

CẢNH BÁO TỬ VONG DO TỰ ĐIỀU TRỊ BỎNG TẠI NHÀ

(Báo cáo hai trường hợp lâm sàng)

Chu Anh Tuấn, Lê Quốc Chiêu

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người. Hiện nay, công tác điều trị bỏng ở Việt Nam vẫn còn nhiều hạn chế, như tình trạng giữ người bệnh bỏng tại nhà, tự điều trị không đúng chỉ định, gây hậu quả xấu. Chúng tôi xin giới thiệu hai trường hợp điển hình đã tử vong để các bạn đồng nghiệp cùng tham khảo.

Từ khóa: Tử vong, bỏng

SUMMARY

Burns is a disease that parallels the existence and development of human society. Currently, burn treatment in Vietnam still has many limitations, such as keeping burn patients at home and self-treatment not as prescribed, causing negative consequences. We would like to introduce two typical cases that have died for our colleagues' reference.

Keywords: Death, burns

1. GIỚI THIỆU

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người. Tồn thương bỏng không những gây ảnh hưởng trước mắt mà còn để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng, tâm lý, thẩm mỹ, tinh thần và kinh tế không chỉ với nạn nhân, gia đình mà với toàn xã hội.

Việt Nam là một nước đang phát triển, điều kiện kinh tế còn khó khăn, trình độ dân trí còn nhiều hạn chế, còn nhiều bất

cập trong công tác dự phòng và điều trị bỏng, làm ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả điều trị, đến tính mạng, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Một trong những sai sót thường gặp là giữ người bệnh bỏng tại nhà, tự điều trị không đúng chỉ định, khi tình trạng người bệnh diễn biến nặng mới đưa đến cơ sở y tế, gây khó khăn cho công tác cấp cứu, điều trị người bệnh, làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí, thậm chí gây tử vong đáng tiếc.

Tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, hàng năm thu dung hàng chục người bệnh sau khi bị bỏng được giữ điều trị tại nhà, tự ý dùng các thuốc bôi vết thương không đúng chỉ định trước khi nhập viện, gây hậu quả xấu. Chúng tôi xin giới thiệu hai trường hợp điển hình đã tử vong để các bạn đồng nghiệp cùng tham khảo.

Chịu trách nhiệm: Chu Anh Tuấn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: drchuanhtuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét:

21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.335>

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Ca bệnh 1

Người bệnh Lê Quang M.; 53 tuổi; Giới tính: Nam; Số bệnh án: 00180

Vào viện với chẩn đoán: Bỏng lửa than 6% độ IV, V tay phải ngày thứ 4, biến chứng sốc nhiễm khuẩn/ đái tháo đường tuýp 2, suy kiệt.

Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị: Người bệnh bị đái tháo đường tuýp 2, nhưng dùng thuốc điều trị không thường xuyên. Ngày 03/01/2023, bị bỏng lửa than, không được sơ cứu tại chỗ, tự điều trị tại nhà, bôi thuốc gì không rõ, không băng bó; khi tình trạng người bệnh diễn biến nặng mới đưa đến cơ sở y tế địa phương và được chuyển thẳng đến Bệnh viện Bỏng quốc gia lúc 14 giờ ngày 07/01/2023 trong tình trạng:

- Toàn thân: Ý thức lơ đãng, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, thể trạng suy kiệt, da bọc xương, da niêm mạc nhợt, nhiệt độ 37,5°C, khó thở, tần số thở 26 lần/phút, SpO₂ giảm (94%), rì rào phế nang hai phổi rõ, mạch 100 lần/phút, huyết áp trung bình 66 mmHg (với liều duy trì Noradrenalin 0,5 µg/kg/phút).

- Tại chỗ vết bỏng: 6% hoại tử màu đen ở cẳng, bàn tay phải, tiết dịch mủ nhiều, mùi hôi, bờ mép viêm nề lan rộng.

- Xét nghiệm: Thiếu máu nặng; protein toàn phần, albumin giảm thấp; bạch cầu tăng cao (18,3 G/L), PCT: 70 ng/mL; pH máu: 7,22.

Người bệnh đã được điều trị tích cực tại Khoa Hồi sức cấp cứu/ Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác: Thở ô xy, kháng sinh mạnh, truyền dịch, truyền khối hồng cầu, albumin, thuốc vận mạch, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan, chăm sóc. Đến 03

giờ ngày 08/01/2023, tình trạng người bệnh diễn biến xấu, tiên lượng tử vong, gia đình đã xin cho đưa người bệnh về.

