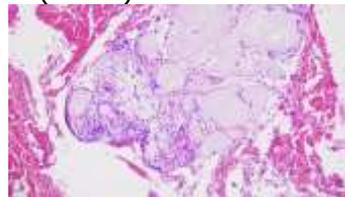
Cận lâm sàng cho thấy hình ảnh tiêu xương rải rác ở xương đùi, xương bánh chè và xương chày trên Xquang, CTscan và MRI có tiêm Gadovis (hình 1). Tổn thương có giới hạn rõ, xơ xương xung quanh, không có phản ứng màng xương. Vị trí tiêu xương lớn nhất tại mâm chày

ngoài kích thước 42x25x25 mm, có vùng mất liên tục vỏ xương 9 mm, thông với khớp gối. Ngoài ra, hình ảnh vôi hóa rải rác được ghi nhận quanh gân cơ tứ đầu đùi, dây chằng chéo trước, dây chằng chéo sau và gân cơ khoeo. Xét nghiệm cho thấy acid uric máu tăng cao (733.8 $\mu\text{mol/L}$). Bệnh nhân được chẩn đoán nghi ngờ bướu đại bào xâm lấn xương và được chỉ định sinh thiết.



Hình 1: Hình ảnh Ctscan: Khuyết xương mâm chày ngoài có phá hủy vỏ xương mâm chày

Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật theo hai giai đoạn. Giai đoạn đầu thực hiện sinh thiết tổn thương bằng cách mở cửa sổ xương mâm chày ngoài, lấy mẫu mô gửi giải phẫu bệnh. Kết quả đại thể có nhiều hạt tophi trắng bên trong, kết quả vi thể của tiêu bản nhuộm Hematoxylin - Eosin phát hiện nhiều mô liên kết viêm mạn tính và hạt tophi (hình 2).



Hình 2: Hình ảnh tiêu bản nhuộm Hematoxylin - Eosin trên vật kính 20

Sau khi có chẩn đoán xác định, giai đoạn hai tiến hành phẫu thuật nạo tophi, ghép xương và tái tạo mâm chày. Đường mổ trước ngoài theo sẹo cũ được sử dụng, mở cửa sổ xương (2 x 2 cm) tại mâm chày ngoài dưới hướng dẫn C-arm (hình 3a).



Hình 3: Khuyết xương vị trí mâm chày ngoài sau nạo vét hạt tophi (a) và hình ảnh nội soi thấy lắng đọng nhiều hạt tophi trong khớp (b)

Hạt tophi được nạo vét hoàn toàn bằng dụng cụ nạo và đầu mài xương. Sau khi làm sạch tổn thương, ghi nhận một vị trí khuyết xương rộng 1.5 cm thông vào khớp gối, lộ mặt sụn. Bệnh

nhân được ghép xương bằng mảnh xương vò mào chậu nâng đỡ bên dưới vùng khuyết, kết hợp xương xốp mào chậu trộn với 20 cc xương nhân tạo để lấp đầy hốc xương. Xuyên hai kim Kirschner nâng đỡ sát bên dưới mảnh xương ghép, kết hợp với một nẹp vít nâng đỡ mâm chày ngoài. Nội soi khớp gối sau ghép xương ghi nhận mặt sụn liên tục, nhiều hạt tophi lắng đọng trong khớp nên tiến hành cắt lọc các hạt tophi này (hình 3b).



Hình 4: Hình ảnh khớp gối bệnh nhân đứng chịu lực hoàn toàn sau 3 tháng

Sau mổ, bệnh nhân được điều trị bằng Allopurinol và Colchicin để kiểm soát acid uric máu và dự phòng cơn gout cấp. Chương trình phục hồi chức năng bao gồm tập vận động gấp duỗi gối sớm, đi nặng không chống chân mổ trong 6 tuần. Kết quả sau 1-2 tuần cho thấy đau giảm còn VAS 2-3/10, giảm sưng, vận động cải thiện. Sau 3 tháng, bệnh nhân hết đau khi đi lại, khớp gối tổn thương có thể chịu lực hoàn toàn (hình 4). Xquang ghi nhận vùng tiêu xương tại mâm chày ngoài đã được lấp đầy bằng xương ghép (hình 5). Bệnh nhân tiếp tục theo dõi và điều trị nội khoa để kiểm soát tình trạng tăng acid uric máu, nhằm phòng ngừa tổn thương xương tái phát.



