

phát cao (63.3%) phản ánh tính chất mạn tính, gắn liền với nguy cơ sẹo và giảm cảm giác giác mạc, từ đó ảnh hưởng lâu dài đến thị lực và chất lượng sống. Tỷ lệ chẩn đoán sai lệch khá lớn (56.7%) cho thấy cần khai thác bệnh sử, nhận diện các dấu hiệu đặc trưng và quản lý yếu tố nguy cơ để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị RCE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diez-Feijóo E., Grau A.E., Abad J.C., Durán J.A.** Clinical presentation and causes of recurrent corneal erosion syndrome: review of 100 patients. *Cornea*, 2014;33(6):571–575.
2. **Hope-Ross M., Chell P.B., Kervick G.N., McDonnell P.J.** Recurrent corneal erosion:

clinical features. *Eye*, 1994;8(4):373–377.

3. **Hykin P.G., Foss A.E., Pavesio C.E., Dart J.K.G.** The natural history and management of recurrent corneal erosion. *Eye*, 1994;8(1):35–40.
4. **Kim M.E.J., Chan C.C., Rootman D.B.** The corneal sweep test for the diagnosis of recurrent corneal erosion syndrome. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2022;57(4):370–376.
5. **Miller S.J.H., Aldave A.J., Chodosh J.** Recurrent corneal erosion syndrome. *British Journal of Ophthalmology*, 2019;103(9):1204–1208.
6. **Nanba H., Mimura T.** Clinical course and risk factors of recurrent corneal erosion: a retrospective study. *Medicine (Baltimore)*, 2019;98(39):e17192.
7. **Reidy J.J., Paulus M.P., Gona S.** Recurrent erosions of the cornea: epidemiology and treatment. *Cornea*, 2000;19(6):767–771.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT GIẬP NÃO DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Dương Như Năm¹, My Thị Hải¹,
Trần Hoàng Tùng², Vũ Minh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị không phẫu thuật giập não do chấn thương sọ não kín tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 72 bệnh nhân được chẩn đoán giập não do chấn thương sọ não kín điều trị không phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. **Kết quả:** Nguyên nhân do tai nạn giao thông là chủ yếu (chiếm 63,9%). Bệnh nhân với tri giác lúc nhập viện chủ yếu trong nhóm 13 – 15 điểm (chiếm 86,1%), triệu chứng đau đầu, chóng mặt có 75%, 25% có nôn và buồn nôn; Biểu chứng thần kinh liệt ½ người 1,4%, liệt mặt 2,8%. Đa số vị trí ổ giập não nằm ở thùy trán và thái dương (93,1%), chỉ có 6,9% ở thùy đỉnh. Khám lại sau 3 tháng xuất hiện một số triệu chứng mới: giảm trí nhớ 26,4%, rối loạn giấc ngủ 20,8%, rối loạn cảm xúc 4,2%. Điểm Karnofsky khi ra viện 3 tháng: Nhóm I (tốt): 98,6%, nhóm II (khá): 1,4%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân dập não do chấn thương sọ não kín có biểu hiện lâm sàng nhẹ và tri giác còn tốt khi nhập viện được điều trị không phẫu thuật cho kết quả tốt. Tuy nhiên, cần theo dõi để điều trị sớm triệu chứng mất ngủ, giảm trí nhớ ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Giập não; Đặc điểm lâm sàng; Hình ảnh cắt lớp vi tính; Kết quả điều trị giập não không phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS, AND OUTCOMES OF CONSERVATIVE MANAGEMENT FOR CEREBRAL CONTUSIONS IN CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objectives: To characterize the clinical presentation, computed tomography (CT) imaging findings, and therapeutic outcomes of conservatively managed cerebral contusions resulting from closed traumatic brain injury (TBI) at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 72 patients diagnosed with cerebral contusions due to closed TBI who underwent non-operative management at the Department of Neurosurgery – Spine, Thai Binh General Hospital. **Results:** Traffic accidents constituted the predominant etiology (63.9%). Upon admission, the majority of patients (86.1%) presented with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 13–15. Clinical manifestations included headache and vertigo (75%), and nausea/vomiting (25%). Focal neurological deficits were observed, including hemiparesis (1.4%) and facial palsy (2.8%). Contusional foci were predominantly localized to the frontal and temporal lobes (93.1%), with only 6.9% involving the parietal lobe. The 3-month follow-up revealed the emergence of new sequelae: memory impairment (26.4%), sleep disturbances (20.8%), and affective disorders (4.2%). Karnofsky Performance Status (KPS) scores at 3 months post-discharge were classified as Group I (Good) in 98.6% and Group II (Fair) in 1.4% of patients. **Conclusion:** Conservative management yields favorable outcomes in the majority of patients with cerebral contusions secondary to closed TBI who present with mild clinical

