

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



ĐỖ THỊ NGỌC

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU
PHẪU THUẬT GHÉP DA DO BỎNG TẠI BỆNH VIỆN
HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN**

ĐỀ CƯƠNG LUẬN VĂN THẠC SĨ KHOA SINH HỌC

Nghệ An, 2025

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC VINH**



ĐỖ THỊ NGỌC

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU
PHẪU THUẬT GHÉP DA DO BỎNG TẠI BỆNH VIỆN
HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN**

Chuyên ngành: Sinh học thực nghiệm

Mã số: 8.42.01.14

Người hướng dẫn: TS. Bs Trịnh Văn Thông

PGS. TS Nguyễn Thị Giang An

Nghệ An, 2025

MỤC LỤC

Trang

Danh mục bảng	
Danh mục biểu đồ	
Danh mục hình ảnh	
MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Sơ lược về đặc điểm giải phẫu, tổ chức học của da.....	4
1.2. Vai trò của tổn thương da trong bệnh sinh bỏng	7
1.3. Phân độ bỏng	7
1.4. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam và Việt Nam về vấn đề chăm sóc ghép da do bỏng	11
1.4.1. Nghiên cứu quốc tế về chăm sóc ghép da do bỏng.....	11
1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam về chăm sóc ghép da do bỏng.....	11
1.4.3. Thách thức trong chăm sóc ghép da do bỏng ở Việt Nam.....	11
1.5. Thay băng sau phẫu thuật ghép da điều trị bỏng sâu.....	12
1.5.1. Khái niệm	12
1.5.2. Chỉ định	12
1.5.3. Chống chỉ định	12
1.5. Quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da do bỏng	12
1.5.1. Nhận định	12
1.5.2. Chẩn đoán điều dưỡng	13
1.5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc	13
1.6. Đánh giá độ đau theo thang điểm VAS (visual analog scales) mức	15
CHƯƠNG 2	17
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	17
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	17
2.1.1. Đối tượng.....	17
2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	17
2.2. Phương pháp nghiên cứu	17
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:.....	17

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:	17
2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:	17
2.2.4. Biến số và định nghĩa biến số	18
2.3. Đánh giá quá trình chăm sóc sau mổ	21
2.4. Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật ghép da	22
2.4.1. Chăm sóc toàn thân	22
2.4.2. Theo dõi, chăm sóc vết thương vùng da ghép, nơi lấy da	22
2.4.3. Quy trình thay băng sau phẫu thuật ghép da	22
2.5. Phương pháp xử lý số liệu	25
2.6. Những tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu	25
SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU	26
CHƯƠNG 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN	27
3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ghép da do bỏng sâu	27
3.1.1. Tỷ lệ giới của mẫu nghiên cứu:	27
3.1.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu:	27
3.1.3. Tác nhân gây bỏng	27
3.1.4. Độ sâu của bỏng vùng ghép da	27
3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ ghép do bỏng sâu	28
3.2.1. Theo dõi dấu hiệu sống	28
3.2.2. Thực hiện y lệnh thuốc	29
3.2.3. Thời gian thay băng lần đầu	29
3.2.4. Đánh giá tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép	29
3.2.5. Đánh giá tình trạng bám sống của da ghép	30
3.2.6. Số lần thay băng sau ghép da	30
3.2.7. Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép	30
3.2.8. Đánh giá tình trạng vùng lấy da	30
3.2.9. Đánh giá tình trạng giấc ngủ sau mổ	31
3.2.10. Đánh giá cảm giác đau vết mổ	31
3.2.11. Đánh giá kết quả phòng ngừa biến chứng do nằm lâu sau mổ	31
3.2.12. Tình trạng ăn uống sau mổ:	31
3.2.13. Tình trạng vệ sinh thân thể sau mổ	31

3.2.14. Sự hài lòng của bệnh nhân:.....	32
KẾ HOẠCH THỰC HIỆN.....	33
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	34
PHỤ LỤC 1: PHIẾU ĐIỀU TRA	37
PHỤ LỤC 2: BẢNG KIỂM QUY TRÌNH THAY BĂNG GHÉP DA.....	37
DANH SÁCH BỆNH NHÂN	41

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi	27
Bảng 3.2. Tác nhân gây bỏng	27
Bảng 3.3. Phân độ bỏng.....	27
Bảng 3.4. Chỉ số BMI	28
Bảng 3.5. Theo dõi dấu hiệu sống trong ba giờ đầu 1 giờ 11 lần.....	28
Bảng 3.6. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong 24 giờ tiếp theo 3 giờ/lần.....	28
Bảng 3.7. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần/ngày trong những ngày tiếp theo	28
Bảng 3.8. Thực hiện y lệnh thuốc.....	29
Bảng 3.9. Thời gian thay băng lần đầu sau mô ghép da.....	29
Bảng 3.10. Tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép	29
Bảng 3.11. Tình trạng bám sống vùng da ghép.....	30
Bảng 3.12. Số lần thay băng sau ghép da	30
Bảng 3.13. Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép	30
Bảng 3.14. Thời gian khởi và bong màng bán hở vùng lấy da.....	30
Bảng 3.15. Biến chứng sau mổ do nằm lâu	31
Bảng 3.16. Tình trạng ăn uống sau mổ	31
Bảng 3.17. Tình trạng vệ sinh thân thể sau mổ	32
Bảng 3.18. Sự hài lòng của người bệnh.....	32

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1. Cấu tạo da	5
Hình 1.2. Bồng độ I	8
Hình 1.3. Bồng độ II	8
Hình 1.4. Bồng độ III nông.....	9
Hình 1.5. Bồng độ III sâu	9
Hình 1.6. Bồng độ IV	10
Hình 1.7. Bồng độ V	10

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới.....	27
Biểu đồ 3.2. Tình trạng giấc ngủ sau mổ.....	31
Biểu đồ 3.3. Cảm giác đau sau mổ	31

MỞ ĐẦU

1. Lý do chọn đề tài:

Bỏng là một chấn thương thường gặp trong cuộc sống hàng ngày. Theo Tổ chức y tế Thế giới, bỏng đứng hàng thứ ba trong chấn thương. Tổn thương bỏng, đặc biệt là bỏng sâu là nguồn gốc gây rối loạn tại chỗ và toàn thân tạo nên bệnh bỏng. Hoại tử bỏng là môi trường thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn, gây bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng nề và khó hồi phục, khoảng 75% trường hợp tử vong trong bỏng có liên quan đến yếu tố nhiễm khuẩn[1].

Bỏng sâu tạo thành một dạng tổn thương phẫu thuật đầy thách thức, đặc trưng bởi ba vùng mô thẳng đứng. Khu vực gần nhất với nguồn nhiệt đông lại và mô trong khu vực này bị hoại tử ngay từ đầu hoặc nó trải qua quá trình biến tính protein nghiêm trọng và trở nên hư hỏng không thể phục hồi. Ngay dưới vùng đông máu này là vùng ứ huyết và phù nề. Bên dưới nữa là vùng tăng huyết áp, nơi lưu lượng máu tăng dần, đạt đỉnh điểm vào khoảng 7 ngày sau chấn thương. Vết bỏng xuất hiện bề ngoài ngay từ đầu có thể trở nên sâu hơn trong 48-72 giờ tiếp theo, với vùng ứ máu trở nên hoại tử. Điều này sẽ xảy ra đặc biệt nếu vết thương bị nhiễm trùng hoặc có sự tưới máu kém ở vùng bị ảnh hưởng [2], [3], [4], [17].

Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị bỏng như phẫu thuật cấp cứu rạch hoại tử bỏng, cắt bỏ hoại tử bỏng, ghép da... Tuy nhiên, ghép da là cách thức hồi phục sự toàn vẹn của làn da một cách tự nhiên nhất, giúp che phủ các vết thương và giúp đảm bảo về mặt thẩm mỹ cao, đây cũng là phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn đối với bỏng sâu.

Tại khoa Bỏng – Bệnh viện HNĐK Nghệ An, rất nhiều trường hợp người bệnh đã được phẫu thuật ghép da, phục hồi da với diện tích rất rộng do tổn thương bỏng lớn. Các vết ghép da tưới máu tốt và mảnh ghép đảm bảo đáp ứng các chức năng toàn diện như vùng da thật sự ban đầu. Để có được kết quả điều

trị như vậy thì công tác chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ghép da đóng một vai trò quan trọng. Cho đến nay đã có nhiều đề tài y khoa nghiên cứu về đặt điểm lâm sàng và kết quả trong điều trị ghép da do Bỏng nhưng rất ít đề tài nghiên cứu về công tác chăm sóc điều dưỡng. Do vậy, để góp phần chăm sóc, theo dõi tốt hơn những bệnh nhân ghép da do bỏng tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An, chúng tôi tiến hành chọn đề tài:

“Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ghép da do bỏng tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An”.