Hình 5: Hình ảnh Xquang

a. Trước mổ có hình ảnh khuyết xương vị trí mâm chày ngoài. b. Hình ảnh ghép xương và kết hợp xương ngay sau mổ. c. Hình ảnh 3 tháng sau mổ.

III. BÀN LUẬN

Gout là một bệnh lý viêm khớp do lắng đọng tinh thể urat monosodium (MSU), với tỷ lệ mắc

bệnh ngày càng gia tăng, đặc biệt ở các nước phát triển. Mặc dù các biểu hiện điển hình của gout như viêm khớp cấp và hình thành hạt tophi được ghi nhận rộng rãi, nhưng tổn thương tiêu xương gần khớp nghiêm trọng, đặc biệt tại các vị trí không điển hình như mâm chày, vẫn chưa được báo cáo nhiều trong y văn [2].

Gout là bệnh lý có tỷ lệ mắc khá cao với tần suất 1.4/1000 người/năm ở nữ và 4/1000 người/năm ở nam, với tỷ lệ nam : nữ là 2.8 : 1. Bệnh thường khởi phát ở độ tuổi trung niên và có liên quan chặt chẽ đến các yếu tố nguy cơ như tăng acid uric máu, yếu tố di truyền, chế độ ăn nhiều purin, tiêu thụ rượu bia, hội chứng chuyển hóa, sử dụng thuốc lợi tiểu và bệnh thận mạn. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có tiền căn bản thân và gia đình bị gout, điều trị không thường xuyên, kèm theo thói quen ăn nhậu nhiều, là các yếu tố nguy cơ điển hình dẫn đến diễn tiến nặng và mạn tính [9].

Sự hiện diện của tinh thể urat trong xương có thể gây mất cân bằng giữa hoạt động của tế bào hủy xương và tạo xương, dẫn đến gia tăng hoạt động của tế bào hủy xương và giảm hoạt động của tế bào tạo xương. Các vi chấn thương lặp đi lặp lại tại vùng xương bị ảnh hưởng có thể kích thích giải phóng tinh thể urat, dẫn đến tình trạng tiêu xương và gãy xương bệnh lý. Mặc dù một số nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ giữa gout và tăng nguy cơ gãy xương, nhưng nhìn chung, bệnh gout không được xem là một yếu tố nguy cơ độc lập gây gãy xương [8]. Điều trị nội khoa bằng thuốc hạ acid uric không có tác động rõ ràng trên nhóm bệnh nhân bị gout mạn tính có biến chứng nặng làm tăng nguy cơ cao về gãy xương tại nơi lắng đọng quá nhiều tinh thể MSU. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân đã có dấu hiệu viêm khớp gối do gout kéo dài, có thể tình trạng mất xương ở mâm chày đã kéo dài khá lâu, chấn thương khi chơi thể thao cách nhập viện 2 tuần có thể làm nặng lên tình trạng đau, gây ảnh hưởng đến khả năng chịu lực của mâm chày.

