

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC TẠI CHỖ VẾT THƯƠNG BỎNG TẠI KHOA BỎNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Thị Ngọc Vân¹, Lê Đình Phong¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu 147 bệnh nhân bỏng được nhập viện tại khoa Bỏng - Bệnh viện Trung ương Huế. Nguyên nhân bỏng chủ yếu là do nhiệt ướt chiếm 86,7%, tổn thương hay gặp nhất là chi trên. Trong đó trẻ em từ 1-5 tuổi chiếm 37%. Bệnh nhân điều trị tại khoa chủ yếu bằng Biafine (91,1%) kết hợp với Betadine pha loãng (96,5%). Thời gian điều trị trung bình với vết bỏng nông là 7,84 ngày, với vết bỏng sâu dưới 10% là 24,99 ngày và vết bỏng sâu trên 10% là 83,43 ngày. Trung bình chung là 13,53 ngày. Kết quả điều trị có 92,5% bệnh nhân lành hẳn, 7,5% còn lại diện bỏng tự thu hẹp các trường hợp này bệnh nhân tự khỏi và ra viện, không có trường hợp tử vong trong nghiên cứu này. Với quy trình chăm sóc vết thương bỏng tại chỗ đúng, đảm bảo vô trùng cho bệnh nhân thì sẽ mang lại hiệu quả vô cùng to lớn đến sức khỏe, kinh tế, giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội.

ABSTRACT

ASSESSMENT OF NURSING CARE IN BURN INJURY AT BURN UNIT, HUE CENTRAL HOSPITAL

Phan Thi Ngoc Van, Le Dinh Phong

Research 147 burn patients hospitalized in the Department of Burns-Hue Central Hospital. The main cause due to thermal burns accounted for 86.7 % is wet, the most common injury is spent on. In which children from 1-5 years 37%. Patients treated by Biafine mainly (91.1%) combined with diluted Betadine (96.5%). The average duration of treatment with light burn is 7.84 days, with deep burns of 10% is 24.99 days and deep burns over 10% is 83.43 days. Overall average is 13.53 days. Results of treatment of patients with healed 92.5%, 7.5% are restricting themselves to the burning of these cases the patient from the hospital and no deaths in this study. With the process of burn wound care in the right place, to ensure sterility patients will bring a huge effect on health, economy, ease the burden for the family and society.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tai nạn thường gặp trong đời sống hàng ngày, là tổn thương cấp tính của cơ thể gây nên bởi sức nhiệt, hóa chất, điện năng, bức xạ. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, số lượng bệnh nhân bỏng vào Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bỏng ngày càng gia tăng. Bỏng không những gây ra những ảnh hưởng trước mắt mà còn để lại những hậu quả lâu dài, có thể ảnh hưởng đến phát triển thể chất, trưởng thành về trí tuệ ở trẻ em, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức

năng do di chứng (sẹo lồi, co kéo, sai khớp, tháo khớp, cắt đoạn chi...). Điều trị bỏng kéo dài, chi phí tốn kém cùng với hậu quả nặng nề, tai nạn bỏng thực sự là một gánh nặng về kinh tế cho cả gia đình và xã hội. Việc sơ cứu đúng ngay sau bỏng làm giảm diện tích, độ sâu, làm diễn tiến của bệnh nhẹ hơn, giảm tỷ lệ tử vong bệnh bỏng. Trong đó, điều trị tại chỗ giữ vai trò quan trọng trong quá trình điều trị bỏng, quyết định đến kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả chăm sóc tại chỗ vết thương bỏng tại khoa Bỏng, Bệnh viện

1. Trung tâm CTCH-PTTH, BVTW Huế

Bệnh viện Trung ương Huế

Trung ương Huế” nhằm mục tiêu:

- Phân tích các đặc điểm của bệnh nhân bỏng.
- Đánh giá kết quả chăm sóc tại chỗ vết thương bỏng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 147 bệnh nhân bỏng được điều trị tại khoa CTCH- Bỏng, BVTW Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 5/2012

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

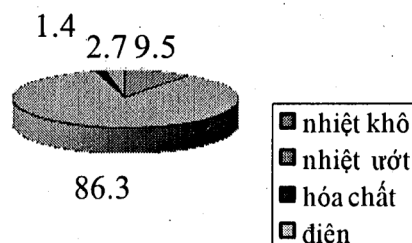
Tuổi	<1	1-5	6-10	11-15	16-45	46-59	>60
n	11	55	8	2	45	17	9
%	7,5	37	5,4	1,3	31	11,2	6,1

Tuổi nhỏ nhất bị bỏng là 8 tháng tuổi, tuổi cao nhất là 84 tuổi, tuổi bị bỏng nhiều nhất là 1-5 tuổi chiếm 37% cao hơn so với các độ tuổi khác.

