

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT GHÉP DA CÓ SỬ DỤNG KHÁNG SINH RIPAMYCIN VÀ NƯỚC MUỐI SINH LÝ LÊN BỀ MẶT VẾT THƯƠNG TẠI TRUNG TÂM CTCH- PTTH, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Nữ Tố Trinh¹, Nguyễn Thị Tuyết Dung¹
Hoàng Trâm Anh¹, Trương Thị Hồng¹, Lê Thị Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật ghép da có sử dụng kháng sinh ripamycin và nước muối sinh lý lên bề mặt vết thương.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật ghép da đã có sử dụng kháng sinh Ripamycin lên bề mặt vết thương tại khoa Bỏng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 11/2011 đến 5/2012. Thực hiện chăm sóc: Trước khi ghép da: cắt bỏ tổ chức hoại tử sau đó đắp gạc có tẩm Ripamycin lên vết thương 2 ngày thay một lần. Sau khi ghép da sau 5-7 ngày là thay băng vùng ghép lần đầu sau đó cho đắp gạc tẩm Ripamycin cứ 2 ngày thay một lần.

Kết quả: Bỏng xảy ra ở nam và nữ ngang nhau, gặp ở tất cả lứa tuổi, trong đó bỏng ở trẻ em chiếm tỉ lệ quan trọng. Bỏng nhiệt chiếm tỉ lệ cao nhất, bỏng do hóa chất và điện chiếm tỉ lệ ít nhưng phần lớn gây bỏng sâu (độ 4). Các trường hợp được thay băng 3 – 5 lần trước và sau khi ghép da. 80,39% vết thương đỡ rướm máu, mô hạt lên tốt. Hầu hết các trường hợp có thời gian chăm sóc 1-2 tuần. 94,12% có nền ghép da khô, da dính tốt.

Kết luận: Sử dụng kháng Ripamycin đắp lên vết thương thiếu da rất có hiệu quả, đem lại kết quả khá tốt, rút ngắn thời gian chăm sóc và điều trị.

ABSTRACT

EVALUATE RESULT OF PREOPERATION AND POSTOPERATION CARE FOR PATIENT WITH WOUND SURFACING RIPAMYCIN AND SALINE AT THE ORTHOPEDIC & PLASTIC SURGERY CENTER, HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Nu To Trinh¹, Nguyen Thi Tuyen Dung¹
Hoang Tram Anh¹, Truong Thi Hong¹, Le Thi Nga¹

Objective: Evaluate result of preoperation and postoperation care for patient with wound surfacing Ripamycin and saline.

Method: 51 patients treated by skin graft with wound surfacing Ripamycin and saline in Burn department, Hue Central Hospital from October 2011 to May 2012. Wound care: Before skin graft, debride and cover the wound by gauze with Ripamycin soaking and replace two day per time. After 5-7 days skin graft, change dressing firstly and cover the wound by gauze with Ripamycin soaking and replace two day per time.

Result: Burn occurs the same in male and female, of all ages. In there, children is dominant. Heat burn is the highest ratio, chemical and electrical burn are low ratio but they are almost deep burn (4 grade). Changing dress was carried out 3-5 times pre and post operation. 80.39 % of

1. Trung tâm CTCH-PTTH, BVTW Huế

wound is red and surfacial bleeding, good histioplast. In almostly cases, the wound was cared 1-2 weeks, 49.12% dry and attached skin graft ground.

Conclusion: Using antibio to cover the defected skin wound is effective, rather good result, decrease wound care and treating duration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tổn thương do tác dụng trực tiếp của các yếu tố vật lý (nhiệt, bức xạ, điện...) và hoá học gây ra trên cơ thể. Da là bộ phận thường bị tổn thương nhất khi bị bỏng, kể đến là các lớp sâu dưới ga (cân, cơ, xương, khớp, mạch máu, thần kinh) và một số cơ quan (đường hô hấp, ống tiêu hoá, bộ phận sinh dục)...

Mỗi khi bị bỏng đặc biệt là bỏng sâu cần phải phẫu thuật cắt lọc ghép da mới lành vết thương được. Vì vậy bệnh nhân bị bỏng nếu không được chăm sóc, điều trị kịp thời và có hiệu quả sẽ để lại di chứng nặng nề. Việc chăm sóc vết thương sau bỏng hết sức quan trọng.

