

TẠP CHÍ

p-ISSN 1859 - 3461
e-ISSN 3030 - 4008

Y HỌC THẢM HỌA & BỎNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Website: vienbongquocgia.vn
Website: jbdmp.vn

BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC
Le Huu Trac National Burn Hospital

HỘI BỎNG VIỆT NAM
Vietnam Burn Association

HỘI Y HỌC KHẨN CẤP VÀ THẢM HỌA VIỆT NAM
Vietnam Association of Disaster and Emergency Medicine

2

2024

THẺ LỆ GỬI BÀI ĐĂNG TẠP CHÍ Y HỌC THẨM HỌA VÀ BÔNG

I. MỤC ĐÍCH VÀ PHẠM VI CỦA TẠP CHÍ

Tạp chí Y học Thẩm họa và Bông xuất bản 6 kỳ/năm (trong đó có 01 số xuất bản bằng ngôn ngữ tiếng Anh), một số khoảng 70 trang, đăng tải các chuyên đề:

1. Chuyên đề y học thẩm họa.
2. Chuyên đề phòng, điều trị bông và nghiên cứu khoa học về bông và phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ.
3. Các tài liệu lược dịch về bông - Phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ và thẩm họa.
4. Tin tức vấn đề và sự kiện y tế trong nước và quốc tế.

Mục đích: Trao đổi thông tin nghiên cứu khoa học về bông và phẫu thuật tạo hình, thẩm mỹ trong mạng lưới điều trị bông toàn quốc; nâng cao nhận thức về phòng tránh thẩm họa, bông cho cộng đồng.

Phạm vi phát hành: Toàn quốc

II. MỘT SỐ YÊU CẦU VỀ BÀI ĐĂNG CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1. Bài gửi đăng công trình nghiên cứu khoa học chưa đăng ở bất kỳ tạp chí quốc gia nào.

2. Các thuật ngữ thống nhất theo Từ điển Bách khoa Việt Nam.

3. Bài gửi đăng phải đánh máy bằng tiếng Việt Nam (thống nhất dùng font - Unicode cả bài), rõ ràng, cách dòng, một bài không quá 7 trang khổ A4, kể cả bảng biểu, ảnh, và tài liệu tham khảo. Các danh từ tiếng Việt nếu dịch từ tiếng nước ngoài viết kèm theo tiếng nước ngoài. Các chữ viết tắt phải có chú thích các từ gốc của các chữ viết tắt.

4. Trình tự các mục trong bài:

a. **Đầu đề** (ngắn nhưng đầy đủ, dễ hiểu và đầu đề phải dịch ra tiếng Anh)

b. **Họ và tên tác giả** (không ghi học hàm, học vị và chức danh)

c. **Địa chỉ cơ quan đang công tác hoặc Email** (nếu cần thiết)

d. **Nội dung:** **Tóm tắt:** tiếng Việt Nam và tiếng Anh hoặc tiếng Pháp (tối đa 150 từ). Ghi từ khoa tiếng Việt và tiếng Anh). **Đặt vấn đề** bao gồm cả phần mục đích nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả, bàn luận, kết luận** (chỉ sử dụng những biểu, bảng, ảnh cần thiết và phải có chú thích rõ yêu cầu in vào đoạn nào trong bài).

e. **Tài liệu tham khảo** nên chọn lọc (không quá 10 tài liệu). Xếp theo thứ tự vần A, B, C... Cần nêu đủ theo thứ tự: tên tác giả, tên bài báo, tập san báo, số, năm, hoặc quyển (tập) nơi xuất bản, trang đối với cả phần tài liệu tham khảo tiếng Việt, tiếng Anh, tiếng Pháp. Phần tài liệu tham khảo đặt ở cuối bài báo.

5. Mỗi tác giả đứng tên đầu của bài báo chỉ được đăng một bài trong mỗi phần của một số.

6. Không trả lại bản thảo khi không được đăng.

III. ĐỐI VỚI CÁC BÀI TỔNG QUAN THÔNG TIN VÀ BÀI DỊCH

Đối với bài tổng quan cần có đầy đủ các tài liệu tham khảo và nguồn số liệu đã được trích dẫn trong bài. Tác giả bài tổng quan được ghi rõ chức danh, học hàm, học vị, chuyên ngành, cơ quan hoặc hội đồng chuyên khoa ở phần ghi chú cuối trang đầu của bài tổng quan. Bài tổng quan cũng phải đánh máy trên một mặt giấy khổ A4 và không dài quá 7 trang kể cả bảng biểu và tài liệu tham khảo.

Các thông tin và bài dịch cần ghi rõ xuất xứ của nguồn dữ liệu và của thông tin hoặc bài dịch. Đối với bài dịch cần chụp (photo) toàn văn bài báo tiếng nước ngoài gửi kèm theo với bản dịch.

Người viết bài hoàn toàn chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, công luận và những Quy định liên quan đến Luật Báo chí.

Rất mong sự cộng tác, đóng góp ý kiến và phê bình của các bạn!

Bài viết xin gửi về: Toà soạn - Tạp chí Y học Thẩm họa và Bông - Bệnh viện Bông Quốc gia
263 đường Phùng Hưng - Phúc La - Hà Đông - Hà Nội * Website: <https://jbdmp.vn>

ĐT: 069566624 - Email: tcbongvn@yahoo.com

TẠP CHÍ

ISSN 1859 - 3461

Y HỌC THÂM HỌA & BÔNG

JOURNAL OF DISASTER MEDICINE AND BURN INJURIES

Số 2 - 2024

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

1. Chủ tịch Hội đồng biên tập

- GS.TS. Nguyễn Như Lâm

Đồng Chủ tịch Hội đồng

- PGS.TS. Nguyễn Xuân Kiên

Phó Chủ tịch Hội đồng

- PGS.TS. Vũ Quang Vinh

2. Tổng biên tập

- PGS.TS. Chu Anh Tuấn

3. Ủy viên Hội đồng biên tập

- PGS.TS. Nghiêm Đức Thuận

- PGS.TS. Trần Ngọc Tuấn

- GS.TS. Nguyễn Văn Ba

- TS. Trương Ngọc Dương

- PGS.TS. Trần Văn Anh

- PGS.TS. Đinh Văn Hân

- TS. Võ Văn Hiến

- PGS.TS. Nguyễn Gia Tiến

- PGS.TS. Nguyễn Ngọc Tuấn

- PGS.TS. Đỗ Quang Hùng

- TS. Ngô Đức Hiệp

- ThS. Phạm Trần Xuân Anh

- PGS.TS. Phạm Trịnh Quốc Khanh

- TS. Nguyễn Hồng Đạo

4. Thư ký tòa soạn

- CN. Trần Xuân Việt

Trụ sở tòa soạn

**Bệnh viện Bông Quốc gia
Lê Hữu Trác**

Số 263 Phùng Hưng - Phúc La

- Hà Đông - Hà Nội

ĐT: 069566624;

fax: 84.024 36883180

E.mail: tcbongvn@yahoo.com

Website: www://jbdmp.vn

Giấy phép xuất bản
số 231/GP-BTTTT, Bộ Thông tin Truyền
thông cấp ngày 06/7/2023

In 500 cuốn tại NXB Nông nghiệp
in xong và nộp lưu chiểu tháng 4/2024

MỤC LỤC

I. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Đánh giá kết quả điều trị loét cùng cụt bằng phẫu thuật chuyển vật da cân ngẫu nhiên tại Bệnh viện Quân y 4
Phạm Quốc Khánh, Phạm Quang Anh 7
- Đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch tại vết thương mạn tính điều trị huyết tương giàu tiểu cầu tự thân
Phạm Minh Quyết, Nguyễn Tiến Dũng, Đoàn Thị Hằng, Nguyễn Thị Hương, Phạm Thị Huế, Nguyễn Hồng Thái 18
- Kết quả tái tạo khuyết hồng phần xa ngón tay cái bằng vật da cuống mạch lưng ngón tay trở
Nguyễn Minh Dương, Võ Thành Toàn, Nguyễn Thiên Đức 27
- Đánh giá kiến thức, thực hành và xác định một số yếu tố liên quan về chăm sóc vết thương của điều dưỡng tại một bệnh viện ở Hà Nội, Việt Nam
Phan Thị Dung, Nguyễn Thị Phương, Chu Thị Hương 38
- Thực trạng kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan trong thay băng vết thương của học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Ngô Gia Tự, Bắc Giang năm 2022
Nguyễn Trọng Nhân, Hoàng Trung Tiến 57
- Tổng quan các phương pháp điều trị rụng tóc do nội tiết tố
Nguyễn Ngọc Tuấn 69

| | | |
|---|--|-----|
| 7 | Báo cáo lâm sàng ca bệnh hô hấp mức độ nặng, ngạt khói Nguyễn Hải An, Trần Đình Hùng, Ngô Tuấn Hưng | 91 |
| 8 | Ứng dụng hút áp lực âm điều trị bệnh và tổn thương phần mềm sâu lộ gân, xương tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Phan Anh, Nguyễn Hồng Đạo, Phạm Trung Dũng, Nguyễn Văn Dương, Nguyễn Anh Tú, Nguyễn Phúc Hiệp, Đỗ Văn Thiều | 96 |
| 9 | Báo cáo một trường hợp u tế bào hạt type người lớn ở buồng trứng Phan Thị Dung, Trịnh Hồng Sơn, Phạm Phúc Khánh, Nguyễn Sỹ Lánh, Hồ Đức Thương, Nguyễn Quốc Đạt, Nguyễn Thị Hiếu | 102 |

Ảnh bìa 1:



Contents

Journal of disaster medicine and burn injuries

Number 2 - 2024

TABLE OF CONTENTS

I. SCIENTIFIC AND CLINICAL RESEARCH

- 1 Evaluating some clinical characteristics of sacral pressure ulcers and results of treatment with local flap transfer at the 4 Military Hospital
Phan Quoc Khanh, Pham Quang Anh 7
- 2 Micromorphological and immunohistochemical characteristics in chronic wounds treated by autologous platelet rich plasma
Pham Minh Quyet, Nguyen Tien Dung, Doan Thi Hang, Nguyen Thi Huong, Pham Thi Hue, Nguyen Hong Thai 18
- 3 The results of reconstructing the defect of the distal part of the thumb with the dorsal pedicle flap of the index finger
Nguyen Minh Duong, Vo Thanh Toan, Nguyen Thien Duc 27
- 4 Assessing the knowledge, practice and identification of some relevant factors about wound care of nurses at a hospital in Hanoi, Vietnam
Phan Thi Dung, Nguyen Thi Phuong, Chu Thi Huong 38
- 5 Knowledge, practice and some factors related to wound care of students at the Ngo Gia Tu College, Bac Giang in 2022
Nguyen Trong Nhan, Hoang Trung Tien 57
- 6 Overview of treatments for hormonal alopecia
Nguyen Ngoc Tuan 69
- 7 Clinical report of a severe inhalation injury patient
Nguyen Hai An, Tran Dinh Hung, Ngo Tuan Hung 91

-
- 8 Application of negative pressure success for treatment of burns and deep software injuries exposing tendon and bone at the Viet Tiep Friendship Hospital
Phan Anh, Nguyen Hong Dao, Pham Trung Dung, Nguyen Van Duong, Nguyen Anh Tu, Nguyen Phuc Hiep, Do Van Thieu 96
- 9 Adult-type granulosa cell tumor of the ovary: a case report
Phan Thi Dung, Trinh Hong Son, Pham Phuc Khanh, Nguyen Sy Lanh, Ho Duc Thuong, Nguyen Quoc Dat, Nguyen Thi Hieu 102
- II. News

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÉT CÙNG CỤT BẰNG PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT DA CÂN NGẪU NHIÊN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 4

Phan Quốc Khánh, Phạm Quang Anh

Bệnh viện Quân y 4

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển vật da cân ngẫu nhiên điều trị loét tỳ đè cùng cụt.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu 55 bệnh nhân bị loét tỳ đè cùng cụt giai đoạn III, IV, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 4 từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2022. Tuổi từ 43 đến 89 tuổi, trung bình 67,71 tuổi, gồm 38 bệnh nhân nam, 17 bệnh nhân nữ. Bệnh nhân (BN) khi vào viện được xác định một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật chuyển vật tại chỗ điều trị loét tỳ đè vùng cùng cụt. Theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

Kết quả: 100% bệnh nhân lúc nhập viện đều có hoại tử mô mềm, 63,63% bệnh nhân có hoại tử xương cùng cụt. Sau cắt lọc, 9 bệnh nhân có phù nề quanh ổ loét, 18 bệnh nhân có mô hạt, 28 bệnh nhân còn dịch tiết đục, hôi. Trước phẫu thuật chuyển vật có 14 bệnh nhân còn hoại tử mô mềm, 7 bệnh nhân còn hoại tử xương cùng cụt.

