

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG VỚI 125 BỆNH NHÂN TẠI TRUNG TÂM LIỀN VẾT THƯƠNG (BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC)

Đinh Văn Hân^{✉1}, Trần Thị Hiền², Đinh Thành Hưng¹

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hà Nội

TÓM TẮT₁

Bệnh nhân vết thương mạn tính ngày càng có xu hướng tăng. Để có cái nhìn tổng quát hơn về dịch tễ học và đặc điểm vết thương mạn tính trong điều kiện của nước ta, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm xác định một số đặc điểm bệnh nhân vết thương mạn tính ngay khi nhập viện điều trị tại Trung tâm Liên vết thương của Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Nghiên cứu cắt ngang với 125 bệnh nhân vết thương mạn tính, tổng số vết thương được khảo sát là 245 vết. Dữ liệu được phân tích bằng thống kê mô tả. Độ tuổi trung bình là $59,33 \pm 19,03$ tuổi, nam giới chiếm 62,4%, có bệnh kết hợp chiếm 94,6% và có từ 3 bệnh trở lên là 14%, loét tỳ đè là 89,6%, tổn thương quanh khung chậu là 74,8%. Số bệnh nhân có từ 2 vết thương trở lên chiếm tới 48%, hầu hết có biểu hiện suy mòn như thiếu máu, giảm albumin máu.

Diện tích vết thương trung bình là $67,97 \text{ cm}^2$, tổn thương hết lớp da (độ IV) là 86,5%, hầu hết vết thương không có biểu mô hóa từ bờ mép (95,51%), tiết dịch nhiều (64,5%) và có pH kiềm với giá trị pH trung bình là $8,14 \pm 0,50$. Vùng da lành cận tổn thương có sự thay đổi về độ ẩm và nhiệt độ.

Từ khóa: Vết thương mạn tính, loét, liền vết thương

SUMMARY

The number of patients with chronic wounds has been increasing recently. To have a more general view of the epidemiology and characteristics of chronic wounds in our country, we conducted this study to determine some related factors and characteristics of patients with chronic wounds immediately upon admission to the Wound Healing Center of Le Huu Trac National Burn Hospital.

¹Chịu trách nhiệm: Đinh Văn Hân, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: dinhvanhan2003@yahoo.com

Ngày gửi bài: 25/4/2025; Ngày nhận xét: 21/6/2025; Ngày duyệt bài: 26/6/2025

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2025.441>

A cross-sectional study included 125 patients with a total of 245 wounds. Data were analysed by descriptive statistics. The average age was 59.33 ± 19.03 , and males were 62.4%. There were 94.6% of patients who had a combination of diseases and 14% had 3 or more diseases, 89.6% had pressure ulcers, and 74.8% had injuries around the pelvis. The number of patients with 2 or more wounds was 48%, most of them had signs of cachexy, such as anemia and hypoalbuminemia. The average wound area was 67.97 cm², the grade IV was 86.5%, the wounds that were not epithelialized from the edge were 95.51%, exudate levels at moderate and high were 64.5% and with an average pH value of 8.14 ± 0.50 . The healthy skin around the wounds has changes in humidity and temperature.

Keywords: Chronic wounds, ulcers, wound healing

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạn tính là khái niệm từ năm 1950 để chỉ những vết thương khó lành hoặc lành không theo một quy trình chữa vết thương thông thường thời đó. Có nhiều cách giải thích nguyên nhân cơ chế khiến vết thương trở thành mạn tính như nhiễm khuẩn, thiếu máu mô, suy giảm tác động của các yếu tố sinh học phân tử và tế bào của quá trình liền vết thương... Hiện nay, vết thương mạn tính trên lâm sàng được thống nhất về thời gian tồn tại của vết thương, đó là các vết thương không lành hẳn sau 6 tuần [6]. Tính chất vết thương mạn tính cũng khác so với các vết thương do chấn thương, đó là sự chết của tế bào vẫn tiếp tục, sự tồn tại viêm và có mặt của vi khuẩn diễn ra dai dẳng, thay đổi về tính chất dịch tiết [1].

Vết thương mạn tính khá phổ biến và là hậu quả của nhiều loại bệnh nền khác nhau, tỷ lệ bệnh nhân vết thương mạn tính có xu hướng tăng do sự gia tăng các bệnh lý tim mạch, đái tháo đường và tình trạng lão suy... [2]. Năm 2016, một báo cáo từ xứ Wales ước tính, chi phí chăm sóc và điều trị vết thương mạn tính chiếm khoảng 5,5% chi phí Dịch vụ Y tế Quốc gia [3].

