

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ THẦN KINH NGOẠI BIÊN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẠN TÍNH

Bùi Quang Huy¹, Đinh Việt Hùng¹, Đỗ Xuân Tính¹, Nguyễn Văn Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý thần kinh ngoại biên và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 64 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (11/2023 - 12/2025). Bệnh lý thần kinh ngoại biên được xác định dựa trên triệu chứng cơ năng kèm ít nhất một dấu hiệu khách quan khi khám thần kinh.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên là 53,1%. Biểu hiện thường gặp gồm tê bì/dị cảm chi dưới (94,1%), giảm hoặc mất phản xạ gân gót (82,4%) và giảm cảm giác rung (76,5%); tổn thương chủ yếu ưu thế cảm giác và đối xứng hai chi dưới. Phân tích hồi quy logistic cho thấy thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên (OR = 4,12; KTC 95%: 1,35 - 12,56) và MCV trên 100 fL (OR = 3,29; KTC 95%: 1,10 - 9,84) là hai yếu tố liên quan độc lập.

Kết luận: Bệnh lý thần kinh ngoại biên phổ biến ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, chủ yếu là tổn thương cảm giác đối xứng ở chi dưới. Thời gian sử dụng rượu kéo dài và MCV tăng là các yếu tố liên quan độc lập.

Từ khóa: bệnh lý thần kinh ngoại biên, nghiện rượu mạn tính, MCV, AUDIT.

SUMMARY

PERIPHERAL NEUROPATHY CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOL DEPENDENCE

Objective: To describe the characteristics of peripheral neuropathy and to analyze associated factors in patients with chronic alcohol dependence.

Subjects and methods: A cross-sectional

descriptive study with analytical components was conducted on 64 patients with chronic alcohol dependence treated at Military Hospital 103 between November 2023 and December 2025. Peripheral neuropathy was diagnosed based on the presence of compatible symptoms together with at least one objective neurological sign on clinical examination.

Results: The prevalence of peripheral neuropathy was 53.1%. The most common manifestations were numbness/paresthesia of the lower limbs (94.1%), reduced or absent ankle reflexes (82.4%), and impaired vibration sensation (76.5%). Neuropathy was predominantly sensory in nature and symmetrically involved the lower limbs. Multivariable logistic regression analysis identified alcohol use for ≥ 10 years (OR = 4.12; 95% CI: 1.35–12.56) and mean corpuscular volume (MCV) >100 fL (OR = 3.29; 95% CI: 1.10–9.84) as independent factors associated with peripheral neuropathy.

Conclusion: Peripheral neuropathy is common among patients with chronic alcohol dependence, predominantly presenting as symmetrical sensory involvement of the lower limbs. Prolonged alcohol use and elevated MCV were independently associated with peripheral neuropathy.

Keywords: peripheral neuropathy; chronic alcohol dependence; mean corpuscular volume; AUDIT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện rượu là vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tổn thương hệ thần kinh do độc chất, trong đó bệnh lý thần kinh ngoại biên là biểu hiện thường gặp nhất. Các tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên ở người nghiện rượu dao động rộng, trung bình khoảng 44,0% và có thể cao hơn khi khảo sát bằng thăm dò điện sinh lý [1]. Tổn thương thần kinh do rượu là hậu quả của độc tính trực tiếp của ethanol và các chất chuyển hóa, kết hợp với thiếu hụt vi chất, đặc biệt là thiamin [2].

Bệnh lý thần kinh ngoại biên do rượu thường tiến triển âm thầm, biểu hiện chủ yếu là rối loạn cảm giác đối xứng ở phần xa hai chi dưới nên dễ bị bỏ sót ở giai đoạn sớm, làm giảm khả năng hồi

