

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỎNG SÂU DIỆN RỘNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trần Quang Phú[✉], Lê Thị Thu Huyền,
Đỗ Hoàng Vân, Nguyễn Thị Thu Nga, Nguyễn Thị Thu Hoài
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ 73 tuổi, bỏng lửa 23% (21%) độ III, IV diện tích cơ thể, được điều trị tích cực phẫu thuật cắt hoại tử, ghép da tự thân và phối hợp kháng sinh theo diễn biến lâm sàng. Mặc dù tuổi cao và nhiễm khuẩn vết thương phức tạp (trực khuẩn mủ xanh *Pseudomonas aeruginosa* và nấm *Candida tropicalis* trong nước tiểu), bệnh nhân hồi phục sau 64 ngày nhờ phối hợp đa chuyên khoa, kiểm soát nhiễm khuẩn và dinh dưỡng tối ưu. Quá trình điều trị cho ca bệnh, nhấn mạnh vai trò của việc lựa chọn thời điểm và phương thức can thiệp phẫu thuật hợp lý, sử dụng kháng sinh, và chăm sóc toàn diện dưới tinh thần làm việc nhóm hiệu quả.

Từ khóa: Cắt hoại tử, ghép da tự thân sớm, bỏng sâu ở người cao tuổi.

SUMMARY

A 73-year-old female patient sustained deep burns covering 23% (21% full-thickness) of total body surface area caused by flame injury. She underwent aggressive management including eschar excision, autologous skin grafting, and antibiotic therapy tailored to clinical progression. Despite advanced age and complicated wound, the patient recovered after 64 days through multidisciplinary care, stringent infection control, and optimized nutritional support. This case highlights the importance of appropriate timing and selection of surgical interventions, rational antibiotic, and comprehensive patient management facilitated by effective teamwork.

Keywords: Eschar excision, autologous skin grafting, elderly patient with deep burns

¹Chịu trách nhiệm: Trần Quang Phú, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
Email: quangphu1208@gmail.com
Ngày gửi bài: 20/7/2025; Ngày nhận xét: 05/10/2025; Ngày duyệt bài:
<https://doi.org/10.54804/>

1. GIỚI THIỆU

Bỏng độ III - IV ở bệnh nhân cao tuổi có tỷ lệ tử vong cao do sự lão hóa hệ thống miễn dịch, bệnh lý nền và giảm khả năng liền vết thương [1]. Vấn đề kiểm soát nhiễm khuẩn, dinh dưỡng và lựa chọn thời điểm cũng như phương thức phẫu thuật là yếu tố then chốt quyết định tới kết quả điều trị. Báo cáo này mô tả ca bệnh cao tuổi, bỏng sâu diện rộng được điều trị thành công bởi chiến lược điều trị hợp lý và mô hình làm việc theo nhóm.

2. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

Thông tin bệnh nhân: Nữ 73 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, bị bỏng do lửa khi đốt rẫy. Trong tai nạn, người bệnh bất tỉnh, sau đó tự tỉnh lại và tự thoát khỏi đám cháy. Bệnh nhân nhập viện sau 6 giờ bị bỏng, được điều trị tại khoa Bỏng người lớn, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Chẩn đoán: Bỏng lửa 23% (21%) độ III, IV hai mông, hai chân (theo phân độ của GS Lê Thế Trung).

Xét nghiệm ban đầu: Máu cô (Hb 144 g/L), tăng bạch cầu (25.9 G/L). Chức năng thận trong giới hạn bình thường.



Hình 1. Tổn thương bỏng của bệnh nhân khi nhập viện

Điều trị:

1. Phẫu thuật: 6 lần (cắt hoại tử, ghép da tự thân) từ ngày thứ 10 đến ngày thứ 55 sau bỏng.

2. Kháng sinh: Meropenem (3g/ngày) + Ciprofloxacin (1.2g/ngày) trong 14 ngày. Sau đó, bệnh nhân vẫn sốt quanh 38 độ C, đổi phác đồ sang Fosfomycin (8g/ngày) khi

cấy mủ vết thương dương tính với *P. aeruginosa* và nước tiểu có *C. tropicalis*.

3. Chăm sóc: Đặt catheter tĩnh mạch, sử dụng bộ dụng cụ dẫn lưu phân và thông tiểu. Dinh dưỡng tĩnh mạch phối hợp. Tập vận động sớm trong quá trình điều trị tổn thương bỏng.