Bảng 2. Phân bố theo giới tính

Giới	n	%
Nam	87	59
Nữ	60	41
Tổng	147	100

Tỷ lệ bỏng xảy ra ở nam chiếm 59% cao hơn so với nữ.



Biểu đồ 1. Tác nhân gây bỏng

Bỏng do nhiệt ướt chiếm 86,3% cao hơn so với các nhóm khác

Bảng 3. Thời gian từ lúc bị bỏng đến lúc nhập viện

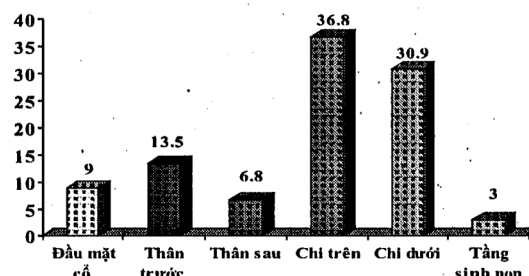
Thời gian (giờ)	n	%
<1	95,4	64,9
1-6	35	23,8
7-24	10,6	7,2
25-72	1	0,7
>72	5	3,4
Tổng	147	100

Phần lớn bệnh nhân bị bỏng vào viện trước 6 giờ (88,7%)

Bảng 4. Tình hình sơ cứu ban đầu

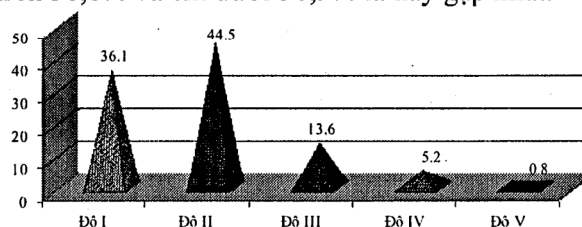
Phương pháp xử trí	n	%
Không sơ cứu gì	11	7,5
Ngâm vào nước lạnh	70	47,6
Dùng thuốc dân gian	8	5,4
Xịt thuốc, bôi kem mỡ chữa bỏng	58	39,5
Tổng	147	100

Phần lớn bệnh nhân sau bị bỏng ngâm vết bỏng vào nước lạnh (47,6%) và 5,4% bệnh nhân bôi thuốc dân gian không rõ tác dụng vào vết bỏng.



Biểu đồ 2. Phân bố vị trí bỏng

Trong số 147 bệnh nhân thì có 266 lần thương tổn xếp theo 6 vị trí trên cơ thể, trong đó bỏng ở chi trên 36,8% và chi dưới 30,9% là hay gặp nhất.



Biểu đồ 3. Độ sâu của bỏng

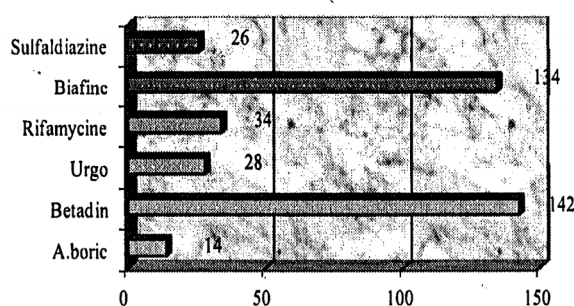
Bỏng độ I, II chiếm tỷ lệ 80,6%, cao hơn các nhóm khác.

3.2. Đánh giá các phương pháp chăm sóc

Bảng 5. Phương thức chăm sóc tại chỗ

Phương pháp băng	n	%
Phương pháp băng hở	7	4,8
Phương pháp băng bán hở	4	2,7
Phương pháp băng kín	136	92,5
Tổng	147	100

Bệnh nhân được chăm sóc tại chỗ vết bỏng bằng phương pháp băng kín chiếm 92,5%. Trong quá trình thay băng vết bỏng ghi nhận được 68 trường hợp có dịch mủ tại tổn thương bỏng chiếm 46,2%.