Chẩn đoán phân biệt tổn thương tiêu xương trên X-quang rất quan trọng, vì tổn thương dạng này có thể liên quan đến nhiều nguyên nhân như bệnh thoái hóa, nhiễm trùng, viêm, rối loạn chuyển hóa hoặc u xương. Trong gout, hình ảnh tiêu xương thường có bờ rõ, không có phản ứng màng xương, đôi khi ghi nhận sự gián đoạn vỏ xương, tạo hình ảnh khuyết xương thông với khớp. Hạt tophi nội xương thường ít gặp, báo cáo trước đây có thể gặp ở xương bánh chè, cổ xương đùi, xương chày và khớp háng [1,4,6]. Do đó, khi gặp tổn thương khuyết xương, cần cân

nhắc kỹ lưỡng giữa gout nội xương và bệnh lý ác tính. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương tiêu xương lớn tại mâm chày ngoài, ban đầu dễ bị nhầm lẫn với u đại bào xương. Điều này cho thấy, mặc dù gout là một bệnh phổ biến, nhưng các biến chứng tiêu xương nghiêm trọng có thể bị chẩn đoán nhầm với tổn thương tân sinh.

Trong những năm gần đây, CT năng lượng kép (DECT) đã được chứng minh là công cụ hữu ích trong chẩn đoán gout. Tophi được quan sát thấy dưới dạng các khối riêng biệt với mật độ từ 160–170 HU. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định giá trị của DECT trong việc phát hiện và định lượng lắng đọng urat, với độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 83% trong chẩn đoán gout so với các bệnh viêm khớp khác. DECT đã được đưa vào tiêu chuẩn phân loại gout của ACR/EULAR năm 2015, hỗ trợ chẩn đoán không xâm lấn và giúp đánh giá chính xác kích thước hạt tophi [3].

Nếu nồng độ acid uric trong máu cao kèm theo hình ảnh tổn thương điển hình trên X-quang hoặc DECT, có thể hạn chế không cần sinh thiết. Tuy nhiên, trong trường hợp nồng độ acid uric thấp hoặc tổn thương không điển hình, sinh thiết vẫn cần thiết để loại trừ u xương ác tính [1]. Trong trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân có vị trí tổn thương xương ít gặp ở gout nên để an toàn, vẫn tiến hành sinh thiết trước nhằm xác định chẩn đoán.

Về điều trị, trong các trường hợp tổn thương tiêu xương lớn gây ảnh hưởng đến chức năng khớp, phẫu thuật nạo vét hạt tophi, ghép xương và tái tạo bề mặt khớp là cần thiết. Trong ca bệnh của chúng tôi, sau khi chẩn đoán xác định bằng sinh thiết, bệnh nhân đã được phẫu thuật nạo vét hạt tophi, nâng đỡ mặt khớp tổn thương bằng mảnh xương ghép mào chậu, lấp đầy khoảng trống khuyết xương bằng xương ghép mào chậu kết hợp với xương nhân tạo, cố định mảnh xương ghép và mâm chày bằng kim kirshner, nẹp vít nâng đỡ. Sau đó nội soi kiểm tra mặt khớp và cắt lọc thể tophi trong khớp. Kết quả sau mổ cho thấy bệnh nhân hồi phục tốt, không còn đau khi chịu lực, và tổn thương tiêu xương đã được thay thế bằng xương ghép trên X-quang kiểm tra sau 3 tháng. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị nội khoa với Allopurinol và Colchicin để kiểm soát acid uric máu, ngăn ngừa tiến triển bệnh.

Điều trị nội khoa là lựa chọn ban đầu cho các trường hợp gout chưa có biến chứng. Mục tiêu điều trị nhằm duy trì nồng độ acid uric máu trong giới hạn bình thường, phòng ngừa cơn gout cấp. Ngoài ra, điều trị nội khoa cần phối

trước và sau mổ để mang lại hiệu quả cao. Điều trị ngoại khoa chỉ định trong các trường hợp đau mạn tính không đáp ứng với điều trị nội khoa, gout biến chứng như nhiễm trùng thứ phát thể tophi, phá hủy mặt khớp, khuyết xương kích thước lớn nguy cơ gãy xương thứ phát [7].