2.2. Ca bệnh 2

Người bệnh Nguyễn Thị Thùy D., 02 tuổi; Giới tính: Nữ; Số bệnh án: 00451

Vào viện với chẩn đoán: Bỏng nước sôi 20% độ II, III cổ, ngực, bụng, 2 tay, nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng ngày thứ 6.

Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị: Tiền sử khỏe mạnh. Bệnh nhi bị bỏng nước sôi, không được sơ, cấp cứu gì, tự điều trị tại nhà bằng rắc thuốc đông y lên vết bỏng, không băng bó vết thương. Bệnh nhi bị sốt cao, nôn, đi ngoài,... Được người nhà đưa vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cấp cứu lúc 23 giờ 45 phút ngày 20/01/2024 (ngày thứ 6 của bệnh), trong tình trạng:

- Toàn thân: Thể trạng suy dinh dưỡng, da niêm mạc nhợt, lơ đãng, mệt mỏi; mạch: 150 lần/phút, huyết áp 90/55 mmHg; thở nhanh, phổi nhiều ran rít, ran rạt, SpO₂ 92%, bụng chướng căng, nước tiểu ít, vàng đậm.

- Tại chỗ: Vết thương se khô, sẫm màu, đe dọa chuyển hoại tử thứ phát toàn bộ, dịch tiết mùi hôi. Bờ mép vết thương viêm nề mạnh, lan rộng.

- Xét nghiệm máu: HC: 2,45 T/L, HST: 56g/L; BC: 6,4 G/L; Tiểu cầu: 37 G/L; Glucose: 11,7 mmol/L; Ure: 16,8 mmol/L, creatinin: 143,6 µmol/L, protein TP: 31,4 g/L, albumin: 13,8 g/L; PCT: 83,15 ng/ml; pH: 6,84; HCO₃⁻: 7,8 mmol/L, BE: 24,2 mmol/L; Na⁺: 140 mmol/L, K⁺: 2,3 mmol/L.

Bệnh nhi đã được điều trị tích cực: Đặt ống nội khí quản, thở máy, truyền dịch, albumin, điều chỉnh rối loạn toan kiềm, rối loạn điện giải; kháng sinh mạnh,... nhưng

tình trạng bệnh nhi diễn biến xấu rất nhanh, huyết áp tụt, phải dùng vận mạch, đến 0 giờ 30 phút ngày 21/01/2024: Ngừng tim, ngừng hô hấp lần 1, được hồi sinh tổng hợp, tim đập trở lại, duy trì vận mạch, thở máy,... Đến 6 giờ 30 phút cùng ngày: Ngừng tim lần 2, cấp cứu không hiệu quả, người bệnh tử vong.

3. BÀN LUẬN

3.1. Hậu quả của việc tự điều trị bỏng tại nhà

Chấn thương bỏng gây ra các rối loạn chức năng trong cơ thể và các phản ứng toàn thân để tự bảo vệ, phục hồi. Nếu bị bỏng rộng, diện tích độ sâu lớn sẽ gây rối loạn toàn bộ các cơ quan trong cơ thể, tạo nên bệnh bỏng. Như vậy, bỏng là bệnh lý toàn thân, trong đó tổn thương tại chỗ là nguyên ủy của mọi rối loạn bệnh lý xảy ra. Do đó, khi bị bỏng cần được cấp cứu, điều trị toàn thân, cũng như tại chỗ tổn thương bỏng đúng cách. Hai người bệnh được nêu trên đều không được cấp cứu, điều trị tại các cơ sở y tế mà tự điều trị tại nhà đã dẫn đến hậu quả nghiêm trọng: khi được đưa đến viện thì tình trạng bệnh lý đã rất nặng, cấp cứu điều trị không hiệu quả, người bệnh tử vong.

Đối với người bệnh Lê Quang M.; 53 tuổi, diện tích bỏng của người bệnh L.Q.M. không lớn (6% diện tích cơ thể/ DTCT), tuy nhiên, người bệnh có bệnh lý nền đái tháo đường tuýp 2 không được điều trị thường xuyên, khi bị bỏng do không được sơ cứu và điều trị kịp thời, đúng phác đồ tại cơ sở y tế nên đã dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn nhiễm độc, rối loạn nội môi nặng nề, tiên lượng tử vong.

Với trẻ em, bỏng dù diện tích nhỏ cũng gây nguy hiểm, khi bị bỏng khoảng 10%

DTCT đã xuất hiện nguy cơ sốc đe dọa tính mạng, do đó cần được thăm khám, theo dõi chặt chẽ tại các cơ sở y tế đúng tuyến để cấp cứu, điều trị kịp thời. Trong khi bệnh nhi Nguyễn Thị Thùy D., 02 tuổi, diện tích là 20% DTCT, nhưng không được sơ cứu tại chỗ, hoàn toàn không được điều trị toàn thân (bù dịch thể, giảm đau, kháng sinh, chăm sóc,...) và điều trị tại chỗ đúng cách (đắp thuốc, băng bó); hậu quả người bệnh khi được đưa đến Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong tình trạng rất nặng, sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và tử vong nhanh chóng.