2. Mục tiêu của nghiên cứu

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ghép da do bỏng
- Đánh giá kết quả chăm sóc sau phẫu thuật ghép da do bỏng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

3. Phạm vi nghiên cứu

Đề tài tiến hành nghiên cứu trên các bệnh nhân bỏng được phẫu thuật ghép da tại khoa Bỏng, Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ ngày 01/01/2025 đến ngày 01/07/2025.

4. Nội dung nghiên cứu

- Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ghép da do bỏng: tuổi, giới, BMI (chỉ số cơ thể), mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp.
- Tiến hành chăm sóc, theo dõi người bệnh sau phẫu thuật ghép da do bỏng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

5. Ý nghĩa của đề tài

Ý nghĩa khoa học

Nghiên cứu này sẽ thu thập và phân tích dữ liệu về kết quả chăm sóc sau mổ ghép da, góp phần làm phong phú thêm tài liệu khoa học trong lĩnh vực điều trị bỏng

Kết quả nghiên cứu này có thể giúp xây dựng các phương pháp tiếp cận

mới trong chăm sóc bệnh nhân ghép da, từ đó nâng cao hiểu biết về quy trình điều trị.

Ý nghĩa thực tiễn

Nghiên cứu sẽ giúp xác định những điểm mạnh, điểm yếu trong quy trình chăm sóc hiện tại, từ đó đề xuất những biện pháp cải thiện, nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

Kết quả sẽ cung cấp thông tin hữu ích cho điều dưỡng trong việc lựa chọn phương pháp chăm sóc hiệu quả hơn cho bệnh nhân sau mổ ghép da.

Đóng góp mới của luận văn

Luận văn có thể đưa ra các khuyến nghị cụ thể về quy trình chăm sóc sau mổ, từ đó tạo ra một khung tham chiếu cho các cơ sở y tế khác.

Nghiên cứu sẽ phân tích rõ ràng các yếu tố như tuổi tác, tình trạng sức khỏe, và loại bỏng, giúp hiểu rõ hơn về tính chất của bệnh nhân và cách tiếp cận điều trị phù hợp.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Sơ lược về đặc điểm giải phẫu, tổ chức học của da

Da là cơ quan biệt hóa đặc biệt của cơ thể, che phủ toàn bộ bề mặt của cơ thể. Ở người lớn, da có diện tích từ 14.000 – 16.000 cm². Và có khối lượng chiếm khoảng 4-6% trọng lượng cơ thể, nếu tính cả lớp mỡ dưới da thì trọng có thể chiếm tới 16-17,7% [24,18].

Da có hệ thống mạch máu nuôi dưỡng rất phong phú, khi dẫn nở có thể chứa tới 1.000ml máu.

Da có độ dày khác nhau tùy thuộc vào độ tuổi và vị trí trên cơ thể. Da của trẻ em mỏng hơn da người lớn. Da của phụ nữ mỏng hơn da nam giới. Da ở vùng trước trong cơ thể mỏng hơn vùng sau ngoài. Da rất mỏng ở vùng mi mắt, trước cổ; da dày ở vùng đầu, gáy, lưng, mông; Rất dày ở vùng gan tay, gan chân. Trung bình, da có độ dày từ 1,24 – 4,8mm không kể lớp mỡ dưới da.

Dựa vào mặt cắt ngang, các chuyên gia chia da làm 3 phần chính:

Lớp thượng bì (Biểu bì): Thượng bì chính là lớp da bên ngoài cùng. Nó có độ dày trung bình khoảng 0,2 mm tùy từng vùng. Thông thường, lớp thượng bì dày nhất ở lòng bàn chân và mỏng nhất ở quanh mắt.

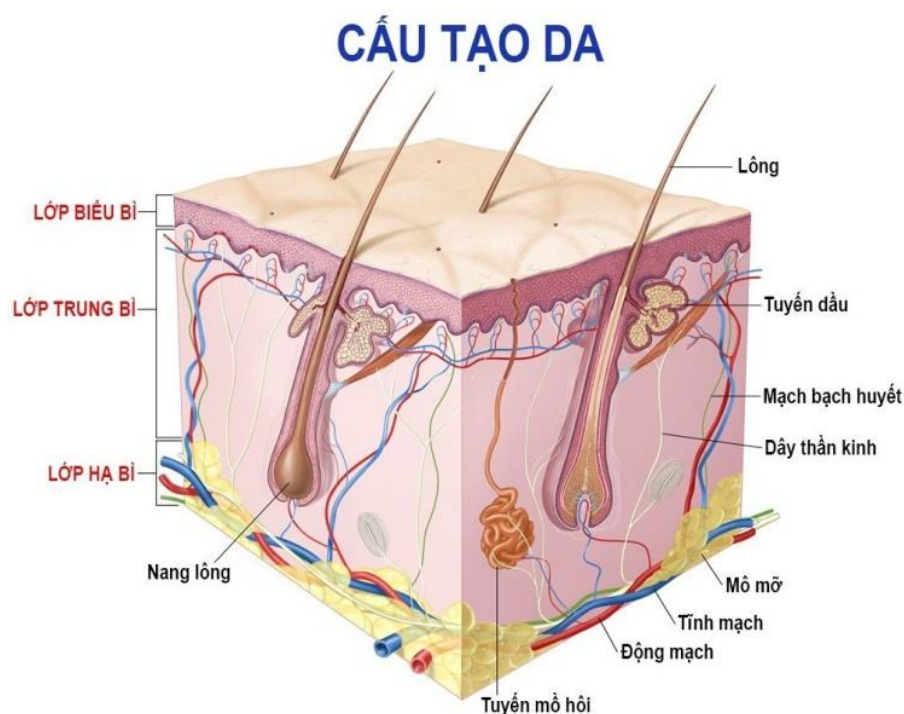
Nhiệm vụ chính của lớp thượng bì là bảo vệ cơ thể khỏi sự xâm nhập của vật lạ, bao gồm khói bụi, hóa chất độc hại, nấm, vi khuẩn... Ngoài ra, lớp thượng bì còn có khả năng tổng hợp vitamin D từ ánh nắng mặt trời, đồng thời ngăn chặn tia cực tím và quyết định màu da nữa đấy.

Các bộ phận khác như nang lông, tuyến bã nhờn, tuyến mồ hôi... cũng tồn tại ở lớp thượng bì. Từ ngoài vào trong, lớp thượng bì được phân thành 4 phần là lớp sừng, lớp hạt, lớp gai và lớp đáy. Ngoài trừ lòng bàn tay và bàn chân còn xuất hiện thêm lớp bóng giữa lớp sừng và lớp hạt.

Lớp sừng: Đây là lớp ngoài cùng của da, bị sừng hóa trở thành mô chết, không còn cấu trúc tế bào. Các mô này xếp chồng lên nhau tạo thành “bức tường” chống thấm, bảo vệ da cũng như ngăn cản sự mất nước.

Lớp hạt: Bao gồm 2-3 lớp tế bào, trong bào tương tồn tại vô số hạt nhỏ. Các hạt này đi ra ngoài sẽ tạo thành chất sừng và các lipid thượng bì.

Lớp gai: Là lớp dày nhất trong thượng bì. Các tế bào xếp chồng nhau và liên hệ mật thiết với nhau.



Hình 1.1: Cấu tạo da

(Nguồn <https://images-1.eucerin.com/~media/eucerin/local/vn/cau-truc-da/cau-truc-da-1.jpg?la=vi-vn>)

Lớp đáy: là lớp trong cùng của thượng bì, nơi sản sinh các lớp tế bào mới liên tục.

Lớp bóng: Chỉ hình thành ở vùng da dày như lòng bàn tay, lòng bàn chân. Lớp bóng thường trong suốt, ít thấm nước, ít cản tia, có vân nhưng không có lông và tuyến bã.

Lớp trung bì (Lớp bì): Lớp trung bì nằm kế tiếp lớp thượng bì, bao gồm 2 phần cơ bản:

Lớp nhú: Lớp này vô cùng mỏng manh, tùy từng vùng da mà chúng có thể tồn tại hoặc không.

Lớp lưới: Lớp này được cấu tạo từ những bó sợi, sợi keo (elastin), sợi lưới và sợi đàn hồi (collagen). Ở người trẻ tuổi, các bó sợi này liên kết chặt chẽ giúp da săn chắc và đàn hồi. Càng lớn tuổi, collagen càng bị phá hủy nhiều. Lúc này, da sẽ mất đi độ đàn hồi và trở nên nhăn nheo, lão hóa. Ngoài ra, trong lớp lưới còn tồn tại tuyến mồ hôi, tuyến bã, nang lông, dây thần kinh và mạch máu.