Khoa Bỏng được tách ra từ khoa ngoại chấn thương chỉnh hình - bỏng đã gần một năm qua, nhằm rút ngắn thời gian điều trị, hạn chế di chứng sau bỏng. Do đó để chăm sóc vết thương sau bỏng được có hiệu quả hơn, đặc biệt đối với bỏng sâu cần phải phẫu thuật ghép da thì vấn đề chăm sóc nền thiếu da hết sức quan trọng. Chúng tôi đã sử dụng kháng sinh Ripamycin có tính kháng khuẩn phổ rộng để đắp lên vết thương thiếu da sau bỏng bước đầu đem lại kết quả rất khả quan. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành làm đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả chăm sóc bệnh nhân trước và sau phẫu thuật ghép da có sử dụng kháng sinh ripamycin và nước muối sinh lý lên bề mặt vết thương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật ghép da đã có sử dụng kháng sinh Ripamycin lên bề mặt vết thương tại khoa Bỏng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang
- Công cụ nghiên cứu: sử dụng mẫu phiếu sát từ khi bệnh vào viện đến khi ra viện.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2011 đến tháng 05/2012.

- Các bước tiến hành:

Hầu hết các bệnh bị bỏng thường đau và khó chịu khi thay băng, đặc biệt là trẻ em. Nên chúng tôi thường cho giảm đau hay tiền mê trước khi thay băng.

+ Chuẩn bị bệnh, chuẩn bị dụng cụ thay băng ...

+ Cho kháng sinh Ripamycin hòa với nước muối sinh lý rồi tắm vào trong gạc ẩm.

+ Trước khi ghép da: cắt bỏ tổ chức hoại tử sau đó đắp gạc có tẩm Ripamycin lên vết thương 2 ngày thay một lần cho đến khi mô hạt lên tốt.

+ Sau khi ghép da sau 5-7 ngày là thay băng vùng ghép lần đầu sau đó cho đắp gạc tẩm Ripamycin cứ 2 ngày thay một lần cho đến khi vết thương khô, da dính tốt.

+ Hướng dẫn bệnh nhân tập phục hồi chức năng.

+ Động viên, giúp đỡ bệnh trong thời gian nằm điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo giới

Giới	n	%
Nam	26	50,98
Nữ	25	49,02
Tổng	51	100

Nhận xét: Nam và nữ chiếm tỉ lệ tương đương nhau (50,98% so với 49,02%, $p > 0,05$).

Bảng 3.2. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
< 6	14	27,45
6 - 15	4	7,84
16 - 30	11	21,57
31 - 60	16	31,37
> 60	6	11,77
Tổng	51	100

Bệnh viện Trung ương Huế

Nhận xét: Bỏng xảy ra ở hầu hết các lứa tuổi, trong đó bỏng ở trẻ em chiếm một tỉ lệ quan trọng.

Bảng 3.3. Tác nhân gây bỏng

Tác nhân gây bỏng	n	%
Nhiệt khô	25	49,02
Nhiệt ướt	20	39,22
Hóa chất	3	5,88
Điện	3	5,88
Tổng	51	100%

Nhận xét: Phần lớn bỏng do nhiệt, trong đó nhiệt khô chiếm tỉ lệ cao nhất (49,02%) tiếp đến là nhiệt ướt (39,22%).

Bảng 3.4. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Công nhân	14	27,45
Nông dân	7	13,73
Cán bộ	3	5,88
Học sinh, sinh viên	3	5,8
Nhò, già yếu, khác	24	47,06

Nhận xét: Các đối tượng trẻ em và người già bị bỏng chiếm tỉ lệ cao (47,06%), tiếp đến là công nhân (27,45%).

Bảng 3.5. Phân bố địa dư

Địa dư	n	%
Thành thị	25	49,02
Nông thôn	22	43,14
Miền núi	5	5,88
Vùng khác	1	1,96

Nhận xét: Chủ yếu các trường hợp bỏng đến từ thành thị (49,02%).

3.2. Tính chất tổn thương

Bảng 3.6. Diện tích ghép da

Diện tích (% cơ thể)	n	%
< 5	40	78,43
5 – 10	8	15,69
> 10	3	5,88

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp bỏng <5% diện tích cơ thể.

Bảng 3.7. Độ sâu theo tác nhân

Tác nhân Độ sâu	Nhiệt khô	Nhiệt ướt	Hóa chất	Điện	Tổng	%
Độ 3	15	11	1	0	27	52,94
Độ 4	10	9	2	3	24	47,06
Tổng	25	20	3	3	51	100%

Nhận xét: Bỏng do hóa chất và điện thường gây bỏng độ 4. Bỏng do nhiệt (khô, ướt) độ 3 nhiều hơn độ 4.

Bảng 3.8. Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Đầu mặt cổ	4	7,84
Chi trên	14	27,45
Chi dưới	21	41,18
Ngực bụng	4	7,8
Lưng hông	5	9,81
Kết hợp	3	5,88

Nhận xét: Bỏng chi dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (41,18%) tiếp đến là chi trên (27,45%).