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026

symptoms and preserved consciousness. However, longitudinal monitoring is essential for the early detection and management of late-onset sequelae, particularly insomnia and cognitive decline, in this patient cohort. **Keywords:** Cerebral contusion; Clinical characteristics; Computed tomography findings; Conservative management outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giập não là một loại chấn thương sọ não dẫn đến sưng bầm tím ở mô não. Nhu mô não bị va đập vào bên trong hộp sọ do tác động trực tiếp hoặc giảm tốc đột ngột. Điều này dẫn đến các tổn thương vi mạch, xuất huyết và phù nề [1]. Những người sống sót có thể phải đối mặt với tác động lâu dài bao gồm suy giảm nhận thức, khiếm khuyết vận động và các tình trạng sức khỏe tâm thần như trầm cảm và lo âu [2].

Theo Tổ chức Y tế thế giới, năm 2023, trung bình có khoảng 1,19 triệu người tử vong mỗi năm do tai nạn giao thông đường bộ, trong đó gần 21% số trường hợp tử vong có liên quan đến xe máy, xe gắn máy và chấn thương đầu là nguyên nhân chính gây tử vong trong hầu hết các vụ tai nạn xe máy [3]. Tại Hà Lan, tai nạn giao thông đường bộ có tỉ lệ dập não là 46,6% ở người đi xe đạp và 74,2% ở người đi xe máy. Đụng dập não xảy ra ở hơn 50% bệnh nhân bị chấn thương sọ não nặng [4].

Điều trị dập não chủ yếu là nội khoa với các tổn thương ít, không gây chèn ép não, không gây tăng áp lực nội sọ. Với những ổ dập não gây hiệu ứng đè ép trong hộp sọ, phù não, có nguy cơ thoát vị não thì cần can thiệp ngoại khoa kịp thời [2]. Các nghiên cứu tại Việt Nam chủ yếu báo cáo tổn thương dập não trong bệnh cảnh chung của chấn thương sọ não, có ít nghiên cứu về kết quả điều trị không phẫu thuật dập não. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị không phẫu thuật dập não do chấn thương sọ não kín tại bệnh viện đa khoa Thái Bình" nhằm nâng cao hiệu quả điều trị loại tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán dập não do chấn thương sọ não kín điều trị không phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện, thu thập những hồ sơ bệnh án, tài liệu lưu trữ của bệnh nhân nằm trong danh sách đối tượng nghiên cứu, n = 72 bệnh nhân.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: Nguyên nhân; Tri giác theo điểm Glasgow; Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

+ Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não lúc nhập viện: Vị trí, số lượng ổ dập não, đường kính ổ dập não

+ Kết quả điều trị: khi bệnh nhân ra viện, khám lại sau 3 tháng đánh giá theo thang điểm Karnofsky.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 23.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Các thông tin riêng về bệnh lý của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn được bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Nguyên nhân gây tai nạn

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tai nạn giao thông	46	63,9
Tai nạn lao động	4	5,6
Tai nạn sinh hoạt	22	30,5
Tổng	72	100

Nguyên nhân gây tai nạn do tai nạn giao thông là chủ yếu, chiếm 63,9%, tai nạn sinh hoạt chiếm 30,5% và tai nạn lao động chiếm 5,6%

Bảng 2. Tri giác bệnh nhân lúc nhập viện theo thang điểm Glasgow

Tri giác	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
13 – 15 điểm	62	86,1
9 – 12 điểm	10	13,9
Tổng	72	100

