

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF DIABETIC PATIENTS WITH INFECTED DIABETIC FOOT AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Thi Nhung¹, Ke Thi Lan Anh^{1,2}, Le Huy Hoang²

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong, Vietnam

²Viet Tiep Friendship Hospital - Le Chan ward, Hai Phong, Vietnam

Received: 05/03/2026

Revised: 01/04/2026; Accepted: 05/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics, paraclinical findings, and treatment outcomes of patients with diabetic foot infection treated at Department of Internal Medicine No. 3, Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong, Vietnam, during 2023–2024.

Subjects and Methods: A total of 65 inpatients with diabetic foot infection were included. This was a descriptive cross-sectional study using convenience sampling.

Results: The mean age was 66.1 ± 11.5 years. The proportion of smokers was 29.2%, and 64.6% had hypertension. Clinically, most patients had Wagner grade 2–3 lesions (92.3%). The duration of ulcer prior to admission was <7 days in the majority of cases (87.7%). Regarding paraclinical findings, the mean HbA1c was 9.1 ± 2.4 , with 81.5% having HbA1c $\geq 7\%$. The mean ankle–brachial index (ABI) was 0.95 ± 0.19 , and the prevalence of peripheral arterial disease (PAD) was 18.5%. Favorable and moderate treatment outcomes accounted for 89.2%, while the amputation rate was 6.2%. Most patients were treated with a single antibiotic and local wound care. An ulcer duration ≥ 7 days was associated with a higher likelihood of poor outcomes or amputation (OR = 18.0, $p = 0.002$), and arterial stenosis was also associated with poor outcomes (OR = 5.11, $p < 0.05$), suggesting the importance of early detection and assessment of limb perfusion.

Conclusions: Short-term in-hospital treatment outcomes were generally favorable, with a predominance of healing and improvement and a low amputation rate. Ulcer duration ≥ 7 days and lower limb arterial stenosis were significantly associated with an increased likelihood of poor treatment outcomes. These findings suggest the importance of early lesion detection, glycemic control, and assessment of lower limb perfusion in supporting improved in-hospital treatment response.

Keywords: Diabetes mellitus; diabetic foot infection; ankle–brachial index (ABI); peripheral arterial disease; arterial stenosis/occlusion.

*Corresponding author

Email: kelananh1980@gmail.com **Phone:** (+84) 906084336 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.5370



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG - CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BIẾN CHỨNG NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thị Nhung¹, Kê Thị Lan Anh^{1,2}, Lê Huy Hoàng²

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp - phường Lê Chân, Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 01/04/2026; Ngày duyệt đăng: 05/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân đái tháo đường biến chứng nhiễm trùng bàn chân tại Khoa Nội 3, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp - Hải Phòng năm 2023 - 2024.

Đối tượng - phương pháp nghiên cứu: 65 bệnh nhân đái tháo đường biến chứng nhiễm khuẩn bàn chân điều trị nội trú tại Khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Tuổi trung bình: $66,1 \pm 11,5$. Tỷ lệ hút thuốc 29,2%; 64,6% bệnh nhân THA. Lâm sàng: bệnh nhân tổn thương bàn chân Wagner độ 2-3: 92,3%. Thời gian loét trước nhập viện đa số <7 ngày (87,7%). Về cận lâm sàng: HbA1c trung bình $9,1 \pm 2,4$; 81,5% có HbA1c $\geq 7\%$. ABI trung bình $0,95 \pm 0,19$; tỷ lệ PAD 18,5%. Kết quả điều trị tốt và trung bình chiếm 89,2%; đoạn chi 6,2%. Phần lớn dùng 1 kháng sinh và thay băng đơn thuần. Thời gian loét ≥ 7 ngày làm tăng nguy cơ kết quả kém/đoạn chi gấp 18 lần ($p=0,002$); hẹp động mạch làm tăng nguy cơ gấp 5,11 lần ($p<0,05$), cho thấy vai trò quan trọng của phát hiện sớm và đánh giá tưới máu.