Biến chứng sau mổ: Chảy máu xảy ra sớm ngay sau phẫu thuật ở 2 bệnh nhân, 2 bệnh nhân bị chèn cuống vật do tư thế và 2 bệnh nhân bị hoại tử mép vật, nhiễm khuẩn tại chỗ, bục chỉ khâu. Kết quả sau mổ < 6 tháng: Tốt 47 bệnh nhân, trung bình 8 bệnh nhân. Sau mổ từ 6 - 12 tháng: Tốt 43 bệnh nhân; xấu 1 bệnh nhân. Sau mổ > 12 tháng: Tốt 35 bệnh nhân; xấu 1 bệnh nhân.

Kết luận: Loét cùng cụt thường gặp ở người có nhiều bệnh nền, diễn biến tại ổ loét phức tạp. Vật da cân ngẫu nhiên điều trị tổn thương loét cùng cụt giai đoạn III, IV an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Loét cùng cụt, Bệnh viện Quân y 4

ABSTRACT

Objectives: Evaluating some clinical characteristics of sacral pressure ulcers and results of treatment with local flap transfer.

Chịu trách nhiệm: Phan Quốc Khánh, Bệnh viện Quân y 4/Quân khu 4

Email: bskhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/8/2023; Ngày nhận xét: 10/4/2024; Ngày duyệt bài: 28/4/2024

[Https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.279](https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.279)

Subjects and methods: Study on 55 patients with stage III and IV sacral pressure ulcers, inpatient treatment at Military Hospital 4 from August 2018 to December 2022. Age ranged from 43 to 89 years old, average 67.71 years old, including 38 male patients, 17 female patients. Patients admitted to the hospital had some clinical and paraclinical characteristics identified. All patients underwent local flap surgery to treat pressure ulcers in the sacrococcygeal area. Monitor and evaluate results after surgery.

Results: 100% of patients at hospital admission had soft tissue necrosis, 63.63% of patients had sacral necrosis. Before flap surgery, 14 patients had soft tissue necrosis, 7 patients had sacral necrosis. There are 2 patients with postoperative bleeding, 2 patients with flap pedicle insertion due to posture and 2 patients with flap necrosis, local infection, and suture break.

Results after surgery < 6 months: Good 47 patients, average 8 patients. After surgery from 6 - 12 months: Good 43 patients, bad 1 patient. After surgery > 12 months: Good 35 patients, bad 1 patient.

Conclusion: Ulcers are common in people with many underlying diseases, developing in complicated ulcers. Randomized skin flaps to safely and effectively treat stage III and IV sacral pressure ulcers.

Keywords: Sacral pressure ulcers, Military Hospital 4

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét cùng cụt do tỳ đờ là bệnh lý thường gặp, chiếm tỷ lệ cao trong các loại tổn thương do nhiều nguyên nhân khác nhau của loét mạn tính [1], [2]. Loét tỳ đờ cùng cụt được phân loại thành 4 giai đoạn từ nhẹ đến nặng. Tổn thương giai đoạn III, IV là tổn thương mạn tính có đặc điểm: tổn thương nhiều góc ngách, nhiều giả mạc, dịch tiết hôi thối, lan rộng qua cân sâu gây viêm xương cùng cụt có nguy cơ gây nhiễm khuẩn huyết và có thể dẫn đến tử vong [3].

Phẫu thuật chuyển vạt da cân ngẫu nhiên điều trị loét cùng cụt đã được triển khai tại nhiều bệnh viện tuyến trung ương. Tuy nhiên, trên địa bàn tỉnh Nghệ An và các tỉnh lân cận, điều trị loét cùng cụt còn chưa được quan tâm đúng mức. Nhiều cơ

sở khám chữa bệnh lớn trên địa bàn còn chưa triển khai được kỹ thuật này.

Trong thời gian qua Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 4 đã sử dụng kỹ thuật chuyển vạt da cân ngẫu nhiên điều trị thành công cho nhiều bệnh nhân (BN) loét cùng cụt. Để có nhận thức sâu sắc hơn và rút kinh nghiệm trong quá trình điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả điều trị loét mạn tính vùng cùng cụt bằng phẫu thuật chuyển vạt da cân ngẫu nhiên tại Bệnh viện Quân y 4/Quân khu 4” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân loét mạn tính cùng cụt

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển vạt cân ngẫu nhiên điều trị loét mạn tính cùng cụt.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 55 bệnh nhân bị loét tỳ đè cùng cụt giai đoạn III, IV, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 4 từ tháng 8/2018 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả, can thiệp lâm sàng trên một nhóm bệnh nhân, so sánh trước và sau điều trị.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân loét do tỳ đè vùng cùng cụt giai đoạn III, IV.

- Bệnh nhân đủ điều kiện về lâm sàng và cận lâm sàng cho phẫu thuật.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân loét vùng cùng cụt giai đoạn I, II.

- Bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật.

2.4. Phân giai đoạn loét của Hội đồng tư vấn điều trị loét Hoa Kỳ năm 2007 [3]

- Giai đoạn I: Da còn nguyên, không có các đám màu xanh, đỏ tại vị trí tỳ đè.

- Giai đoạn II: Một phần lớp trung bì bị mất, các vết loét trợt nông và đáy màu hồng hoặc chưa trợt loét da nhưng có nốt phỏng có dịch huyết tương.

- Giai đoạn III: Mất toàn bộ lớp da, tổ chức mỡ dưới da có thể nhìn thấy nhưng gân xương cơ chưa bị lộ. Hoại tử có thể xuất hiện, có thể có góc ngách hoặc đường hầm dưới da.

- Giai đoạn IV: Mất toàn bộ mô sâu, lộ xương, gân và cơ. Hoại tử ướt hoặc đám hoại tử khô tại một vài vị trí của tổn thương. Giai đoạn IV thường góc ngách hoặc có nhiều hầm ếch.

2.5. Các nội dung nghiên cứu

Tuổi, giới tính, đặc điểm bệnh lý nền, tình trạng vận động, thời gian từ khi bị loét đến khi nhập viện, kích thước ổ loét, kích thước vạt, thời gian phẫu thuật, thời gian liền vết thương, thời gian điều trị nội trú, các biến chứng, kết quả gần, kết quả xa được thống kê chi tiết đầy đủ.

* Tiến hành phẫu thuật chuyển vạt che phủ ổ loét cùng cụt khi ổ loét sạch hoại tử hoặc khi còn hoại tử nhưng hoại tử này có thể cắt lọc sạch trong quá trình phẫu thuật chuyển vạt.

* Đánh giá đặc điểm vết thương sau phẫu thuật cắt lọc hoại tử ngày thứ 3.

- *Đánh giá kết quả gần*

| Tốt | Trung bình | Xấu |
|--|--|---|
| Vạt sống hoàn toàn, vết mổ liền sẹo tốt, không viêm dò. Chức năng và thẩm mỹ của vùng mổ tốt | Hoại tử một phần vạt, nhỏ hơn 1/3 diện tích. Vết mổ bị nhiễm khuẩn, toác chỉ hoặc rò rỉ dịch phải khâu da thì hai. | Vạt hoại tử trên 1/3 diện tích đến hoại tử toàn bộ vạt, phải cắt bỏ, thay thế bằng phương pháp điều trị khác. Chức năng vận động vùng mổ không cải thiện. |

Nguồn: Nguyễn Văn Thanh (2019)[4]

- Đánh giá kết quả xa:

| Tốt | Trung bình | Xấu |
|--|---|--|
| Không loét tái phát vùng cùng cụt, vạt liền sẹo tốt, che phủ kín tổn khuyết không viêm rò. | Vết mổ bị loét tái phát nhưng loét nông, kích thước nhỏ, tự liền vết thương. Sẹo tại vùng mỡ dày cộm, xơ cứng. Tình trạng viêm rò dịch. | Vết mổ bị loét tái phát với ổ loét kích thước rộng, sâu cần can thiệp bằng các phương pháp phẫu thuật tạo hình khác. |

Nguồn: Nguyễn Văn Thanh (2018)[4]

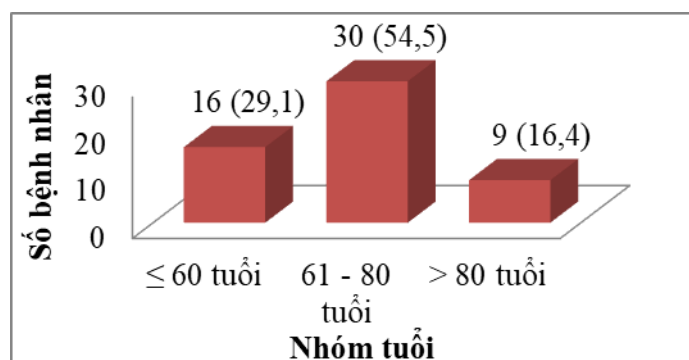
2.5. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

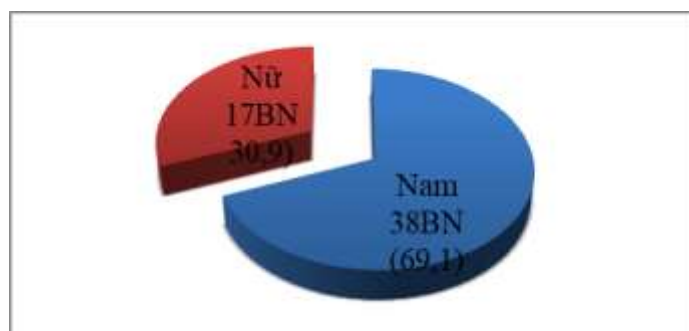
3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới tính của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố tuổi của bệnh nhân

Nhận xét: Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 43 và lớn tuổi nhất là 89 tuổi. Tuổi trung bình là $67,71 \pm 12,43$ tuổi. Nhóm tuổi từ 61 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%)



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Có 38 nam (chiếm tỷ lệ 69,1%) và 17 nữ (chiếm tỷ lệ 30,9%).

3.1.2. Bệnh lý nền của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ mức độ tổn thương theo bệnh nền (n = 55)

| Bệnh nền | Giai đoạn loét cùng cụt | | Tổng số n (%) |
|---|-------------------------|--------------|---------------|
| | Giai đoạn III | Giai đoạn IV | |
| Liệt do tổn thương tủy sống: viêm tủy cắt ngang, lao cột sống, u tủy sống, chấn thương cột sống | 8 | 22 | 30 (54,5%) |
| Tai biến mạch máu não, bệnh nội khoa nặng, suy kiệt | 11 | 14 | 25 (45,5%) |
| Tổng số (n (%)) | 19 (34,5%) | 36 (65,5%) | 55 (100%) |

Nhận xét: Bệnh nhân loét giai đoạn IV chiếm tỷ lệ (65,5%). Nhóm bệnh nhân liệt do tổn thương tủy sống chiếm 54,5%.