¹Bệnh viện Quân y 103,

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng

Email: bshunga6@gmail.com

Mã bài: N812

Ngày nhận bài: 5/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026

phục và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Nhiều yếu tố được cho là liên quan đến sự xuất hiện của bệnh lý này, trong đó tổng lượng rượu tiêu thụ suốt đời và thời gian sử dụng rượu được xem là các yếu tố then chốt [3]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các số liệu về đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân nghiện rượu điều trị nội trú còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý thần kinh ngoại biên và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán nghiện rượu mạn tính, điều trị tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán nghiện rượu mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán của DSM-5; đồng ý tham gia nghiên cứu và hợp tác khi thăm khám.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có nguyên nhân khác có thể gây bệnh lý thần kinh ngoại biên như đái tháo đường, suy thận mạn, suy giáp, nhiễm độc kim loại nặng, đang dùng thuốc có độc tính thần kinh, hoặc mắc bệnh lý thần kinh ngoại biên di truyền...; bệnh nhân có rối loạn ý thức nặng không thể phối hợp thăm khám thần kinh; hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Cỡ mẫu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Đánh giá mức độ sử dụng rượu: khai thác thời gian sử dụng rượu theo năm và lượng rượu tiêu thụ trung bình mỗi ngày, quy đổi ra gam ethanol dựa trên thể tích và nồng độ cồn của loại rượu sử dụng. Trong nghiên cứu này mức độ rối loạn sử dụng rượu được chúng tôi lượng giá bằng thang điểm AUDIT gồm 10 câu hỏi, trong đó tổng điểm từ 20 trở lên gợi ý lệ thuộc rượu nặng [4].

Chẩn đoán bệnh lý thần kinh ngoại biên: bệnh lý thần kinh ngoại biên được xác định khi

người bệnh có triệu chứng cơ năng gợi ý tổn thương thần kinh ngoại biên, kèm ít nhất một dấu hiệu khách quan khi khám thần kinh như giảm hoặc mất phản xạ gân cốt, giảm cảm giác rung, giảm cảm giác đau/châm kim, hoặc rối loạn cảm giác kiểu “đi tắt”. Việc thăm khám do bác sĩ chuyên khoa thần kinh thực hiện thống nhất theo một quy trình chuẩn.

Đánh giá đặc điểm và mức độ tổn thương: kiểu tổn thương được phân loại theo chức năng chi phối (ưu thế cảm giác hoặc cảm giác kết hợp vận động) và theo phân bố (đối xứng hai chi dưới, lan lên chi trên). Mức độ tổn thương được chia thành ba mức nhẹ, vừa và nặng dựa trên số lượng, mức độ triệu chứng, dấu hiệu thực thể và ảnh hưởng đến vận động, sinh hoạt của người bệnh.

Các biến số cận lâm sàng: các chỉ số được thu thập gồm chỉ số khối cơ thể (BMI), nồng độ albumin huyết thanh phản ánh tình trạng dinh dưỡng, thể tích trung bình hồng cầu (MCV) và hoạt độ gamma-glutamyl transferase (GGT) phản ánh tính chất mạn tính của việc sử dụng rượu. Các ngưỡng phân tích xác định trước gồm BMI dưới 18,5 kg/m², albumin dưới 35 g/L, MCV trên 100 fL và GGT từ 200 U/L trở lên.

Các biến số phân tích: biến phụ thuộc là tình trạng có hay không có bệnh lý thần kinh ngoại biên. Các biến độc lập gồm tuổi từ 50 trở lên, thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên, lượng rượu từ 80g ethanol/ngày trở lên, AUDIT từ 20 điểm trở lên, BMI thấp, albumin thấp, MCV tăng và GGT tăng. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS. Biến định lượng phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, biến phân phối không chuẩn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị; biến định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ giữa hai nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định chính xác Fisher khi tần số kỳ vọng nhỏ. Các yếu tố có liên quan trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định yếu tố liên quan độc lập, kết quả trình bày dưới dạng tỷ suất chênh hiệu chỉnh và khoảng tin cậy 95%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p nhỏ hơn 0,05.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103 thông qua và chấp thuận. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