Biểu đồ 4. Thuốc sử dụng tại chỗ vết bỏng

Bệnh nhân điều trị tại khoa chủ yếu bằng Biafine (91,1%) kết hợp với Betadine pha loãng (96,5%).

Bảng 6. Kết quả điều trị chung

Kết quả	n	%
Lành hẳn	136	92,5
Điện bỏng thu hẹp	11	7,5
Tử vong	0	0
Tổng cộng	147	100

Bảng 7. Thời gian điều trị trung bình theo diện tích bỏng chung

Diện tích bỏng chung	Thời gian nằm viện	Thời gian ngắn nhất	Thời gian dài nhất
<9%	9,87 ± 8,620	2	52
10-19%	16,25 ± 16,087	3	69
20-29%	20,26 ± 15,591	3	50

30-39%	18,80 ± 11,649	7	36
40-49%	36,00 ± 24,759	17	64
>50%	74,25 ± 90,195	9	270

Bảng 8. Thời gian điều trị trung bình theo diện tích bỏng sâu

Độ sâu tổn thương bỏng	Thời gian nằm viện
Bỏng nông	7,84 ± 5,144 ngày
Bỏng sâu dưới 10%	24,99 ± 15,923 ngày
Bỏng sâu trên 10%	83,43 ± 93,299 ngày

Ngày điều trị trung bình: 13,53 ± 20,137 ngày

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về giới tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nam giới chiếm tỷ lệ 59% tăng cao có ý nghĩa so với nữ giới 41%. Qua đó cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích là do đối với trẻ em nam thường tò mò, hiếu động hơn trẻ em nữ, còn đối với người lớn thì ở nam giới thường có nghề nghiệp tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bỏng hơn nữ giới.

4.2. Tỷ lệ bỏng trẻ em theo lứa tuổi

Liên quan giữa bỏng và độ tuổi, kết quả nghiên cứu cho thấy bỏng ở độ tuổi 1-5 chiếm tỷ lệ cao nhất 37%, tăng so với các nhóm khác. Phân tích tỷ lệ bỏng theo giới tính chúng tôi nhận thấy bỏng ở trẻ em từ 1 tới 5 tuổi mắc nhiều nhất, điều này có thể giải thích: ở lứa tuổi này trẻ tập đi lại, thích hoạt động chân tay, tò mò chưa hiểu biết đến các nguy hiểm, đồng thời các động tác chưa thành thục và sự chăm sóc của gia đình lúc này không còn như lứa tuổi dưới 12 tháng. Do vậy nguy cơ bị bỏng trong giai đoạn này là cao nhất.

4.3. Tác nhân gây bỏng

Về tác nhân gây bỏng, cho thấy bỏng do nhiệt chiếm tỷ lệ 95,8%. Nhiệt được xem là tác nhân gây bỏng chủ yếu ở Việt Nam. Trong nghiên cứu này tác nhân gây bỏng chủ yếu là nhiệt ướt 86,3%, nhiệt khô (24,1%) trong đó chủ yếu là lửa. Bỏng điện gây nên

bong sâu và nặng. Hoá chất là tác nhân gây bong chiếm 1,4% sau bong điện. Có thể do việc sử dụng các đồ điện gia dụng gia tăng làm nguy cơ bong do điện tăng lên, thêm vào đó thì người dân hiện nay ít sử dụng vôi tôi trong xây dựng.

4.4. Vị trí tổn thương bong

Trong kết quả nghiên cứu, vị trí bong hay gặp nhất là chi trên (36,8%). Tiếp theo là vị trí chi dưới 30,9%, ngực bụng (13,5%), đầu mặt cổ (9%), lưng mông (6,8%), ít nhất là tầng sinh môn 3%. Như vậy bong chi trên và chi dưới là hay gặp nhất do đây là những vị trí hay tiếp xúc với các tác nhân bong.

4.5. Dung dịch rửa

Có nhiều loại dung dịch dùng để rửa vết bong được áp dụng ở các cơ sở điều trị trong và ngoài nước như NaCl 9‰, Ringer Lactat, Oxy già, Povidone-Iodine... Tất cả 147 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu đều được rửa vết bong bằng dung dịch NaCl 9‰, những vết bong chảy máu nhiều khi thay băng, hay gạc dính chặt vào vết bong thì chúng tôi tưới lên vết bong bằng dung dịch Oxy già. Vùng da lành xung quanh tổn thương bong được sát trùng bằng cồn 70° hay dung dịch Betadin pha loãng.