3.1.3. Tình trạng vận động của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ tình trạng vận động theo bệnh nền (n = 55)

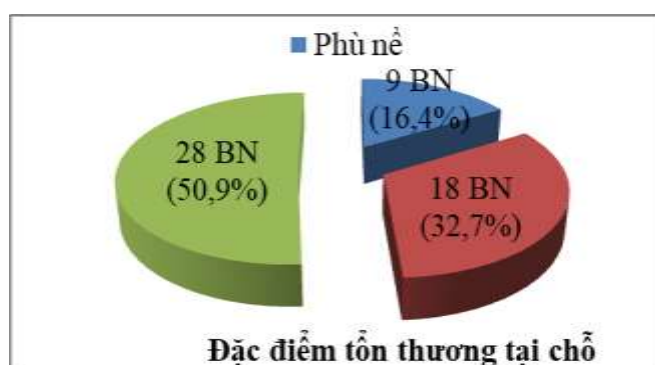
| Mức độ liệt | Số lượng bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|--------------------|-----------|
| Liệt hoàn toàn | 29 | 52,7 |
| Liệt không hoàn toàn | 26 | 47,3 |

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn chiếm 52,7%, cao hơn so với nhóm liệt không hoàn toàn (47,3%).

3.1.4. Đặc điểm lâm sàng ổ loét vùng cùng cụt

3.1.4.1. Đặc điểm lâm sàng ổ loét sau cắt lọc hoại tử

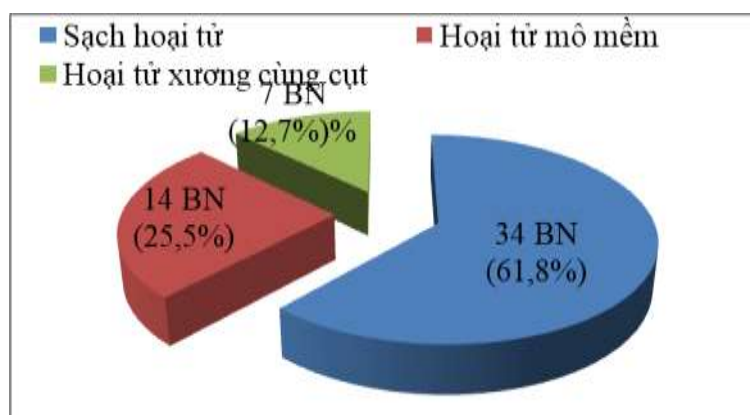
Chúng tôi đánh giá đặc điểm vết thương sau phẫu thuật cắt lọc hoại tử ngày thứ 3.



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm lâm sàng ổ loét sau cắt lọc hoại tử (n = 55)

Nhận xét: Tổn thương tại chỗ ổ loét phù nề có 9 bệnh nhân (16,4%), có 18 bệnh nhân xuất hiện mô hạt (32,7%). Biểu hiện dịch tiết tại ổ loét có màu đục và mùi hôi là 28 (50,9%) trường hợp.

3.1.4.2. Đặc điểm lâm sàng ổ loét trước chuyển vạt



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm lâm sàng ổ loét trước chuyển vạt (n = 55)

Nhận xét: Các ổ loét sau cắt lọc cơ bản đảm bảo sạch hết hoại tử ở bề mặt và ở đáy, còn 14 bệnh nhân (25,5%) còn hoại tử mô mềm, 7 bệnh nhân (12,7%) còn hoại tử xương cùng cột.

3.1.5. Kích thước ổ loét

Bảng 3.3. Kích thước ổ loét (n = 55)

| Đặc điểm | Tối thiểu | Tối đa | Trung bình |
|------------------------------|-----------|--------|---------------|
| Chiều dài (cm) | 6 | 12 | 8,33 ± 1,49 |
| Chiều rộng (cm) | 6 | 10 | 6,96 ± 0,98 |
| Diện tích (cm ²) | 36 | 120 | 59,11 ± 18,90 |

Nhận xét: Tổn khuyết có chiều dài tối đa đến 12cm và chiều rộng tối đa là 10cm. Diện tích ổ loét tối đa là 120cm².

3.2. Kết quả điều trị ổ loét mạn tính cùng cột bằng vạt da cân ngẫu nhiên

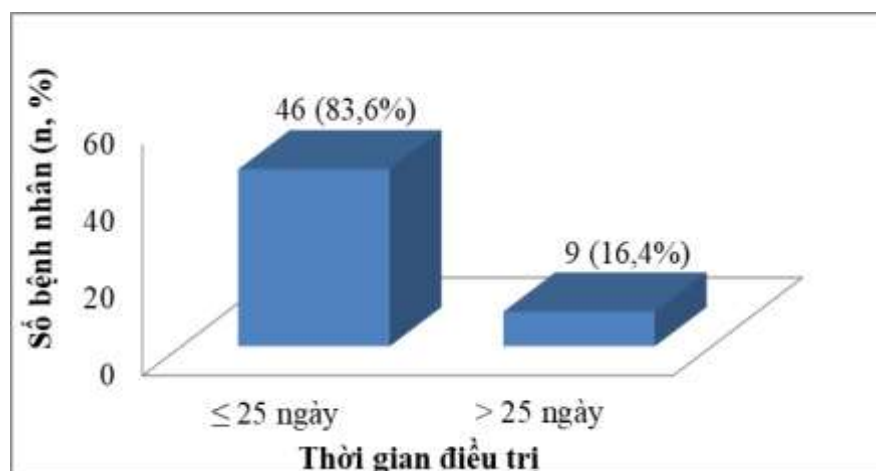
3.2.1. Kích thước vạt

Bảng 3.4. Kích thước vạt (n = 55)

| Đặc điểm | Tối thiểu | Tối đa | Trung bình |
|------------------------------|-----------|--------|---------------|
| Chiều dài (cm) | 6 | 14 | 11,38 ± 2,10 |
| Chiều rộng (cm) | 6 | 10 | 8,05 ± 1,59 |
| Diện tích (cm ²) | 36 | 130 | 94,43 ± 33,02 |

Nhận xét: Diện tích vạt tối đa là 130cm², tối thiểu là 36cm². Chiều dài vạt tối đa là 14cm, tối thiểu là 6cm. Chiều rộng vạt tối đa là 10cm và tối thiểu là 6cm.

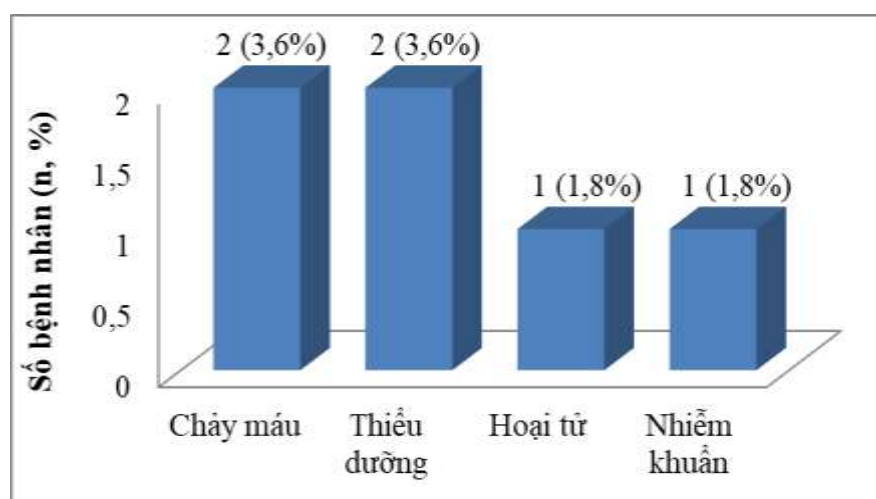
3.2.3. Thời gian điều trị



Biểu đồ 3.5. Thời gian điều trị (n = 55)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân điều trị ≤ 25 ngày chiếm tỷ lệ 83,6%, cao hơn nhóm điều trị trên 25 ngày (16,4%). Thời gian liền vết thương trung bình là $16,45 \pm 3,58$ (12 - 28) ngày. Thời gian điều trị bệnh nhân tối thiểu là 17 ngày, tối đa là 35 ngày, thời gian điều trị trung bình là $22,02 \pm 4,21$ ngày.

3.2.4. Biến chứng



Biểu đồ 3.6. Các biến chứng trong phẫu thuật

Nhận xét: Biến chứng chảy máu xảy ra sớm ngay sau phẫu thuật ở 2 bệnh nhân (3,6%), 2 bệnh nhân bị chèn cứng vật do tư thế (3,6%), 1 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vật và 1 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn tại chỗ, bục chỉ khâu.

3.2.5. Đánh giá kết quả

3.2.5.1. Đánh giá kết quả sớm

Bảng 3.5. Kết quả điều trị sau chuyển vạt < 6 tháng (n = 55)

| Tình trạng vạt | Số lượng bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|------------------------|-----------|
| Tốt | 47 | 85,5 |
| Trung bình | 8 | 14,5 |
| Xấu | 0 | 0 |
| Tổng | 55 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân xếp loại tốt là 85,5%. Có 8 bệnh nhân (chiếm 14,5%) xếp loại trung bình.

3.2.5.2. Đánh giá kết quả xa

Chúng tôi chỉ theo dõi được 44/55 bệnh nhân (trong khoảng thời gian từ 6 - 12 tháng sau điều trị) và 36/55 bệnh nhân (> 12 tháng sau điều trị).

Bảng 3.6. Kết quả điều trị sau chuyển vạt từ 6 - 12 tháng (n = 44)

| Kết quả | Số lượng bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------|--------------------|-----------|
| Tốt | 43 | 97,7 |
| Trung bình | 0 | 0 |
| Xấu | 1 | 2,3 |
| Tổng | 44 | 100 |

Nhận xét: Số bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,7%, có 1 trường hợp xấu (hoại tử thứ phát).

Bảng 3.7. Kết quả điều trị sau chuyển vạt > 12 tháng (n = 36)

| Kết quả | Số lượng bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------|--------------------|-----------|
| Tốt | 35 | 97,2 |
| Trung bình | 0 | 0 |
| Xấu | 1 | 2,8 |
| Tổng (n) | 36 | 100 |

Nhận xét: Số bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,2%, có 1 trường hợp xấu (hoại tử thứ phát). Thời gian theo dõi trung bình là $9,81 \pm 2,18$ tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi, giới bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi, nhóm tuổi từ 61 đến 80 chiếm tỷ lệ 54,5%, tuổi trung bình của bệnh nhân (67,71 tuổi) thấp hơn trong nghiên cứu của Lin C.T. (2014) (79,8 tuổi) [5], nhưng cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2018) (57,5 tuổi) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam (61,9%) cao hơn nữ giới (30,9%). Nguyễn Văn Thanh (2018) đã nghiên cứu 37 bệnh nhân trong đó có 21 nam và 16 nữ [4].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng và kết quả cắt lọc ổ loét cùng cụt

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân loét giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao 65,5%, với tổn thương lan rộng, sâu, nhiều góc ngách, hoại tử xương cùng cụt, cơ thể suy mòn nặng.

Kích thước ổ loét được đo lúc bệnh nhân nhập viện (cm). Các ổ loét kích thước lớn (Chiều dài tối đa của ổ loét là 12cm, chiều rộng tối đa là 10cm, diện tích tối đa là 120cm², tối thiểu là 36cm²). Các đặc điểm lâm sàng tại chỗ được ghi nhận như bờ mép xơ chai, xù xì, sẫm màu, hoại tử mô mềm, hoại tử xương, phù nề lan rộng ra mô lành xung quanh, dịch tiết có mùi hôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có hoại tử mô mềm (hoại tử khô đen ở bề mặt hoặc giả mạc trắng đục ở đáy) với đặc điểm tổn thương tại chỗ trước hết với các biểu hiện phù nề dịch tiết hôi, mô hạt kém tươi rã rác ở đáy là biểu hiện dễ đưa đến tình trạng nhiễm trùng lan tỏa. Hoại tử xương cùng cụt 35/55 bệnh nhân (chiếm 63,6%). Tất cả tổn thương đều có tình trạng phù nề tấy đỏ viêm lan tỏa từ ổ loét ra mô lành xung quanh. Những đặc điểm tổn thương lâm sàng đặc trưng của ổ loét cùng cụt mạn tính này cũng được báo cáo ở các nghiên cứu của các tác giả khác [6], [7].

