

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐƯỢC KÉO GIÃN DA BẰNG BỘ DÂY CHUYÊN DỤNG VÀ DÂY CƯỚC CẢI TIẾN

Nguyễn Nữ Tố Trinh¹, Võ Thị Linh Giang¹, Huỳnh Thị Thu Thảo¹
Trần Thị Thu Oanh¹, Nguyễn Đức Hạnh¹, Nguyễn Khoa Thanh Phong¹
1. Trung tâm CTCH- PTH, BVTW Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và qui trình chăm sóc bệnh nhân điều trị kéo giãn da cải tiến bằng bộ dây chuyên dụng và dây cước.

Đối tượng, phương pháp: 50 bệnh nhân được điều trị kéo giãn da có tổn thương phần mềm thiếu da không thể khâu da thì đầu được tại Khoa ngoại CTCH - Bông, Ngoại Tổng hợp, ngoại Dịch vụ BVTW Huế trong các trường hợp: thiếu da sau giải phóng khoang chèn ép; vết thương lóc da, mất da; khuyết hồng phần mềm; vết thương nhiễm trùng, mổ cắt, áp xe... Phương pháp nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, từ tháng 01/2010 đến tháng 08/2010. Thực hiện và đánh giá kết quả qui trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật.

Kết quả: 84% bệnh nhân có thời gian điều trị dưới 7 ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp. Người bệnh hài lòng, đem lại thẩm mỹ cao, ít sẹo, không biến chứng co rút sau này, nhanh chóng để cho bệnh tập vận động sớm. Kỹ thuật thực hiện đơn giản, rẻ tiền, có thể thực hiện tại phòng tiểu phẫu, bệnh nhân và người nhà có thể tự kéo giãn được (sau khi được điều dưỡng viên hướng dẫn). Có thể áp dụng kỹ thuật rộng rãi này tại các tuyến y tế cơ sở (đã áp dụng thành công tại BVĐK tỉnh Quảng Trị, BV Cuba - Đồng Hới, BVĐK tỉnh Quảng Nam).

Kết luận: Qui trình chăm sóc điều dưỡng sau khi sử dụng phương pháp kéo giãn da cải tiến bằng bộ dây chuyên dụng và dây cước đem lại kết quả điều trị tốt, rút ngắn thời gian điều trị.

ABSTRACT

RESULTS OF CARING IN SOFT TISSUE DEFECT PATIENTS BY PERFUSION TUBE AND FISHING LINE IMPROVEMENT FOR GRADUALLY SKIN EXPANSION

Nguyen Nu To Trinh¹, Vo Thi Linh Giang¹, Huynh Thi Thu Thao¹
Tran Thi Thu Oanh¹, Nguyen Duc Hanh¹, Nguyen Khoa Thanh Phong¹

Objective: The evaluation of result and process to care for patient with soft tissue defect treated by improved method of gradually skin expansion using perfusive tube and fishing line

Subject and method: 50 patients with soft tissue defect were treated by improved method of gradually skin expansion using perfusive tube and fishing line at orthopaedic and plastic center, general surgery department, patient's request department at Hue central Hospital from 01/2010 to 08/2011.

The soft tissue defect is including as: skin defect after compartment release surgery, soft tissue defect after trauma, infected wound, skin defect after amputation...

Result: 84% patient were treated successfully less 7 days, The rate of complication is very low, the scar is small and aesthetics, the patient can do rehabilitate earlier.

This technique is very simple, the patient can do themselves skin expansion under guidance of doctor or nurse, the fee of treatment is also very low.

This technique may be applied at lower medical center (applied at Quang Tri province Hospital, Cu Ba - Dong Hoi province Hospital, Quang Nam Hospital).

Conclusion: *The process to care for patient with soft tissue defect treated by improved method of gradually skin expansion using perfusive tube and fishing line achieve good results, short hospitalization.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Da được bao bọc toàn bộ bên ngoài cơ thể, bảo vệ không cho vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể. Một khi da bị tổn thương thì cơ thể của chúng ta bị đe dọa. Ngoài ra da còn là một cơ quan cảm giác xúc giác.

Da có đặc tính căng giãn rất kỳ lạ nên từ lâu người dân ở Châu Phi đã dùng những vật dụng thô sơ để làm căng mô. Năm 1957: dụng cụ làm giãn da được giới thiệu đầu tiên bởi Neuman, cho mãi đến năm 1976 nhờ sự cải tiến của Radovan người ta mới chấp nhận áp dụng rộng rãi (túi giãn da bên trong).

