

## ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG VẾT BỎNG VỚI MÔ HẠT LÂU LÀNH

(Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Thị Hương, Hồ Thị Vân Anh, Nguyễn Thị Thu Minh

Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

### TÓM TẮT

Bỏng là mối lo ngại lớn về sức khỏe trên toàn cầu, chiếm tỷ lệ đáng kể trong các thương tích ở trẻ em. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có khoảng 180.000 trường hợp tử vong do bỏng, tập trung chủ yếu ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [3].

Bỏng nặng không chỉ gây ra những ảnh hưởng lớn về mặt sức khỏe thể chất mà còn có thể ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe tâm thần, đặc biệt trên trẻ em, đối tượng đang trong giai đoạn tăng trưởng và phát triển. Điều trị nhằm tạo điều kiện thuận lợi nhất giúp cho vết thương liền thuận lợi, tránh hình thành "sẹo bệnh lý" như sẹo phì đại, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh [5].

Phẫu thuật cắt hoại tử ghép da che phủ sớm sẽ giảm nguy cơ nhiễm khuẩn, tăng khả năng cứu sống, giảm nguy cơ hình thành vết thương mạn tính. Tuy nhiên vẫn còn một số đơn vị điều trị bỏng áp dụng kỹ thuật này chưa hiệu quả. Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác đã thu dung, điều trị nhiều bệnh nhân với mô hạt mạn tính kèm theo những rối loạn tâm lý kéo dài.

Chúng tôi giới thiệu bệnh nhân nữ, 6 tuổi với chẩn đoán 22% mô hạt mặt, cổ, ngực, bụng, lưng, hai tay, hai chân do bỏng lửa ngày thứ 100 đã được phẫu thuật cắt hoại tử ghép da nhiều lần tại tuyến trước nhưng thất bại.

**Từ khoá:** Bỏng, mô hạt đậu lạnh, bỏng trẻ em, biofilm

### SUMMARY

Pediatric burns represent a significant global health concern, accounting for a notable portion of nonfatal injuries among children. The World Health Organization (WHO) estimates that over 180,000 deaths annually result from burns, with the majority occurring in low- and middle-income countries. Severe burns have a major impact on physical health and mental health, especially on children who are still developing. Aim' treatment aims are to improve wound healing, avoiding the formation of "pathological scars" such as hypertrophic scars that affect the patient's quality of life. Early excision and skin grafting

Chịu trách nhiệm; Nguyễn Thị Hương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: nguyenuongvbqg10011986@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/7/2024; Ngày nhận xét: 08/8/2024; Ngày duyệt bài: 26/10/2024

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

surgery can reduce the risk of infection, increase survival rates, and decrease the likelihood of chronic wound formation. However, some burn treatment units are still not applying this technique effectively. The National Burn Hospital has admitted and treated many patients with chronic granulation tissue, accompanied by prolonged psychological disorders.

We report a case, a female, 6 years old, with the diagnosis of 22% granulation on face, neck, trunk, back, and limbs who were treated at other hospitals, failed skin graft many times then transferred to our hospital on day 100.

**Keywords:** Wound healing, pediatric burn, chronic wound, biofilm, burn scarring

## 1. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Ksor Kim T., nữ, 6 tuổi, chiều cao 113cm, nặng 15,5kg, BMI 12,1, bỏng lửa ngày 3/2/2024 cấp cứu tại Bệnh viện Sản nhi Phú Yên, chuyển Bệnh viện Nhi Đồng II vào ngày thứ 2 sau bỏng; đã được điều trị hồi sức chống sốc, kháng sinh, thay băng, phẫu thuật cắt hoại tử ghép da 3 lần, kết quả 30% da ghép bám sống trên tổng diện tích bỏng sâu được ghép da. Bệnh nhân được chuyển về Bệnh viện Sản nhi Phú Yên điều trị tiếp ngày 65 sau bỏng.

Ngày 100 sau bỏng, bệnh nhân được chuyển Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong tình trạng: Tỉnh, hay quấy khóc, hốt hoảng, sợ tiếp xúc nhân viên y tế, da niêm mạc nhợt nhạt, thể trạng suy mòn, nhiệt độ: 37,5 độ C, mạch: 155 - 165 lần/phút, huyết áp 102/66mmHg, thở 30 lần/phút, RRFN rõ, phổi không ran. Tại chỗ 22% mô hạt mặt, cổ, ngực, bụng, lưng, hai tay, hai chân (vùng lấy da 2 chân chưa liền sau 2 tháng). Đặc điểm mô hạt nhợt nhạt, phù nề, bóng, ướt, nền mô hạt gồ cao hơn da lành xung quanh, không có hiện tượng biểu mô hóa từ bờ mép vết thương. Bề mặt mô hạt có rất nhiều ghim, trong đó có nhiều ghim bị mô hạt bao phủ. Xen lẫn mô hạt là các dải sẹo bỏng hình thành sau ghép da, bề mặt sẹo bản, nhiều vẩy tiết.