Kết luận: Kết quả điều trị ngắn hạn trong thời gian nằm viện tương đối khả quan, với tỷ lệ khỏi và cải thiện chiếm ưu thế, trong khi tỷ lệ đoạn chi thấp. Thời gian loét ≥ 7 ngày và tình trạng hẹp động mạch chi dưới có liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt kết quả điều trị không tốt. Những phát hiện này gợi ý vai trò của việc phát hiện sớm tổn thương, kiểm soát đường huyết và đánh giá tưới máu chi dưới trong hỗ trợ cải thiện đáp ứng điều trị nội trú.

Từ khóa: Đái tháo đường, LBC, ABI, hẹp/ tắc mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá do nhiều nguyên nhân gây nên, được đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính phối hợp với rối loạn chuyển hoá carbonhydrat, lipid và protein do thiếu hụt lượng insulin, tác dụng của insulin hoặc cả hai. Một trong những vấn đề lớn nhất của bệnh đái tháo đường là những biến chứng do bệnh đái tháo đường mang lại. [1]. Hiện tại ở Việt Nam, ý thức chăm sóc bàn chân của bệnh nhân ĐTĐ còn kém, đặc biệt ở vùng sâu, vùng xa không có điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế nên thiếu kiến thức chăm sóc bàn chân, phát hiện loét chân thường muộn và chăm sóc vết loét không đúng cách dẫn đến vết loét dễ bị nhiễm trùng, tổn thương mô lan rộng và sâu dẫn đến đoạn chi. Khoa Nội 3 Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp – Hải Phòng là một trong những cơ sở lớn chuyên khoa sâu về chẩn đoán

và điều trị bệnh nội tiết, đặc biệt có thăm khám và phát hiện sớm các tổn thương bàn chân, điều trị các vết loét và dự phòng cắt cụt chi ở các bệnh nhân ĐTĐ. Để góp phần tối ưu hóa điều trị cho người bệnh ĐTĐ bị LBC, đồng thời tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ và đánh giá hiệu quả điều trị biến chứng nhiễm trùng bàn chân trên bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân đái tháo đường biến chứng nhiễm trùng bàn chân tại Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp**”

2. ĐỐI TƯỢNG- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 65 bệnh nhân (BN) ĐTĐ biến chứng nhiễm trùng bàn chân (bao gồm nhiễm trùng mô

*Tác giả liên hệ

Email: kelananh1980@gmail.com Điện thoại: (+84) 906084336 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5370

mềm có hoặc không kèm loét) điều trị nội trú tại Khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn:

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường dựa theo tiêu chuẩn ADA 2022 [2], nhiễm trùng bàn chân (NTBC) đái tháo đường theo tiêu chuẩn của IWGDF (≥ 2 dấu hiệu viêm tại chỗ hoặc có mủ) [3].

* Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng giảm sút trí tuệ nặng. Bệnh nhân có NTBC nhưng không kèm bệnh lý đái tháo đường típ 2 hoặc có tổn thương bàn chân nhưng không có biểu hiện nhiễm trùng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên loạt ca bệnh nội trú có theo dõi diễn biến và kết quả điều trị trong thời gian nằm viện

* Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn: Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện không xác suất.

* Cách thu thập số liệu: BN nhập viện được hỏi bệnh, khám bệnh, xét nghiệm cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất và ghi đầy đủ các dữ liệu vào phiếu nghiên cứu. Các bệnh nhân được theo dõi liên tục trong suốt thời gian nằm viện từ khi nhập viện đến khi ra viện hoặc có kết cục điều trị.

* Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu:

Mục tiêu kiểm soát đường máu theo tiêu chuẩn ADA [2]

Phân độ LBC theo phân loại Meggitt – Wagner [4]

Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên diễn biến lâm sàng tại chỗ (mức độ nhiễm trùng, tình trạng tổn thương bàn chân), kết hợp với thay đổi các chỉ số cận lâm sàng liên quan trong quá trình điều trị nội trú, do bác sĩ chuyên khoa tổng hợp và kết luận tại thời điểm ra viện. Kết quả điều trị được phân loại thành: tốt, trung bình, kém và đoạn chi dựa trên diễn biến lâm sàng và nhu cầu can thiệp ngoại khoa (đoạn chi).