Năm 1977 Gibson mô tả kỹ thuật kéo giãn da để đóng da, đó là tiền đề mà hiện nay nhiều quốc gia đã áp dụng: năm 2001 Tăng Hà Nam Anh, đã dùng kỹ thuật buộc dây dày cải tiến kéo da để đóng da trong trường hợp gãy xương hở không khâu kín da được. Năm 2007 Phạm Văn Đồi, kéo da trong các trường hợp vết thương phần mềm mà không khâu da thì đầu bằng bộ dây chuyên dịch. Tại BVTW Huế chúng tôi đã áp dụng lần đầu tiên vào 2008 bằng cải tiến bằng bộ dây chuyên dịch và dây cước để điều trị kéo da cho những bệnh nhân không thể khâu da thì đầu được, đã đem lại kết quả thật khả quan. Chính vì thế việc chăm sóc vết thương cho những trường hợp này cũng được đặt ra song hành, kết quả điều trị có thành công hay không thì cũng nhờ vào một phần của việc chăm sóc vết thương. Do vậy mục tiêu đề tài nhằm:

1. *Đánh giá hiệu quả của dụng cụ kéo da cải tiến*

2. *Nghiên cứu quá trình chăm sóc ở bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 01/2010 đến tháng 08/2010, 50 bệnh nhân, nam 47 (94%), nữ 3 (6%), được điều trị kéo giãn da có tổn thương phần mềm thiếu da không thể khâu da thì đầu được tại BVTW Huế với tiêu chuẩn:

- Thiếu da sau giải phóng khoang chèn ép
- Vết thương lóc da, mất da
- Khuyết hồng phần mềm
- Vết thương nhiễm trùng, móm cụt, áp xe...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang

- Sử dụng mẫu phiếu khảo sát từ khi bệnh vào viện đến khi ra viện.

- Tư vấn cho bệnh nhân, chuẩn bị bệnh, dụng cụ thay băng (hàng ngày).

- Sau phẫu thuật 24 giờ.

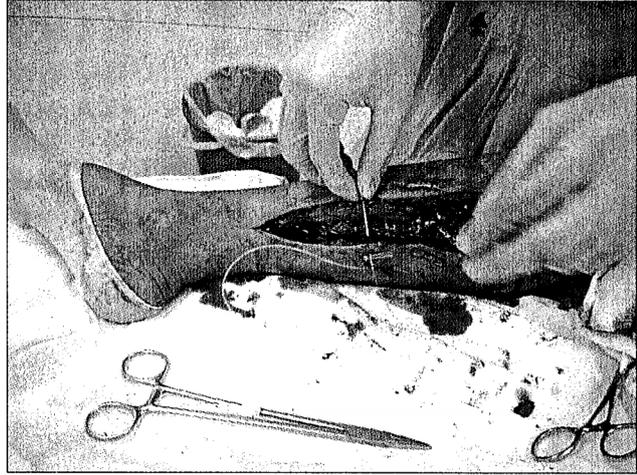
- Hướng dẫn bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân tăng kéo dây cước mỗi ngày (nhiều lần trong ngày) mỗi lần một ít tránh kéo mạnh (bệnh nhân cảm thấy đau thì ngưng kéo) nếu người bệnh hoặc người nhà không kéo được thì mỗi lần thay băng kéo vào một ít, nhẹ nhàng, kéo cho đến khi 2 mép da áp sát vào nhau.

- Nếu bệnh đau nhiều, rách da thì dừng lại hoặc nói lỏng.

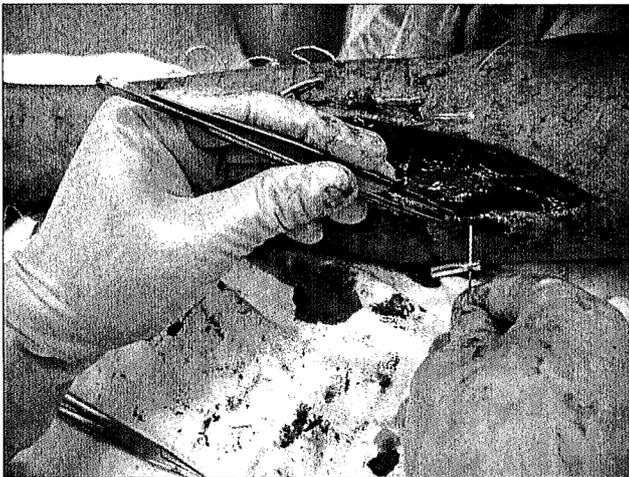
- Nếu vết thương nhiễm trùng thì thay băng hàng ngày; chỉ sử dụng nước muối sinh lý hoặc betadine hòa loãng (5%).