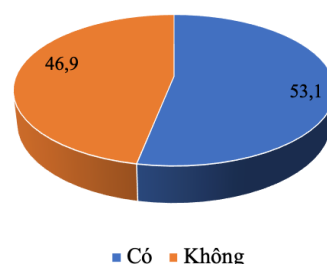
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, năm, $\bar{X} \pm SD$	49,6 $\pm$ 8,8
Nhóm tuổi, n (%)	
< 40 tuổi	8 (12,5)
40–49 tuổi	27 (42,2)
≥ 50 tuổi	29 (45,3)
Giới nam, n (%)	62 (96,9)
BMI, kg/m ² , $\bar{X} \pm SD$	21,1 $\pm$ 2,7
BMI < 18,5 kg/m ² , n (%)	13 (20,3)
Thời gian sử dụng rượu, năm, Trung vị [Q1–Q3]	11 [8 - 16]
Thời gian sử dụng rượu ≥ 10 năm, n (%)	35 (54,7)
Lượng rượu quy đổi, g ethanol/ngày, Trung vị [Q1–Q3]	85 [60 - 120]
Uống ≥ 80 g ethanol/ngày, n (%)	35 (54,7)
Điểm AUDIT, $\bar{X} \pm SD$	24,8 $\pm$ 5,6
AUDIT ≥ 20 điểm, n (%)	50 (78,1)
Albumin < 35 g/L, n (%)	18 (28,1)
MCV > 100 fL, n (%)	29 (45,3)
GGT ≥ 200 U/L, n (%)	30 (46,9)

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới, tuổi trung bình khoảng 50 tuổi. Hơn một nửa số bệnh nhân có thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên và uống từ 80g ethanol/ngày trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân có AUDIT ≥ 20 điểm chiếm 78,1%, phản ánh mức độ sử dụng rượu nặng trong nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm bệnh lý rối loạn thần kinh ngoại biên



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân rối loạn sử dụng rượu mạn tính

Trong 64 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính, có 34 bệnh nhân được xác định mắc bệnh lý thần kinh ngoại biên, tương ứng tỷ lệ 53,1%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng bệnh lý thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính

Đặc điểm	n	%
Tê bì/dị cảm chi dưới	32	94,1
Đau rát/bỏng buốt chi dưới	23	67,6
Chuột rút hoặc đau mỏi cơ	19	55,9
Yếu cơ chủ quan	11	32,4
Giảm hoặc mất phản xạ gân gót	28	82,4
Giảm cảm giác rung	26	76,5
Giảm cảm giác đau/châm kim	22	64,7
Rối loạn thăng bằng khi đi	8	23,5
Tổn thương ưu thế cảm giác	27	79,4
Tổn thương cảm giác - vận động	7	20,6
Tổn thương đối xứng hai chi dưới	30	88,2
Tổn thương cả chi trên và chi dưới	5	14,7
Mức độ nhẹ	15	44,1
Mức độ vừa	13	38,2
Mức độ nặng	6	17,7

Trong nhóm có bệnh lý thần kinh ngoại biên, biểu hiện thường gặp nhất là tê bì/dị cảm chi dưới,

giảm hoặc mất phản xạ gân gót và giảm cảm giác rung. Tổn thương chủ yếu có đặc điểm ưu thế cảm giác, đối xứng hai chi dưới và đa số ở mức độ nhẹ đến vừa.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lý thần kinh ngoại biên

Yếu tố	Không có bệnh lý TKNB n = 30	Có bệnh lý TKNB n = 34	p
Tuổi ≥ 50	9 (30,0)	20 (58,8)	0,026
Thời gian sử dụng rượu ≥ 10 năm	10 (33,3)	25 (73,5)	0,002
Uống ≥ 80 g ethanol/ngày	12 (40,0)	23 (67,6)	0,044
AUDIT ≥ 20 điểm	20 (66,7)	30 (88,2)	0,037
BMI < 18,5 kg/m ²	3 (10,0)	10 (29,4)	0,068
Albumin < 35 g/L	4 (13,3)	14 (41,2)	0,024
MCV > 100 fL	8 (26,7)	21 (61,8)	0,006
GGT ≥ 200 U/L	10 (33,3)	20 (58,8)	0,049