Sau cắt lọc kết quả lâm sàng cải thiện rõ rệt với phù nề 9 bệnh nhân (16,4%), mô hạt mọc 18 bệnh nhân (32,7%) và 28 bệnh nhân (50,9%) còn hoại tử, tiết dịch tại ổ loét. Quá trình điều trị bệnh nhân luôn được chăm sóc, theo dõi, phẫu thuật và thay băng cắt lọc hoại tử bổ sung. Kết quả là, trước phẫu thuật chuyển vạt da cân chúng tôi chỉ còn gặp 14 bệnh nhân còn hoại tử mô mềm, 7 bệnh nhân còn hoại tử xương cùng cụt. Các bệnh nhân này trong quá trình phẫu thuật chuyển vạt chúng tôi đều chủ động cắt lọc sạch các tổ chức hoại tử.

4.2. Kết quả điều trị ổ loét mạn tính cùng cụt bằng vạt da cân ngẫu nhiên

4.2.1. Diện tích vạt

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vạt nhỏ nhất là 7 x 6 cm và lớn nhất là 10 x 14 cm. Lin C.T. (2014) sử dụng 30 vạt da cơ mỏng lớn có kích thước từ 7 x 6 cm đến 12 x 14 cm trong điều trị loét cùng cụt [5]. Chang J.W. (2016) sử dụng 26 vạt

da cơ mỏng lớn che phủ ổ loét cùng cụt với kích thước vạt phù hợp với kích thước ổ loét [8].

4.2.2. Thời gian điều trị

Thời gian chuẩn bị nền ổ loét dài hay ngắn phụ thuộc vào mức độ tổn thương của ổ loét, tình trạng toàn thân, bệnh nền kèm theo. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cơ bản là người già yếu, suy kiệt nên thời gian điều trị dài. Cụ thể; thời gian điều trị trung bình là $22,02 \pm 4,21$ ngày, ngắn nhất là 17 ngày, dài nhất là 35 ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2018) cho thấy thời gian điều trị trung bình là $25,5 \pm 9,5$ ngày [4].

Thời gian liền vết thương trong nghiên cứu của Xie Y. (2015) từ 14 - 16 ngày, trong nghiên cứu của Hai, H.L. và cộng sự (2013) là 12 - 14 ngày [9], [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian liền vết thương trung bình là $16,76 \pm 3,8$ ngày.

4.2.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có hai trường hợp bị chảy máu từ nền vạt. Một trường hợp bệnh nhân nam, liệt tủy sống, theo dõi sau phẫu thuật chuyển vạt trong 6 giờ đầu phát hiện thấy chảy máu vết mổ. Chúng tôi tiến hành cắt chỉ, tìm vị trí chảy máu từ nền vạt, khâu mũi chữ "X" bằng chỉ Vicryl. Một trường hợp chảy máu còn lại là bệnh nhân nữ lớn tuổi, bệnh nhân này được gây mê nội khí quản và được hạ huyết áp trong khi phẫu thuật nên khi hồi tỉnh ở phòng hậu phẫu, huyết áp tăng cao trở lại gây chảy máu các nhánh xuyên đã được cầm máu bằng đốt điện. Có

2 trường hợp bị chèn cuống vạt do tư thế ở phòng hậu phẫu trong 3 giờ đầu, được phát hiện và thay đổi tư thế để không chèn ép cuống vạt. Có 1 trường hợp vạt bị thiếu dưỡng nổi bóng nước ở bề mặt và hoại tử mép vạt ở đầu xa. Bệnh nhân được chăm sóc, thay băng sau 5 ngày tiến hành cắt xén mép vạt và khâu da thì 2. Có 01 bệnh nhân nhiễm khuẩn mép vạt, bực chỉ. Chúng tôi dùng kháng sinh, chăm sóc tại chỗ, sau 5 ngày hết nhiễm khuẩn và khâu da thì hai sau 10 ngày.

4.2.4. Đánh giá kết quả sau mổ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 47/55 bệnh nhân có kết quả tốt chiếm tỷ lệ 85,5%, có 8 trường hợp trung bình do tình trạng thiếu dưỡng vạt, nhiễm khuẩn bực chỉ, hoại tử mép vạt, đã được chăm sóc, cắt lọc và khâu hoặc ghép da kỳ 2, vết thương liền tốt sau 10 ngày. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh (2018) cho thấy có 25/29 vạt đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 89,2% [4].

Do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong khoảng thời gian từ 6 - 12 tháng sau phẫu thuật chúng tôi chỉ theo dõi, đánh giá được 44 bệnh nhân. Kết quả cho thấy, có 43 bệnh nhân (chiếm 97,7%) tốt, 1 bệnh nhân (chiếm 2,3%) xấu. Trong khoảng thời gian > 12 tháng sau phẫu thuật chúng tôi chỉ theo dõi, đánh giá được 36 bệnh nhân. Kết quả, có 35 bệnh nhân (chiếm 97,2%) tốt, 1 bệnh nhân (chiếm 2,8%) xấu. Hai bệnh nhân có kết quả điều trị xấu này đều liệt 2 chi dưới. Do điều kiện gia đình khó khăn, chăm sóc, nuôi dưỡng, phục hồi chức năng sau mổ không đầy đủ dẫn đến loét cùng cụt thứ phát.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 55 bệnh nhân bị loét cùng cụt giai đoạn III, IV điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 4 từ 8/2018 đến tháng 12/2022 chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân loét cùng cụt mạn tính

- Tuổi nhỏ nhất 43 tuổi, lớn nhất 89 tuổi, trung bình $67,71 \pm 12,43$ tuổi. Nhóm tuổi 61 - 80 tuổi chiếm nhiều nhất với 30 bệnh nhân (54,4%). Có 17 bệnh nhân nữ (30,9%), 38 bệnh nhân nam (69,1%).

- Liệt do tổn thương tủy sống 30 bệnh nhân (54,5%), do các bệnh nội khoa nặng 25 bệnh nhân (45,5%). Có 19 bệnh nhân loét cùng cụt giai đoạn III chiếm 34,5%, 36 bệnh nhân loét giai đoạn IV chiếm 65,5%. Ổ loét có diện tích trung bình là $59,11 \pm 18,90 \text{cm}^2$.

- Sau cắt lọc, 9 bệnh nhân có phù nề quanh ổ loét, 18 bệnh nhân (32,7%) có mô hạt, 28 bệnh nhân (50,9%) còn dịch tiết đục, hôi. Trước phẫu thuật chuyển vạt có 14 bệnh nhân (25,5%) còn hoại tử mô mềm, 7 bệnh nhân (12,7%) còn hoại tử xương cùng cụt.

5.2. Kết quả phẫu thuật chuyển vạt da cân ngẫu nhiên điều trị loét cùng cụt

- Biến chứng sau mổ: Có 2 bệnh nhân chảy máu ngay sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân bị chèn cuống vạt do tư thế và 2 bệnh nhân bị hoại tử mép vạt, nhiễm khuẩn tại chỗ, bực chỉ khâu.

- Kết quả sau mổ < 6 tháng: Tốt 47 bệnh nhân (chiếm 85,5%); trung bình 8 bệnh nhân (chiếm 14,5%).

- Kết quả sau mổ từ 6 - 12 tháng: Tốt 43 bệnh nhân (chiếm 97,7%); xấu 1 bệnh nhân (chiếm 2,3%).

- Kết quả sau mổ > 12 tháng: Tốt 35 bệnh nhân (chiếm 97,2%); xấu 1 bệnh nhân (chiếm 2,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fade, G., et al., (2013). Anatomical basis of the lateral superior gluteal artery perforator (LSGAP) flap and role in bilateral breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 66(6): 756-62.
2. Hai, H.L., et al., (2013). Quadrilobed superior gluteal artery perforator flap for sacrococcygeal defects. *Chin Med J (Engl)*, 126(9): 1743-9.
3. NPUAP. (2007) Pressure ulcer stages revised by the National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Ostomy Wound Manage*, 53(3): 30-1.
1. 4. Nguyễn Văn Thanh (2018). Nghiên cứu vạt nhánh xuyên động mạch mông trên kết hợp hút áp lực âm trong điều trị loét mạn tính vùng cùng cụt. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. Hà Nội.
4. Lin, C.T., et al., (2014). Modification of the superior gluteal artery perforator flap for reconstruction of sacral sores. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 67(4): 526-32.
5. Pham, C., P., Middleton, and G. Maddern (2003). *Vacuum-assisted closure for the management of wounds: an accelerated systematic review. Stepney, 2003: 53*, SA: Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical (ASERNIP-S).
6. Trần Ngọc Diệp, Chu Anh Tuấn (2013). "Nghiên cứu tác dụng của trị liệu áp lực âm trong điều trị vết thương mạn tính" Tạp chí Bông & Y học thẩm họa 1-2013: tr 74-81.
7. Chang, J.W., J.H. Lee, và M.S. Choi (2016). Perforator-based island flap with a peripheral muscle patch for coverage of sacral sores. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 69(6): 777-82.
8. Xie, Y., et al. (2015). A composite gluteofemoral flap for reconstruction of large pressure sores over the sacrococcygeal region. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 68(12): 1733-42.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VI THỂ VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH TẠI VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN

¹Phạm Minh Quyết, ¹Nguyễn Tiến Dũng, ²Đoàn Thị Hằng,
¹Nguyễn Thị Hương, ¹Phạm Thị Huệ, ¹Nguyễn Hồng Thái

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
²Viện mô Phôi lâm sàng Quân đội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương mạn tính được điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, so sánh trước - sau trên 30 bệnh nhân có vết thương mạn tính (VTMT) đang điều trị tại Trung tâm Liền vết thương - Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Kết quả: Tại thời điểm T0, tổn thương mất lớp biểu bì, thâm nhiễm nhiều tế bào viêm, nguyên bào sợi (NBS) và mạch máu nghèo nàn. Tại thời điểm T1, giảm sự thâm nhiễm các tế bào viêm, tăng sinh mạch máu tân tạo, NBS tăng sinh nhưng chưa có cấu trúc rõ ràng. Tại thời điểm T2, tế bào viêm còn rất ít, mạch máu tân tạo có xu hướng hợp lại thành mạch lớn hơn, NBS phát triển dày đặc, cấu trúc rõ ràng, xuất hiện các cấu trúc bó, bè collagen.

Kết luận: Sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu có hiệu quả làm giảm quá trình viêm, tăng sinh mạch máu và nguyên bào sợi, từ đó tái cấu trúc lại chất nền ngoại bào tại chỗ vết thương mạn tính.

Từ khóa: Vết thương mạn tính, huyết tương giàu tiểu cầu (PRP)

ABSTRACT

Objective: To describe micromorphological and immunohistochemical characteristics in chronic wounds treated by autologous platelet-rich plasma.

Subject and method: Prospective, longitudinal, observational study of 30 patients with chronic wounds in Wound Healing Center - National Burn Hospital.

Results: At time T0, images of chronic wounds have lost all the epidermis, underneath, there are many inflammatory cells, poor neovascularization, and sparse

Chịu trách nhiệm: Phạm Minh Quyết, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: minhquyet2707@gmail.com

Ngày gửi bài: 25/10/2023; Ngày nhận xét: 10/4/2024; Ngày duyệt bài: 28/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.309>

fibroblast. At time T1, inflammatory cell infiltration is significantly reduced, forming new blood vessels, although the fibrous organization has no clear structure, it is also seen that the strong growth and proliferation. At time T2, the infiltration of inflammatory cells is only very small, neoplastic blood vessels proliferate, they tend to merge into larger blood vessels to increase perfusion, the fibroblasts form a richer fibrous organization with a clear structure, arranged in bundles or collagen.

Conclusion: RPR had the effect of decreasing the inflammatory process and promoting the proliferative of fibroblast and neovascularization, leading to the reorganizing ECM structure.

Keywords: Chronic wound, platelet-rich plasma (PRP)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạn tính (VTMT) có tỷ lệ mắc từ 1 - 2% dân số tại các quốc gia phát triển và ngày càng gia tăng cùng với sự gia tăng số lượng người cao tuổi và các bệnh lý nền [1]. Điều trị VTMT thường phức tạp, kéo dài, tốn kém và đòi hỏi sự phối hợp của nhiều chuyên ngành nội khoa, ngoại khoa khác nhau và vẫn được coi là một thách thức của y học. Vết thương tồn tại kéo dài gây đau đớn và dẫn tới những rối loạn toàn thân, tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nghiên cứu liệu pháp điều trị mới, đơn giản, hiệu quả, giảm thời gian và chi phí điều trị cho bệnh nhân là yêu cầu cấp thiết của ngành y tế. Một xu hướng hiện nay đang được tập trung nghiên cứu và ứng dụng là sử dụng huyết tương giàu tiểu cầu (platelet-rich plasma: PRP) để điều trị VTMT.