Các chỉ số xét nghiệm HC: 3,21G/l; HST 69g/l; BC 22,8G/l; Neu 77,6 %; Lym: 9,3%; Glucose 5,1mmol/l; ure 2,2mmol/l; creatinin 38,7 $\mu$ mol/l; protein 67,8g/l; Albumin 28,5 g/l.



**Hình 1: Tổn thương bỏng ngày thứ 100 (thời điểm nhập viện)**

Đã được điều trị bổ sung khối hồng cầu, nuôi dưỡng tích cực, đảm bảo nhu cầu năng lượng, protein, vitamin và các yếu tố vi lượng, kháng sinh toàn thân, tắm điều trị, thay băng sát trùng vết thương, phẫu thuật loại bỏ mô hạt phù nề, xơ hóa, ghép da tự thân kiểu mắt lưới. Tập phục hồi chức năng sớm ngay khi vết thương

chưa che phủ hoàn toàn dự phòng sẹo co kéo cầm, cổ, hai nách.



**Hình 2. Tồn thương bỏng sau phẫu thuật ghép da lần 1**

Kết quả sau đợt điều trị hơn 2 tuần, trải qua 2 lần phẫu thuật: Toàn trạng cải thiện, ăn ngủ được, da niêm mạc hồng hơn, tổn thương bỏng đã khỏi, bệnh nhân được chuyển khoa điều trị phục hồi chức năng.



**Hình 3. Bệnh nhân giai đoạn tập phục hồi chức năng**

## 2. BÀN LUẬN

### 2.1. Về việc chuyển tuyến người bệnh bỏng

Trường hợp bệnh nhi Ksor Kim T., nữ, 6 tuổi, bị bỏng rất nặng, diễn biến bệnh lý phức tạp, rất dễ xảy ra các biến chứng nguy hiểm, thậm chí đe dọa tính mạng.

Trên thực tế cháu Ksor Kim T., đã được cấp cứu, điều trị tại Bệnh viện Sản nhi Phú Yên, Bệnh viện Nhi Đồng 2/ Tp. Hồ Chí Minh, khi chuyển đến Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác vào ngày thứ 100 của bệnh bỏng trong tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc, suy mòn, suy kiệt, có nhiều rối loạn trầm trọng, tại chỗ diện tích tổ chức hạt là 22% DTCT, xơ hóa,...

Công tác điều trị làm liền vết thương và dự phòng các biến chứng, cũng như các di chứng sau này của bệnh nhi tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác gặp rất nhiều khó khăn. Do vậy, trường hợp người bệnh bỏng nặng, diện tích rộng sau khi sơ cứu, cấp cứu ổn định cần được chuyển sớm về các bệnh viện chuyên khoa Bỏng tuyến cuối, có các trang thiết bị chuyên ngành hiện đại và các thầy thuốc chuyên khoa, điều trị tích cực và toàn diện (phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da sớm, dinh dưỡng, kết hợp phục hồi chức năng sớm...) nhằm hạn chế các biến chứng và các di chứng đáng tiếc xảy ra.

### 2.2. Điều trị mô hạt mạn tính, xơ hóa

Liền vết thương là một quá trình phức tạp, là sự tương tác kết hợp chặt chẽ giữa các yếu tố tạo ra phản ứng sinh học, thường bao gồm 4 giai đoạn đan xen: giai đoạn đông cầm máu, viêm, tăng sinh và tái sửa chữa. Các vết thương không diễn ra theo sinh lý liền vết thương thông thường

và vết thương không liền trong vòng 3 tháng được coi là vết thương lâu lành (vết thương mạn tính) [1].

Các vết thương mạn tính thường biểu hiện dưới tình trạng mô hạt phù nề, xơ hóa, thiếu dưỡng, viêm, nhiễm khuẩn không đáp ứng với các thuốc kháng sinh, thuốc sát khuẩn. Các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương, bao gồm nhóm các yếu tố toàn thân và nhóm các yếu tố tại chỗ vết thương. Yếu tố tại chỗ tác dụng trực tiếp đến quá trình liền vết thương như tình trạng thiếu ô xy mô, nhiễm trùng, đáp ứng viêm kéo dài. Nhiễm trùng dẫn đến tăng sản sinh tự do gây hại cho mô, tạo điều kiện hình thành màng biofilm, là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển trước các tác nhân kháng khuẩn.

Ô xy đóng vai trò quan trọng trong chuỗi hô hấp tế bào, tổng hợp dự trữ năng lượng ATP, kích thích sản xuất nguyên bào sợi, tăng sinh mạch, tổng hợp collagen, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền vết thương.