4.6. Thuốc bôi tại chỗ

Trong nghiên cứu của chúng tôi loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất là Betadine pha loãng 142 bệnh nhân (96,5%), tiếp theo đó là sử dụng thuốc mỡ Biafine 134 bệnh nhân (91,1%). Tại khoa bong đa số bệnh nhân được rửa vết bong bằng Betadin pha loãng, sau đó thấm khô, đắp bằng gạc tẩm Biafine dày từ 0,5-1cm, phủ bằng gạc vô khuẩn, băng kín. Những trường hợp vết thương có mủ xanh thì tại khoa sử dụng gạc tẩm thuốc Rifamycine hòa nước muối sinh lý, một vài trường hợp sử dụng acid Boric. Những trường hợp diện tích bong rộng, thoát dịch nhiều chúng tôi sử dụng gạc Urgotul che phủ lên vết bong, nhưng phải ngưng sử dụng trước khi ghép da 5-7 ngày. Trong quá trình thay băng, bôi thuốc điều trị tại chỗ, chúng tôi tiến hành cắt bỏ các phồng nước, làm sạch giả mạc và các mảnh biểu bì hoại tử là môi trường làm cho vi khuẩn dễ phát triển ngay tại phòng thay băng.

Sau khi rửa vết bong và đắp gạc, bệnh nhân

được băng kín vết bong để hạn chế thoát dịch, chống nhiễm khuẩn từ ngoài vào, thấm dịch, giữ độ ẩm...nhưng có nhược điểm là ứ mủ gây ảnh hưởng không tốt cho tế bào non và gây đau khi thay băng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 136 bệnh nhân băng kín chiếm 92,5%, 11 bệnh nhân được để hở hay bán hở chiếm 7,5%. Để hở được áp dụng ở bệnh nhân bong đầu mặt cổ, tầng sinh môn, ngón tay. Kín và bán hở được sử dụng cho những bệnh nhân bong ở thân trước và thân sau, băng kín được áp dụng cho bệnh nhân bong ở chi.

Bệnh nhân tại khoa có vết bong sử dụng thuốc Betadine thì được rửa và thay băng hàng ngày, còn vết bong đắp gạc Biafine thì 2 ngày thay băng một lần. Những bệnh nhân ghép da thì sau ghép da 5-7 ngày mới thay băng. Thay băng hàng ngày giúp theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn vết bong và đồng thời giúp đánh giá độ sâu tổn thương trong những trường hợp khó và đánh giá tình trạng liền vết thương. Hiện nay tại khoa Bong, Bệnh viện Trung ương Huế đã áp dụng vô cảm trong thay băng và thấy những ưu điểm thời gian thay băng nhanh hơn so với bệnh nhân không được vô cảm, trong quá trình thay băng bệnh nhân yên tĩnh, không la hét, giảm đau hạn chế được thương tổn và chảy máu vết thương nhất là ở trẻ em và giúp cho thao tác kỹ thuật, bóc băng, rửa vết bong của điều dưỡng viên tiến hành chính xác và tỉ mỉ hơn.

4.7. Đánh giá tại chỗ tổn thương bong khi thay băng

- Tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ tổn thương bong:

Trong 147 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có 45 bệnh nhân có dịch mủ tại thương tổn bong (30,6%). Hiện tượng nhiễm khuẩn này là do vi khuẩn còn sống sót tại gốc chân lông hay việc sơ cứu ban đầu không đúng quy cách tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập vào tổn thương bong.