Tại Hoa Kỳ, khoảng 2% dân số bị ảnh hưởng bởi vết thương mạn tính, hầu hết là người cao tuổi. Chính phủ Hoa Kỳ ước tính, vào năm 2060 dân số già sẽ là hơn 77 triệu người, điều này cho thấy chi phí chăm sóc các vết thương mạn tính sẽ tiếp tục là một vấn đề cần quan tâm của xã hội [4].

Tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, số lượng bệnh nhân vết thương thu dung tại Trung tâm Liền vết thương tiếp tục gia tăng trong 20 năm qua, đặc biệt số lượng bệnh nhân vết thương mạn tính, khó lành và không thể lành. Có một số thống kê cơ cấu bệnh nhân vết thương mạn tính tại Bệnh viện Bông nhưng với thời gian ngắn và số lượng bệnh nhân chưa nhiều.

Để có cái nhìn tổng quát hơn về dịch tễ học và đặc điểm vết thương mạn tính trong điều kiện của nước ta, phục vụ công tác quản lý vết thương của ngành y tế và chiến lược chăm sóc, thu dung tại các bệnh viện, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm xác định một số yếu tố liên quan và đặc điểm bệnh nhân vết thương mạn tính điều trị tại Trung tâm Liền vết thương (Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

125 bệnh nhân có vết thương mạn tính, điều trị nội trú tại Trung tâm Liền vết thương (Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác) từ tháng 12/2021 đến tháng 7/2022. Tổng số vết thương của 125 bệnh nhân là 245 vết thương được khảo sát về tính chất của vết thương.

Các bệnh nhân hợp tác và đồng ý tham gia nghiên cứu. Không bao gồm bệnh nhân mắc các tổn thương da không phải

loét như: Phồng nước, chột da, vết xước, vết cắt. Không bao gồm bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng làm ảnh hưởng kết quả đánh giá tổn thương và không thu thập đầy đủ số liệu nghiên cứu: Bệnh nhân suy tim, suy hô hấp nặng; suy gan, thận nặng; bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ngoại khoa cấp cứu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, các thông số được khảo sát theo phiếu nghiên cứu được lập trước để đảm bảo thông tin thu được thống nhất và nhiều nhất.

Ảnh 2.1. Phiếu nghiên cứu lập sẵn trước khi thu thập số liệu

Sàng lọc, tuyển chọn bệnh nhân, giải thích kỹ về mục tiêu, cách thức tiến hành nghiên cứu nếu bệnh nhân đồng ý tham gia thì ký tên vào bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

Hỏi bệnh xác định tuổi, giới, các bệnh lý kết hợp, nguyên nhân gây vết thương vết loét, thời gian mắc bệnh.

Khám lâm sàng, xét nghiệm máu thường quy và thu thập các thông tin cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu về: Vị trí vết thương, số lượng vết thương, tính chất vết thương (tình trạng viêm, đặc điểm da vùng cận tổn thương, tình trạng biểu

mô hóa, nhiệt độ da, diện tích, độ sâu, đặc điểm nền vết thương, số lượng và màu sắc dịch tiết, pH...).

Xét nghiệm cận lâm sàng gồm: Xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu.

Đo diện tích vết loét bằng cách áp tấm plastic vô khuẩn đã in sẵn các ô vuông diện tích 1 cm². Đo nhiệt độ da vùng cận tổn thương và vùng da lành bằng nhiệt kế điện tử Microlife FR1DZ do Thụy Sĩ sản xuất.

Đo pH bề mặt vết thương mạn tính bằng cách áp giấy quì tím vô khuẩn được

tiết trùng bằng khí EO, bằng màu đối chiếu pH.

Độ sâu tổn thương do loét tì đè chia làm 4 độ theo thứ tự giải phẫu từ nông đến sâu theo Hội đồng tư vấn Loét tì đè quốc

gia Mỹ (NPUAP) năm 2016 [12]. Số lượng và màu sắc dịch tiết tính toán theo Công cụ đánh giá vết thương Bates-Jensen (BWAT) 2001 [13].