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS ver 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thông qua hội đồng khoa học của trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia sau khi được giải thích rõ ràng. Số liệu nghiên cứu trung thực, minh bạch, được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, được bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (BNNC) (n=65)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (tuổi)	< 60	19	29,9
	≥ 60	46	70,1
	Trung bình $\pm$ SD	66,1 $\pm$ 11,5 (31 – 88)	
Giới tính	Nam	42	64,6
	Nữ	23	35,4
Tiền sử rối loạn lipid máu	Có	45	69,2
	Không	20	30,8
Tiền sử hút thuốc lá	Có	19	29,2
	Không	46	70,8
Tiền sử THA	Có	42	64,6
	Không	23	35,4

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chủ yếu ≥ 60 tuổi (70,1%), tuổi trung bình 66,1 $\pm$ 11,5. Nam giới chiếm đa số (64,6%). Tăng huyết áp: 64,6% BN và 59,2% rối loạn lipid máu, 29,2% BN hút thuốc.

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương bàn chân của BNNC (n=65)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ tổn thương bàn chân theo độ Meggitt -Wagner	Độ 1	0	0
	Độ 2	40	61,5
	Độ 3	20	30,8
	Độ 4	5	7,7
	Độ 5	0	0
Thời gian loét trước vào viện (ngày)	< 7	57	87,7
	7 - 90	8	12,3
	> 90	0	0
	$\bar{X} \pm$ SD (min – max)	4,3 $\pm$ 2,8 (1 - 14)	

Nhận xét: Tổn thương bàn chân chủ yếu độ 2 và 3 theo Meggitt–Wagner (92,3%), thời gian loét trung bình 4,3 $\pm$ 2,8 ngày.

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (BNNC) (n=65)

Kết quả cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Glucose máu đói (mmo/l)	< 7	24	36,9
	≥ 7	41	63,1
	$\bar{X} \pm$ SD	9,1 $\pm$ 4,2	
HbA1c	< 7 %	12	18,5
	≥ 7 %	53	81,5
	$\bar{X} \pm$ SD	9,1 $\pm$ 2,4	

Kết quả cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (G/l)	≤ 10	34	52,3
	>10	31	47,7
	$\bar{X} \pm SD$	10,2 ± 3,2	
CRP (mg/l)	≤ 10	20	30,8
	>10	45	69,2
	$\bar{X} \pm SD$	37,6 ± 78,6	
Siêu âm Doppler mạch chi dưới	Bình thường, không có xơ vữa	26	40,0
	Có mảng xơ vữa, không hẹp mạch	23	35,4
	Hẹp dưới 50%	1	1,5
	Hẹp trên 50%	11	16,9
	Tắc hoàn toàn	4	6,2
ABI	Bình thường	49	75,4
	Ranh giới	4	6,2
	PAD thể nhẹ	5	7,7
	PAD thể trung bình	7	10,8
	PAD thể nặng	0	0
	$\bar{X} \pm SD$ (min – max)	0,95 ± 0,19 (0,4 – 1,2)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt với 63,1% có glucose máu đói ≥ 7 mmol/L và 81,5% có HbA1c $\geq 7\%$ (HbA1c trung bình $9,1 \pm 2,4$). Tỷ lệ tăng bạch cầu và CRP > 10 mg/L lần lượt là 47,7% và 69,2%, cho thấy tình trạng viêm, nhiễm trùng khá phổ biến. Trên siêu âm Doppler, 23,1% bệnh nhân có hẹp động mạch $\geq 50\%$ hoặc tắc hoàn toàn. Tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới (ABI < 0,9) là 18,5%, trong khi ABI trung bình là $0,95 \pm 0,19$.