Huyết tương giàu tiểu cầu có số lượng tiểu cầu cao gấp nhiều lần so với huyết tương bình thường [2]. Khi tiểu cầu hoạt hóa dẫn tới quá trình ly giải hạt α , từ đó giải phóng ra hàng loạt các cytokine chống viêm, các chemokine và hàng chục các yếu tố tăng trưởng (GFs) có vai trò quan trọng trong quá trình liền vết thương

(LVT). Các GFs thúc đẩy một loạt các quá trình sắp xếp và sửa chữa như tăng các thành phần trung mô và tế bào gốc tại vết thương [3],[4]. Việc sử dụng liệu pháp PRP để điều trị VTMT đã được nghiên cứu khá phổ biến trên lâm sàng, nó giúp thúc đẩy quá trình LVT bằng cách tăng cường tân tạo mạch, tăng khả năng di cư và tăng sinh của nguyên bào sợi (NBS), thúc đẩy quá trình biểu mô hóa cũng như quá trình sản xuất collagen dưới da [3]. Để có thêm cơ sở khoa học đánh giá cụ thể hơn nữa hiệu quả điều trị của PRP, cần thiết phải nghiên cứu đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch tại VTMT trong quá trình điều trị.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu “Mô tả đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch tại chỗ vết thương mạn tính được điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu tự thân”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 bệnh nhân (BN) có VTMT, từ 16 tuổi trở nên, không phân biệt giới tính, được điều trị huyết tương giàu tiểu cầu tại Trung tâm Liên vết thương - Bệnh viện

Bảng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 11/2018 đến tháng 05/2020, bệnh nhân không có chống chỉ định và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán có VTMT theo định nghĩa của Markova Alina và cộng sự (2012) đó là những vết thương kéo dài trên 6 tuần hoặc bị tái phát.

Không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân có diễn biến nặng không thể can thiệp điều trị như nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ, bệnh lý máu ác tính, ung thư giai đoạn cuối,... hoặc bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, so sánh trước - sau.

- Bệnh nhân có VTMT vào viện được khám toàn thân, tại chỗ và làm đầy đủ các xét nghiệm huyết học, sinh hóa. Chẩn đoán và điều trị theo quy trình của Bệnh viện Bảng Quốc gia Lê Hữu Trác.

- Tại chỗ vết thương mạn tính: Tiến hành tiêm PRP khi tình trạng toàn thân ổn định, vết thương không còn tổ chức hoại tử, không có dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân và tại chỗ vết thương.

- Chuẩn bị dung dịch PRP tự thân tại Labo tế bào - Trung tâm Liên vết thương.

- Liệu trình tiêm 2 lần, cách nhau 5 - 7 ngày. Các bước tiêm được tiến hành như sau:

+ Tiến hành tại phòng thay băng hoặc phòng mổ theo đúng quy trình thay băng.

+ Rửa sạch vết thương bằng nước muối và dung dịch Betadine 3%.

+ Dung dịch PRP được tiêm thẳng trực tiếp vào vùng da ngoại vi cách mép vết thương 1cm ở ở các vị trí tương ứng với các điểm 3 - 6 - 9 - 12 giờ. Mỗi vị trí tiêm khoảng 1ml. Kỹ thuật tiêm tương tự như tiêm gây tê tại chỗ, sau tiêm, đắp gạc betadine 3%, gạc khô vô trùng, băng kín. Thay băng hàng ngày bằng betadine 3%.

+ Tiêm lần 2, cách nhau 5 - 7 ngày với kỹ thuật tương tự lần 1.



Hình 2.1. Tiêm PRP tự thân điều trị tại các thời điểm

- Lấy mẫu mô bệnh phẩm nghiên cứu tại 3 thời điểm: T0 (Trước trị liệu), T1 (Sau trị liệu 7 ngày) và T2 (sau trị liệu 14 ngày).

+ Dụng cụ lấy mẫu: Sử dụng bộ dụng cụ phẫu tích đại thể.

+ Vị trí lấy: Tại bờ mép vết thương (bao gồm cả vùng da còn biểu bì và vùng loét). Kích thước mẫu: 0,5 x 0,5 x 1cm.

- Mẫu mô được nhuộm HE và hóa mô miễn dịch với SMA, CD34.

- Quan sát trên kính hiển vi quang học và chụp ảnh vi trường ở vật kính 20X và 40X, phát hiện các dấu ấn của phức hợp kháng nguyên - kháng thể trên mẫu mô.

+ Dương tính: có sự hiện diện của phức hợp kháng nguyên - kháng thể trên tế bào và mô, được hiển thị bằng màu vàng nâu.

+ Âm tính: Không có sự hiện diện của phức hợp kháng nguyên - kháng thể trên tế bào và mô, không được hiển thị bằng màu vàng nâu. Với CD34 có nhân lớn sáng, hình tròn, nhô vào trong lòng mạch.

2.3. Thiết bị, dụng cụ, hóa chất, vật liệu nghiên cứu

- Dung dịch PRP tự thân được hoạt hóa bằng bộ kit PRP của hãng Geneworld tại Labo tế bào Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

- Bộ dụng cụ, thuốc điều trị và thay băng thường quy tại chỗ vết thương.

- Dụng cụ phẫu tích đại thể, các hóa chất để xử lý và nhuộm tiêu bản với SMA và CD34.

- Kính hiển vi quang học.

2.4. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 22.0. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng số trung bình \bar{X} và độ lệch chuẩn SD ($\bar{X} \pm SD$). Giá trị $p < 0,05$ trong các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

| Tuổi, giới | | Số bệnh nhân (n = 30) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|---------|---------------------------|-----------|
| Nhóm tuổi | < 30 | 4 | 13,3 |
| | 30 - 60 | 10 | 33,3 |
| | > 60 | 16 | 53,4 |
| Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$) | | 57,0 \pm 19,3 (18 - 85) | |
| Giới | Nam | 18 | 60 |
| | Nữ | 12 | 40 |

Nhận xét: 60% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là nam giới, tỉ lệ nam/nữ là 3/2. Tuổi trung bình của nhóm là 57,0 \pm 19,3 tuổi (nhỏ nhất 18 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi), trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là > 60 tuổi, chiếm 53,4%.

Bảng 3.2. Các nguyên nhân gây vết thương mạn tính

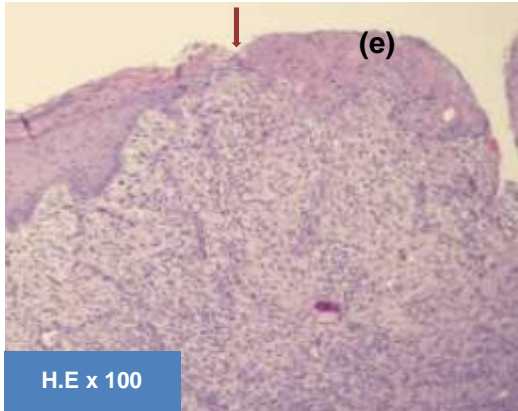
| Nguyên nhân | Số bệnh nhân (n = 30) | Tỷ lệ (%) |
|------------------|-----------------------|-----------|
| Tỳ đè | 22 | 73,4 |
| Chấn thương | 4 | 13,3 |
| Bệnh lý mạch máu | 1 | 3,3 |
| Khác | 3 | 10,0 |

Nhận xét: Tỳ đè là nguyên nhân gây vết thương mạn tính hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu chiếm 73,4%, sau đó là do chấn thương hoặc sau phẫu thuật chiếm 13,3%. Có 01 bệnh nhân bị vết thương do bệnh mạch máu chi dưới, và 03 bệnh nhân thuộc các nguyên nhân ít gặp khác.

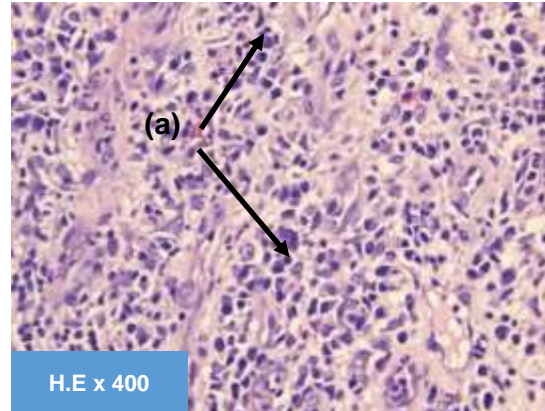
3.2. Đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch

Các mẫu mô làm tiêu bản nhuộm H&E, lát cắt dọc qua toàn bộ cấu trúc da, bắt

màu thuốc nhuộm đều, các thành phần rõ nét. Có sự khác nhau của các mẫu bệnh phẩm lấy 3 thời điểm khác nhau: trước khi điều trị bằng liệu pháp (T0), sau khi điều trị 1 tuần (T1) và sau khi điều trị 2 tuần (T2).



Ảnh 3.1.1



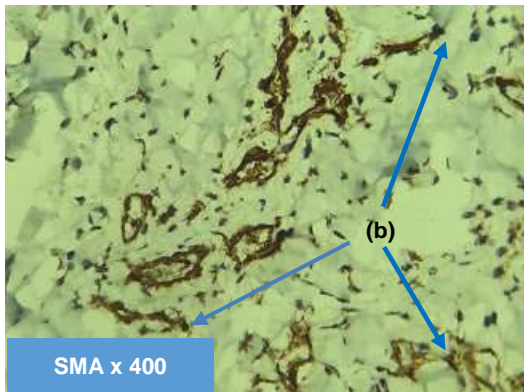
Ảnh 3.1.2

Ảnh 3.1. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T0, nhuộm H&E của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi, số bệnh án 0010-VB-9284

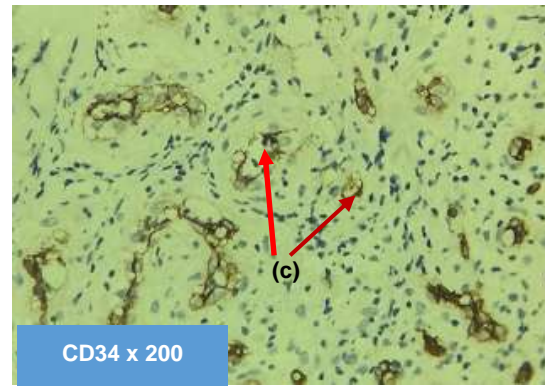
Ghi chú:

Ảnh 3.1.1: Trên tiêu bản nhuộm H&E ở độ phóng đại 100 lần, thấy rõ ranh giới giữa phần da còn biểu bì và phần da mất lớp biểu bì tới lớp sâu (d). Vùng bề mặt tổn thương là lớp mỏng hoại tử tơ huyết (e).

Ảnh 3.1.2: Trên tiêu bản nhuộm H&E ở độ phóng đại 400 lần, thấy rõ hình ảnh mô đệm xâm nhiễm số lượng lớn các tế bào viêm chủ yếu là các bạch cầu đa nhân trung tính (a).



Ảnh 3.2.1



Ảnh 3.2.2

Ảnh 3.2. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T0, nhuộm H&E của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi, số bệnh án 0010-VB-9284

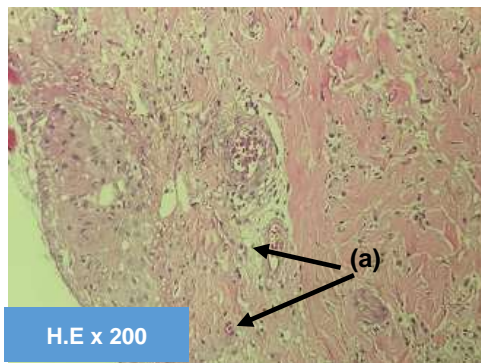
Ghi chú:

Ảnh 3.2.1: Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với SMA ở độ phóng đại 400 lần, thấy hình ảnh các nguyên bào sợi số lượng ít nằm thưa thớt quanh các mạch máu, (+) với SMA biểu thị bằng màu vàng nâu trên vi trường (b).