Bảng 2.1. Phân loại lượng dịch tiết [13]

Lượng dịch tiết	Đặc điểm
Không có	Mô vết thương khô
Rất ít	Mô vết thương ẩm ướt
Ít	Mô vết thương rất ẩm ướt, thấm 25% vào gạc phía trong cùng
Vừa	Mô vết thương thấm đẫm 25 - 75% gạc phía trong
Nhiều	Mô vết thương tràn ngập dịch tiết, thấm > 75% gạc

Bảng 2.2. Phân loại màu sắc dịch tiết [13]

Loại	Màu sắc	Ý nghĩa
Không có	Không màu	Bình thường
Máu	Đỏ	Chảy máu
Huyết thanh	Màu vàng nhạt, trong	Bình thường.
Huyết thanh máu	Hồng, trong	Bình thường
Mủ	Vàng, xám, xanh, cà phê	Nhiễm trùng

Da vùng cận tổn thương là vùng da lành xung quanh vết thương và cách mép vết thương tối đa 4 cm [14]. Quan sát kết hợp kiểm tra bằng thăm khám để xác định đặc điểm da vùng cận tổn thương, viêm, xơ chai, tăng sản, độ ẩm, biểu mô hóa

2.3. Xử lý số liệu

Sau khi thu thập, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỉ lệ phần trăm.

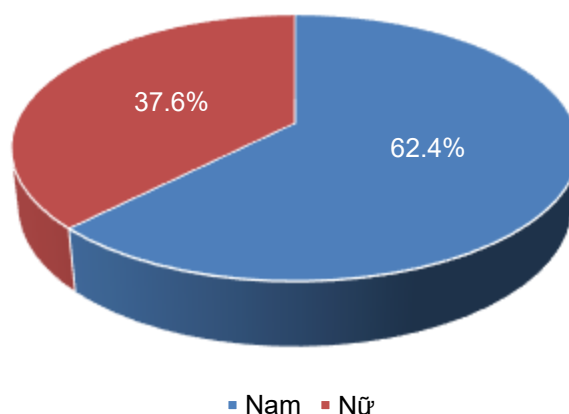
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số yếu tố liên quan bệnh nhân vết thương da mạn tính

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n = 125)

Nhóm tuổi	n	Tỉ lệ (%)
< 40 tuổi	22	17,6
40 - 59 tuổi	42	33,6
60 - 79 tuổi	41	32,8
≥ 80 tuổi	20	16
Tuổi trung bình	59,33 ± 19,03 (20 - 97)	
Tổng	125	100

Độ tuổi trung bình là 59,33 ± 19,03. Thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 97 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 40 - 59 tuổi (33,6%) và từ 60 - 79 tuổi (32,8%).

**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n = 125)**

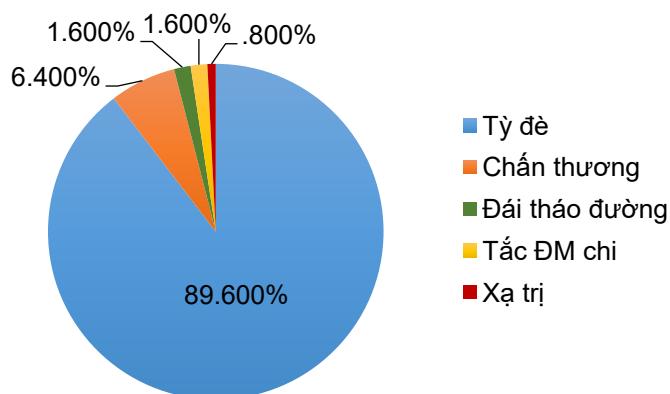
Nam giới 62,4% chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

Bảng 3.2. Các bệnh kết hợp của bệnh nhân (n = 125)

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Số bệnh kết hợp	Không có	7	5,6
	Một bệnh	74	59,2
	Hai bệnh	26	20,8
	- Từ ba bệnh trở lên	18	14,4
Các bệnh kết hợp	Tim mạch	27	14,8
	Đái tháo đường	25	13,7
	Bệnh lý tủy sống (chấn thương, viêm, u tủy, thoái hóa chất trắng)	47	25,8
	Bệnh lý não, màng não (đột quỵ, chấn thương sọ não, u não, viêm não)	31	17
	Bệnh lý xương khớp (ung thư cột sống, vẹo cột sống, thoái hóa khớp, gãy xương)	13	7,1
	Bệnh mạch máu chi dưới	2	1,1
	Khác *	37	20,3

* Các bệnh khác bao gồm: Parkinson, Alzheimer, suy thận, COPD, đa hồng cầu, Gout, suy thận, hội chứng thận hư, K phổi, K vú, Leucemia, Lupus ban đỏ, nhược cơ, tăng tiểu cầu nguyên phát, viêm da cơ địa, viêm gan virus, xơ gan.