Trong điều trị ngoại khoa, việc nạo vét thể tophi là cần thiết. Tùy thuộc vào kích thước khuyết xương mà có thể ghép xương hoặc sử dụng xi măng để tăng cường độ vững trong các trường hợp khuyết xương kích thước lớn. Cố định xương được áp dụng tùy theo đánh giá độ vững của xương sau lấy bỏ thể tophi. Các phương pháp cố định xương bao gồm, nẹp vis, đinh nội tủy hoặc thay khớp tùy thuộc vào vị trí, mức độ tổn thương cũng như tiên lượng sống và thể trạng của bệnh nhân [5].

IV. KẾT LUẬN

Báo cáo này trình bày một trường hợp ít gặp của gout nội xương tại mâm chày, nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán phân biệt với tổn thương ác tính. Sinh thiết có vai trò cần thiết trong những trường hợp không điển hình để xác định chính xác nguyên nhân. Việc kết hợp điều trị nội khoa kiểm soát acid uric và can thiệp ngoại khoa khi cần thiết giúp giảm đau, phục hồi chức năng và ngăn ngừa biến chứng lâu dài.

Phương pháp phẫu thuật phối hợp nạo vét hạt tophi, ghép xương, tái tạo và gia cố mâm chày bằng nẹp vis kết hợp nội soi khớp gối để cắt lọc toàn bộ thể tophi trong khớp, đồng thời kiểm tra và tái tạo bề mặt khớp bằng mảnh ghép xương mào chậu đã cho thấy hiệu quả điều trị cao, giúp bảo tồn bề mặt khớp và phục hồi tốt chức năng vận động cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corpus-Zuñiga FM, Muramatsu K, Rayel MF, Tani Y, Seto T.** Intra-osseous tophaceous gout of a bipartite patella mimicking aggressive bone tumour. *Mod Rheumatol Case Rep.* 2021;1–6. doi: 10.1080/24725625.2020.1861743.
2. **Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK.** Gout. *Lancet.* 2016;388:2039–2052.
3. **Fukuda T, Subramanian M, Noda K, Kumeta S, Mori H, Ikeda N, Ojiri H.** The comprehensive role of dual-energy CT in gout as an advanced diagnostic innovation. *Springer Medizin.* 2025. doi: 10.1007/s00256-024-04856-4.
4. **Ho F.** Intraosseous tophaceous gout - femur [Case study]. *Radiopaedia.org.* Truy cập ngày 02/04/2025. Có tại: <https://radiopaedia.org/cases/63744>.
5. **Irsay L, Perja DG, Kamal KC, Trăistaru MR, Kamal D, Ciordea VM, Popa T, Borda IM, Ungur RA, Ciubean AD.** Bimalleolar pathological fracture in a patient with chronic tophaceous gout. *Rom J Morphol Embryol.* 2021;62(2):599–