Tri giác lúc nhập viện của bệnh nhân chủ yếu nằm trong nhóm 13 – 15 điểm, có 62 bệnh nhân chiếm 86,1%. Thấp nhất là 11 điểm, cao nhất là 15 điểm. Điểm tri giác khi nhập viện chủ yếu là 15 điểm.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau đầu	72	100
Chóng mặt	54	75,0
Buồn nôn, nôn	18	25,0
Dấu hiệu vỡ nền sọ	7	9,7
Vết thương da đầu	19	26,4
Triệu chứng khác	19	26,4

Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện chủ yếu là đau đầu, chiếm 95,8%, chóng mặt chiếm 75%, buồn nôn và nôn chiếm 25%, 9,7% bệnh nhân có dấu hiệu của vỡ nền sọ, 26,4% bệnh nhân có vết thương rách da đầu và 26,4% bệnh nhân có các triệu chứng khác liên quan đến các tổn thương bộ phận khác kèm theo sau chấn thương

3.2. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính
Bảng 4. Phân bố theo vị trí ổ giập não

Vị trí		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Thùy trán	1 bên	23	31,9
	2 bên	19	26,4
Thùy thái dương	1 bên	13	18,1
	2 bên	4	5,6
Trán và Thái dương 1 bên		2	2,8
Trán 2 bên và Thái dương 1 bên		6	8,3
Thùy đỉnh 1 bên		5	6,9
Tổng		72	100

Vị trí ổ giập não gặp ở thùy trán là chủ yếu có 42 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 58,3%, thùy thái dương 17 bệnh nhân chiếm 23,7%, có cả 2 thùy trán và thái dương là 8 bệnh nhân chiếm 11,1%, giập não thùy đỉnh có 5 bệnh nhân chiếm 6,9%

Bảng 5. Số lượng và đường kính ổ giập não trên một bệnh nhân

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Số lượng ổ giập não		
1 ổ	41	56,9
2 ổ	25	34,8
3 ổ	6	8,3
Đường kính ổ giập não		
≤30 mm	61	84,7
>30 mm	11	15,3

Đa số bệnh nhân có 1 ổ giập não chiếm 56,9%, 2 ổ giập não chiếm 25%, 3 ổ giập não chiếm 8,3%. Đường kính ổ giập não lớn nhất của bệnh nhân dưới 30 mm là chủ yếu, chiếm 84,7%, >30 mm chiếm 15,3%.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 6. Triệu chứng của bệnh nhân khi ra viện

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau đầu	63	87,5
Chóng mặt	8	11,1
Liệt 1/2 người	1	1,4
Liệt mặt	2	2,8

Có 63 bệnh nhân còn đau đầu ít chiếm 87,5%, chóng mặt ít có 8 bệnh nhân chiếm 11,1%, 1 bệnh nhân liệt nửa người chiếm 1,4% và 2 bệnh nhân liệt mặt chiếm 2,8%.

Bảng 7. Triệu chứng của bệnh nhân khi ra viện 3 tháng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
-------------	--------------	---------

Đau đầu	17	23,6
Chóng mặt	3	4,2
Liệt 1/2 người	1	1,4
Liệt mặt	2	2,8
Giảm trí nhớ	19	26,4
Rối loạn giấc ngủ	15	20,8
Rối loạn cảm xúc	3	4,2

Các triệu chứng đã có trước đó của bệnh nhân đều giảm và hết. Đau đầu còn gặp ở 23,6%, chóng mặt 4,2%, dấu hiệu liệt 4,2% có cải thiện tốt hơn.

Một số triệu chứng mới xuất hiện như: giảm trí nhớ 19 bệnh nhân chiếm 26,4%, rối loạn giấc ngủ có 15 bệnh nhân chiếm 20,8%, 3 bệnh nhân rối loạn cảm xúc chiếm 4,2%.