Nhóm có bệnh lý thần kinh ngoại biên có tỷ lệ bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên, thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên, lượng rượu từ 80g ethanol/ngày trở lên và AUDIT từ 20 điểm trở lên cao hơn nhóm không có bệnh lý thần kinh ngoại biên. Ngoài ra, albumin dưới 35 g/L, MCV trên 100 fL và GGT từ 200 U/L trở lên cũng gặp nhiều hơn ở nhóm có bệnh lý thần kinh ngoại biên. BMI thấp có xu hướng cao hơn ở nhóm có bệnh lý thần kinh ngoại biên nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến bệnh lý thần kinh ngoại biên

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Thời gian sử dụng rượu ≥ 10 năm	4,12	1,35 - 12,56	0,013
MCV > 100 fL	3,29	1,10 - 9,84	0,033
Albumin < 35 g/L	3,05	0,85 - 10,94	0,087
Uống ≥ 80 g ethanol/ngày	2,18	0,72 - 6,61	0,168
Tuổi ≥ 50	1,84	0,56 - 6,05	0,313

Sau hiệu chỉnh trong mô hình hồi quy logistic, thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên và MCV trên 100 fL là các yếu tố liên quan độc lập với bệnh lý thần kinh ngoại biên. Albumin dưới 35 g/L có xu hướng làm tăng nguy cơ nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Lượng rượu từ 80 g ethanol/ngày trở lên và tuổi từ 50 trở lên không còn liên quan độc lập khi đưa vào mô hình cùng các biến khác.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên là 53,1%. Kết quả này cao hơn tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên ở người lạm dụng rượu mạn tính là 46,3% khi xác định bằng đo dẫn truyền thần kinh trong nghiên cứu của Julian và cộng sự (2019), nhưng vẫn nằm trong khoảng dao động rộng đã ghi nhận, tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán và đặc điểm quần thể nghiên cứu [1]. Đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân điều

trị nội trú với mức độ sử dụng rượu nặng, thể hiện qua điểm AUDIT trung bình 24,8 và tỷ lệ AUDIT từ 20 điểm trở lên chiếm 78,1%, do đó tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên cao hơn là hợp lý. Chẩn đoán trong nghiên cứu này dựa trên lâm sàng, nên tỷ lệ thực tế có thể còn cao hơn nếu được khảo sát bằng thăm dò điện sinh lý, vốn phát hiện được cả tổn thương chưa biểu hiện triệu chứng.

Về đặc điểm lâm sàng, tổn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ưu thế cảm giác

(79,4%), phân bố đối xứng hai chi dưới (88,2%), với triệu chứng nổi bật là tê bì và dị cảm chi dưới. Kiểu hình này phù hợp với mô tả kinh điển về bệnh lý thần kinh ngoại biên do rượu, trong đó tổn thương khởi phát ở phần xa của chi, tiến triển đối xứng theo kiểu phụ thuộc chiều dài sợi trục và ưu thế ở các sợi cảm giác nhỏ. Nghiên cứu bệnh học của Koike và cộng sự (2003) cho thấy tổn thương do rượu chủ yếu là thoái hóa sợi trục, ảnh hưởng sớm và nặng hơn ở các sợi cảm giác nhỏ, lý giải vì sao biểu hiện đau rát, bồng buốt và rối loạn cảm giác thường xuất hiện trước các dấu hiệu vận động [5]. Tỷ lệ giảm hoặc mất phản xạ gân gót tới 82,4% cũng phản ánh đặc điểm tổn thương ưu thế ở phần xa chi dưới.

Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý thần kinh ngoại biên do rượu được cho là kết hợp của hai nhóm yếu tố. Nhóm thứ nhất là độc tính trực tiếp của ethanol và chất chuyển hóa acetaldehyd lên sợi trục, gây rối loạn vận chuyển sợi trục và tổn thương do stress oxy hóa. Nhóm thứ hai là thiếu hụt dinh dưỡng, đặc biệt là thiamin, thường gặp ở người nghiện rượu do giảm khẩu phần, giảm hấp thu và giảm dự trữ [2]. Mellion và cộng sự (2011) nhận định cả hai nhóm yếu tố đều góp phần vào bệnh sinh, trong đó tổn thương do rượu đơn thuần thường tiến triển chậm và ưu thế cảm giác, khác với bệnh lý do thiếu thiamin đơn thuần vốn tiến triển nhanh và có thành phần vận động rõ hơn [6]. Đặc điểm ưu thế cảm giác trong nghiên cứu này phù hợp với mô tả về bệnh lý thần kinh liên quan rượu.

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy nhóm có bệnh lý thần kinh ngoại biên có tỷ lệ cao hơn về thời gian sử dụng rượu kéo dài, lượng rượu tiêu thụ lớn, điểm AUDIT cao, albumin thấp, MCV tăng và GGT tăng. Mối liên quan giữa tổng lượng rượu tiêu thụ suốt đời với tổn thương thần kinh đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu và được xem là yếu tố quyết định chính; Vittadini và cộng sự (2001) báo cáo tổng lượng rượu suốt đời tương quan chặt với mức độ nặng của tổn thương thần kinh ngoại biên [7]. Việc các chỉ dấu sinh học của sử dụng rượu mạn tính như MCV và GGT liên quan với bệnh lý thần kinh phản ánh vai trò của mức độ và thời gian phơi nhiễm rượu, đồng thời cho thấy các xét nghiệm thường quy có thể hỗ trợ nhận diện nhóm nguy cơ.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, thời

gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên và MCV trên 100 fL là hai yếu tố liên quan độc lập với bệnh lý thần kinh ngoại biên, với tỷ suất chênh hiệu chỉnh lần lượt là 4,12 và 3,29. Kết quả này cũng củng cố nhận định thời gian phơi nhiễm rượu là yếu tố nguy cơ chính, phù hợp với quan điểm cho rằng tổn thương thần kinh do rượu mang tính tích lũy theo thời gian và liều lượng [3]. MCV tăng có thể được xem là chỉ dấu gián tiếp của sử dụng rượu kéo dài và/hoặc thiếu hụt dinh dưỡng, do đó mối liên quan độc lập giữa MCV và bệnh lý thần kinh có thể phản ánh cả mức độ phơi nhiễm rượu lẫn tình trạng dinh dưỡng. Việc albumin thấp chỉ đạt mức xu hướng có thể do cỡ mẫu còn hạn chế, gợi ý vai trò của yếu tố dinh dưỡng cần được đánh giá thêm trên cỡ mẫu lớn hơn. Việc lượng rượu hằng ngày và tuổi không còn liên quan độc lập sau hiệu chỉnh cho thấy ảnh hưởng của chúng một phần được giải thích qua thời gian phơi nhiễm và các chỉ dấu sinh học đi kèm.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế là cỡ mẫu 64 bệnh nhân còn khiêm tốn, làm giảm độ mạnh thống kê khi phân tích đa biến và khiến khoảng tin cậy của một số ước lượng còn rộng. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác lập mối quan hệ nhân quả. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng mà chưa có thăm dò điện sinh lý nên có thể bỏ sót các trường hợp tổn thương dưới lâm sàng và chưa phân định rõ tổn thương sợi trục hay mất myelin. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế theo dõi dọc và kết hợp thăm dò điện sinh lý sẽ giúp xác định chính xác hơn gánh nặng và các yếu tố tiên lượng của bệnh lý thần kinh ngoại biên do rượu.