Lớp trung bì (Lớp bì): Lớp trung bì nằm kế tiếp lớp thượng bì, bao gồm 2 phần cơ bản

Lớp nhú: Lớp này vô cùng mỏng manh, tùy từng vùng da mà chúng có thể tồn tại hoặc không.

Lớp lưới: Lớp này được cấu tạo từ những bó sợi, sợi keo (elastin), sợi lưới và sợi đàn hồi (collagen). Ở người trẻ tuổi, các bó sợi này liên kết chặt chẽ giúp da săn chắc và đàn hồi. Càng lớn tuổi, collagen càng bị phá hủy nhiều. Lúc này, da sẽ mất đi độ đàn hồi và trở nên nhăn nheo, lão hóa. Ngoài ra, trong lớp lưới còn tồn tại tuyến mồ hôi, tuyến bã, nang lông, dây thần kinh và mạch máu.

Lớp hạ bì (Lớp mỡ): Do chứa nhiều mỡ nên hạ bì còn có tên gọi khác là lớp mỡ dưới da. Ngoài mô mỡ, hạ bì còn có các mô liên kết, mạch máu, thần kinh...

Hạ bì đóng vai trò như một tấm đệm che chở da khỏi những chấn động đột ngột và có nhiệm vụ điều hòa nhiệt độ cơ thể. Lớp hạ bì có độ dày mỏng khác nhau ở nam và nữ, cũng như trẻ em và người lớn hay tùy vào vùng da trên cơ thể.

Ngoài 3 phần chính trên đây, da cũng chứa các thành phần phụ khác như tuyến mồ hôi, tuyến bã, lông móng, mạch máu, mạch bạch huyết, thần kinh, niêm mạc... [13].

1.2. Vai trò của tổn thương da trong bệnh sinh bỏng

Da có nhiều chức năng quan trọng đối với cơ thể, đặc biệt là chức năng bảo vệ, giữ nước... nên khi bị tổn thương do bỏng sâu diện rộng, các lớp của da, nhất là lớp tế bào đáy bị phá hủy, hoại tử, làm mất chức năng sinh lý bình thường của da sẽ dẫn đến nhiều rối loạn bệnh lý quan trọng.

Bỏng sâu diện rộng gây kích thích đau đớn và mất huyết tương, giảm khối lượng máu lưu thông sẽ dẫn đến trạng thái sốc bỏng và các rối loạn bệnh lý khác. Nếu một bệnh nhân nặng 50kg, bị bỏng sâu 30% diện tích cơ thể có thể bị mất tới 2-3 lít huyết tương trong 8h đầu [33,32].

Da bị tổn thương, mất khả năng giữ nước gây mất huyết tương, mất các chất điện giải, mất protein, mất các chất globulin miễn dịch, làm giảm sức đề kháng của cơ thể. Đồng thời, khi bị bỏng sâu, các chất độc từ vết thương bỏng sẽ được hấp thụ vào cơ thể gây tình trạng nhiễm độc và rối loạn chức phận của các cơ quan.

Bỏng sâu làm mất đi hàng rào bảo vệ của cơ thể. Mặt khác, da bị hoại tử là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, từ đó xâm nhập vào cơ thể gây nhiễm khuẩn toàn thân và nhiều biến chứng nặng và phức tạp.

1.3. Phân độ bỏng

Phân chia độ bỏng thành 5 độ:

1.3.1. Bỏng nông: gồm Viêm da (Bỏng độ I)



Hình 1.2. Bỏng độ I

(Ảnh tư liệu nghiên cứu)

Da đỏ, đau rất phù nhẹ. Sau 2-3 ngày khỏi, có thể bong các lớp nông thượng bì.

Bỏng lớp thượng bì (Bỏng độ II)



Hình 1.3. Bỏng độ II

(Ảnh tư liệu nghiên cứu)

Trên nền da sung huyết và xuất hiện nốt phỏng chứa dịch màu vàng chanh. Vòm nốt phỏng mỏng, đáy màu hồng và ướt [5].

Tăng cảm giác: Đau rát.

Về tổ chức học: Tổn thương đến các lớp tế bào nông của thượng bì, lớp tế bào mầm còn nguyên vẹn, mao mạch ở các lớp nhú trung bì bị ứ huyết và tăng tính thấm, dịch huyết tương thoát ra tạo thành nốt phỏng. Thời gian khỏi từ 8-13 ngày.

Bỏng trung bì (Bỏng độ III)

Bỏng lớp trung bì nông (IIIa):

Nốt phỏng vòm dày gồm toàn bộ lớp thượng bì và một phần lớp trung bì tổn thương, nên nốt phỏng hoặc trắng hoặc có rỉ máu.

Về tổ chức học: Các ống và gốc lông, các tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn. Thời gian khỏi từ 15-17 ngày.



Hình 1.4. Bỏng độ III nông
(Ảnh tư liệu nghiên cứu)

Bỏng lớp trung bì sâu (IIIb):



Hình 1.5. Bỏng độ III sâu *(Ảnh tư liệu nghiên cứu)*

Thường thấy xen kẽ với bỏng sâu. Khó chẩn đoán trong thời gian đầu. Thường gặp ở các lớp da dày (da lưng, da mông...). Về tổ chức học lớp trung bì tổn thương chỉ còn các phần sâu của các tuyến mồ hôi.

Hoại tử bỏng rụng sớm (ngày thứ 10-12). Mô hạt mọc xen kẽ với các đảo biểu mô của tuyến mồ hôi. Thời gian tự khỏi 30-40 ngày [15].

1.3.2. Bỏng sâu gồm

Bỏng toàn bộ lớp da (Bỏng độ IV):



Hình 1.6. Bỏng độ IV (Ảnh Tư liệu nghiên cứu)

Tổn thương biểu hiện da hoại tử, có thể là hoại tử ướt màu trắng bệch, gồ cao hơn mặt da lành sờ trên mặt da mịn mềm hoặc là hoại tử khô màu vàng đỏ hoặc hơi đen lốm thắp hơn mặt da lành. Qua các lớp da hoại tử thấy các lưới huyết quản ở dưới da bị hoại tử lấp quản có đông máu trong lòng huyết quản.

Sau 3-4 tuần hoại tử rụng. Hoại tử ướt rụng nhanh hơn hoại tử khô. Mô hạt mọc và có hiện tượng biểu mô hóa từ bờ vết thương vào giữa.

Bỏng da và các lớp dưới cân (Bỏng độ V):

Tổn thương gân, cơ, xương, khớp, mạch máu thần kinh, sụn khớp và có khi tạng bụng hoặc ngực cũng bị bỏng [21].

Mô hoại tử thường rụng muộn và có nhiều biến chứng như viêm khớp, viêm sụn, viêm xương, chảy máu thứ phát, hình thành các ổ mủ hoặc viêm mủ lan rộng.



Hình 1.7. Bỏng độ V (Ảnh tư liệu nghiên cứu)

1.4. Các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam và Việt Nam về vấn đề chăm sóc ghép da do bỏng.

1.4.1. Nghiên cứu quốc tế về chăm sóc ghép da do bỏng

Trong bối cảnh điều trị bỏng nặng, chăm sóc ghép da đã trở thành một lĩnh vực nghiên cứu quan trọng. Theo nghiên cứu của Hultman et al. (2018) [22], việc sử dụng da đầu làm nguồn ghép cho các vết thương bỏng sâu có tỷ lệ sống cao hơn so với các vùng khác trên cơ thể, với tỷ lệ da ghép bám sống đạt đến 90% khi áp dụng quy trình chăm sóc tiêu chuẩn hóa.

Nghiên cứu tại châu Âu của Kauffman et al. (2020) [28] cho thấy rằng việc áp dụng quy trình chăm sóc sau mổ đồng bộ, bao gồm quản lý đau, chăm sóc vết thương và vật lý trị liệu, đã làm giảm tỷ lệ biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục cho bệnh nhân ghép da. Cụ thể, tỷ lệ biến chứng ở nhóm áp dụng quy trình đồng bộ thấp hơn 30% so với nhóm không áp dụng.

1.4.2. Nghiên cứu tại Việt Nam về chăm sóc ghép da do bỏng

Tại Việt Nam, tình trạng bỏng, đặc biệt ở trẻ em, đang ngày càng gia tăng. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố của Nguyễn et al. (2021) [28] đã đánh giá kết quả phẫu thuật ghép da tự thân cho trẻ em bị bỏng. Kết quả cho thấy tỷ lệ da ghép sống bám vào nền vết thương đạt 85.17%, với 94.29% bệnh nhân đạt mức vận động tốt sau phẫu thuật.

Ngoài ra, nghiên cứu của Trần et al. (2022) [29] tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác đã chỉ ra hiệu quả của phẫu thuật che phủ tổn thương bỏng sâu bằng da mảnh mỏng, với tỷ lệ che phủ thực tế đạt 95%. Kết quả này cho thấy tính khả thi của phương pháp này trong điều trị bỏng sâu, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của chăm sóc sau mổ trong việc nâng cao hiệu quả điều trị.