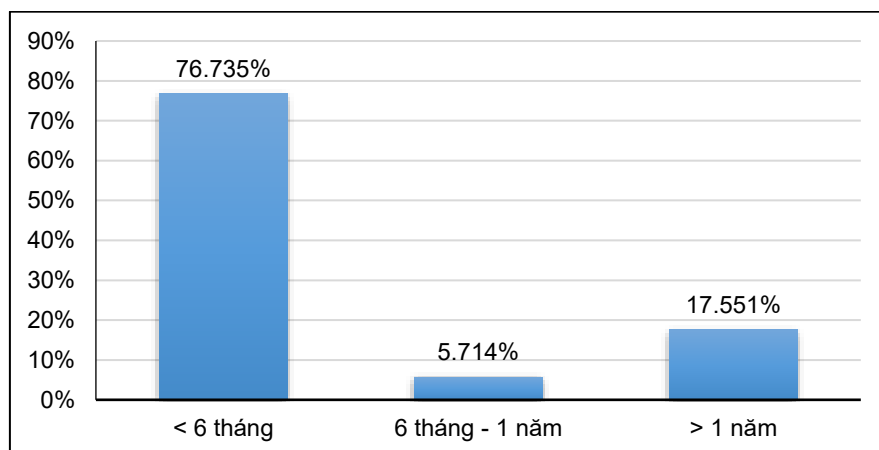
Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu đều có bệnh lý kết hợp (94,4%). Thường gặp là bệnh lý tủy sống (25,8%); bệnh lý não, màng não (17%); bệnh tim mạch (14,8%) và đái tháo đường (13,7%).



Biểu đồ 3.2. Nguyên nhân trực tiếp gây nên vết thương mạn tính

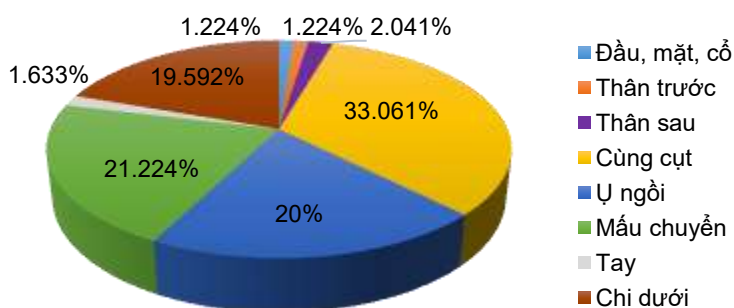
Tỳ đè là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong số bệnh nhân được thu dung

3.2. Đặc điểm lâm sàng tại chỗ vết thương mạn tính



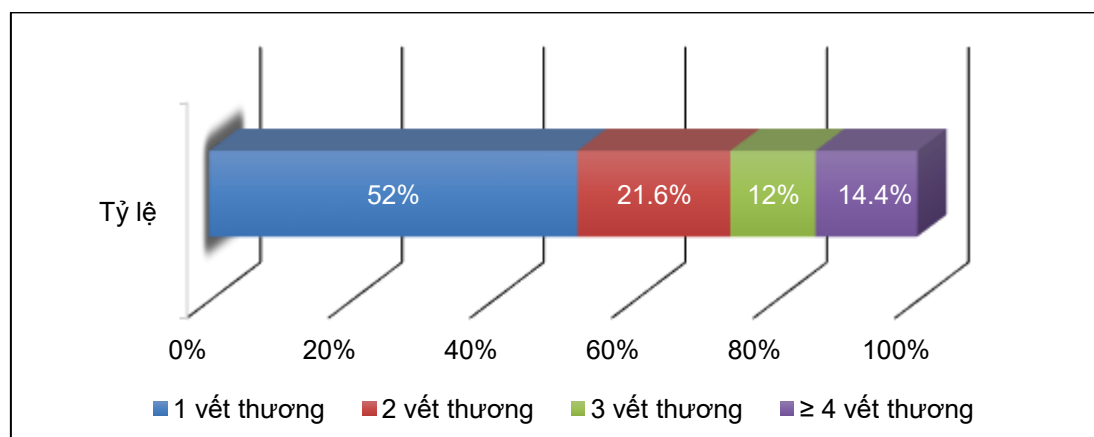
Biểu đồ 3.3. Thời gian tồn tại của loét da mạn tính (n = 245)

Các vết thương có thời gian trung bình là 21,83 ngày, chủ yếu là các vết loét dưới 6 tháng.



Biểu đồ 3.4. Phân bố vị trí loét (n = 245)

Bệnh nhân thu dung gặp loét nhiều nhất các vị trí quanh khung chậu (cùng cụt, vùng máu chuyển, vùng ụ ngồi), chi dưới chỉ có 19,59%.



Biểu đồ 3.5. Số lượng vết loét trên một bệnh nhân (n = 125)

Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có 1 vết loét (52%), bệnh nhân nhiều nhất có 6 vết loét trên cơ thể.