Không phải tất cả người bệnh bỏng tự điều trị tại nhà đều tử vong, nhưng có thể thấy việc tự ý điều trị tại nhà không có sự theo dõi, chỉ định của nhân viên y tế sẽ dẫn đến nhiều hậu quả nghiêm trọng.

Qua 02 trường hợp trên, chúng tôi xin nhắc lại khuyến cáo như sau:

- Nếu không may bị bỏng, người bị nạn cần được sơ cứu ngay tại chỗ đúng cách càng sớm càng tốt (ngâm rửa vết bỏng bằng nước mát, băng bó, giảm đau, bù dịch,...) nhằm làm giảm diện tích, độ sâu tổn thương bỏng, tránh bị bội nhiễm vết thương và các biến chứng nguy hiểm khác. Khẩn trương chuyển người bệnh tới cơ sở y tế gần nhất để được thăm khám, cấp cứu, điều trị và chăm sóc kịp thời.

- Người bệnh bỏng cần được thăm khám và điều trị tại các cơ sở y tế, chỉ điều trị ngoại trú với các bệnh nhân bỏng nhẹ và đồng thời thỏa mãn các điều kiện sau:

- + Bỏng độ I, II dưới 5% diện tích cơ thể.
- + Bỏng không ở các vị trí đầu mặt, bàn tay, tầng sinh môn, bàn chân.
- + Không bỏng hô hấp, bỏng tiêu hóa, bỏng mắt.

+ Không bị nhiễm độc CO, nhiễm độc hóa chất toàn thân.

+ Trạng thái toàn thân khỏe mạnh, không bị bệnh hoặc tổn thương phổi hợp.

+ Không có các biến chứng nặng như biến chứng nhiễm khuẩn.

Sau khi khám xét mức độ thương tổn, diễn biến toàn thân, người bác sỹ sẽ quyết định chế độ điều trị ngoại trú, có đăng ký theo dõi, hẹn tới thay băng và kiểm tra diễn biến. Người bệnh ngoại trú cần tuân thủ chặt chẽ lời dặn của bác sỹ, tới cơ sở điều trị ngay khi có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào như sốt, ăn kém, đái ít,...

- Đối với người bệnh bỏng có bệnh lý nền, như đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, gan, thận,... diễn biến bệnh lý thường phức tạp và nặng hơn so với người bệnh có tiền sử khỏe mạnh. Vì vậy, các đối tượng này cần được chăm sóc và điều trị chuyên khoa bỏng, cũng như điều trị kết hợp các bệnh lý nền theo phác đồ của Bộ Y tế, không được tự ý điều trị tại nhà để tránh các hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra.

3.2. Nguyên nhân tử vong chủ yếu ở người bệnh bỏng

Công tác chẩn đoán và điều trị bỏng ngày càng có nhiều tiến bộ, cứu sống được nhiều người bệnh bỏng nặng, nhưng theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 300.000 ca tử vong do bỏng trên khắp thế giới, chủ yếu ở các nước đang phát triển, trong đó nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở người bệnh bỏng nặng, ước tính 60 - 70% tử vong trong bỏng có liên quan đến nhiễm trùng. Nhiễm khuẩn là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bỏng nặng sau thời kỳ sốc, là nguồn gốc của những rối loạn bệnh lý nặng nề trong bệnh bỏng.

Da là hàng rào bảo vệ đầu tiên giúp cơ thể chống lại các tác nhân vi sinh vật gây bệnh, trong khi đặc điểm tự nhiên của tổn thương bỏng thường có diện tích rộng, vết thương hở, mức độ ô nhiễm cao, luôn tiết dịch, hoại tử bỏng sâu tan rữa,... là môi trường thuận lợi cho vi sinh vật sinh sản, phát triển và xâm nhập sâu. Mặt khác, khi bị bỏng sức đề kháng miễn dịch chung của cơ thể bị suy giảm do độc tố bỏng, độc tố vi khuẩn; do suy mòn, thiếu dinh dưỡng, thiếu các axit amin cần thiết, các vitamin,... để sản xuất bạch cầu, các kháng thể,... điều này làm người bệnh bỏng dễ bị nhiễm trùng hơn. Các vi sinh vật có thể xâm lấn vào máu, vào bạch mạch gây nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn toàn thân. Nhiễm khuẩn huyết là một trong những biến chứng nặng nhất của bệnh bỏng, là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong ở người bệnh bỏng.