1.4.3. Thách thức trong chăm sóc ghép da do bỏng ở Việt Nam

Mặc dù đã có những tiến bộ trong lĩnh vực chăm sóc ghép da, nhưng vẫn còn nhiều thách thức. Nghiên cứu của Lê et al. (2023) [25] đã chỉ ra rằng thiếu

tài nguyên và cơ sở vật chất tại nhiều bệnh viện ở vùng sâu vùng xa ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc y tế. Bên cạnh đó, việc nâng cao nhận thức và giáo dục cộng đồng về phòng ngừa bỏng cũng là một yếu tố cần thiết để giảm thiểu tình trạng này.

1.5. Thay băng sau phẫu thuật ghép da điều trị bỏng sâu

1.5.1. Khái niệm

Thay băng sau phẫu thuật ghép da nhằm mục đích:

Làm sạch khu vực ghép da để hỗ trợ cho mảnh da ghép bám chắc.

Kiểm tra tình trạng của mảnh da ghép, loại bỏ máu tụ và điều chỉnh vị trí nếu cần thiết.

Bổ sung thuốc kháng khuẩn và giữ ẩm tại chỗ để thúc đẩy quá trình bám sống của mảnh da ghép.

Thời gian thay băng lần đầu tiên sau phẫu thuật ghép da có thể được chỉ định từ 24 giờ đến 72 giờ, tùy thuộc vào tính chất của vùng ghép da. Sau lần thay băng đầu tiên, quy trình này sẽ được thực hiện hàng ngày hoặc cách ngày [7].

1.5.2. Chỉ định

Thay băng được chỉ định cho bệnh nhân sau phẫu thuật ghép da mỏng hoặc ghép da trung bình [7].

1.5.3. Chống chỉ định

Quá trình thay băng không được thực hiện trên bệnh nhân đang ở trong tình trạng bệnh lý nặng, như sốc hoặc trụy tim mạch [7].

1.5. Quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da do bỏng

1.5.1. Nhận định

Trong quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da do bỏng, việc đầu tiên là nhận định tình trạng toàn thân của bệnh nhân. Điều này bao gồm việc đánh giá các dấu hiệu sinh tồn như nhiệt độ, tần số thở, nhịp tim và huyết áp.

Cần nhận định các biến chứng có thể xảy ra do gây tê tủy sống, như đau đầu, đau lưng và liệt thần kinh. Việc theo dõi thường xuyên tình trạng tuần hoàn, các dấu hiệu sinh tồn và tri giác là rất quan trọng nhằm phòng ngừa nguy cơ choáng do mất máu. Bên cạnh đó, cần kiểm soát lượng nước xuất nhập và tính chất nước tiểu thông qua ống thông, đồng thời đánh giá tình trạng dinh dưỡng và cân nặng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Một yếu tố quan trọng khác là theo dõi biến chứng nhiễm trùng vết mổ [14].

Tâm lý của bệnh nhân cũng cần được đánh giá để xác định mức độ lo âu hoặc căng thẳng. Tại vết mổ, việc xác định có đau hay không, đánh giá tình trạng vết mổ như băng thấm dịch, số lượng và màu sắc của vùng da ghép và vùng lấy da đều là những yếu tố quan trọng. Thêm vào đó, cần theo dõi tình trạng vận động của các chi và tuần hoàn tại vùng ghép da.

1.5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

Chẩn đoán điều dưỡng bao gồm các vấn đề như : Đau vết mổ do phẫu thuật ghép da, nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật liên quan đến ghép da, nhu cầu dinh dưỡng thiếu hụt do chế độ ăn chưa hợp lý, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ liên quan đến các dịch tiết, nguy cơ da bám ghép không tốt do vận động sau ghép. Bệnh nhân cũng có thể bị ảnh hưởng tâm lý do sự thay đổi trên cơ thể, cùng với nguy cơ loét tỳ đè do nằm lâu [11].

1.5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

Trong kế hoạch chăm sóc, cần giải thích tình trạng bệnh nhân cho bệnh nhân và gia đình để họ hiểu nguyên nhân gây đau, khuyến khích bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường. Việc thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh 6 giờ/lần là cần thiết, đồng thời cần đánh giá mức độ đau và nguyên nhân đau, và theo dõi dấu hiệu sinh tồn [14].

Đối với nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật ghép da, cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn theo y lệnh của bác sĩ, hướng dẫn bệnh nhân hạn chế vận động vùng

mỏ, và theo dõi các dấu hiệu chảy máu như băng thấm đỏ máu hoặc máu chảy thành dòng. Khi có y lệnh thay băng, cần tháo băng nhẹ nhàng và an toàn, cũng như kiểm tra lại hematocrit và huyết sắc tố sau mổ.

Đối với nhu cầu dinh dưỡng thiếu hụt, bệnh nhân cần được khuyến khích uống nhiều nước và cung cấp thực phẩm giàu vitamin, protein và calcium ngay sau khi tỉnh. Những bệnh nhân lớn tuổi có thể gặp khó khăn khi ăn cần được hướng dẫn sử dụng thức ăn mềm, dễ nhai, và thức ăn có tính nhuận tràng để hỗ trợ đại tiện. Đảm bảo thức ăn hợp vệ sinh để giảm nguy cơ tiêu chảy sau mổ cũng rất quan trọng. Khuyến bệnh nhân không kiêng khem, nên ăn thức ăn giàu calcium và hướng dẫn họ vận động, uống nhiều nước để tránh nguy cơ tạo sỏi. Điều dưỡng cũng cần đánh giá khẩu phần ăn của bệnh nhân.

Để giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ liên quan đến các dịch tiết, cần thực hiện quy trình thay băng cho vùng ghép da và nơi lấy da, sử dụng các dụng cụ quản lý nước tiểu và phân trong trường hợp bệnh nhân không tự chủ đại tiểu tiện.

Đối với nguy cơ da bám ghép không tốt do vận động sau ghép da, bệnh nhân cần được hướng dẫn về chế độ vận động. Trong những ngày đầu sau ghép, cần giữ cho miếng da ghép dính vào lớp mô hạt bên dưới bằng cách bất động vùng da ghép từ 5-7 ngày cho những vùng không chịu trọng lượng, và 10-15 ngày cho những vùng chịu trọng lượng hoặc vùng khớp [11]. Trong thời gian bất động, khuyến khích bệnh nhân tập gồng cơ vùng bất động và thực hiện các bài tập chủ động cho các phần khác. Sau khi thay băng, nếu miếng da ghép đã dính, có thể cho ngâm nước hàng ngày để giữ cho vùng ghép sạch và thực hiện các bài tập thụ động nhẹ nhàng. Sau thời gian bất động, cần xoa bóp nhẹ nhàng bằng các ngón tay trên vùng da ghép để làm mềm da và chống kết dính. Trong trường hợp ghép da toàn phần, có thể sử dụng siêu âm để phòng ngừa kết dính. Bệnh nhân cũng cần được khuyến khích vận động tích cực và đi lại sớm. Nếu

vùng ghép da hoặc nơi lấy da ở chi dưới, cần sử dụng băng chun để bảo vệ lớp da mỏng khi đi lại cho đến khi đạt được độ dày nhất định, thường là từ 2-3 tháng. Cuối cùng, cần cung cấp tâm lý trị liệu cho bệnh nhân do xáo trộn tâm lý và giải thích rõ ràng để họ tuân thủ và hợp tác trong quá trình phục hồi chức năng [9].

Nguy cơ loét tỳ đè do nằm lâu cũng cần được chú ý. Phát hiện sớm các dấu hiệu chèn ép như đỏ da và đau là rất quan trọng, cần xử trí ngay bằng cách che lót những vùng bị chèn ép. Vệ sinh da sạch sẽ để tránh viêm nhiễm và nhiễm trùng do bất động cũng là điều cần thiết. Khuyến khích bệnh nhân thay đổi tư thế 2 giờ một lần, bao gồm nằm sấp và nghiêng 2 bên [9].