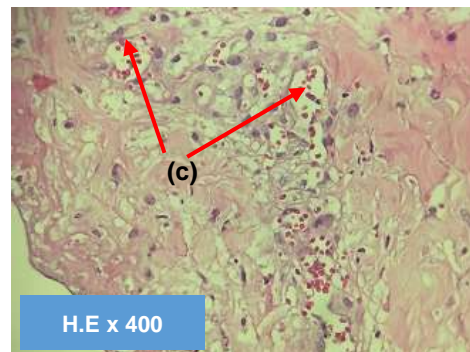
Ảnh 3.2.2: Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với CD34 ở độ phóng đại 200 lần, thấy dưới lớp hoại tử số lượng ít mạch máu bị sung huyết (c), các mạch máu quan sát rõ nét trên tiêu bản, các tế bào nội mô mạch máu (+) với CD34, biểu thị bằng màu vàng nâu trên vi trường.

- Đối với các mẫu bệnh lý lấy ở thời điểm T0 (ảnh 3.1, 3.2): Hình ảnh vết thương mạn tính mất hết lớp biểu bì, có chỗ sâu xuống tới tận lớp cơ. Bề mặt vết thương biểu hiện sự viêm phù nề, có nhiều tơ huyết, mảnh vỡ tế bào, có chỗ hoại tử. Phía dưới thâm nhiễm rất nhiều tế bào viêm, mạch máu tân tạo nghèo nàn. Các thành phần của tế bào viêm bao gồm

các bạch cầu đa nhân trung tính, các lympho bào, tương bào, đại thực bào. Mạch máu nuôi dưỡng tổ chức có rất ít, có nhiều mảnh nhân tế bào nằm rải rác ở phía trên bề mặt vết thương, tổ chức sợi thưa thớt không còn cấu trúc nguyên vẹn, các nguyên bào sợi thì cũng không nhiều (ảnh 3.2.2).



Ảnh 3.3.1



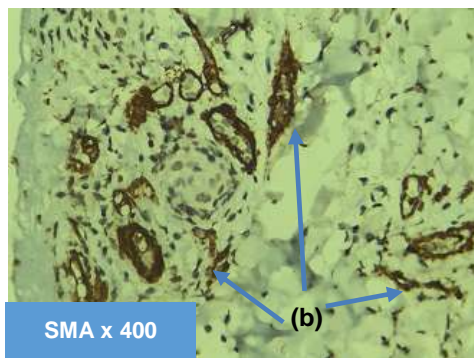
Ảnh 3.3.2

Ảnh 3.3. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T1, nhuộm H&E. của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi, số bệnh án 0010-VB-9284

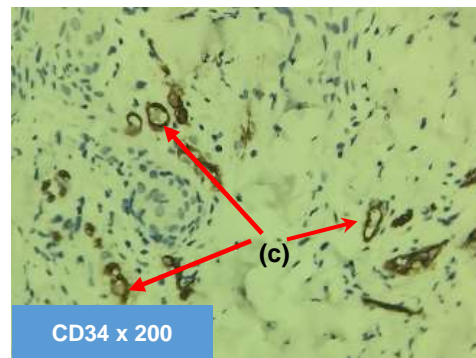
Ghi chú:

Ảnh 3.3.1: Trên tiêu bản nhuộm H&E ở độ phóng đại 200 lần, tế bào viêm giảm, chỉ còn rải rác các bạch cầu đa nhân trung tính (a).

Ảnh 3.3.2: Trên tiêu bản nhuộm H&E ở độ phóng đại 400 lần, thấy xuất hiện nhiều hơn các mạch máu tân tạo (c).



Ảnh 3.4.1



Ảnh 3.4.2

Ảnh 3.4. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T1, nhuộm hóa mô miễn dịch. của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi, số bệnh án 0010-VB-9284

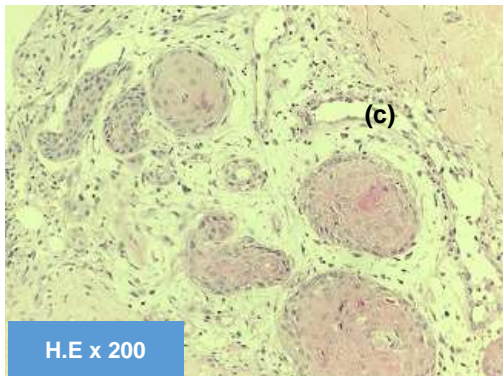
Ghi chú:

Ảnh 3.4.1: Trên tiêu bản nhuộm SMA ở độ phóng đại 400 lần, thấy xung quanh các mạch máu tân tạo có tăng sinh nguyên bào sợi (+) với SMA (b).

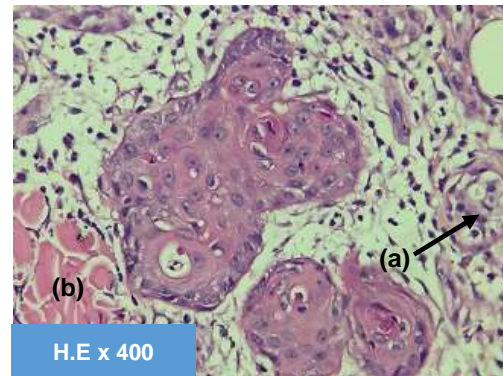
Ảnh 3.4.2: Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với CD34 ở độ phóng đại 200 lần, thấy tổ chức hạt có nhiều mao mạch máu tân tạo, các mạch máu nhìn rõ trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với CD34, các tế bào nội mô mạch máu (+) với CD34 (c).

- Đối với các mẫu lấy ở thời điểm T1 (ảnh 3.3 và 3.4): Sự thâm nhập tế bào viêm giảm đi rõ rệt, sự di trú các tế bào nội mô từ mạch máu bị phá hủy trước đó để hình thành mạch máu mới, có nhiều mạch máu tân tạo được hình thành, đó là những mạch máu mà nhân của tế bào nội mô hình

tròn to lồi vào phía trong lòng mạch. Tổ chức sợi tuy chưa có cấu trúc rõ ràng nhưng cũng thấy được sự phát triển, tăng sinh mạnh mẽ, sự di trú của các nguyên bào sợi từ những tổ chức lành xung quanh, sự phát triển này có xu hướng lên bề mặt vết thương (ảnh 3.4.2).



Ảnh 3.5.1

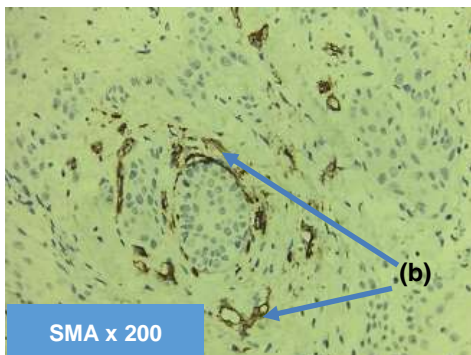


Ảnh 3.5.2

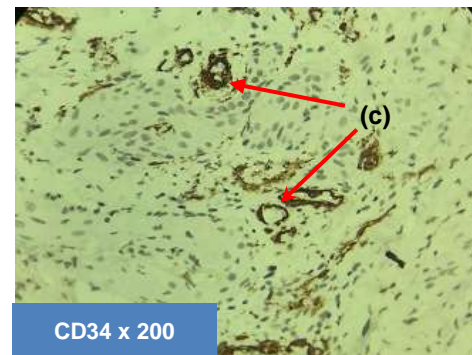
Ảnh 3.5. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T2, nhuộm H&E của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi số bệnh án 0010-VB-9284

Ghi chú:

Ảnh 3.5.1 và 3.5.2: Trên tiêu bản nhuộm H&E độ phóng đại 200 và 400 lần, thấy mô đệm còn rất ít các tế bào viêm (a).



Ảnh 3.6.3



Ảnh 3.6.4

Ảnh 3.6. Hình ảnh vi thể vết thương mạn tính ở thời điểm T2, nhuộm hóa mô miễn dịch của bệnh nhân Đỗ Văn Ch., 29 tuổi số bệnh án 0010-VB-9284

Ghi chú:

Ảnh 3.6.3: Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với SMA ở độ phóng đại 200 lần, xung quanh các mạch máu tân tạo thấy xuất hiện nhiều các nguyên vào sợi (b) nhận biết rõ trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch (+) với SMA.

Ảnh 3.6.4: Trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với CD34 ở độ phóng đại 200 lần, thấy có nhiều các mạch máu tân tạo (c) nhận biết rõ trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với tế bào nội mô (+) với CD34.

- Đối với các mẫu lấy ở thời điểm T2: Sự thâm nhập của các tế bào viêm chỉ còn lại rất ít, các mạch máu tân tạo tăng sinh, chúng có xu hướng hợp lại với nhau thành mạch máu lớn hơn để tăng tưới máu nuôi dưỡng tổ chức đang phục hồi. Sự tăng sinh mạnh mẽ và di cư của các nguyên bào sợi đã hình thành nên tổ chức sợi giàu hơn có cấu trúc rõ ràng, chúng sắp xếp thành các sợi bó hay bè sợi collagen lấp đi những khoảng trống do tổn thương mất tổ chức xảy ra trước đó (hình 3.6).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,0 \pm 19,3$ tuổi, thấp nhất 18 tuổi và cao nhất 85 tuổi. Nam giới nhiều hơn so với nữ giới (60% so với 40%). Điều này cũng phù hợp với thực tế nam giới là đối tượng hay gặp các yếu tố nguy cơ hơn nữ giới. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho kết quả tương tự [5], [6].

Tỳ đờ là nguyên nhân chủ yếu gây ra các VTMT trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 73,4%. Các nghiên cứu khác ở các nước phát triển cũng cho kết quả tương đồng, tuy nhiên tỷ lệ có xu hướng thấp hơn so với trong nước [5], [6]. Như vậy đòi hỏi phải tích cực nghiên cứu và phổ biến các biện pháp dự phòng VTMT cho các đối tượng nguy cơ và các cơ sở y tế.

4.2. Đặc điểm hình thái vi thể và hóa mô miễn dịch

Trong quá trình liền vết thương, tăng sinh nguyên bào sợi có vai trò quan trọng trong sản xuất các ECM, cùng với tân mạch tạo thành mô liên kết tạm thời gọi là tổ chức hạt [7], [8], một trong những bước quan trọng là nguyên bào sợi sẽ được hoạt

hóa thành dạng myofibroblast [9]. Chính vì thế, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc nhuộm tiêu bản với các dấu ấn CD34 và SMA có vai trò quan trọng giúp đánh giá chính xác hơn đặc điểm cấu trúc của tân mạch và nguyên bào sợi qua các thời điểm nghiên cứu, cụ thể:

Tại thời điểm trước nghiên cứu, các mẫu mô đều cho thấy hình ảnh vết thương mất hết lớp biểu bì, phần ranh giới giữa da lành và tổn thương khá rõ. Vùng tổn thương được che phủ bởi một lớp dày các sợi tơ huyết, mô đệm xâm nhập nhiều tế bào viêm chủ yếu là các tế bào bạch cầu đa nhân trung tính và lympho bào. Ở trung bì, mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn, nhiều mạch máu bị xung huyết, nguyên bào sợi, tổ chức sợi và các đảo biểu mô thừa thớt, cấu trúc collagen bị phá hủy không còn nguyên vẹn. Đây là biểu hiện điển hình của giai đoạn viêm mạn tính đang tiến triển, điều này cũng phù hợp với sinh lý bệnh của vết thương mạn tính [10], [11].