Bảng 4. Kết quả điều trị của BNNC (n=65)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian điều trị	< 7 ngày	06	9,2
	7 – 14 ngày	49	75,4
	> 14 ngày	10	15,4
	$\bar{X} \pm SD$ (min – max)	10 ± 3,9	
SL kháng sinh sử dụng	1 loại	39	60
	≥ 2 loại	26	40
Phương pháp can thiệp	Thay băng	35	53,8
	Cắt lọc hoại tử - Thay băng	26	40
	Đoạn chi – Thay băng	04	6,2

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị	Tốt	35	53,8
	Trung bình	23	35,4
	Kém	03	4,6
	Đoạn chi	04	6,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân điều trị 7–14 ngày (75,4%), chủ yếu dùng 1 loại kháng sinh (60%) và thay băng đơn thuần (53,8%); kết quả tốt chiếm 53,8%, đoạn chi 6,2%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố với kết quả điều trị của bệnh nhân nghiên cứu (n=65)

Yếu tố nguy cơ	OR	95% CI	p
Hút thuốc lá	0,37	0,04 – 3,31	0,374
Tăng huyết áp	1,43	0,29 – 7	0,663
Thời gian loét trước vào viện ≥ 7 ngày	18	2,95 – 109,87	0,002
Glucose đói (mmol/l) $\geq 7,0$ mmol/L	0,88	0,18 – 4,28	0,870
HbA1c (%) $\geq 7,0$	1,4	0,15 – 12,89	0,764
CRP (mg/l) ≥ 10	2,92	0,33 – 26,04	0,764
ABI < 0,9	4,08	0,78 – 21,41	0,096
Hẹp động mạch	5,11	1,01 – 25,99	0,049
Nhiễm trùng bàn chân nặng	3,7	0,78 – 21,41	0,998

Nhận xét: Trong phân tích đơn biến, thời gian loét trước nhập viện ≥ 7 ngày và tình trạng hẹp động mạch chi dưới ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị. Các yếu tố khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của BNNC:

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình ở bệnh nhân nghiên cứu (BNNC) của chúng tôi là $66,1 \pm 11,5$ tuổi cũng tương tự kết quả nghiên cứu (KQNC) của hầu hết các tác giả trong và ngoài nước khác như Đặng Thị Mai Trang là $61,27 \pm 13,33$ tuổi [5], Lê Bá Ngọc là $62,17 \pm 10,8$ tuổi [6], Samson là $56,6 \pm 12,6$ tuổi [7] đã phản ánh một thực tế bệnh nhân (BN) ĐTĐ bị LBC có tuổi đời khá cao. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nhóm nghiên cứu (NC) là 29,2%. Các thành phần của thuốc lá gây nên tổn thương tế bào nội mô. 64,6% BNNC bị tăng huyết áp, điều này phản ánh căn bệnh này thường gặp ở những bệnh nhân ĐTĐ có LBC. KQNC này cao nhiều so với Lê Bá Ngọc là 38,3% [6].

Đặc điểm lâm sàng

Hiện nay, trên thế giới có nhiều hệ thống phân loại mức độ nặng tổn thương LBC. Phương pháp phân loại tổn thương LBC theo Megitt- Wagner dựa trên kết quả thăm khám lâm sàng để đánh giá độ sâu tổn thương và độ lan rộng của tổ

chức hoại tử là công cụ đơn giản, dễ áp dụng tại mọi cơ sở y tế. Đánh giá mức độ nặng tổn thương LBC có vai trò quan trọng tiên lượng khả năng liền vết loét hay cắt cụt chi. Theo kết quả nghiên cứu (KQNC) của chúng tôi đa số BN có mức độ LBC độ 2 (61,5%). Có 7,7% BN loét wagner độ 4 đã cho thấy mức độ trầm trọng của những tổn thương này khi nhập viện. KQNC của Lê Bá Ngọc, có 12,77% BN nhập viện khi tổn thương loét wagner độ 1 nhưng có tới 27,66% loét wagner độ 4 và 5 đã cho thấy mức độ trầm trọng của những tổn thương này khi nhập viện [6].