Bảng 8. Điểm Karnofsky của bệnh nhân khi ra viện 3 tháng

Karnofsky 3 tháng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nhóm I: Tốt (80 – 100)	100	29
	90	38
	80	4
Nhóm II: Khá (60 – 70)	70	1
Tổng	72	100

Điểm Karnofsky khi ra viện được 3 tháng của bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm I (tốt) với 71 bệnh nhân chiếm 98,6%. 1 bệnh nhân thuộc nhóm khá chiếm 1,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu là do tai nạn giao thông, có 46 bệnh nhân chiếm 63,9%. Các va chạm phần lớn đều liên quan đến xe máy, do đa số người dân sử dụng xe máy làm phương tiện di chuyển chính. Tuy nhiên ý thức chấp hành luật lệ giao thông chưa cao, đặc biệt có uống rượu bia khi tham gia giao thông. Nguyên nhân do tai nạn sinh hoạt đứng thứ 2, chiếm 30,5%. Tai nạn lao động chỉ có 4 bệnh nhân chiếm 5,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Xuân Cương [5], nguyên nhân do tai nạn giao thông đứng đầu tiên, tiếp đến thứ hai là do ngã, thứ ba là do tai nạn lao động.

Các bệnh nhân khi nhập viện có điểm tri giác càng cao thì tiên lượng càng tốt hơn, cũng như trong quá trình điều trị và theo dõi bệnh, điểm tri giác của bệnh nhân tăng theo thời gian có liên quan đến tỉ lệ sống sót và hồi phục cao hơn [6]. Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn những bệnh nhân tổn thương giập não không phẫu thuật nên đa số bệnh nhân nhập viện có tri giác tốt trong nhóm 13 – 15 điểm, chiếm 86,1%, điểm tri giác thấp nhất là 11 điểm, cao nhất là 15 điểm và bệnh nhân có 15 điểm cũng chiếm

chủ yếu 48/72 bệnh nhân chiếm 66,7%, điểm trung bình là $14,29 \pm 1,19$ điểm. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện: 100% bệnh nhân đau đầu, các triệu chứng khác kèm theo như chóng mặt có 54 bệnh nhân chiếm 75%, buồn nôn, nôn có 18 bệnh nhân chiếm 25%. 9,7% bệnh nhân có dấu hiệu của vỡ nền sọ, 26,4% bệnh nhân có vết thương rách da đầu và 26,4% bệnh nhân có các triệu chứng khác liên quan đến các tổn thương bộ phận khác kèm theo như chấn thương hàm mặt, ngực, chi thể...

4.2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Vị trí ổ giập não: tổn thương đưng giập nhu mô não sau chấn thương có thể xuất hiện trên toàn bộ não. Nhưng thường xuất hiện ở thùy trán và thùy thái dương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí ổ giập não cũng gặp chủ yếu ở thùy trán và thùy thái dương, trong đó giập não thùy trán có 42 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 58,3%, thùy thái dương 17 bệnh nhân chiếm 23,7%, có cả 2 thùy trán và thái dương là 8 bệnh nhân chiếm 11,1%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu Shafiei M [7], đây là các vị trí thường gặp gây đưng giập nhu mô não có liên quan đến cấu trúc giải phẫu nền sọ gỗ ghe. Ngoài ra còn gặp giập não vùng thùy đỉnh, có 5 bệnh nhân chiếm 6,9%.

Số lượng và đường kính ổ giập não: đa số bệnh nhân trên phim chụp CLVT có 1 ổ giập não chiếm 56,9%, 2 ổ giập não chiếm 25%, 3 ổ giập não chiếm 8,3%. Đường kính lớn nhất trong một ổ giập não của bệnh nhân là dưới 30 mm, có 61 bệnh nhân chiếm 84,7%, trên 30 mm có 11 bệnh nhân chiếm 15,3%, các tổn thương này không gây hiệu ứng khối như đè ép não thất và đẩy lệch đường giữa, triệu chứng lâm sàng tốt lên, đây chính là chỉ định để điều trị nội khoa mà không cần thiệp phẫu thuật. Trong quá trình điều trị, các bệnh nhân đều được chụp phim CLVT sau đó khoảng từ 6 – 12h để đánh giá tiến triển của ổ đưng giập giúp theo dõi và chỉ định điều trị phù hợp tiếp theo. Nếu triệu chứng lâm sàng xấu đi kết hợp với kích thước ổ máu tụ tăng lên có liên quan đến chỉ định phẫu thuật.