3.2. Một số đặc điểm về tính chất vết thương

Bảng 3.3. Diện tích, độ sâu và nền tổn thương (n = 245)

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Diện tích vết thương (cm ²)		
< 20	85	34,7
20 - 49	60	24,5
50 - 99	42	17,1
≥ 100	58	23,7
$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	67,97 ± 62,44 (2 - 300)	
Độ sâu vết thương		
Độ III	33	13,5
Độ IV	212	86,5
Nền tổn thương		
Hoại tử khô	36	14,7
Hoại tử ướt	81	33,1
Mô hạt đỏ đẹp	1	0,4
Mô hạt trung bình	3	1,2
Mô hạt xấu	26	10,6
Không có mô hạt	6	2,4
Lộ phần mềm dưới da	92	37,6

Với 125 bệnh nhân, tổng số vết thương được khảo sát là 245. Diện tích trung bình là 67,97 cm². Trong đó chủ yếu là vết thương có diện tích nhỏ hơn 20 cm² (34,7%). Phần lớn có tổn thương độ IV (86,5%). Nền vết thương có nhiều hình thái

tổn thương khác nhau như: tổn thương sâu lộ mô tổ chức dưới da (37,6%), hoại tử ướt (33,1%), hoại tử khô (14,7%), mô hạt viêm, phù nề (10,6%). Rất ít trường hợp có mô hạt đỏ đẹp (0,4%).

Bảng 3.4. Số lượng dịch tiết, màu sắc dịch tiết và pH (n = 245)

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Số lượng dịch tiết		
Nhiều	158	64,5
Vừa	71	29
Ít	16	6,5
Màu sắc dịch tiết		
Vàng trong	3	1,2
Trắng đục	143	58,4
Vàng đục	72	29,4
Xanh đục	24	9,8
Màu đỏ	3	1,2
pH		
Kiểm	241	98,4
$\bar{X} \pm SD$ (Min - max)	8,14 $\pm$ 0,50 (7 - 10)	
Trung tính	4	1,6

Vết thương mạn tính thường tiết dịch nhiều (64,5%). Màu sắc dịch tiết đa dạng, gặp nhiều màu biểu hiện của nhiễm khuẩn. Đa phần bề mặt vết thương có pH kiềm (98,4%) với giá trị pH trung bình là 8,14 $\pm$ 0,50.

Bảng 3.6. Đặc điểm da vùng cận tổn thương (n = 245)

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Vùng cận tổn thương xơ chai	188	76,73
Vùng cận tổn thương tăng sản	143	58,37
Vùng cận tổn thương ẩm ướt	79	32,24
Vùng cận tổn thương khô	76	31,02

Vùng cận tổn thương (periwound) bị xơ chai chiếm đến 76,73%, tăng sản, và thay đổi về độ ẩm.

Bảng 3.7. Tình trạng biểu mô hóa tại vết thương mạn tính (n=245)

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)	Tổng số n (%)
Có biểu mô hóa	Xung quanh mép vết thương	3	1,22	11 (4,49)
	Một phần mép vết thương	8	3,27	
Không có biểu mô hóa	Mép vết thương bám đáy	81	33,06	234 (95,51)
	Mép vết thương không bám đáy	10	4,08	
	Mép vết thương bị cuộn mép	77	31,43	
	Vết thương có hàm ếch	36	14,69	
	Kết hợp	30	12,24	

Tỷ lệ rất cao các vết thương không có biểu mô hóa từ bờ mép (95,51%), nhiều vết thương bị cuộn mép, có hàm ếch hoặc không bám đáy.

Bảng 3.8. Nhiệt độ da vùng cận vết thương và da lành (n = 245)

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
ΔT^0	Cao hơn	52	21,2
	Thấp hơn	154	62,9
	Bằng nhau	39	15,9
Nhóm	Vị trí	$\bar{X} \pm SD$	p
Cao hơn	Vùng cận tổn thương	$36,23 \pm 0,84$	< 0,001
	Da lành	$35,06 \pm 0,72$	
Thấp hơn	Vùng cận tổn thương	$34,68 \pm 0,77$	< 0,001
	Da lành	$35,82 \pm 0,73$	

Có sự thay đổi về nhiệt độ vùng cận tổn thương so với vùng da lành

3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân vết thương mạn tính

Bảng 3.9. Một số chỉ số huyết học máu ngoại vi

Đặc điểm		$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	Giá trị bình thường
Số lượng hồng cầu ($\times 10^{12}$ hồng cầu/ lít)	Nam (n = 78)	$3,98 \pm 0,84$	2,28 - 5,81	$4,2 \pm 0,65$
	Nữ (n = 47)	$3,62 \pm 0,59$	2,45 - 5,13	$3,8 \pm 0,16$
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9$ bạch cầu/lít)	Nam (n = 78)	$11,39 \pm 4,58$	3 - 30,2	$7 \pm 0,7$
	Nữ (n = 47)	$9,29 \pm 3,59$	3,5 - 21,6	$6,2 \pm 0,5$
Bạch cầu trung tính (%) (n = 125)		$72,27 \pm 13,04$	42,5 - 95,3	56 - 72
Bạch cầu Lympho (%) (n = 125)		$17,61 \pm 10,67$	1,6 - 43,8	24 - 37

Bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu ở cả hai nhóm nam và nữ. Bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính cao hơn giá trị bình thường.