Diễn biến tự nhiên về thời gian liền vết loét thông thường kéo dài từ 4- 6 tuần. Những tổn thương có thời gian bị loét kéo dài hơn thời gian này là những vết loét mạn tính, khó điều trị. Thời gian bị loét càng dài thì nguy cơ bị nhiễm trùng cao hơn. Đa số BNNC có thời gian loét dưới 7 ngày (87,7%). Thời gian LBC trung bình là $4,3 \pm 2,8$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 14 ngày. Nghiên cứu của Prompers và cộng sự trên 1229 bệnh nhân LBC do ĐTD chỉ có 16% BN đi khám sớm khi thời gian loét < 7 ngày, 57% có thời gian loét từ 7 - 90 ngày và 27% cũng có thời gian bị loét > 90 ngày [1]. Nghiên cứu của Lê Bá Ngọc cho thấy 7,45% BN đi khám sớm khi thời gian bị loét < 7 ngày.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân nghiên cứu

NC về mức độ kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân LBC do ĐTD là một phần quan trọng trong nghiên cứu khoa học và thực hành lâm sàng. Chỉ số HbA1c trong NC của chúng tôi là $9,1 \pm 2,4$. Đa số (81,5%) BNNC có giá trị HbA1c ≥ 7 . Giá trị trung bình Glucose đói là $9,1 \pm 4,2$ mmol/L. Kết quả này đã phản ánh một thực trạng hầu hết BN bị LBC không kiểm soát tốt glucose máu. Một số kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước khác cũng có kết quả tương tự NC của chúng tôi, như NC của Đặng Thị Mai Trang có chỉ số HbA1c trung bình là $9,85 \pm 2,76\%$ [5]. Tình trạng tăng glucose máu mạn tính đã được khẳng định là nguyên nhân gây ra các biến chứng của bệnh ĐTD như biến chứng thần kinh ngoại vi (BCTKNV), biến chứng mắt, biến chứng thận. Những biến chứng này là yếu tố thuận lợi để gây ra tổn thương LBC. Khi LBC và nhiễm trùng bàn chân xuất hiện, việc kiểm soát glucose máu sẽ càng khó khăn hơn.

Mặc dù bệnh động mạch ngoại vi (BĐMNV) không là nguyên nhân trực tiếp dẫn tới sự hình thành LBC ở người bệnh ĐTD, nhưng BĐMNV gây thiếu máu nuôi dưỡng bàn chân là nguyên nhân làm trầm trọng thêm tình trạng loét và nhiễm trùng. Tỷ lệ mắc BĐMNV ở người bệnh bị LBC do ĐTD có những kết quả khác nhau tùy từng khu vực nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đa số (64,6%) bệnh nhân có chỉ số ABI ở mức bình thường. Chỉ số ABI trung bình $0,95 \pm 0,19$ (0,4 – 1,2). Tỷ lệ bệnh nhân có PAD là 18,5%. BĐMNV thường phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ như tình trạng béo phì, rối loạn lipid máu, tuổi và hút thuốc

lá... Một số biểu hiện lâm sàng của BĐMNV vi như triệu chứng đau cách hồi, đau khi nghỉ có thể bị lu mờ khi có BCTKNV đi kèm. Sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh giữa các NC và tầm quan trọng của biến chứng này trong tiên lượng mức độ nặng tổn thương đã giúp chúng tôi thấy sự cần thiết phải khám sàng lọc BĐMNV ở tất cả bệnh nhân ĐTD bị LBC. Trong NC của chúng tôi số BN siêu âm doppler mạch chi dưới không có hẹp mạch chiếm đa số (49/65 bệnh nhân, 75,4%). Có 24,6% bệnh nhân siêu âm doppler mạch chi dưới có hẹp tắc, trong đó 6,2% bệnh nhân tắc hoàn toàn mạch chi dưới.