1.6. Đánh giá độ đau theo thang điểm VAS (visual analog scales) mức

- Mức 0: Không đau
- Mức 1: Đau rất nhẹ, hầu như không cảm nhận và nghĩ đến nó, tỉnh thoảng thấy đau nhẹ.
- Mức 2: Đau nhẹ, tỉnh thoảng đau nhói mạnh.
- Mức 3: Đau làm người bệnh chú ý, mất tập trung trong công việc, có thể thích ứng với nó.
- Mức 4: Đau vừa phải, bệnh nhân có thể quên đi cơn đau nếu đang làm việc.
- Mức 5: Đau nhiều hơn, bệnh nhân không thể quên cơn đau sau nhiều phút, bệnh nhân vẫn có thể làm việc.
- Mức 6: Đau vừa phải nhiều hơn, ảnh hưởng đến các sinh hoạt hằng ngày.
- Mức 7: Đau nặng, ảnh hưởng đến các giác quan và hạn chế nhiều đến các sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân, ảnh hưởng đến giấc ngủ.
- Mức 8: Đau dữ dội, hạn chế nhiều hoạt động, cần phải nỗ lực rất nhiều.
- Mức 9: Đau kinh khủng, kêu khóc, rên rỉ, không kiểm soát được.
- Mức 10: Đau không thể nói chuyện được, nằm liệt giường

- * Mức điểm từ 1-3: Đau nhẹ
- * Mức điểm từ 4-6: Đau vừa
- * Mức điểm từ 7-10: Đau không chịu đựng được [26].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

- Tất cả bệnh nhân bỏng được phẫu thuật ghép da tại khoa Bỏng, Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An.
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ
- Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

** Tiêu chuẩn loại trừ*

- Những bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp khác
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại khoa Bỏng - bệnh viện HNĐK Nghệ An.

Từ ngày 01/01/2025 đến ngày 01/07/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện (chọn tất cả các bệnh nhân bỏng được phẫu thuật ghép da).

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

- Vật liệu nghiên cứu: hồ sơ bệnh án, bộ câu hỏi phiếu điều tra
- + Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân: Nghiên cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân để thu thập số liệu về đặc điểm lâm sàng, quá trình chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da

+ Bộ câu hỏi phiếu điều tra là bộ câu hỏi tự thiết kế để phỏng vấn đối tượng nghiên cứu thu thập các số liệu về đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ghép da.

- Phương tiện nghiên cứu khác:

+ Máy đo huyết áp, nhiệt kế, cân đo cân nặng, thước đo chiều cao để thu thập số liệu về dấu hiệu sinh tồn, tính BMI cho người bệnh.

+ Bộ dụng cụ thay băng, máy Mornitor, thuốc mỡ Piodincarevb, gạc kháng khuẩn Anson Nano bạc, nước muối rửa Natriclorid 0,9%, dung dịch sát khuẩn Betadin 10%.... để tiến hành quy trình thay băng vùng ghép da và vùng lấy da (*phụ lục 2*).

- Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành theo dõi chăm sóc và phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn và tiến cứu hồ sơ bệnh án.

2.2.4. Biến số và định nghĩa biến số

2.2.4.1. Các biến số về đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi của đối tượng nghiên cứu: định lượng, liên tục

+ Tuổi của đối tượng nghiên cứu được tính theo lịch dương.

+ Phân chia theo các nhóm tuổi: dưới 20, từ 20 đến 60 tuổi và 60 tuổi trở lên.

- Giới tính của đối tượng nghiên cứu: định danh gồm 2 giá trị nam, nữ.

2.2.4.2. Các biến số về đặc điểm lâm sàng.

- Chiều cao: Đơn vị tính là cen-ti-met (cm), được xác định bằng thước dây có vạch chia độ chính xác đến 0,1cm Người bệnh ở tư thế đứng thẳng trên nền phẳng, hai gót chân sát vào nhau, mắt nhìn thẳng, đồng thời phải đảm bảo 4 điểm: cằm, lưng, mông, gót chân phải sát tường [13] .

- Cân nặng: Đơn vị tính là ki-lô-gam (kg), được xác định bằng cân y tế có độ chính xác đến 0,1kg. Cân đặt trên nền đất phẳng, người bệnh đứng yên giữa bàn cân [13].

- Chỉ số BMI : Công thức tính BMI = cân nặng/(chiều cao) 2

Trong đó: Đơn vị BMI là kg/m² ; Cân nặng (kg); Chiều cao (m)

BMI (kg/m²)

Phân loại chỉ số BMI theo tiêu chuẩn chẩn đoán béo phì của WHO dành cho các nước Châu Á :

BMI < 18,5: gầy

BMI: 18,5 - 22,9: bình thường

BMI: 23 – 25: thừa cân

BMI: >25: béo phì

- Tác nhân gây bông: định tính, gồm 3 giá trị nhiệt khô, nhiệt ướt và acid [1]

- Phân độ bông: định tính, gồm 2 giá trị bông độ III sâu và độ IV [1].

2.2.4.3. Các biến số về kết quả chăm sóc

- Thực hiện y lệnh thuốc: định tính, có hoặc không.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn [13]:

Nhịp thở :Nhịp thở hay tần số thở là số lần thở trong 1 phút.

+Ở người lớn:

Nhịp thở bình thường: 14 - 20 lần/phút.

Thở chậm < 12 lần/phút.

Thở nhanh > 20 lần/phút.

+ Nguyên tắc đếm nhịp thở:

Cho người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đếm nhịp thở. Không báo cho người bệnh biết khi đếm nhịp thở. Quan sát bụng hay ngực nâng lên, hạ xuống khi đếm một nhịp. Đảm bảo người bệnh thoải mái khi đếm nhịp thở.

Mạch: Mạch là cảm giác đập của tim khi ta sờ lên thành động mạch cảnh ở sát xương. Tần số mạch là số lần nhịp của tim đập trong 1 phút.

Ở người lớn:

- + Mạch bình thường: 60 - 90 lần/phút.
- + Mạch nhanh khi tần số > 90 lần/phút.
- + Mạch chậm khi tần số < 60 lần/phút.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đếm tần số mạch tại vị trí động mạch quay ở cổ tay.

Huyết áp: huyết áp (HA) là áp lực của máu tác động trên thành động mạch máu. Huyết áp được tạo ra do lực co bóp cơ tim và sức cản của động mạch. Huyết áp được biểu thị bằng phân số. Tử số là HA tâm thu, là giá trị huyết áp cao nhất trong chu kỳ tim, tạo ra trong thời kỳ tâm thu. Mẫu số là HA tâm trương là giá trị huyết áp thấp nhất trong chu kỳ tim, tương đương với thời kỳ tâm trương. Trong nghiên cứu này chúng tôi đo huyết áp ở vị trí cánh tay.

Phân loại tăng huyết áp theo Hội tăng huyết áp thế giới (2020) [31].

- + Huyết áp bình thường: Huyết áp tâm thu < 130mmHg, huyết áp tâm trương < 85mmHg
- + Huyết áp bình thường cao: Huyết áp tâm thu 130 – 139 mmHg, huyết áp tâm trương 85 – 89 mmHg
- + Tăng huyết áp: Huyết áp tâm thu \geq 140 mmHg, huyết áp tâm trương \geq 90 mmHg

Nhiệt độ: Thân nhiệt là nhiệt độ cơ thể. Nhiệt độ trung bình cơ thể từ 36,5°C - 37°C. Khi thân nhiệt đo được cao hơn 37,5°C thì được gọi là sốt, khi thân nhiệt thấp hơn 36°C được gọi là hạ thân nhiệt. Ở trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng nhiệt kế thủy ngân để đo thân nhiệt.

Phân độ sốt [13]

+ Sốt nhẹ: nhiệt độ từ 37,5°C - 38°C

+ Sốt vừa > 38°C - < 39 °C

+ Sốt cao: 39 °C – 40 °C

+ Sốt quá cao: > 40°C

- Tình trạng máu tụ dưới mảnh da ghép: định tính, có hoặc không
- Đánh giá khả năng bám sống của mảnh da ghép: Tốt (tỷ lệ da ghép sống \geq 90%), khá (70 – 90%), trung bình (50 – 70%), kém (< 50%) [2]
- Số lần thay băng sau ghép da: định lượng
- Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép: định tính, có hoặc không
- Thời gian bong màng bán hở của vùng lấy da: định lượng
- Cảm giác đau sau mổ: định tính, không đau, đau ít, đau vừa hoặc đau nhiều
- Tình trạng vệ sinh: định tính, có hoặc không
- Tình trạng giấc ngủ sau mổ: định tính, ngủ ít hoặc ngủ đủ giấc [30]
 - + Ngủ ít: Theo WHO ngủ ít là tình trạng ngủ dưới 7 giờ mỗi đêm
 - + Ngủ đủ giấc: Theo WHO ngủ đủ giấc là tình trạng ngủ từ 7-9 giờ mỗi đêm
- Biến chứng do nằm lâu: định tính, gồm 2 giá trị :loét tỳ đè, viêm phổi
- Sự hài lòng của người bệnh với công tác điều dưỡng: định tính, gồm 3 giá trị : không hài lòng, bình thường, hài lòng.

Để thu thập các biến số trên chúng tôi tiến hành thu thập thông tin trên người bệnh và điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân từ lúc vào viện đến lúc ra viện qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.3. Đánh giá quá trình chăm sóc sau mổ

- **Kết quả chăm sóc tốt:** vùng da ghép bám sống, vùng lấy da khô, không nhiễm

trùng, bệnh nhân được theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, phát hiện sớm các biến sau mổ, ăn ngủ tốt, vệ sinh cá nhân tốt, không bị loét tỳ đè.