603. doi: 10.47162/RJME.62.2.29.
6. **Jeon YS, Hwang DS, Hwang JM, Lee JK, Park YC.** Pathological fracture of the femoral neck due to tophaceous gout: an unusual case of gout. *Hip Pelvis.* 2019;31(4):221–225. doi: 10.5371/hp.2019.31.4.221.
 7. **Kasper IR, Juriga MD, Giurini JM, Shmerling RH.** Treatment of tophaceous gout: when medication is not enough. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;45:669–674. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.01.005.
 8. **Naot D, Pool B, Chhana A, Gao R, Munro JT, Cornish J, Dalbeth N.** Factors secreted by monosodium urate crystal-stimulated macrophages promote a proinflammatory state in osteoblasts: a potential indirect mechanism of bone erosion in gout. *Arthritis Res Ther.* 2022;24:212. doi: 10.1186/s13075-022-02900-z.
 9. **Roddy E, Doherty M.** Epidemiology of gout. *Arthritis Res Ther.* 2010;12:223. doi:10.1186/ar3199.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MÔ HÌNH BỆNH NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Bùi Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố liên quan đến mô hình bệnh nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, lấy toàn bộ số liệu các bệnh nhân được điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong khoảng thời gian từ 01/10/2022 đến 30/9/2023. **Kết quả:** Trong 6437 số liệu bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú, nhóm bệnh do da có sẵn, vảy vào viện điều trị nhiều nhất (1456 lượt), chiếm 22,6%, tiếp theo là các nhóm viêm da chàm (19,4%); bệnh da tự miễn (10,5%); mày đay và hồng ban (9,0); khối u da và ung thư da (6,5%). Các nhóm bệnh da do virus, bệnh da do nấm, khối u da và ung thư da, bệnh da tự miễn, mày đay và hồng ban được ghi nhận nhiều hơn ở nữ giới ($p < 0,05$). Các bệnh nhóm viêm da chàm, bệnh do da có sẵn, vảy, bệnh của phần phụ của da ghi nhận nhiều hơn ở nam giới ($p < 0,05$). **Kết luận:** Năm nhóm bệnh có tỷ lệ nhập viện điều trị nội trú cao nhất, lần lượt là: bệnh do da có sẵn, vảy, viêm da chàm, bệnh da tự miễn, mày đay và hồng ban, khối u da và ung thư da. Các nhóm bệnh da do virus, nấm, ung thư da chiếm ưu thế ở nữ giới và người lớn tuổi. Các nhóm bệnh do da có sẵn, vảy, viêm da chàm chiếm ưu thế ở nam giới và trẻ em. **Từ khóa:** Bệnh nội trú da liễu, các yếu tố liên quan, mô hình bệnh tật.

SUMMARY

SOME ASSOCIATED FACTORS TO INPATIENT PATTERN AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY IN VIETNAM

Objectives: To analyze some associated factors to inpatient pattern at the National Hospital of Dermatology and Venereology. **Materials and methods:** We conducted a retrospective analysis of

the admission and discharge records of all patients, collected from HISPRO software, admitted to our hospital from October 1, 2022 to September 30, 2023. **Results:** The five groups of diseases with the highest hospitalization rates are papulosquamous disorder (22.6%), eczema dermatitis (19.4%), autoimmune skin diseases (10.5%), urticaria and erythema (9.0%), skin tumors and skin cancer (6.5%). There is a statistically significant difference in age distribution across various skin disease groups, including skin and soft tissue infections, fungal skin diseases, parasitic skin diseases, eczema and dermatitis, urticaria and erythema, disorders of skin appendages, pigmentary disorders, vascular-related skin diseases. Viral skin diseases, fungal skin diseases, skin tumors and skin cancer, autoimmune skin diseases, and urticaria/erythema were observed more frequently in females ($p < 0.05$). Eczema and dermatitis, erythematous scaly skin diseases were noted to be more common in males ($p < 0.05$). **Conclusions:** The five groups of diseases with the highest hospitalization rates are erythrodermic skin diseases with papules and scales, eczema dermatitis, autoimmune skin diseases, urticaria and erythema, and skin tumors and skin cancer. Viral skin diseases, fungal infections, and skin cancer are more prevalent among females and older adults. **Keywords:** Inpatient dermatology, some related factors, disease pattern.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật là tỷ lệ các nhóm bệnh, các bệnh, và tỷ lệ tử vong do bệnh của một quốc gia, một cộng đồng trong một giai đoạn nhất định, phản ánh tình hình sức khỏe, kinh tế - xã hội, đồng thời chịu ảnh hưởng của các chính sách y tế có liên quan của quốc gia hay cộng đồng đó. Mô hình này biến đổi theo thời gian, tình trạng phát triển kinh tế - xã hội cũng như vị trí địa lý. Trong nhiều thập niên gần đây, trên thế giới cũng như Việt Nam, mô hình bệnh tật có nhiều sự thay đổi.

Trên thế giới, bệnh về da đứng thứ tư trong các nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật không gây tử vong và rất phổ biến ở

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hà Vinh

Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025