Kết quả điều trị tốt và trung bình chiếm đa số với 89,2%. Chỉ 6,2% số BN phải đoạn chi. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân NTBC là $10 \pm 3,9$ ngày. Có 60% BN sử dụng 1 loại kháng sinh và 40% bệnh nhân được sử dụng từ 2 loại kháng sinh trở lên trong quá trình điều trị. BN trong NC của chúng tôi đa số sử dụng 1 loại kháng sinh do đa phần các BN đến sớm thời gian loét trước vào viện < 7 ngày chiếm tỷ lệ 87,7%, có NTBC ở mức độ nhẹ và trung bình (chiếm tỷ lệ 84,6%) và mức độ nặng của tổn thương LBC 92,8% là độ 2 và độ 3. NC của chúng tôi trên nhóm đối tượng BN ĐTD có NTBC điều trị nội trú tại khoa Nội 3, còn rất nhiều bệnh nhân NTBC nặng đã được chuyển sang chuyên khoa ngoại điều trị nên kết quả nghiên cứu có thể chưa phản ánh được đầy đủ thực trạng sử dụng kháng sinh ở nhóm đối tượng BN trên. Liệu pháp kháng sinh ban đầu cho hầu hết người bệnh bị nhiễm trùng bàn chân ĐTD là chọn theo kinh nghiệm; mục tiêu là để điều trị các tác nhân có khả năng gây bệnh mà không cần dùng kháng sinh phổ rộng không cần thiết. Điều trị quyết định cuối cùng sau đó nên được điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng với kháng sinh theo kinh nghiệm tùy từng mức độ hoặc kết quả cấy kháng sinh đồ. Có 53,8 % BN trong nhóm NC chỉ can thiệp thay băng vết thương hàng ngày trong quá trình điều trị. Có 4 bệnh nhân NTBC nặng phải can thiệp ngoại khoa cắt đoạn chi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 87,7% bệnh nhân có thời gian loét trước vào viện < 7. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng kết quả điều trị kém hoặc đoạn chi ở nhóm có thời gian loét trước vào viện ≥ 7 ngày cao hơn 18 lần so với nhóm có thời gian loét trước vào viện < 7 ngày và có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Bên cạnh đó, kết quả điều trị kém hoặc đoạn chi ở nhóm có hẹp mạch khi Siêu âm Doppler mạch cao hơn 5,11 lần so với nhóm không có hẹp mạch và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,049$).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 BN đái tháo đường biến chứng nhiễm khuẩn bàn chân điều trị nội trú tại Khoa Nội 3 bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Bệnh nhân đái tháo đường có LBC trong NC chủ yếu lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm và kiểm soát

đường huyết còn kém. Phần lớn nhập viện ở giai đoạn tổn thương độ 2–3, thời gian loét trước vào viện dưới 7 ngày.

- Kết quả điều trị nhìn chung khả quan với tỷ lệ khỏi và cải thiện cao, tỷ lệ đoạn chi thấp. Tuy nhiên, thời gian loét ≥ 7 ngày và tình trạng hẹp động mạch chi dưới là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến kết quả điều trị kém. Điều này nhấn mạnh vai trò của phát hiện sớm, kiểm soát đường huyết tốt và đánh giá tưới máu chi dưới trong cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bansal E., Garg A., Bhatia S., et al. (2008). Spectrum of microbial flora in diabetic foot ulcers. *Indian J Pathol Microbiol*, 51(2), 204–208. <https://doi.org/10.4103/0377-4929.41685>
- [2] American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1): S1–S2. <https://doi.org/10.2337/dc22-Sint>.
- [3] Lipsky B.A., Senneville É., Abbas Z.G., et al. (2020). Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*, 36 Suppl 1, e3280. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3280>
- [4] Samson O.Oyibo et al (2001). A Comparison of Two Diabetic Foot Ulcer Classification Systems. *Diabetes Care*, 24,84-88. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.84>
- [5] Đặng Thị Mai Trang (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị LBC ở bệnh nhân ĐTĐ bằng yếu tố tăng trưởng biểu bì. Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học Y Hà Nội.
- [6] Lê Bá Ngọc (2023). Nghiên cứu xác định yếu tố nguy cơ loét bàn chân ở người đái tháo đường. Luận án tiến sĩ, trường đại học Y Hà Nội.