4. Kết quả: Sau 64 ngày, bệnh nhân ổn định và xuất viện.



Hình 2. Tổn thương bỏng của bệnh nhân trong quá trình điều trị

3. BÀN LUẬN

3.1. Phẫu thuật cắt hoại tử và ghép da sớm

Phẫu thuật cắt hoại tử kết hợp ghép da tự thân sớm là yếu tố quan trọng trong điều trị tổn thương bỏng sâu. Cắt bỏ mô hoại tử sớm làm giảm phản ứng viêm hệ thống, giảm sự phát triển vi khuẩn tại vết thương và tạo điều kiện cho phẫu thuật ghép da tự thân mảnh mỏng sớm [2]. Ghép da tự thân giúp sớm giúp phục hồi nhanh hàng rào bảo vệ cơ thể, giảm mất dịch và protein, đồng thời thúc đẩy quá trình tái tạo mô [3]. Trong vòng 48-72 giờ sau bỏng, là khung thời gian lý tưởng cho cắt hoại tử và ghép da ở bệnh nhân ổn định huyết động. Nghiên cứu trước đó chỉ ra rằng cắt hoại tử trong 48 giờ đầu giảm 50% tỷ lệ tử vong so với điều trị thông thường [4]. Ngoài ra, phẫu thuật cắt lọc hoại tử nên được tiến hành trong tuần đầu để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và hoại tử tiến triển [4].

Tuổi cao là yếu tố tiên lượng khó khăn và ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình liền vết thương. Một số nghiên cứu chỉ rõ rằng ở người lớn tuổi, giai đoạn đáp ứng viêm có

thể kéo dài, sản sinh ROS (reactive oxygen species) nhiều hơn, tăng quá trình hình thành mô xơ, giảm hoạt động tăng sinh mạch máu và phân bào của nguyên bào sợi [5]. Đặc biệt, vùng tổn thương của ca bệnh này ban đầu được đánh giá là độ III sâu, nhưng sau đó tiến triển thành tổn thương bỏng độ IV. Do đó, lựa chọn thời điểm phẫu thuật cắt lọc hoại tử hợp lý cần nắm rõ diễn lâm sàng và các xét cận lâm sàng. Trên bệnh nhân này, chúng tôi sử dụng các loại băng gạc tiên tiến có khả năng kháng khuẩn cao sau khi cắt hoại tử. Sau lần phẫu thuật cắt lọc hoại tử đầu tiên 8 ngày, bệnh nhân được ghép da tự thân che phủ một phần để giảm diện tích vết thương với mục đích giảm diện tích vùng cho da và tăng tỷ lệ bám sống của mảnh da ghép.

3.2. Kiểm soát nhiễm khuẩn

Nhiễm trùng vết bỏng là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong ở bệnh nhân bỏng sâu diện rộng. Vi khuẩn gram âm như *Pseudomonas aeruginosa* thường kháng nhiều loại kháng sinh, đặc biệt ở bệnh nhân điều trị dài ngày. *Candida tropicalis* trong

nước tiểu cũng thường xuất hiện ở bệnh nhân được đặt sonde tiểu kéo dài [6]. Trong quá trình điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi đã phối hợp kháng sinh theo bằng chứng vi sinh cũng như phối hợp cùng được lâm sàng để làm tăng hiệu quả điều trị.

Ở độ tuổi 73, bệnh nhân thuộc nhóm tuổi có sự suy giảm đáng kể chức năng miễn dịch. Quá trình lão hóa của hệ thống miễn dịch ở người cao tuổi làm giảm khả năng đáp ứng của cả hệ miễn dịch bẩm sinh (innate immunity) và thích ứng (adaptive immunity) - bao gồm giảm hoạt động của bạch cầu đa nhân, đại thực bào, tế bào T và khả năng hình thành kháng thể - dẫn đến làm mất khả năng nhận diện và tiêu diệt vi khuẩn [7,8]. Điều này lý giải tại sao bệnh nhân chỉ biểu hiện sốt nhẹ ($\sim 38,0^{\circ}\text{C}$) và triệu chứng không rầm rộ như người trẻ: phản ứng đáp ứng viêm không rầm rộ và không điển hình. Một nghiên cứu tổng quan chỉ ra rằng ở người cao tuổi, sốt có thể không hiện rõ hoặc chỉ nhẹ và chậm xuất hiện khi có nhiễm trùng tiềm ẩn [9].

Trong bối cảnh bỏng sâu có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, khả năng miễn dịch suy giảm càng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng lan rộng, kéo dài thời gian điều trị và làm phức tạp việc chăm sóc vết thương. Ở các vị trí như mông và đùi - nơi dễ nhiễm bẩn từ phân của bệnh nhân - việc sử dụng hệ thống dẫn lưu phân (stool management system) là phương pháp hiệu quả giúp giảm nhiễm khuẩn thứ phát. Ngoài ra, băng thun và công tác thay băng vô khuẩn được áp dụng từ những thời gian đầu tiên của quá trình điều trị với mục đích hạn chế tối đa việc ô nhiễm vết bỏng từ môi trường vào vết thương. Các biện pháp này không những bảo vệ vùng đã được ghép da, mà còn làm giảm số lần phẫu thuật ghép da bổ sung và hạn chế nhiễm trùng lan tỏa dưới mảnh da ghép [10]. Vì vậy, kiểm soát nhiễm khuẩn đóng vai trò quan trọng để giảm tỷ lệ biến chứng và cải thiện chất lượng điều trị đối với các bệnh nhân cao tuổi với bỏng sâu diện rộng.