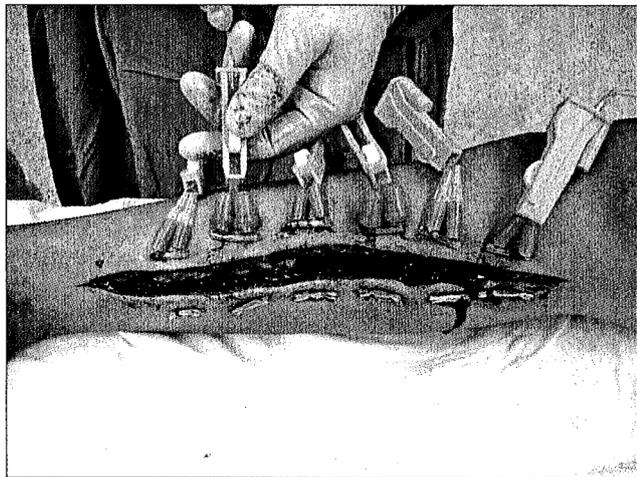
Hình 3.1. Phương tiện



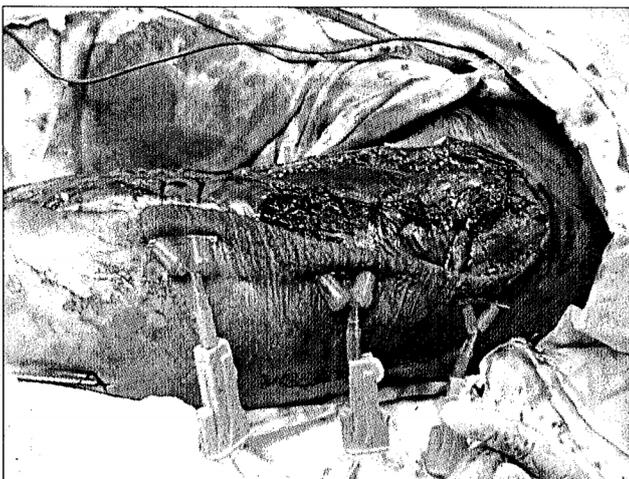
Hình 3.2. Kỹ thuật luồn dây cước



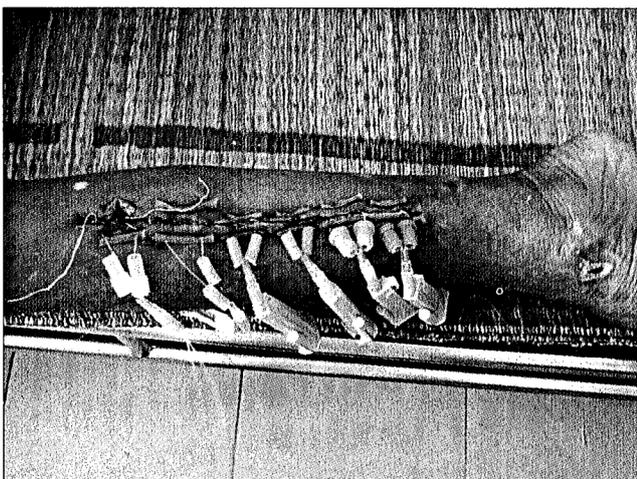
Hình 3.3. Xuyên kim qua mép da



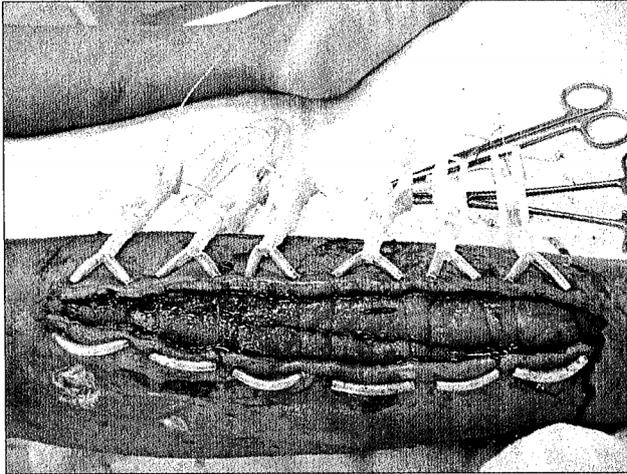
Hình 3.4. Kỹ thuật kéo



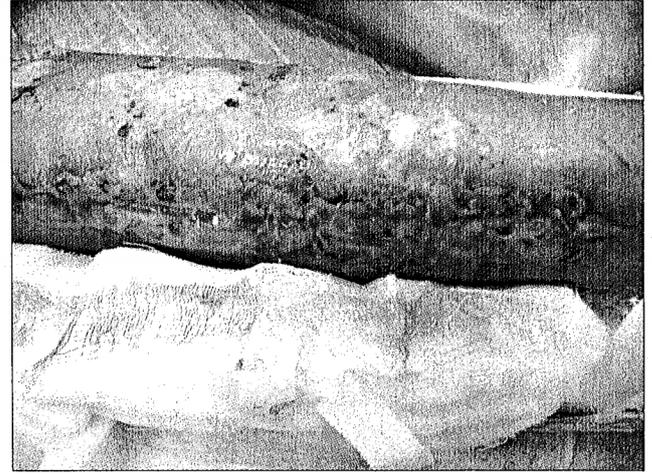
Hình 3.5. Vết thương phần mềm vùng đùi



Hình 3.6. Hai mép da áp sát (CEK)



Hình 3.7. Kéo giãn ngày thứ 2



Hình 3.8. Liên sẹo sau kéo

- Nếu có hoại tử tổ chức thì cắt lọc mỗi khi thay băng, đắp gạc ẩm, có thể tắm thêm kháng sinh (điều trị kháng sinh theo KSD).

- Quanh hai mép da và hệ thống khóa luôn rửa sạch bằng cồn 70 độ.

- Hướng dẫn tập PHCN, động viên, giúp đỡ trong thời gian nằm điều trị.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 15	01	02
15-<30	15	30
30-50	33	66
> 50	01	02
Tổng	50	100

Nhận xét: Độ tuổi lao động thường gặp nhất (66%).

Bảng 3.2. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Học sinh- Sinh viên	05	10
Nông dân	32	64
Xây dựng	10	20
Cán bộ công chức	03	06
Tổng	50	100

Nhận xét: Người nông dân chiếm đa số (64%) trong tổng số các ngành nghề khác.

Bảng 3.3. Nguyên nhân

Nguyên nhân	n	%
Tai nạn sinh hoạt	07	14
Tai nạn giao thông	28	56
Tai nạn lao động	10	20
Các trường hợp khác	05	10
Tổng	50	100

Nhận xét: Tai nạn giao thông chiếm ưu thế (56%) phản ánh tình trạng tai nạn giao thông chung.

3.2. Tính chất tổn thương và quá trình chăm sóc

Bảng 3.4. Vị trí

Vị trí	n	%
Cánh tay	03	06
Cẳng tay	04	08
Bụng	01	02
Đùi (+ gối)	06	12
Mông	02	04