Trong 2 tuần nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rõ sự thay đổi trong cấu trúc mô tại chỗ vết thương. Lớp hoại tử và tơ huyết bám trên bề mặt giảm rõ rệt, mô đệm chỉ còn rải rác các tế bào viêm thay vào đó là tổ chức hạt dần hình thành. Các mạch máu tân tạo xuất hiện nhiều hơn (nhìn rõ trên tiêu bản hóa mô miễn dịch nhuộm với CD34) và tăng sinh nguyên bào sợi và nguyên bào xơ cơ (nhìn rõ trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch với SMA) quanh các cụm tế bào biểu mô và mạch máu tân tạo. Ngoài ra, ở bờ mép vết thương các cụm tế bào biểu mô cũng tăng lên rõ rệt qua các thời điểm nghiên cứu, tại thời điểm T2 các tế bào biểu mô đã xuất hiện với mật độ dày hơn (nhìn rõ trên tiêu bản nhuộm hóa mô miễn dịch, nhận các tế bào biểu mô bắt màu xanh của Hematoxylin).

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Văn Dưỡng (2017) và Nguyễn Thị Bích Phượng (2016) [12], [13]. Nghiên cứu của Anitua E. và cộng sự (2008) và Singh Roop và cộng sự (2015) cũng đã chứng minh hiệu quả chống viêm của PRP tự thân trong điều trị lâm sàng vết thương mạn tính [14], [15].

5. KẾT LUẬN

Sử dụng PRP có hiệu quả làm giảm quá trình viêm, tăng sinh mạch máu và nguyên bào sợi, từ đó tái cấu trúc lại chất nền ngoại bào tại chỗ vết thương mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nussbaum S. R., Carter M. J., Fife C. E. et al (2018)**, "An Economic Evaluation of the Impact, Cost, and Medicare Policy Implications of Chronic Nonhealing Wounds", *Value Health*, 21(1), p27-32.
2. **Marx R. E.** (2001), "Platelet-rich plasma (PRP): what is PRP and what is not PRP?", *Implant Dent*, 10(4), p225-228.
3. **Mehta S. and Watson J. T.** (2008), "Platelet rich concentrate: basic science and current clinical applications", *J Orthop Trauma*, 22(6), p432-438.
4. **Yuan T., Zhang C. Q., Tang M. J. et al (2009)**, "Autologous Platelet-rich Plasma Enhances Healing of Chronic Wounds", *Wounds*, 21(10), p280-285.
5. **Díaz-Herrera MÁ and Martínez-Riera J. R. (2021)**, "Multicentre Study of Chronic Wounds Point Prevalence in Primary Health Care in the Southern Metropolitan Area of Barcelona", *J Clin Med*, 10(4),
6. **Goh O. Q., Ganesan G., Graves N. et al (2020)**, "Incidence of chronic wounds in Singapore, a multiethnic Asian country, between 2000 and 2017: a retrospective cohort study using a nationwide claims database", *BMJ Open*, 10(9), pe039411.
7. **Broughton G., 2nd, Janis J. E. and Attinger C. E.** (2006), "Wound Healing: an overview", *Plast Reconstr Surg*, 117(7 Suppl), p1e-S-32e-S.
8. **Heather L., David Keast, Louise Forest et al** (2011), "Basic Principles of Wound Healing", *Wound Care Canada Magazine*, 9(2), p4-12.
9. **Gabbiani G., Ryan G. B. and Majne G.** (1971), "Presence of modified fibroblasts in granulation tissue and their possible role in wound contraction", *Experientia*, 27(5), p549-550.
10. **Stuart Enoch and Patricia Price** (2004), "Cellular, molecular and biochemical differences in the pathophysiology of healing between acute wounds, chronic wounds and wounds in the aged", *World Wide Wounds*, pAug 2004.
11. **Grice E. A. and Segre J. A.** (2012), "Interaction of the microbiome with the innate immune response in chronic wounds", *Adv Exp Med Biol*, 946, p55-68.
12. **Nguyễn Thị Bích Phượng** (2016), *Đánh giá hiệu quả của liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân điều trị tại chỗ vết loét mạn tính*, Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y.
13. **Vũ Văn Dưỡng** (2017), *Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học vết loét lâu liền được điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu phối hợp với ghép tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân*, Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y.
14. **Anitua E., Aguirre J. J., Algorta J. et al** (2008), "Effectiveness of autologous preparation rich in growth factors for the treatment of chronic cutaneous ulcers", *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*, 84(2), p415-421.
15. **Singh Roop, Dhayal Raj, Sehgal Paramjit et al** (2015), "To Evaluate Antimicrobial Properties of Platelet Rich Plasma and Source of Colonization in Pressure Ulcers in Spinal Injury Patients", *Ulcers*, 2015, p1-7.

KẾT QUẢ TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG PHẦN XA NGÓN TAY CÁI BẰNG VẬT DA CUỐNG MẠCH LƯNG NGÓN TAY TRỎ

¹Nguyễn Minh Dương, ¹Võ Thành Toàn, ²Nguyễn Thiên Đức

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Khoa Y - Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo khuyết hồng phần xa ngón tay cái bằng vật da cuống mạch lưng ngón tay trở (FDMA) tại Bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 15 bệnh nhân (BN) có khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái do chấn thương được phẫu thuật vi phẫu chuyển vật da FDMA che phủ tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2020.

Kết quả: Nam (66,7%) nhiều hơn nữ (33,3%). Tuổi trung bình là 32 tuổi (từ 18 đến 54 tuổi). Nguyên nhân chấn thương: 6 bệnh nhân bị tai nạn lao động, 5 bệnh nhân bị tai nạn giao thông, 4 bệnh nhân bị tai nạn sinh hoạt. Kích thước vật da dao động từ 2,5 - 3,5 cm về chiều dài và 2 - 2,5 cm chiều rộng. Chiều dài cuống vật da trung bình 7,0cm (từ 6,0 cm đến 7,5cm). 6 bệnh nhân khuyết hồng mặt lưng và 4 bệnh nhân khuyết hồng mặt lòng đốt xa ngón tay cái. 5 bệnh nhân khuyết hồng cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái. Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật. Không có bệnh nhân bị hoại tử toàn bộ vật da. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vật da, sau đó hoại tử tự bung mào và liền thương.

Kết luận: Khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái có thể tái tạo được bằng vật da FDMA với kết quả chức năng thỏa mãn, ít biến chứng.

Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm, vật da cuống mạch lưng ngón tay trở, ngón tay cái

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the results of reconstructive surgery of the soft tissue defect of the distal thumb with the first dorsal metacarpal artery (FDMA) flap at the Thong Nhat Hospital.

Subjects and methods: A prospective descriptive study of 15 patients, who had soft tissue defects with exposed thumb bone, who underwent microsurgery to the FDMA flap coverage at the Thong Nhat Hospital from May 2016 to May 2020.

Chịu trách nhiệm: Võ Thành Toàn, Bệnh viện Thống Nhất
email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày gửi bài: 30/7/2023; Ngày nhận xét: 15/1/2024, Ngày duyệt bài: 28/4/2024
<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.312>

Results: the proportion of males (66.7%) was higher than that of females (33.3%). The average age was 32 years old (from 18 to 54 years old). Causes of injury: 6 patients had labor accidents, 5 had traffic accidents, and 4 had living accidents. Flap size ranges from 2.5 - 3.5cm in length and 2 - 2.5cm in width. The average length of the flap pedicle is 7.0cm (from 6.0 cm to 7.5 cm). 6 patients with dorsal defect and 4 patients with volar defect. 5 patients have defects in both the dorsal surface and the volar surface of the thumb. All patients were satisfied with the surgical results. No patient had complete flap necrosis. There were 2 patients with partial necrosis of the flap that continued to be observed, then the necrosis broke out on its own and healed.

Conclusions: The soft tissue defect of the distal thumb with exposed bone can be reconstructed by FDMA flap with satisfactory functional results, few complications.

Keywords: Soft tissue defect, first dorsal metacarpal artery flap, thumb

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các vạt da nhỏ, mỏng, di động dễ ưu thế để tái tạo khuyết hồng ở những vùng quan trọng như đầu búp ngón tay. Các vạt da tự do hiếm khi được chỉ định cho các khuyết hồng nhỏ, nhưng đôi khi được mô tả trong y văn [1].

Khuyết hồng ngón tay cái để lại các khuyết tật ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt hằng ngày [3]. Do đó việc bảo tồn tối đa chiều dài ngón tay cái có ý nghĩa quan trọng và cũng còn nhiều thách thức, đặc biệt khi kèm theo nhu cầu phục hồi cảm giác ngón tay cái.

Để che phủ khuyết hồng kèm phục hồi cảm giác ngón tay cái, các vạt da có thể được sử dụng như vạt da có cuống (vạt da Littler, vạt da FDMA) hoặc vạt da tự do. BN càng lớn tuổi chất lượng tái phân bố thần kinh bị giảm dần sau khi khâu nối thần kinh, vạt da vi phẫu được sử dụng hạn chế và vạt da có cuống cảm giác được ưa chuộng hơn, kèm theo kĩ thuật không đòi hỏi quá cao [1]. Vạt da động mạch ngón tay cái có phân bố thần kinh (vạt da điều bay, vạt da FDMA-first dorsal metacarpal artery) được mô tả đầu

tiên bởi Hilgenfeldt, được cải biên bởi Foucher và Braun [1]. Vạt da FDMA là vạt da mạch thần kinh được sử dụng để phục hồi cảm giác và điều trị không dung nạp lạnh [4]. Theo tác giả Pelzer và cộng sự, vạt da FDMA đã dần thay thế vạt da Littler, vì các kết quả tương đương đạt được đối với việc tái phục hồi cảm giác, bóc tách dễ dàng hơn và ít gây tổn thương tiềm ẩn hơn đối với các cấu trúc của lòng bàn tay [1].

Tại bệnh viện Thống Nhất, số lượng bệnh nhân có khuyết hồng đốt xa ngón tay cái vào cấp cứu đòi hỏi phải phẫu thuật che phủ để bảo tồn chiều dài ngón tay cái, cũng như yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ của BN ngày càng cao. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích đánh giá: “*Kết quả phẫu thuật tái tạo khuyết hồng phần xa ngón tay cái bằng vạt da cuống mạch lưng ngón tay trở*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm: 15 BN có khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái do chấn thương cấp tính được phẫu thuật vi phẫu chuyển vạt

da FDMA che phủ, trong thời gian từ tháng 5/2016 - 5/2020, tại Bệnh viện Thống Nhất.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên, các bệnh nhân khỏe mạnh trước chấn thương; đồng ý phẫu thuật và tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân có chấn thương bàn tay chỗ phẫu thuật trước đó, có các bệnh lý ảnh hưởng đến khả năng sống của vật (suy thận, bệnh mạch máu hay thần kinh ngoại vi,...). Các bệnh nhân có bệnh lý tâm thần, không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc điều kiện xã hội không hợp tác theo dõi lâu dài.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả 15 BN có khuyết hồng mô đầu ngón tay cái.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2020. Các BN được theo dõi 1 năm.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại Chấn thương - Chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- Thu thập số liệu:

Khám, đánh giá bệnh nhân trước và sau phẫu thuật và ghi lại các thông số liên quan đến nghiên cứu. Trước phẫu thuật, bệnh nhân được khám đo kích thước khuyết hồng, đánh giá cảm giác và chức năng phần còn lại của bàn tay để chắc chắn không có tổn thương hoặc bệnh lý ảnh hưởng đến cuống vật định lấy.

- Phương pháp phẫu thuật: Dụng cụ phẫu thuật: kính phóng đại 3X, bút vẽ da, ga rô hơi, bàn kê tay, đầu đốt Bipolar, bột bó.

Kỹ thuật phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, tay mở để thoải mái trên bàn kê tay. Cắt lọc vết thương và đo kích thước khuyết hồng, tính toán chiều dài cuống vật và đỉnh vật, điểm xoay. Bộc lộ cuống mạch với mốt rạch da: Đỉnh phía quay của nền đốt 1 ngón II và điểm giao nhau giữa nền xương bàn I và II. Rạch da hình chữ S để giảm sẹo co rút gấp ngón II và dạng ngón I, II. Bóc tách da tới lớp mô dưới da tới khi hiện rõ tĩnh mạch. Vén da sang 2 bên nhẹ nhàng, xác định bó mạch đi giữa phần trụ của cơ gian cốt thứ 1 và bờ quay của xương bàn II, kèm tĩnh mạch băng ngang. Tiến hành buộc tĩnh mạch băng ngang, lấy rộng từ bó mạch chính sang 2 bên khoảng 0,8 - 1cm, rộng hơn về phía gần (lấn về phía xương bàn II khoảng 0,2mm để lấy nhánh cảm giác cho lưng ngón II của thần kinh quay và thêm 1 tĩnh mạch hồi lưu; lấn về phía phần quay của cơ gian cốt thứ nhất > 0,2mm để tránh tổn thương cuống mạch do phía này ít ảnh hưởng độ di động vật).