- ***Kết quả chăm sóc không tốt:*** vùng da ghép không bám, bị thải loại, vùng lấy da chảy máu nhiễm trùng, phải mổ lần 2 hoặc dùng phương pháp khác để điều trị bổ sung, bệnh nhân ăn ngủ kém, phát hiện muộn các biến chứng sau mổ, vệ sinh cá nhân kém, bị loét tỳ đè.

2.4. Quy trình chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật ghép da

Theo dõi chăm sóc người bệnh sau mổ ghép da do bỏng là quy trình chăm sóc toàn diện bao gồm: Chăm sóc toàn thân, chăm sóc tại chỗ.

2.4.1. Chăm sóc toàn thân

Việc chăm sóc toàn thân cho người bệnh bao gồm nhiều nội dung quan trọng như: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, thực hiện đầy đủ các y lệnh về thuốc, đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý, giữ gìn vệ sinh cá nhân sạch sẽ, hỗ trợ người bệnh có giấc ngủ tốt, và tổ chức chế độ vận động phù hợp với tình trạng sức khỏe.

2.4.2. Theo dõi, chăm sóc vết thương vùng da ghép, nơi lấy da

Công tác theo dõi và chăm sóc vết thương bao gồm cả vùng da được ghép và vùng da nơi lấy ghép cần được thực hiện chặt chẽ. Cụ thể, cần đánh giá tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép, theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng, đánh giá mức độ sống và khả năng bám dính của mảnh da. Bên cạnh đó, cần ghi nhận số lần thay băng và theo dõi thời gian lành vết thương cũng như quá trình bong màng bán hờ tại vùng da cho sau phẫu thuật.

2.4.3. Quy trình thay băng sau phẫu thuật ghép da

2.4.3.1. Chuẩn bị

Người thực hiện

Phẫu thuật viên (ưu tiên là bác sĩ đã thực hiện ca phẫu thuật cho bệnh nhân) và bác sĩ chuyên khoa chấn thương, tạo hình, bỏng có đào tạo về ghép da.

Hai điều dưỡng (một người vô trùng, một người hữu trùng) [7].

Phương tiện

Dụng cụ: Mỗi bệnh nhân cần có bộ thay băng riêng bao gồm: khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nĩa có máu và không máu, kéo cong, kéo thẳng, găng tay. Nên chuẩn bị các dụng cụ cầm máu như pince, kim cầm kim. Cần có xô đựng đồ bẩn.

Thuốc thay băng bỏng:

Các dung dịch sát khuẩn có thể sử dụng để rửa vết bỏng: Dung dịch Natri clorid 0,9%; dung dịch Berberin 1%; dung dịch Povidone iodine (PVP) 10%; acid boric 2-4%; nitrat bạc 0,5% [7].

Các thuốc dùng tại chỗ bao gồm: thuốc kháng khuẩn (như nitrat bạc, thuốc acid boric), thuốc hỗ trợ tái tạo và biểu mô hóa (Biafine, cream Dampomade, mật ong, cream rau má, nghệ), thuốc chứa các yếu tố tăng trưởng, thuốc tạo môi trường ẩm (Vaseline), thuốc chứa corticoid và các yếu tố cần thiết cho lành vết thương (oxyd kẽm) [7].

Người bệnh

Giải thích và động viên bệnh nhân.

Yêu cầu bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi gây mê.

Thực hiện thử phản ứng thuốc nếu cần.

Kiểm tra các chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng hô hấp [7].

Địa điểm thay băng

Thay băng nên được thực hiện tại buồng thay băng hoặc buồng bệnh có đủ trang bị như nguồn cung cấp oxy, máy hút, monitor theo dõi và các dụng cụ cấp cứu cần thiết. Tốt nhất là thực hiện tại buồng thay băng để đảm bảo công tác vô khuẩn [7].

2.4.3.2. Các bước tiến hành

Vô cảm

Sử dụng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây mê tùy thuộc vào từng trường hợp và diện tích vùng thay băng. Có thể sử dụng các thuốc như Seduxen, Hypnovel, Promedol, Dolargan, Ketamin, Diprivan [7].

Kỹ thuật thay băng vùng ghép da

Đảm bảo quy định vô khuẩn: nhân viên thực hiện thay băng phải rửa tay vô trùng, mặc quần áo, mũ, khẩu trang vô trùng, và đeo găng tay vô trùng. Dụng cụ thay băng phải được giữ vô khuẩn, mỗi bệnh nhân cần có dụng cụ riêng để tránh lây chéo [7].

Bác sĩ điều trị sẽ trực tiếp đánh giá vết thương, chỉ định thuốc sử dụng tại chỗ và phối hợp với kíp thay băng trong quá trình xử trí [7].

Sau khi bệnh nhân được đưa vào buồng thay băng, điều dưỡng sẽ cắt bỏ băng cũ và lấy lớp gạc. Bác sĩ và điều dưỡng sẽ bóc các lớp gạc theo thứ tự và chiều song song với mặt da [7].

Nếu mảnh da ghép bám tốt, giữ nguyên lớp gạc trong cùng, còn nếu có dịch tiết nhiều hoặc máu tụ, cần bóc lớp gạc trong cùng để xử lý [7].

Rửa sạch vùng ghép da, dàn lại các mảnh da bị xô lệch, thấm khô và đắp gạc thuốc tẩm dung dịch sát khuẩn [7].

Cuối cùng, phủ lớp gạc khô bên ngoài, sắp xếp các lớp gạc theo kiểu “mái ngói” và đảm bảo băng ép vừa phải [7].

2.4.3.3. Theo dõi và xử trí tai biến

Sau khi thay băng, bệnh nhân được chuyển về buồng theo dõi và được theo dõi cho đến khi tỉnh táo hoàn toàn. Vùng da ghép cần được giữ thông thoáng, tránh tỳ đè để đảm bảo quá trình hồi phục mô được thuận lợi [7].

Toàn thân

Về chăm sóc toàn thân, nếu bệnh nhân có biểu hiện choáng hoặc ngất trong hoặc sau khi thay băng, quy trình cần được tạm dừng. Bệnh nhân nên được đặt ở nơi thoáng mát, thở oxy và sử dụng thuốc trợ tim nếu cần thiết. Việc thay

băng chỉ được tiếp tục khi tình trạng bệnh nhân ổn định trở lại. Ngoài ra, cần theo dõi kỹ các tác dụng phụ của thuốc giảm đau, đặc biệt là các phản ứng như ngừng thở hoặc nôn, để có biện pháp xử trí kịp thời. Trong trường hợp bệnh nhân có cảm giác đau sau khi thay băng, cần tiếp tục dùng thuốc giảm đau và phối hợp với các biện pháp hạ sốt khi cần thiết [7].