Trong 45 bệnh nhân này có 12 bệnh nhân được cấy mủ, dương tính 8 trường hợp (66,6%). Kết quả cho thấy vi khuẩn gặp nhiều nhất là vi khuẩn *Acinetobacter baumannii*, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, sau đó là *Staphylococcus aureus*. Có sự khác biệt này là do kết quả nuôi cấy vi khuẩn

phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời điểm lấy bệnh phẩm, kháng sinh đã điều trị, đặc biệt là môi trường từng bệnh viện, từng khoa phòng khác nhau cũng có ảnh hưởng đến sự phân bố của các loại vi khuẩn khác nhau. Kết quả kháng sinh đồ cho thấy vi khuẩn tại tổn thương bỏng đề kháng với nhiều loại kháng sinh thông thường như Tetracycline, Penicilline, Gentamycine, Cephalosporine... đây là những loại kháng sinh thường được sử dụng tại bệnh phòng. Đặc biệt là loại *Acinetobacter baumannii*, kháng gần như hầu hết các nhóm kháng sinh, ngay cả imipenem cũng kháng, và tăng đề kháng khi nó phối hợp với *P.aeruginosa*.

Quá trình này phụ thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ tổn thương bỏng:

Bỏng độ I: tổn thương khỏi sau 2 – 3 ngày

Bỏng độ II: nếu không có hiện tượng tiết mủ tại tổn thương bỏng thì sau 5-7 ngày vết bỏng khô, bắt đầu có hiện tượng biểu mô hóa từ mép vết bỏng, diện bỏng thu hẹp và khô dần và cho bệnh nhân ra viện. Nếu có hiện tượng tiết dịch mủ thì hiện tượng này xuất hiện vào ngày thứ 3-5 ngày sau bỏng và thời gian biểu mô hóa bắt đầu từ ngày thứ 9-12 sau bỏng.

- Bỏng độ III nặng: tất cả bệnh nhân trong nhóm này đều bị xuất tiết dịch tại tổn thương bỏng, quá trình thay băng, rửa vết bỏng hàng ngày làm cho lượng mủ giảm dần và hiện tượng biểu mô hóa vào khoảng 15-17 ngày sau bỏng.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung

- Tỷ lệ bỏng ở nam giới chiếm 59%. Lứa tuổi hay bị bỏng nhất là 1-5 tuổi (37%). Trẻ dưới 5 tuổi bị bỏng cao hơn hẳn so với trên 5 tuổi.

- Tác nhân gây bỏng thường gặp nhất là nhiệt ướt (86,7%), tiếp theo là nhiệt khô (9,5%), bỏng điện có tỷ lệ 2,7%.

- Tổn thương bỏng hay gặp ở chi trên (36,8%), chi dưới (30,9%), ngực bụng (13,5%), đầu mặt cổ (9%), tầng sinh môn sinh dục (3%) và lưng mông (6,8%). Bỏng độ I, II chiếm tỷ lệ cao nhất (80,6%).

- Nuôi cấy vi khuẩn tỷ lệ dương tính 66,6%. Kết quả cấy vi khuẩn: Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* chiếm tỷ lệ cao, tiếp đến là *Pseudomonas aeruginosa*, sau đó là *Staphylococcus aureus*.

5.2. Kết quả điều trị vết thương bỏng

- 7,5% các trường hợp không được xử trí gì trước khi đưa vào viện, 5,4% bôi thuốc không rõ tác dụng vào vết bỏng, 47,6% ngâm vết bỏng vào nước lạnh.

- Bệnh nhân được chăm sóc tại chỗ vết bỏng bằng phương pháp băng kín 92,5%. Bệnh nhân điều trị tại khoa chủ yếu bằng Biafine (91,1%) kết hợp với Betadine pha loãng (96,5%).

- Thời gian điều trị trung bình với vết bỏng nông là 7,84 ngày, với vết bỏng sâu dưới 10% là 24,99 ngày và vết bỏng sâu trên 10% là 83,43 ngày. Trung bình chung là 13,53 ngày.

- Tỷ lệ lành hẳn chiếm 92,5%, diện bỏng thu hẹp là 7,5 %.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Huy Thái, Lê Đình Phong (2002), "Tình hình nhiễm trùng tại chỗ vết bỏng tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y học và thảm họa bỏng*, 2, Viện Bỏng Quốc gia, tr.71-74
2. Phạm Đăng Nhật (2002), "Tình hình điều trị bỏng tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y học và thảm họa bỏng*, 1, Viện Bỏng Quốc gia, tr.28-33.
3. Lê Thế Trung (2003), *Bỏng- những kiến thức chuyên ngành*.
4. Lương Quang Anh (2011), "Những điều cần biết về bỏng", *Tạp chí Y học và thảm họa bỏng*, 4, Viện Bỏng Quốc gia, tr. 73-77.