4.3. Kết quả điều trị. Triệu chứng của bệnh nhân khi ra viện: mặc dù còn 63 bệnh nhân đau đầu, chiếm 87,5%, nhưng mức độ đau của bệnh nhân so với lúc vào viện đã giảm đi rất nhiều, còn đau đầu ít, các bệnh nhân ăn ngon, ngủ tốt hơn. 8 bệnh nhân còn biểu hiện chóng mặt khi thay đổi tư thế chiếm 11,1%. Chấn thương sọ não có thể gây ra các biến chứng thiếu hụt thần kinh, tùy thuộc vào vị trí vùng não bị ảnh hưởng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thần

kinh trong đó, 1 bệnh nhân giập não vùng đỉnh xuất hiện liệt nửa người vào ngày thứ 3 của bệnh. Bệnh nhân được khám, chụp CLVT sọ não kiểm tra thấy phù não tăng lên ở xung quanh ổ đưng giập nhu mô não lan sang cả vùng vỏ não vận động thùy trán. Có 2 bệnh nhân liệt mặt xuất hiện ngày thứ 2 và 3 sau tai nạn, liên quan đến vỡ xương nền sọ tầng giữa – xương đá. Các bệnh nhân được dùng thuốc và hội chẩn chuyên khoa Tai-Mũi-Họng không can thiệp phẫu thuật. Đây là những biến chứng của chấn thương đưng giập não, cần tiên lượng và giải thích kỹ cho bệnh nhân và gia đình hiểu rõ để thuận lợi trong quá trình điều trị và phục hồi cho bệnh nhân.

Sau chấn thương sọ não hầu hết bệnh nhân sẽ khỏi các triệu chứng, nhưng đối với một số bệnh nhân, các triệu chứng có thể kéo dài và ảnh hưởng tiêu cực đến chức năng nhận thức hàng ngày. 15% bệnh nhân bị chấn thương sọ não nhẹ (GCS 13 – 15 điểm) sẽ bị hội chứng sau chấn động, và một số ít trong những bệnh nhân này sẽ có triệu chứng dai dẳng cần được đánh giá và điều trị thêm [8], [9]. Tại thời điểm 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi, một số triệu chứng của bệnh nhân như còn đau đầu, chóng mặt rất ít, xuất hiện với mức độ không thường xuyên, chỉ khi thay đổi thời tiết. 1 bệnh nhân liệt nửa người và 2 bệnh nhân liệt mặt sau khi ra viện đã được hướng dẫn điều trị tiếp tại bệnh viện phục hồi chức năng. Tuy thời gian đánh giá 3 tháng là còn sớm với các tổn thương thần kinh, nhưng các triệu chứng liệt của bệnh nhân cũng đã cải thiện, tiên lượng khả năng hồi phục tốt hơn khi theo dõi xa hơn. Một số triệu chứng xuất hiện mới như giảm trí nhớ 19 bệnh nhân, chiếm 26,4%, biểu hiện giảm khả năng tập trung và sự chú ý, hay quên vị trí đồ vật. Rối loạn giấc ngủ, bệnh nhân ngủ khó hơn, hoặc thức dậy sớm hơn có 15 bệnh nhân chiếm 20,8%. Rối loạn cảm xúc biểu hiện hay cáu gắt có 3 bệnh nhân chiếm 4,2%. Điểm Karnofsky sau 3 tháng của bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm I (Tốt: 80 – 100 điểm), có 71 bệnh nhân chiếm 98,6%, 1 bệnh nhân liệt nửa người thuộc nhóm II (Khá: 60 – 70 điểm) chiếm 1,4%. Đây là một kết quả tốt khi điều trị tổn thương giập não không có chỉ định phẫu thuật. Với các kết quả xa hơn cần theo dõi và nghiên cứu thêm để đưa ra các hướng dẫn và điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân dập não do chấn thương sọ não kín có biểu hiện lâm sàng nhẹ và tri giác còn tốt khi nhập viện được điều trị không phẫu thuật cho kết quả tốt. Tuy nhiên, cần theo