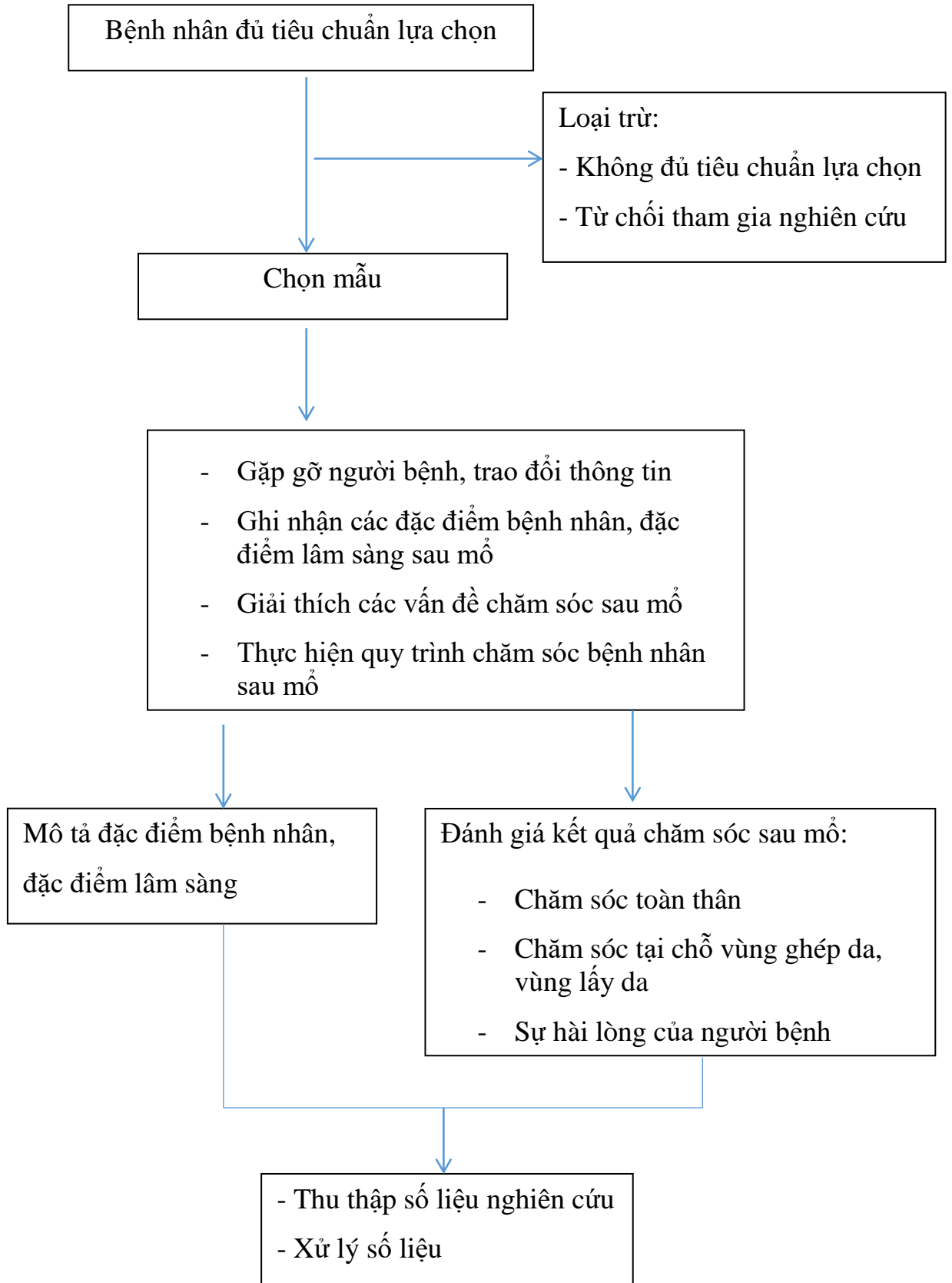
2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Các kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê Y học SPSS 20.0.
- Các số liệu được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình (\pm) độ lệch chuẩn, tỉ lệ phần trăm (%).

2.6. Những tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân khi được sự đồng ý của Hội đồng y đức của bệnh viện.
- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ghép da do bỏng sâu

3.1.1. Tỷ lệ giới của mẫu nghiên cứu:

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

3.1.2. Tuổi của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi:

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<20		
20-60		
>60		

3.1.3. Tác nhân gây bỏng

Bảng 3.2 Tác nhân gây bỏng

Tác nhân	n =	Tỷ lệ (%)
Nhiệt khô		
Nhiệt ướt		
Acid		

3.1.4. Độ sâu của bỏng vùng ghép da

Bảng 3.3 Phân độ bỏng

Phân độ bỏng	n =	Tỷ lệ (%)
Độ III sâu		
Độ IV		

3.1.5. Chỉ số BMI

Bảng 3.4. Chỉ số BMI

BMI	n =	Tỉ lệ (%)
<18,5		
18,5-24,9		
≥25		

3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ ghép do bỏng sâu.

3.2.1. Theo dõi dấu hiệu sống

3.2.1.1. Theo dõi dấu hiệu sống trong ba giờ đầu 1 giờ 1 lần.

Bảng 3.5. Theo dõi dấu hiệu sống trong ba giờ đầu 1 giờ 1 lần.

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	Mạch	Nhiệt	Huyết áp	Nhịp thở
Bình thường				
Bất thường				
Tổng cộng				

3.2.1.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong 24 giờ tiếp theo 3 giờ/lần:

Bảng 3.6. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong 24 giờ tiếp theo 3 giờ/lần

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	Mạch	Nhiệt	Huyết áp	Nhịp thở
Bình thường				
Bất thường				

3.2.1.3. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 6 giờ/lần trong những ngày tiếp theo

Bảng 3.7. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn ngày 2 lần trong những ngày tiếp

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	Mạch	Nhiệt	Huyết áp	Nhịp thở
Bình thường				
Bất thường				

3.2.2. Thực hiện y lệnh thuốc

Bảng 3.8. Thực hiện y lệnh thuốc

Thời gian	Có	Không
Ngày 1, 2		
Ngày 3, 4		
Ngày 5, 6		
Ngày 7, 8		
Ngày 9, 10		

3.2.3. Thời gian thay băng lần đầu

Bảng 3.9. Thời gian thay băng lần đầu sau mổ

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trước 24h		
Từ 24h đến 48h		
Sau 48h		

3.2.4. Đánh giá tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép

Bảng 3.10. Tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép

Tình trạng tụ máu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có		
Không		

3.2.5. *Đánh giá tình trạng bám sống của da ghép*

Bảng 3.11. Tình trạng bám sống vùng da ghép

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt		
Khá		
Trung bình		
Kém		

3.2.6. *Số lần thay băng sau ghép da*

Bảng 3.12. Số lần thay băng sau ghép da

Số lần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1		
2		
>2		

3.2.7. *Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép*

Bảng 3.13. Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép

Tình trạng nhiễm trùng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có		
Không		

3.2.8. *Đánh giá tình trạng vùng lấy da*

Bảng 3.14. Thời gian khỏi và bong màng ban hờ cho vùng lấy da

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
10-12		
13-14		
15-18		

3.2.9. *Đánh giá tình trạng giấc ngủ sau mổ*

Biểu đồ 3.2. Tình trạng giấc ngủ sau mổ

Nhận xét:

3.2.10. *Đánh giá cảm giác đau vết mổ*

Biểu đồ 3.3. Phân bố cảm giác đau sau mổ

3.2.11. *Đánh giá kết quả phòng ngừa biến chứng do nằm lâu sau mổ*

Bảng 3.15. Biến chứng sau mổ do nằm lâu

Các biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Loét tỳ đè		
Viêm phổi		

3.2.12. *Tình trạng ăn uống sau mổ:*

Bảng 3.16. Tình trạng ăn uống sau mổ

Ăn uống	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ăn không được		
Ăn được ít		
Ăn uống bình thường		
Tổng		

3.2.13. *Tình trạng vệ sinh thân thể sau mổ*

Bảng 3.17. Tình trạng vệ sinh thân thể sau mổ

Vệ sinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có		
Không		

:

3.2.14. Sự hài lòng của bệnh nhân:**Bảng 3.18.** Sự hài lòng của bệnh nhân

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không hài lòng		
Bình thường		
Hài lòng		

KẾ HOẠCH THỰC HIỆN

- Thời gian thực hiện:

Thời gian	Nội dung thực hiện
Tháng 10/2024 – tháng 3/2025	Nghiên cứu lý thuyết Viết đề cương nghiên cứu Thu thập số liệu Bảo vệ đề cương nghiên cứu
Tháng 04/2025 – tháng 6/2025	Tiếp tục thu thập số liệu Điều tra, phân tích số liệu nghiên cứu
Tháng 07/2025	Xử lý số liệu Viết và hoàn thiện luận văn
Tháng 8/2025	Bảo vệ luận văn tốt nghiệp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tham khảo tiếng Việt

1. Lê Thế Trung (2003). *Bỏng-những kiến thức chuyên ngành*, Nxb Y học, Hà Nội.
2. Đinh Văn Hân (2004). *Nghiên cứu phẫu thuật cắt hoại tử sớm ghép da ngay trong 72 giờ đầu sau bỏng*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Việt Lượng (2001). *Điều trị phẫu thuật bỏng sâu ở trẻ em*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
4. Trần Đình Hùng, Nguyễn Thị Thu Hoài (2022). *Nghiên cứu hiệu quả của phẫu thuật che phủ tổn thương bỏng sâu bằng da đầu mảnh mỏng ở trẻ em*, Tạp chí y học thực hành, số 5, 7.
5. Phạm Gia Khánh (2006). *Giáo trình Bỏng*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
6. Lê Năm (2006). *Sơ cứu, cấp cứu và điều trị Bỏng*, Nxb Y học, Hà Nội.
7. Quy trình kỹ thuật chuyên khoa Bỏng áp dụng tại viện Bỏng quốc gia Lê Hữu Trác (2015).
8. Trần Đình Hùng, Ngô Tuấn Hưng (2003). "Kết quả ghép da đầu mảnh mỏng trong điều trị tổn thương bỏng sâu ở trẻ em tại bệnh viện bỏng quốc gia Lê Hữu Trác." *Tạp chí y học Việt Nam*, 524(1A).
9. Hồ Thị Xuân Hương và Lê Thế Trung (1998). "Cắt hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến và ghép da ở trẻ em bỏng sâu tại VBQG." *Thông tin y học thăm họa và bỏng*, (4), 87-93.
10. Nguyễn Băng Tâm (2002). *Nghiên cứu điều trị bỏng sâu các chi trẻ em bằng phẫu thuật cắt bỏ hoại tử sớm - ghép da dưới garo*, Luận án thạc sỹ y học, Học Viện Quân Y.
11. Nguyễn Duy Khánh (2011). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật lấy da đầu điều trị tổn thương bỏng sâu*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân y.