Cẳng chân	32	64
Bàn + gót chân	02	04
Tổng	50	100

Nhận xét: Vị trí thường gặp là ở cẳng chân (64%).

Bảng 3.5. Bệnh lý

Bệnh lý	n	%
Giải áp trong chèn ép khoang	20	40
Khuyết hồng phần mềm	12	24
Vết thương mất da, lóc da	05	10
Mỏm cụt	04	08
Giải phóng khoang do TT mạch máu, thần kinh	09	18
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ kéo dẫn da sau giải phóng khoang cao (58%).

Bảng 3.6. Tình trạng tổn thương

Tình trạng tổn thương	n	%
Nhiễm trùng (mép da, chân dây cước)	01	02
Rách da	01	02
Đau dai dẳng	03	06
Phải ghép da khâu da tăng cường	02	04
Hai mép ép vào nhau không nhiễm trùng	43	86
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ xảy ra biến chứng sau chăm sóc vết thương rất thấp. 86% cho kết quả hai mép vết thương ép vào nhau không nhiễm trùng.

Bảng 3.7. Thời gian chăm sóc và điều trị

Thời gian điều trị	n	%
03 ngày	03	06
05 ngày	14	28
07 ngày	25	50
10 ngày trở đi	08	16
Tổng	50	100

Nhận xét: 84% bệnh nhân được điều trị trong vòng 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây cùng với sự phát triển, tiến bộ mọi mặt về kinh tế xã hội của đất nước, ngành Y tế Việt Nam cũng phải đối mặt với sự gia tăng đến mức báo động của tình hình tai nạn thương tích.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trên thế giới hàng năm có ít nhất 5,5 triệu người chết, gần 100 triệu người tàn tật do tai nạn thương tích, ở nhiều nước số người bị tai nạn thương tích phải nhập viện chiếm 10-30% tổng số bệnh nhân, thiệt hại ước tính hàng nghìn tỷ đô la Mỹ, chiếm 5-6% tổng thu nhập quốc dân.