Trường hợp bệnh nhân chúng tôi thông báo vào viện tháng thứ 4 sau bỏng lửa, đã qua nhiều lần phẫu thuật ghép da thất bại, chuyển đến với biểu hiện mô hạt thiếu dưỡng, nhọt nhọt, phù nề, bóng, ướt. Theo một nghiên cứu đa trung tâm trên các vết thương mạn tính thấy rằng, ít nhất 78% các vết thương này có sự tồn tại của màng biofilm. Trên lâm sàng xác định sự có mặt màng biofilm tại vết thương có thể căn cứ vào một số tiêu chuẩn như: Sử dụng các thuốc kháng sinh, thuốc sát khuẩn kéo dài lặp đi lặp lại mà không kết quả, vết thương khó liền, nhiễm khuẩn tái phát, vết thương tiết dịch nhiều.

Bệnh nhân chúng tôi thông báo có mô hạt mạn tính, phẫu thuật ghép da nhiều lần, tỷ lệ da ghép bám sống rất thấp. Một trong những nguyên nhân thất bại có thể do chưa giải quyết được tình trạng viêm, nhiễm khuẩn, màng biofilm tại chỗ tổn thương. Bên cạnh yếu tố tại chỗ, yếu tố toàn thân cũng ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương. Trong đó, nuôi dưỡng cung cấp đầy đủ protein, năng lượng, vitamin và các yếu tố vi lượng góp phần thúc đẩy quá trình liền vết thương thuận lợi [2, 4].

Bệnh nhân chúng tôi tiếp nhận trong tình trạng suy mòn, sút 4kg sau bỏng, thiếu máu nhược sắc, trạng thái tâm thần kinh lo lắng, hốt hoảng, ăn uống kém. Phác đồ chúng tôi điều trị trên bệnh nhân này tập trung vào vẫn nuôi dưỡng, bổ sung khối hồng cầu, kháng sinh toàn thân. Tại chỗ tiến hành phẫu thuật loại bỏ mô hạt viêm, ghép da tự thân kiểu mắt lưới. Kết quả sau 2 lần phẫu thuật, toàn trạng bệnh nhân cải thiện, da ghép bám sống, bệnh nhân tập phục hồi chức năng sớm.

Tình trạng nhiễm khuẩn, đáp ứng viêm kéo dài, dị vật tồn tại lâu trên vết thương, là một trong những nguyên nhân thúc đẩy hình thành "sẹo bệnh lý": sẹo phì đại ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ. Mô hạt mạn tính, diện tích rộng, còn là tác nhân gây đau đớn, rối loạn chuyển hóa kéo dài, suy mòn, trầm cảm, hội chứng căng thẳng sau chấn thương, ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh sau này. Để hạn chế những di chứng này, bệnh nhân bỏng cần được điều trị sớm, tích cực, đúng phác đồ tạo mọi điều kiện cho quá trình liền vết thương sớm nhất có thể.

### 3. KẾT LUẬN

Người bệnh bỏng nặng, diện bỏng rộng sau khi sơ cứu, cấp cứu ổn định cần được chuyển sớm về bệnh viện chuyên khoa Bỏng tuyến cuối, có các trang thiết bị chuyên ngành hiện đại và thầy thuốc chuyên khoa, điều trị tích cực và toàn diện (phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da sớm, kết hợp dinh dưỡng, phục hồi chức năng sớm,...), nhanh chóng làm liền vết thương, nhằm hạn chế các biến chứng và các di chứng đáng tiếc xảy ra.

Điều trị tổn thương bỏng có mô hạt mạn tính, cần có chiến lược điều trị phù hợp. Kết hợp giữa nâng đỡ toàn trạng, phẫu thuật loại bỏ mô hạt viêm, ghép da che phủ vết thương, tâm lý liệu pháp và tập phục hồi chức năng sớm.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Avishai, E., Yeghiazaryan, K., and Golubnitschaja, O. (2017), "Impaired wound healing: facts and hypotheses for multi-professional considerations in predictive, preventive and personalised medicine", *EPMA J.* 8(1), pp. 23-33.
2. Guo, S. and Dipietro, L. A. (2010), "Factors affecting wound healing", *J Dent Res.* 89(3), pp. 219-29.
3. Nassar, J. Y., et al. (2023), "Pediatric Burns: A Systematic Review and Meta-Analysis on Epidemiology, Gender Distribution, Risk Factors, Management, and Outcomes in Emergency Departments", *Cureus.* 15(11), p. e49012.
4. Schultz, G., et al. (2017), "Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds", *Wound Repair Regen.* 25(5), pp. 744-757.
5. Zhu M, et al. (2023), "Acute care strategies to reduce burn scarring", *Burns Open* 7 (4), pp. 159-173.