12. Huỳnh Minh Trí, Nguyễn Thanh Quân, Mai Nguyễn Thanh Trúc (2022). *Kết quả điều trị ghép da có kết hợp hút áp lực âm trên mảnh da ghép tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*. Tạp chí Y học Cần Thơ, số 45, 177.
13. Trần Thị Thuận (2007). *Điều dưỡng cơ bản 1*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 144-166.
14. Hoàng Văn Hồng và cộng sự (2021). "Chăm sóc tổn khuyết da ở người bệnh sau chấn thương." *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 504, tháng 7, số 1.

Tài liệu tham khảo tiếng Anh

15. Barret J. P., Dziejwski P., Wolf S. E., et al. (1999). "Outcome of Scalp Donor Sites in 450 Consecutive Pediatric Burn Patients." *Plastic and Reconstructive Surgery*, 103(4), 1139-1142.
16. Berkowitz R. L. (1981). "Scalp-in search of the perfect donor site." *Ann Plast Surg*, 7(2), 126-127.
17. Chamania S., Patidar G. P., Dembani B. et al. (1998). "A retrospective analysis of early excision and skin grafting from 1993–1995." *Burns*, 24(2), 177-180.
18. Chang L.-Y., Yang J.-Y., Chuang S.-S., et al. (1998). "Use of the Scalp as a Donor Site for Large Burn Wound Coverage: Review of 150 Patients." *World Journal of Surgery*, 22(3), 296-300.
19. Djurickovic S., Snelling C. F. và Boyle J. C. (2001). "Tourniquet and subcutaneous epinephrine reduce blood loss during burn excision and immediate autografting." *J Burn Care Rehabil*, 22(1), 1-5.
20. Farina Junior J. A., Freitas F. A. S., Ungarelli L. F. et al. (2010). "Absence of pathological scarring in the donor site of the scalp in burns: An analysis of 295 cases." *Burns*, 36(6), 883-890.

21. Hart D. W., Wolf S. E., Beauford R. B. et al. (2001). "Determinants of blood loss during primary burn excision." *Surgery*, 130(2), 396-402.
22. Hultman, C. S., et al. (2018). "Outcomes of scalp skin grafting in burn patients." *Journal of Burn Care & Research*.
23. Kauffman, T. L., et al. (2020). "Standardized postoperative care for burn patients: A systematic review." *Burns*.
24. King W. W. K., Zekri A., Lee D. W. H. et al. (1996). "Debridement of burn wounds with a surgical ultrasonic aspirator." *Burns*, 22(4), 307-309.
25. Lê, D. T., et al. (2023). "Challenges in burn care in rural Vietnam: A review." *Asian Journal of Surgery*.
26. Martinot V., Mitchell V., Fevrier P. et al. (1994). "Comparative study of split thickness skin grafts taken from the scalp and thigh in children." *Burns*, 20(2), 146-150.
27. O'Mara M. S., Goel A., Recio P. et al. (2002). "The use of tourniquets in the excision of unexsanguinated extremity burn wounds." *Burns*, 28(7), 684-687.
28. Nguyễn, T. A., et al. (2021). "Evaluation of skin grafting outcomes in pediatric burn patients." *Vietnamese Journal of Pediatrics*.
29. Trần, M. H., et al. (2022). "Effectiveness of thin skin grafting for deep burn injuries." *Vietnamese Journal of Burns*.
30. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). (2020). *Sleep and Health*.
31. Thomas Unger (2020). "2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines."
32. Oh S. J. (2020). "A systematic review of the scalp donor site for split-thickness skin grafting." *Archives of Plastic Surgery*, 47(6), 528-534.
33. Yi-Ping Z., Wei-ming Z., Jia-liang R. et al. (1998). "Successful recovery of 14 patients afflicted with full-thickness burns for more than 70 per cent body surface area." *Burns*, 24(2), 162-165.

PHỤ LỤC 1
PHIẾU ĐIỀU TRA
KHẢO SÁT VỀ TÌNH HÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ
GHÉP DA DO BỎNG

I. Phần hành chính:

Họ và tên:

Giới:.....

Tuổi:.....

Dân tộc:.....

Nghề nghiệp:.....

Số hồ sơ:.....

Địa chỉ:.....

II. Phần chuyên môn:

2.1. Đặc điểm chung:

1. Tác nhân gây bỏng của ông (bà) ?

 Nhiệt khô Nhiệt ướt Acid

2. Độ sâu Bỏng vùng ghép da của ông (bà)?

 Độ IV Độ V

3. BMI của ông bà?

 < 18.5 18.5-24.9 ≥ 25

2.2 Đánh giá chăm sóc sau mổ

2.2.1. Phân theo dõi của điều dưỡng

1. Theo dõi dấu hiệu sống

Dấu hiệu sinh tồn	1 giờ/lần/3 giờ đầu	3 giờ/lần trong 24 giờ tiếp theo	2 lần/ngày những ngày tiếp theo
Bình thường			
Bất thường			

2. Thực hiện y lệnh thuốc:

Thời gian	Có	Không
Ngày 1, 2		
Ngày 3, 4		
Ngày 5, 6		

Ngày 7, 8		
Ngày 9, 10		

3. Thời gian thay băng lần đầu sau ghép da:
 Trước 24 giờ 24-48 giờ Sau 48 giờ
4. Số lần thay băng sau ghép da:
 1 lần 2 lần Trên 2 lần
5. Tình trạng nhiễm trùng của mảnh da ghép
 Có Không
6. Theo dõi tình trạng bám sống của da ghép:
 Tốt. Khá Trung bình Kém

III. Phân khảo sát ở bệnh nhân

1. Tình trạng đau sau mổ của bệnh nhân

Ngày	Thứ 1	Thứ 2	Thứ 3	Thứ 4	Thứ 5
Đau nhẹ					
Đau vừa					
Đau dữ dội					

2. Sau mổ ông (bà) ăn uống như thế nào?

Ngày	Thứ 1	Thứ 2	Thứ 3 về sau
Ăn uống ít			
Ăn uống bình thường			
Ăn uống nhiều hơn bình thường			

3. Sau mổ ông (bà) có ngủ được không?
 Không ngủ Ngủ ít Ngủ được
4. Sau mổ ông (bà) có được vệ sinh thân thể không?
 Có Không
5. Sau mổ ông (bà) có bị viêm phổi không?
 Có Không
6. Sau mổ ông bà có bị loét tỳ đè không?
 Có Không
7. Sự hài lòng của bệnh nhân về công tác chăm sóc điều dưỡng:
 Hài lòng Không hài lòng

PHỤ LỤC 2**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH THAY BĂNG GHÉP DA**

STT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị			
1.1	Người thực hiện: Phẫu thuật viên, bác sĩ chuyên khoa, 2 điều dưỡng (1 vô trùng, 1 hữu trùng)			
1.2	Dụng cụ đã chuẩn bị đầy đủ (khay quả đậu, bông, băng, gạc, vải vô khuẩn, nia, kéo, găng tay)			
1.3	Thuốc thay băng đã sẵn sàng: dung dịch sát khuẩn, thuốc kháng khuẩn, thuốc tái tạo mô, vật liệu thay thế da			
1.4	Người bệnh đã được giải thích và chuẩn bị (nhịn ăn nếu gây mê, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn)			
1.5	Địa điểm thay băng đảm bảo tiêu chuẩn vô khuẩn			
2	Các bước tiến hành			
2.1	Vô cảm: Đã sử dụng thuốc giảm đau hoặc gây mê phù hợp			
2.2	Nhân viên thực hiện rửa tay và mặc trang phục vô trùng			
2.3	Bác sĩ trực tiếp thực hiện và chỉ đạo quy trình			
2.4	Cắt bỏ băng cũ và lấy da một cách nhẹ nhàng			
2.5	Bóc bỏ lớp gạc theo quy tắc vô khuẩn			

2.6	Kiểm tra tình trạng vùng ghép da (màu sắc, dịch mủ)			
2.7	Tắm thuốc kháng sinh hoặc dung dịch sát khuẩn lên vùng ghép			
2.8	Thấm khô vùng ghép da và đắp lớp gạc thuốc tắm Đắp lớp gạc khô bên ngoài và băng ép vừa phải			
2.9	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
3	Ghi chép			
3.1	Ghi chép lại tình trạng vết thương và quy trình thực hiện			
4	Theo dõi			
4.1	Theo dõi sau thay băng: toàn thân, tại chỗ			

DANH SÁCH BỆNH NHÂN