Ở Việt Nam tai nạn thương tích đang dần trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại các bệnh viện. Bình quân mỗi ngày có khoảng 30 người chết và 70 người bị thương gây tàn tật suốt đời, trong đó nguyên nhân do tai nạn giao thông đứng hàng đầu, sau tai nạn giao thông là các tai nạn cộng đồng đặc biệt ngộ độc, chết đuối, cháy bỏng, điện giật... hiện đang là vấn đề hết sức cấp bách.

Hiện nay với sự lớn mạnh của nền khoa học Y học, chúng ta đã có những bước tiến vượt bậc về chuyên môn kỹ thuật, đặc biệt trong phẫu thuật tạo hình.

Kết quả cho thấy nam chiếm đa số so với nữ (94% so với 6%). Như vậy nam thường bị tai nạn hơn. Độ tuổi lao động thường gặp nhất (66%). Điều này nói lên tình trạng chấn thương chung hiện nay. Người nông dân chiếm đa số (64%) trong tổng số các ngành nghề khác.

Qua kết quả trên cho thấy nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm ưu thế (56%) phản ánh tình trạng tai nạn giao thông chung. Đồng thời qua kết quả này cho ta biết có tổn thương phối hợp kèm theo (gãy xương, tổn thương mạch máu, thần kinh...) bệnh nhân thường đau đớn khó chịu nên việc chăm sóc và nuôi dưỡng ở các bệnh nhân này là hết sức quan trọng, chúng tôi thường thay băng nhẹ nhàng và luôn tránh an, động viên, giúp đỡ cho người bệnh.

Vị trí thường gặp là ở cẳng chân (64%); thường

dễ chăm sóc, chúng tôi cho kê chân cao và cho tập vận động các khớp nhẹ nhàng.

Qua kết quả cho thấy tỷ lệ kéo giãn da sau giải phóng khoang cao (58%) bệnh có thể có kết hợp xương cố định ngoài kèm theo hay là bất động nẹp tạm thời chúng tôi kết hợp giữa chăm sóc và điều trị đồng thời phối hợp thêm kỹ thuật viên phục hồi chức năng để tập vận động trần trở cho những bệnh này.

Đa số bệnh nhân hài lòng, đáp ứng nhu cầu về thẩm mỹ. Vết thương khô ráo không nhiễm trùng chỉ vài trường hợp cần phải khâu da hay ghép da tăng cường do rách da hay cần cắt bỏ hai mép nhiễm trùng để khâu lại, một số bệnh nhân đau, khó chịu chúng tôi phối hợp thuốc giảm đau, an thần đồng thời kéo giãn thưa thời gian (kéo cách nhật thay vì kéo nhiều lần trong ngày) và cho giảm đau trước khi thực hiện chăm sóc.

Phần lớn bệnh nhân được điều trị trong vòng 7 ngày, như thế dùng phương pháp này đem lại rút ngắn thời gian điều trị, và vấn đề chăm sóc vết thương ở đây cũng có kết quả tốt.

So sánh với các tác giả: Tăng Hà Năm Anh (2003) kéo da theo kiểu buộc dây: Đối với phương pháp này kỹ thuật khó, hiệu quả thấp hơn.

Sỹ Phạm Văn Đồi (2008) đã áp dụng kỹ thuật này, nhưng dùng chỉ Prolene 2.0 giá thành đắt hơn, khi kéo giãn dễ đứt và tuột, không thể áp dụng cho những vị trí có vết thương khuyết rộng và căng. Chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật và cho hiệu quả điều trị và kinh tế cao hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Sử dụng phương pháp kéo giãn da cải tiến bằng bộ dây chuyên dịch và dây cước đem lại kết quả điều trị tốt, rút ngắn thời gian điều trị.

2. Người bệnh hài lòng, đem lại thẩm mỹ cao, ít sẹo, không biến chứng co rút sau này, nhanh chóng có thể tập vận động sớm.

3. Kỹ thuật thực hiện đơn giản, rẻ tiền, có thể thực hiện tại phòng tiểu phẫu, bệnh nhân và người nhà có thể tự kéo giãn được (sau khi được hướng dẫn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tăng Hà Nam Anh (2003), Khâu da sớm đối với vết thương trong gãy hở thân xương dài có kết hợp kỹ thuật kéo da kiểu dây giày cải tiến, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 1, tr.25-30.
2. Phạm Văn Đồi và cộng sự (2008), Đóng da từ từ bằng dụng cụ kéo da cải tiến từ bộ dây chuyên dịch, *Y học thực hành*, 620+621, tr.350-357.
3. Trần Viết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng (2005), *Phương pháp giãn da trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ*, NXB Y học, Hà Nội.