Hình 3. Sử dụng túi dẫn lưu phân trong quá trình điều trị

3.3. Dinh dưỡng

Bệnh nhân bỏng sâu cần năng lượng và protein cao hơn bình thường từ 1,5-2 lần, do đáp ứng tăng chuyển hóa. Dinh

dưỡng hợp lý, bao gồm kết hợp nuôi dưỡng qua đường miệng và tĩnh mạch, giúp duy trì khối cơ, hỗ trợ liền vết thương và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn [10]. Đối với

bệnh nhân này, chúng tôi nuôi dưỡng thông qua đường miệng, bổ sung albumin và kết hợp đường tĩnh mạch nhằm cung cấp đủ nhu cầu năng lượng hàng ngày.

3.4. Điều trị đa chuyên khoa

Kết quả điều trị phụ thuộc vào sự phối hợp giữa bác sĩ, điều dưỡng, chuyên gia dinh dưỡng và vật lý trị liệu - một mô hình đa chuyên khoa đã được chứng minh cải thiện kết quả điều trị và rút ngắn thời gian nằm viện [11]. Trong quá trình điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi đã áp dụng mô hình

làm việc theo nhóm để nâng cao hiệu quả điều trị. Bác sĩ phẫu thuật, đóng vai trò trưởng nhóm, cùng các thành viên khác thống nhất mục tiêu điều trị và chăm sóc cho bệnh nhân toàn diện nhất. Sự tham gia phối hợp của người bệnh và người chăm sóc là một phần của nhóm, góp phần không nhỏ vào việc tuân thủ nguyên tắc điều trị. Mô hình làm việc theo nhóm là nền tảng cho sự cải thiện chất lượng điều trị đối với bệnh nhân bỏng nặng, từ cứu sống bệnh nhân đến phục hồi toàn diện về thể chất và tinh thần.



Hình 4. Tập phục hồi chức năng phối hợp trong quá trình điều trị

4. KẾT LUẬN

Điều trị bỏng ở người cao tuổi đòi hỏi sự can thiệp kịp thời, toàn diện, và đồng bộ giữa các chuyên khoa. Báo cáo ca bệnh này cung cấp bằng chứng thực tiễn về hiệu quả của việc bám sát mục tiêu quá trình điều trị cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật can thiệp tối ưu. Làm việc nhóm góp phần cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân cao tuổi bị bỏng sâu diện rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Romanowski, K. S., Carson, J., Pape et al (2020). American Burn Association Guidelines on the Management of Acute Pain in the Adult Burn Patient: A Review of the Literature, a Compilation of Expert Opinion and Next Steps. Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association, 41(6), 1152-1164.
2. Barret, J. P., & Herndon, D. N. (2003). Effects of burn wound excision on bacterial colonization and invasion. Plastic and Reconstructive Surgery, 111(2), 744-750.

3. Hayashi, K., Sasabuchi, Y., Matsui, H., Nakajima, M., Otawara, M., Ohbe, H., Fushimi, K., Ono, K., & Yasunaga, H. (2023). Does early excision or skin grafting of severe burns improve prognosis? A retrospective cohort study. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 49(3), 554-561.
4. Ong, Y. S., Samuel, M., & Song, C. (2006). Meta-analysis of early excision of burns. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 32(2), 145-150.
5. Khalid, K. A., Nawi, A. F. M., Zulkifli, N., Barkat, M. A., & Hadi, H. (2022). Aging and Wound Healing of the Skin: A Review of Clinical and Pathophysiological Hallmarks. *Life (Basel, Switzerland)*, 12(12), 2142.
6. Greenhalgh, D. G. (2019). Management of burns. *The New England Journal of Medicine*, 380(24), 2349-2359.
7. Goyani, P., Christodoulou, R., & Vassiliou, E. (2024). Immunosenescence: Aging and Immune System Decline. *Vaccines*, 12(12), 1314.
8. Lee, K. A., Flores, R. R., Jang, I. H., Saathoff, A., & Robbins, P. D. (2022). Immune Senescence, Immunosenescence and Aging. *Frontiers in aging*, 3, 900028.
9. Gray-Miceli, D., Gray, K., Sorenson, M. R., & Holtzclaw, B. J. (2023). Immunosenescence and Infectious Disease Risk Among Aging Adults: Management Strategies for FNPs to Identify Those at Greatest Risk. *Advances in Family Practice Nursing*, 5(1), 27-40.
10. Church, D., Elsayed, S., Reid, O., Winston, B., & Lindsay, R. (2006). Burn wound infections. *Clinical Microbiology Reviews*, 19(2), 403-434.
11. Al-Mousawi, A. M., Mecott-Rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn teams and burn centers: the importance of a comprehensive team approach to burn care. *Clinics in plastic surgery*, 36(4), 547-554..