Bảng 3.10. Một số chỉ số sinh hóa máu ngoại vi

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	Giá trị bình thường
Protein (g/l) (n=125)	68,26 $\pm$ 8,95	29,5 - 87,9	77 $\pm$ 6
Albumin (g/l) (n=125)	30,75 $\pm$ 6,38	18,6 - 51,7	45 - 55
GOT (UI/l) (n=125)	37,27 $\pm$ 41,15	8,5 - 248,6	< 35
GPT (UI/l) (n=125)	33,27 $\pm$ 38,49	1,4 - 255,2	< 35

Bệnh nhân thường có Protein và Albumin huyết tương thấp hơn so với mức bình thường. Có bệnh nhân tăng GOT hơn bình thường dù không có biểu hiện của viêm gan virus hoặc nhiễm độc.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố liên quan và đặc điểm bệnh nhân vết thương mạn tính

Vết thương mạn tính hay gặp ở người cao tuổi, đây là lứa tuổi mắc nhiều bệnh lý kết hợp là nguyên nhân trực tiếp gây nên loét, hoặc gián tiếp tác động làm vết thương chậm liền. Nam giới mắc nhiều hơn nữ giới có thể do nam giới là lực lượng lao động chính trong xã hội, mà nguyên nhân chủ yếu gây loét có liên quan đến bệnh lý não và tủy sống đặc biệt là các bệnh lý do chấn thương, vì vậy tỉ lệ nam giới mắc cao hơn nữ giới.

Với 125 bệnh nhân, chúng tôi thấy độ tuổi trung bình là 59,33 $\pm$ 19,03 (20 - 97 tuổi). Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 40 - 59 tuổi (33,6%) và từ 60 - 79 tuổi (32,8%). Nam giới chiếm tỉ lệ cao 62,4% so với nữ giới 37,6%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu khác trên thế giới, ví dụ như Martinengo L và cộng sự (2019) đã tổng hợp 17 nghiên cứu về dịch tễ vết

thương mạn tính ở 13 quốc gia cho thấy độ tuổi hay gặp là từ 50 - 80 tuổi [5].

Hầu hết bệnh nhân đều có bệnh nền hoặc bệnh kết hợp, nghiên cứu này chỉ có 7 bệnh nhân (5,6%) không có bệnh kết hợp. Các bệnh kết hợp chủ yếu là bệnh lý tủy sống (chấn thương, viêm, u tủy, thoái hóa chất trắng) chiếm 25,8%; Bệnh lý não, màng não (đột quỵ, chấn thương sọ não, u não, viêm não) chiếm 17%; Bệnh tim mạch (14,8%), đái tháo đường (13,7%). Theo Ayodele O. I và cộng sự (2016) tại một bệnh viện cấp 3 tại Nigeria, bệnh nhân thường có bệnh kết hợp như đái tháo đường, liệt, nhiễm khuẩn, chấn thương, bỏng, ung thư và bệnh mạch máu [6].

Nguyên nhân, cơ chế trực tiếp dẫn đến vết thương mạn tính gặp nhiều nhất là do tì đè (89,6%), tỷ lệ này cao là do cơ cấu thu dung bệnh nhân chủ yếu là bệnh nhân có chấn thương cột sống và bệnh nhân bị tai biến mạch máu não. Tác giả Armand ALM Rondas và cs (2013), khi nghiên cứu 72 vết thương mạn tính trên 63 bệnh nhân được chăm sóc tại nhà ở Hà Lan đã cho thấy, loét do tì đè chiếm tỉ lệ cao nhất với 46%, tiếp theo là vết thương sau phẫu thuật chiếm 9,5%, đái tháo đường chiếm 6,3% xếp thứ 4 và loét tĩnh mạch vùng chi dưới chiếm 3,2% [7].