3.3. Quá trình chăm sóc

Bảng 3.9. Số lần thay băng trước và sau khi ghép da

Số lần thay băng	Trước ghép da		Sau ghép da	
	n	%	n	%
< 3	2	3,92	12	23,53
3 – 5	39	76,47	33	64,76
> 5	10	19,61	6	11,76

Nhận xét: Phần lớn trường hợp được thay băng 3 – 5 lần trước và sau khi ghép da.

Bảng 3.10. Tình trạng vết thương trước ghép da

Tình trạng vết thương	n	%
Vết thương xuất tiết dịch, giả mạc	1	1,96
Vết thương đỏ rướm máu, mô hạt lên tốt	41	80,39
Mô hạt vừa	7	13,73
Mô hạt xấu	2	3,92
Tổng	51	100

Nhận xét: Phần lớn (80,39%) vết thương đỏ rướm máu, mô hạt lên tốt.

Bảng 3.11. Thời gian chăm sóc từ khi có sử dụng Ripamycin

Thời gian chăm sóc	n	%
< 7 ngày	12	23,53
7 – 14 ngày	35	68,63
> 14 ngày	4	7,8

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp có thời gian chăm sóc 1-2 tuần.

Bảng 3.12. Đánh giá tình trạng vết thương sau ghép da

Tình trạng vết thương sau ghép da	n	%
Nền ghép da ướt, xuất tiết dịch, giả mạc, bong da ghép	3	5,88
Nền ghép da khô, da dính tốt	48	94,12
Tổng	51	100

Nhận xét: 94,12% có nền ghép da khô, da dính tốt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy tỷ lệ bị bỏng có phẫu thuật ghép da nam và nữ gần tương đương nhau, độ tuổi hay gặp nhất là độ tuổi trung niên chiếm 31,37 %, tiếp đó là trẻ em chiếm 37,45 %.

Nguyên nhân hay gặp nhất là bỏng do ở nhiệt độ cao trong đó nhiệt khô chiếm 49,02%, bỏng điện và hóa chất ít hơn chiếm 5.88%.

Số bệnh nhân được phẫu thuật ghép da ở người mất sức lao động và trẻ nhỏ chiếm khá cao 47,06%, thể hiện những bệnh nhân này là bị bỏng sâu cần

phải ghép da đồng thời liên quan về vấn đề dự phòng trong cộng đồng ở người này rất quan trọng.

Theo phân bố địa dư, thì thành thị chiếm tỷ lệ cao nhất 49,02 %.

Tính chất tổn thương và quá trình chăm sóc vết thương trước và sau ghép da: Diện tích để ghép da có diện tích dưới 5 % (theo diện tích của cơ thể) chiếm tỷ lệ cao nhất 78,43 %. Với diện tích nhỏ, vừa phải tiện cho chúng ta thay băng hằng ngày. Còn độ sâu; thì chúng tôi chỉ nghiên cứu số bệnh nhân thiếu da sau bỏng thường là độ 3 (3b) và độ 4 (theo phân của viện Bỏng quốc gia) cần phải phẫu thuật ghép da mới liền vết thương được, chúng tôi tiến hành thay băng có sử dụng kháng sinh Ripamycin lên bề mặt vết thương, cho thấy: sau khi đắp kháng sinh lên vết thương thì vết thương ít xuất tiết dịch, không có giả mạc và đồng thời mô hạt lên tốt, chuẩn bị một nền thiếu da tốt giúp cho da sống tốt sau khi ghép.

Qua đó sẽ rút ngắn thời gian điều trị hạn chế biến chứng thể hiện bằng kết quả đánh giá tình trạng vết thương sau ghép da. Cho kết quả tốt chiếm 94,12%.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu chúng tôi sử dụng kháng Ripamycin đắp lên vết thương thiếu da rất có hiệu quả, đem lại kết quả khá tốt, đây là một loại kháng sinh phổ rộng kháng khuẩn nhẹ điều trị cho cả vi khuẩn gram (+) và gram (–) đặc biệt đáp ứng tốt với trực khuẩn Lao.

Đã góp phần vào việc chăm sóc vết thương bỏng ngày càng tốt hơn, đem lại hiệu quả cho bệnh nhân, rút ngắn thời gian chăm sóc, rút ngắn thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Điều dưỡng – Trường Đại học Y Dược Huế (2010), Chăm sóc bỏng, *Bài giảng điều dưỡng Ngoại*.
2. Lê Thế Trung (1998), *Những điều cần biết về bỏng*, Nhà xuất bản Y học.
3. Viện bỏng quốc gia (2008), *Các chuyên đề chuyên sâu về bỏng*, Nhà xuất bản Y học.