V. KẾT LUẬN

Trên 64 bệnh nhân nghiện rượu mạn tính điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, tỷ lệ bệnh lý thần kinh ngoại biên là 53,1%. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là tê bì và dị cảm chi dưới, giảm hoặc mất phản xạ gân gót và giảm cảm giác rung, với kiểu tổn thương thường gặp là ưu thế cảm giác, đối xứng hai chi dưới và đa số ở mức độ nhẹ đến vừa. Phân tích hồi quy logistic cho thấy thời gian sử dụng rượu từ 10 năm trở lên và MCV trên 100 fL là hai yếu tố liên quan độc lập. Kết quả này gợi ý cần chủ động tầm soát bệnh lý thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân sử dụng rượu kéo dài và có chỉ dấu sinh học của nghiện rượu mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Julian T, Glasgow N, Syeed R, Zis P. (2019). Alcohol-related peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol*, 266(12):2907-2919.
2. Chopra K, Tiwari V. (2012). Alcoholic neuropathy: possible mechanisms and future treatment possibilities. *Br J Clin Pharmacol*, 73(3):348-362.
3. Koike H, Sobue G. (2006). Alcoholic neuropathy. *Curr Opin Neurol*, 19(5):481-486.
4. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Addiction*, 88(6):791-804.
5. Koike H, Iijima M, Sugiura M, et al. (2003). Alcoholic neuropathy is clinicopathologically distinct from thiamine-deficiency neuropathy. *Ann Neurol*, 54(1):19-29.
6. Mellion M, Gilchrist JM, de la Monte S. (2011). Alcohol-related peripheral neuropathy: nutritional, toxic, or both? *Muscle Nerve*, 43(3):309-316.
7. Vittadini G, Buonocore M, Colli G, et al. (2001). Alcoholic polyneuropathy: a clinical and epidemiological study. *Alcohol Alcohol*, 36(5):393-400.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT CƠ SINH ĐÔI TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT LỘ XƯƠNG CHÀY VÙNG 1/2 TRÊN CẰNG CHÂN

Tổng Thanh Hải¹, Nguyễn Ngọc Chiếu¹, Đỗ Trung Quyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng vật cơ sinh đôi trong điều trị tổn khuyết lộ xương chày vùng 1/2 trên cẳng chân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 27 bệnh nhân có tổn khuyết lộ xương chày vùng 1/2 trên cẳng chân được tạo hình bằng vật cơ sinh đôi tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 9/2020 đến tháng 3/2025. Đánh giá kết quả dựa trên tình trạng sống của vật, biến chứng sau phẫu thuật, khả năng phục hồi chức năng và mức độ hài lòng của người bệnh sau 6 tháng.

Kết quả: Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (71,4%). Tất cả các trường hợp đều có nhiễm khuẩn vết thương, trong đó 28,6% có viêm xương tủy xương. Vật cơ sinh đôi trong được sử dụng nhiều nhất (57,1%). Tất cả các vật sống hoàn toàn, ghi nhận 01 trường hợp nhiễm trùng tái diễn gây hoại tử da ghép và toác vết mổ. Sau 6 tháng, 100% bệnh nhân đi lại được trên mặt

phẳng, 71,4% có thể chạy bộ. Đa số bệnh nhân hài lòng về kết quả chức năng và thẩm mỹ.

Kết luận: Vật cơ sinh đôi là phương pháp tạo hình an toàn, hiệu quả trong điều trị tổn khuyết lộ xương chày vùng 1/2 trên cẳng chân, đặc biệt ở các trường hợp có nhiễm khuẩn hoặc viêm xương tủy xương.

Từ khóa: Vật cơ sinh đôi; tổn khuyết lộ xương chày; cẳng chân; tạo hình che phủ; viêm xương tủy xương.

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF GASTROCNEMIUS MUSCLE FLAP RECONSTRUCTION FOR EXPOSED TIBIAL DEFECTS IN THE PROXIMAL HALF OF THE LEG

Objectives: To evaluate the clinical outcomes of gastrocnemius muscle flap reconstruction for exposed tibial defects in the proximal half of the leg.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on seven patients with exposed tibial defects in the proximal half of the leg who underwent reconstruction using gastrocnemius muscle flaps at the National Burn Hospital Le Huu Trac between September 2023 and March 2025. Outcomes were assessed based on flap survival, postoperative complications, functional recovery, and patient satisfaction at 6 months after surgery.

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Tổng Thanh Hải

Email: drtonghai@gmail.com

Mã bài: N813

Ngày nhận bài: 7/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2026

Ngày duyệt bài: 20/6/2026