Kết quả khảo sát cũng cho thấy, đa số bệnh nhân vết thương mạn tính có biểu hiện suy mòn, suy kiệt, với biểu hiện thiếu máu, protein toàn phần và albumin huyết tương giảm hơn so với chỉ số sinh lý bình thường ở người Việt Nam. Nhận định này phần nào tương đồng với nghiên cứu của Ayodele O.I và cs (2016) khi nghiên cứu trên 48 bệnh nhân thì có 37,2% bệnh nhân ở tình trạng dinh dưỡng tốt, 32,1% bệnh nhân không đủ dinh dưỡng và 30,8% bệnh nhân béo phì [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng tại chỗ vết thương mạn tính

Về thời gian tồn tại vết thương, theo Markova Alina và cs (2012), vết thương mạn tính là những vết thương có thời gian tồn tại trên 6 tuần và hay tái phát [8]. Tác giả Robert Numan và cộng sự (2014) cho rằng, vết thương mạn tính là những vết thương tổn thương sâu và tồn tại trên 3 tháng [9]. Phần lớn bệnh nhân tại Trung tâm Liền vết thương đều đã được điều trị vết thương ở tuyến trước hoặc tự điều trị ở nhà nhưng không khỏi, bởi vậy vết thương thường có thời gian tồn tại dài và mức độ phức tạp cao. Trong nghiên cứu này, thời gian tồn tại vết thương khá dài, trung bình là 21,83 tuần, cao nhất là 192 tuần, cao hơn nhiều so với khái niệm về thời gian xác định vết thương trở thành vết thương mạn tính.

Do cơ chế dẫn đến loét chủ yếu là tỳ đè, nên rất ít số bệnh nhân có một vết thương đơn độc mà hầu hết có từ 2 vết thương trở lên, thậm chí có tới hơn 14% số bệnh nhân có hơn 4 vết thương. Đây cũng là lý do dẫn đến tuổi vết thương rất dài, và vị trí các vết thương trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có tới 74,28% là ở quanh

khung chậu, như cùi chày, mấu chuyển lớn và ụ ngồi.

Nghiên cứu này chỉ ra, diện tích trung bình của bề mặt vết thương mạn tính là $67,97 \pm 62,44 \text{ cm}^2$, trong đó diện tích nhỏ hơn 20 cm^2 chiếm tỉ lệ cao nhất 34,7%, nhưng cũng có tới 23,7% vết thương có diện tích trên 100 cm^2 . Việc đo kích thước vết thương là công việc tỷ mỉ để xác định chính xác diện tích vết thương, hơn nữa đôi khi diện tích bề mặt vết thương chưa phản ánh được toàn bộ diện tích vết thương với các vết có hàm ếch hay các đường hầm. Robert Numan và cộng sự (2014) cũng xác định được vấn đề này, cho rằng vết thương mạn tính thường là những vết thương tổn thương sâu [10]. Theo phân loại độ sâu, nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có tới 86,5% vết loét có tổn thương độ IV nên xác định tổng diện tích vết thương là chưa đầy đủ. Nghiên cứu tiếp theo, chúng tôi sẽ tập trung xác định thể tích khối vết thương hay tổng diện tích vết thương ngầm dưới da, điều đó mới phản ánh được mức độ nặng của vết thương cũng như giải thích những rối loạn toàn thân của bệnh nhân dù vết thương nhìn thấy rất nhỏ.

Do tính chất viêm mạn tính nên vết thương thường tiết dịch nhiều. Mức độ dịch tiết phản ánh tình trạng viêm cũng như tình trạng suy mòn của bệnh nhân. Với tỷ lệ 64,5% vết thương tiết dịch nhiều đã phần nào giải thích tỷ lệ suy mòn của các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Kèm theo đó, có tới gần 100% vết thương tiết dịch có màu sắc của nhiễm khuẩn, đó là màu trắng đục, vàng hoặc xanh.

Chúng tôi sẽ báo cáo kết quả cấy khuẩn trong những báo cáo tiếp theo. Mức độ tiết dịch còn ảnh hưởng trực tiếp đến vùng da lành quanh vết thương, nghiên

cứu này có tới 32,24% bệnh nhân có vùng cận tổn thương bị ẩm ướt hơn vùng da lành nhưng cũng có tới 31,02% bệnh nhân có da xung quanh vết thương bị khô. Da lành ẩm ướt hơn được giải thích là do dịch tiết thấm vào băng gạc và lan ra da lành, sự khô da lại là hậu quả của việc viêm da quanh vết thương một cách mạn tính. Sự bất thường của da quanh vết thương vừa là hậu quả của vết thương nhưng cũng sẽ phần nào gây thêm rối loạn bệnh lý của bệnh nhân và ảnh hưởng xấu tới quá trình liền vết thương, do đó nhiều nghiên cứu chăm sóc da lành quanh vết thương được nghiên cứu và chú ý áp dụng trên lâm sàng. Viêm vết thương cũng ảnh hưởng trực tiếp đến nhiệt độ da lành quanh vết thương, những trường hợp nhiệt độ thấp hơn bình thường có thể do khả năng cấp máu bị hạn chế. Xác định nhiệt độ vết thương giúp tiên lượng mức độ viêm, nhiễm khuẩn và khả năng cấp máu.