đổi để điều trị sớm triệu chứng mất ngủ, giảm trí nhớ ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jirlow U, Hossain I, Korhonen O, et al** (2024). Cerebral contusions: Pathomechanism, predictive factors for progression and historical and current management. *Brain Spine*. 2024 Aug 28;4:103329. doi: 10.1016/j.bas.2024.103329. PMID: 39281852; PMCID: PMC11402187.
2. **Pellot JE, De Jesus O**. Cerebral Contusion. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562147/>
3. **Global status report on road safety** 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. **Leijdesdorff HA, van Dijck JT, Krijnen P, et al**; Regional Trauma Center West-Netherlands' Research Group. Injury pattern, hospital triage, and mortality of 1250 patients with severe traumatic brain injury caused by road traffic accidents. *J Neurotrauma*. 2014 Mar 1;31(5):459-65. doi: 10.1089/neu.2013.3111. Epub 2013 Dec 21. PMID: 24093437.
5. **Bùi Xuân Cường, Đông Văn Hệ** (2021). Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(1). doi: 10.51298/vmj.v502i1.546.
6. **Sandeep Jain, Satish B. Dharap, Madhuri A. Gore**. Early prediction of outcome in very severe closed head injury. *Injury*, Volume 39, Issue 5, 2008, Pages 598-603, ISSN 0020-1383, <https://doi.org/10.1016/j.injury.2007.06.003>
7. **Shafiei M, Sabouri M, Veshnavi HA, et al** (2023). Predictors of radiological contusion progression in traumatic brain injury. *Int J Burns Trauma*. 2023 Apr 15;13(2):58-64. PMID: 37215509; PMCID: PMC10195219.
8. **Jha S, Ghewade P**. Management and Treatment of Traumatic Brain Injuries. *Cureus*. 2022 Oct 23;14(10): e30617. doi: 10.7759/cureus.30617. PMID: 36426314; PMCID: PMC9681696.
9. **Permenter CM, Fernández-de Thomas RJ, Sherman AL**. Postconcussive Syndrome. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534786/>

VIÊM BAO HOẠT DỊCH GÂN GẤP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Mộc Sơn^{1,2}, Phạm Ngọc Đình¹, Nguyễn Mạnh Khánh¹

TÓM TẮT

Khám lâm sàng, đặc biệt là đánh giá qua 4 dấu hiệu điển hình của Kanavel, là phương pháp chính để chẩn đoán viêm bao hoạt dịch gân gấp bàn tay. Điều trị bệnh lý này trải qua nhiều giai đoạn từ điều trị nội khoa tới phẫu thuật là bước cuối cùng: cắt lọc, làm sạch, dẫn lưu, kết hợp kháng sinh đường tĩnh mạch. Đái tháo đường và bệnh mạch máu ngoại biên, cũng như các bệnh lý nền như Gout, viêm khớp dạng thấp là yếu tố nguy cơ dẫn tới biến chứng lâu dài như cứng khớp hoặc phải cắt cụt. **Từ khóa:** Viêm bao gân gấp, Nhiễm trùng bàn tay, Bao gân gấp, Dấu hiệu Kanavel

SUMMARY

FLEXOR TENDON SHEATH TENOSYNOVITIS: A CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Clinical examination, particularly the assessment of the four classic Kanavel signs, is the primary method for diagnosing flexor tendon sheath infections of the hand. Management of this condition progresses

through multiple stages, from medical treatment to surgery as the final step, including debridement, irrigation, drainage, and intravenous antibiotics. Diabetes and peripheral vascular disease, as well as underlying conditions such as gout and rheumatoid arthritis, are risk factors for long-term complications such as joint stiffness or even amputation.

Keywords: Flexor tenosynovitis, Hand infection, Flexor sheath, Kanavel sign.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán viêm bao gân gấp tiềm ẩn thường khó dẫn đến điều trị thường bị bỏ sót và đến muộn. Do cấu trúc giải phẫu và chức năng đặc biệt của bàn tay, việc chẩn đoán và xử trí sớm, chính xác là rất quan trọng. Phẫu thuật cắt lọc – làm sạch bao hoạt dịch gân gấp là phẫu thuật cần tiến hành sớm, đặc biệt trong trường hợp nhiễm trùng; kèm theo đó là quá trình phục hồi chức năng sau mổ để lấy lại chức năng vận động¹.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tháng 5-6/2025, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 4 bệnh nhân được chẩn đoán viêm bao hoạt dịch gân gấp cổ bàn tay, được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán trong mổ giai đoạn theo Michon, phẫu thuật, đánh giá sau mổ: vết mổ,

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn

Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2025

Ngày duyệt bài: 14.01.2026