Ở 02 người bệnh được nêu trên, mặc dù kết quả cấy khuẩn máu không mọc (hoặc chưa kịp cấy khuẩn máu), nhưng căn cứ vào các triệu chứng và diễn biến của bệnh có thể chẩn đoán đều bị nhiễm khuẩn huyết, dẫn tới sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng và hậu quả cuối cùng là tử vong. Hiện nay, căn nguyên gây nhiễm trùng huyết ở người bệnh bỏng rất đa dạng, chủ yếu là các chủng vi khuẩn đa kháng kháng sinh như *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter* spp.,... và nấm *Candida* spp., *Aspergillus* spp.,... làm cho công tác điều trị hết sức khó khăn, làm gia tăng chi phí, thời gian nằm viện cũng như tỷ lệ tử vong.

Vì vậy, công tác dự phòng nhiễm trùng ở người bệnh bỏng là một công việc rất quan trọng, đòi hỏi sự quan tâm hàng đầu của các cán bộ nhân viên điều trị bỏng,

đồng thời là một thách thức đặc biệt đối với nhân viên y tế. Để ngăn ngừa nhiễm trùng ở người bệnh bỏng, ngoài các biện pháp điều trị tích cực (phẫu thuật cắt hoại tử sớm, ghép da che phủ ngay; liệu pháp kháng sinh; nâng cao sức chống đỡ miễn dịch của cơ thể,...) thì phải thực hiện phòng ngừa chuẩn: Phòng ngừa chuẩn là các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho mọi người bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm khám, điều trị, chăm sóc dựa trên nguyên tắc coi máu, chất tiết và chất bài tiết của người bệnh đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Phòng ngừa chuẩn áp dụng cho tất cả người bệnh ở mọi thời điểm. Nhân viên y tế phải tuân thủ tuyệt đối các quy tắc phòng ngừa chuẩn và tuân thủ quy trình kỹ thuật đang được áp dụng tại bệnh viện. Đối với người bệnh bỏng thì phải đặc biệt chú ý đến khu vực điều trị và đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn:

- *Bố trí, sắp xếp người bệnh hợp lý:*
Sắp xếp người bệnh phù hợp, cách ly những người bệnh có nguy cơ lây nhiễm cao hoặc có nguy cơ nhiễm chéo cao. Hạn chế tối đa khả năng tiếp xúc với nguồn lây nhiễm vi khuẩn bệnh viện. Ngoài ra cần tiến hành khử trùng thường xuyên các vật dụng và môi trường trong buồng bệnh, đặc biệt là buồng bệnh có người bệnh bỏng nhiễm khuẩn.

- *Rửa tay thường xuyên:*

+ Đối với người bệnh bỏng: Cần rửa tay thường xuyên (nếu có thể).

+ Đối với nhân viên y tế: Thực hiện rửa tay theo đúng quy trình rửa tay thường quy tại 5 thời điểm chính.

- *Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp:* Da là hàng rào bảo vệ chống lại vi sinh vật. Vì vậy, khi điều trị cho người bệnh bỏng, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp là rất quan trọng. Việc này có thể tạo ra một hàng rào hiệu quả giúp chống lại nhiều nguồn lây nhiễm phổ biến và ngăn ngừa lây nhiễm từ nhân viên y tế cho người bệnh bỏng.

4. KẾT LUẬN

Bỏng là căn bệnh song hành với sự tồn tại và phát triển của xã hội loài người, để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng, tâm lý, thẩm mỹ, tinh thần và kinh tế không chỉ với nạn nhân, gia đình mà với toàn xã hội. Mọi người dân khi bị bỏng cần được thực hiện đúng các biện pháp sơ, cấp cứu tại chỗ và chuyển đến các cơ sở y tế để được thăm khám và điều trị đúng phương pháp; không tự điều trị tại nhà hoặc điều trị tại các cơ sở y tế không được phép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thế Trung (2003). *Bỏng - Những kiến thức chuyên ngành*, Nhà Xuất Bản Y học.
2. Nguyễn Ngọc Tuấn (2018). *Giáo trình bỏng*, Nhà Xuất Bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
4. Peck M., Molnar J. và Swart D. (2009). A global plan for burn prevention and care. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 802-803.
5. Manning J. (2018). Sepsis in the Burn Patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 30 (3), 423-430.
6. Singer M., Deutschman C. S., Seymour C. W. et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315 (8), 801-810.