Nhận định của Fierchler M và cộng sự (2010) khi xác định nhiệt độ vùng cận tổn thương ở bệnh nhân có vết loét tĩnh mạch chi dưới, tác giả cho rằng nhiệt độ da vùng cận tổn thương tăng cao ở vết thương nhiễm khuẩn. Nhóm tác giả cũng khuyến cáo là có thể sử dụng nhiệt độ vùng cận tổn thương để chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm khuẩn sâu, nhiễm khuẩn đang tiến triển và theo dõi đáp ứng của vết thương với các biện pháp điều trị [11].

Valentina Dini và cộng sự (2015), khi đo nhiệt độ vùng cận tổn thương và nhiệt độ nền vết thương của 24 vết thương trên 18 bệnh nhân có vết loét tĩnh mạch chi dưới, bằng nhiệt kế hồng ngoại nhận thấy: Nhiệt độ nền vết thương từ 31°C đến 35°C và vùng cận tổn thương dao động từ 31°C đến 34°C.

Kết quả phân tích của chúng tôi chưa làm rõ mức độ liên quan nhiệt độ vết thương với nhiễm khuẩn hay khả năng cấp máu, hy vọng sẽ có nghiên cứu tỷ mỉ hơn về vấn đề này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này đã nêu được một số vấn đề liên quan đến dịch tễ học bệnh nhân có vết thương mạn tính và đặc điểm vết thương cũng như tình trạng toàn thân của bệnh nhân có vết thương mạn tính thu dung tại Trung tâm Liền vết thương. Là nghiên cứu cắt ngang ngay tại thời điểm bệnh nhân nhập viện nên chưa góp phần vào việc phân tích các mức độ liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng với nhau hoặc ý nghĩa của các dấu hiệu đó với tiến triển lâm sàng của bệnh nhân trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cutting K. (2003). Wound exudate: Composition and functions. *Br J Community Nurs*, 8, 4-9.
2. Sen C.K. (2019). Human Wounds and Their Burden: An Updated Compendium of Estimates. *Adv Wound Care*, 8(2), 39-48.
3. Phillips C.J., Humphreys I., Fletcher J., et al. (2015). Estimating the costs associated with the management of patients with chronic wounds using linked routine data. *Int Wound J*, 13(6), 1193-1197.
4. Sen C.K. (2021). Human Wound and Its Burden: Updated 2020 Compendium of Estimates. *Adv Wound Care*, 10(5), 281-292.
5. Martinengo L., Olsson M., Bajpai R., et al. (2019). Prevalence of chronic wounds in the general population: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Ann Epidemiol*, 29, 8-15.
6. Iyun A.O., Ademola S.A., Olawoye O.A., et al. (2016). Point Prevalence of Chronic Wounds at

- a Tertiary Hospital in Nigeria. *Wounds Compend Clin Res Pract*, 28(2), 57-62.
7. Rondas A.A., Schols J.M., Stobberingh E.E., et al. (2013). Prevalence of chronic wounds and structural quality indicators of chronic wound care in Dutch nursing homes. *Int Wound J*, 12(6), 630-635.
 8. Markova A. and Mostow E. (2012). US Skin Disease Assessment: Ulcer and Wound Care. *Dermatol Clin*, 30, 107-111.
 9. Martin P. and Nunan R. (2015). Cellular and molecular mechanisms of repair in acute and chronic wound healing. *Br J Dermatol*, 173(2), 370-378.
 10. Nunan R., Harding K.G., and Martin P. (2014). Clinical challenges of chronic wounds: searching for an optimal animal model to recapitulate their complexity. *Dis Model Mech*, 7(11), 1205-1213.
 11. Fierheller M., Sibbald R.G. (2010). A clinical investigation into the relationship between increased periwound skin with chronic leg ulcers. *Adv Skin Wound care*, 23(8):369-379.
 12. Edsberg L.E., Black J.M., Goldberg M., et al. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 43(6), 585-597.
 13. Harris C., Bates-Jensen B., Parslow N., et al. (2010). Bates-Jensen Wound Assessment Tool: Pictorial Guide Validation Project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 37(3), 253-259.
 14. Dowsett C. and Nyløkke M. (2015). Taking wound assessment beyond the edge. *Clin Pract*, 6(1), 5.