Tiến hành rạch da vật da hình lá cờ vùng lưng đốt 1 ngón II: Cuống vật nằm về phía quay của ngón II, giới hạn xa ở nếp nhăn chính của da lưng ngón II (để tránh co rút giới hạn gấp ngón II), giới hạn bên chỗ đường giữa bên, giới hạn gần chỗ nền đốt 1. Bóc tách mô dưới da của vật chỉ chừa lại lớp mô mỏng nuôi gân để ghép da sau này. Bóc tách vật từ phía trụ sang phía quay, tới gần cuống vật thì lấy mô sâu xuống (có thể lấy kèm theo động mạch quay ngón trở dưới chỗ nối FDMA với RIA khoảng 0,8cm để đảm bảo tưới máu thêm phần xa của vật). Tách rời vật và lần theo cuống để giải phóng 2 bên cuống tới điểm xoay cách điểm giao nhau 2 nền xương bàn khoảng 1,8cm. Xả ga rô kiểm tra vật tưới máu tốt, cầm máu.

Tạo đường hầm phía lưng trụ của ngón cái rộng khoảng 2cm và luồn vật qua

đường hầm, kiểm tra cuống không bị xoắn. Rạch da hình zigzag cạnh trụ lưng ngón cái dài khoảng 1cm chỗ cuống vật từ vết thương xuống để giảm căng và kiểm tra gấp duỗi khớp liên đốt ngón cái và dạng ngón cái vật không căng. Khâu vật da vào khuyết hồng bằng chỉ Nylon 5.0 với mũi đơn. Tiến hành lấy da ghép dày từ mặt trước trong 1/3 trên cẳng tay ghép vào chỗ thiếu da lưng ngón II và chỗ cuống vật gần vết thương (da ghép có đục lỗ để giảm tụ máu). Khâu các vết thương còn hở. Nẹp bột cẳng-bàn tay phải ôm ngón cái khép và gấp đốt xa, băng gấp nhẹ ngón II.

- Quá trình theo dõi: Bệnh nhân sau mổ được nẹp bột 2 tuần, sau đó tháo nẹp và tập phục hồi chức năng theo liệu trình.

Bệnh nhân ra viện hẹn tái khám để khám đánh giá lại chức năng, cảm giác bàn tay, trả lời phiếu câu hỏi đánh giá (đau, giới hạn, hoạt động hàng ngày, mức độ hài lòng), chụp X - quang đánh giá và phân độ thoái hóa khớp ngón tay theo Kellgren and Lawrence.

Phục hồi cảm giác được đánh giá bằng nghiệm pháp Semmes-Weinstein phân biệt 2 điểm tĩnh (s2-PD) được thực hiện trên vật da. Đo tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trỏ ở cả 2 tay. Vận động chủ động ngón chỗ lấy vật

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

| Đặc tính | | Số BN (tỷ lệ %) |
|-------------------------|---------------------|-----------------|
| Nguyên nhân chấn thương | Tai nạn lao động | 6 (40,0%) |
| | Tai nạn giao thông | 5 (33,3%) |
| | Tai nạn sinh hoạt | 4 (26,7%) |
| Kích thước vật (cm) | Chiều dài cuống vật | 7 (6,0 - 7,5)* |
| | Chiều dài vật | 3,1 (2,5 - 3,5) |

da và chỗ khâu vật da bao gồm sức nắm, kẹp 2 ngón, cầm chìa khóa được đo lường ở cả hai tay. Tái định hướng vỏ não được kiểm tra bằng cách hỏi bệnh nhân liệu kích thích kim chích đến từ ngón tay cái hay ngón tay trỏ. Sử dụng thang điểm VAS (visual analogue scale) để đánh giá sự hài lòng về phục hồi chức năng bằng (0 = hoàn toàn không hài lòng, 10 = hoàn toàn hài lòng) và thẩm mỹ (0 = thẩm mỹ tệ, 10 = thẩm mỹ xuất sắc). Tính thẩm mỹ dựa trên độ phù hợp về màu sắc, độ rậm lông, thể tích và hình dạng vật.

Các bệnh nhân được theo dõi bởi cùng bác sĩ phẫu thuật.

- Xử lý số liệu và phân tích thống kê: Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 23.0.

3. KẾT QUẢ

Trong bốn năm, 15 vật da FDMA đã được sử dụng để tái tạo các khuyết hồng phần mềm lộ xương ở đầu xa ngón tay cái sau chấn thương

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình 32 tuổi (từ 18 đến 54 tuổi). Có 10 nam (66,7%) và 5 nữ (33,3%), tỉ lệ nam/nữ là 2/1.

| Đặc tính | | Số BN (tỷ lệ %) |
|-----------------------------------|--|-----------------|
| | Chiều rộng vạt | 2,3 (2,0 - 2,5) |
| Kích thước khuyết hồng | Chiều dài khuyết hồng | 3,0 (2,6 - 3,5) |
| | Chiều rộng khuyết hồng | 2,4 (2,0 - 2,8) |
| Vị trí khuyết hồng | Khuyết hồng mặt lưng ngón tay cái | 6 (40,0%) |
| | Khuyết hồng mặt lòng ngón tay cái | 4 (26,7%) |
| | Khuyết hồng cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái | 5 (33,3%) |
| Thời gian trước phẫu thuật (phút) | | 5 (4 - 7)* |
| Thời gian phẫu thuật (phút) | | 60 (45 -180)* |

* Trung bình (GTNN - GTLN)

3.3. Kết quả chức năng và thẩm mỹ

3.3.1. Kết quả chức năng

- Có 2 bệnh nhân bị giới hạn chức năng gấp ngón 2 ở khớp liên đốt gần 5 độ và xa 10 độ.

- Không ghi nhận giảm sức nắm, kẹp 2 ngón, cầm chìa khóa đáng kể ở tất cả các bệnh nhân.

- Tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trở trung bình 3,7cm (từ 3,2 đến 4,5cm).

- Kết quả của chức năng cảm giác của khu vực vạt theo Semmes - Weinstein trung bình phân biệt hai điểm tĩnh (s2-PD) 9,13mm (từ 7 đến 17mm). Chúng tôi ghi nhận tái định hướng lại vỏ não ở 6 BN (40%) sau 1 năm theo dõi.

- Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả chức năng sau phẫu thuật với điểm hài lòng VAS trung bình 8,1 (từ 6 đến 9 điểm).

3.3.2. Thẩm mỹ

- 2 bệnh nhân than phiền nhẹ thẩm mỹ màu da và 3 bệnh nhân than phiền có lông ở ngón tay cái chỗ vạt da ghép, không bệnh nhân nào than phiền về hình dáng sẹo và độ dày của vạt da và chỗ ghép da

nơi lấy vạt. Điểm thẩm mỹ VAS trung bình 6,9 (từ 5 đến 8 điểm).

3.4. Biến chứng

- Không có bệnh nhân nào bị hoại tử toàn bộ vạt. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vạt tại thời điểm 10 ngày và 14 ngày sau phẫu thuật, được tiếp tục theo dõi không can thiệp gì và sau đó hoại tử tự rụng mào và liền thương.

- 1 bệnh nhân có thoái hóa độ 1 Kellgren and Lawrence ở khớp liên đốt gần ngón tay trở sau 2 năm theo dõi.

- 3 bệnh nhân than phiền có giảm cảm giác da vùng lưng ngón tay trở chỗ lấy vạt và đau nhẹ nhưng đau 6 tháng theo dõi biến chứng này không còn. Có 1 bệnh nhân rối loạn dung nạp lạnh nhẹ sau hơn 1 năm theo dõi nhưng bệnh nhân chấp nhận được.

- Có 3 bệnh nhân đau sẹo chỗ lấy vạt ở ngón tay trở trong 3 tháng đầu sau mổ và hơn 1 năm thì cảm giác này giảm dần.

4. BÀN LUẬN

Tuổi và giới của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Lý giải giới nam nhiều hơn và tuổi trẻ

có thể do lứa tuổi năng động còn hoạt động nhiều nên tỉ lệ tai nạn lao động thương tích nhiều hơn các lứa tuổi khác. Thomas Muyldermans 7 trường hợp sử dụng vật đảo động mạch lưng ngón tay cái chính để tái tạo khuyết hồng ngón tay cái. Có 4 nam (57,1%) và 3 nữ (42,9%) với độ tuổi trung bình là 54,9 tuổi (từ 28 - 89 tuổi). Kết quả có khác biệt có thể do khác biệt về thu thập số liệu và đặc điểm dân số, cũng như tính chất nghề nghiệp và giao thông của mỗi quốc gia [5]. Tỉ lệ tai nạn lao động và giao thông chiếm đa số khả năng do ngón tay cái là ngón được chú ý bảo vệ hơn trong sinh hoạt. Al Lahham và cộng sự nghiên cứu hàng loạt ca (9 ca) sử dụng vật FDMA che phủ khuyết hồng phần xa ngón tay cái. Các nguyên nhân gây ra khuyết hồng bao gồm: 3 do máy móc (lao động), 3 do tổn thương dập nát (giao thông), 3 do vật nặng hoặc sắc nhọn (sinh hoạt) [13]. Kết quả có khác biệt so với chúng tôi có thể do ở Việt Nam lực lượng lao động nhiều và tai nạn xe mô tô chiếm tỉ lệ cao.

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật cấp cứu, thời gian chờ phẫu thuật trung bình 5 giờ (từ 4-7 giờ). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Đa phần nếu cơ sở y tế đủ phương tiện và bác sĩ trực có đủ khả năng thường tiến hành phẫu thuật cấp cứu cho bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình 60 phút (từ 45 đến 180 phút). Thời gian phẫu thuật tương đối phù hợp với phẫu thuật cấp cứu không quá kéo dài, đặc biệt trong các trường hợp khuyết hồng kích thước nhỏ.

Kích thước vật dao động từ 2,5 - 3,5cm chiều dài và 2 - 2,5cm chiều rộng. Chiều dài cuống vật trung bình 7,0cm (từ 6,0cm đến 7,5cm). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Xu Zhang và cộng sự [3]. Các khuyết hồng kích thước dưới 3,0 x 2,5cm thường thích hợp để che phủ, theo

Small và Brennen. Các khuyết hồng lớn hơn đòi hỏi kĩ thuật tỉ mỉ và thời gian bóc tách kéo dài để bảo tồn các tuần hoàn lưới dưới da vạt.

Trong một nghiên cứu tương tự, Satish và cộng sự đã sử dụng 9 vạt da FDMA để che các khuyết hồng ngón tay cái sau chấn thương và nhận thấy rằng kích thước vạt trung bình là 3,3 x 1,9cm và chỉ có một vạt bị hoại tử một phần đã lành mà không cần phẫu thuật lần hai [6]. Nghiên cứu đã chỉ ra giới hạn kích thước là một nhược điểm của vạt này, điều đó không thể mở rộng ra ngoài khớp liên đốt gần. El-Khatib đã phát minh ra một phiên bản mở rộng của vạt FDMA để tái tạo các khuyết hồng kết hợp ở cả mặt lưng và mặt lòng ngón tay cái ở 5 bệnh nhân và quan sát thấy sự sống sót của các vạt có thể là do sự hiện diện của mạng mạch da - mô dưới da phong phú, lấy da ở mặt lưng của các đốt gần và giữa của ngón tay trở, da mặt lưng của đốt giữa là phần lấy da vạt xa hơn ngẫu nhiên [7].

Các khuyết hồng chủ yếu ở phần xa ngón tay cái mặt lưng phù hợp che phủ với chỉ định vạt da FDMA, tuy nhiên cũng có nhiều khuyết hồng phần xa ngón tay cái mặt lòng còn là thách thức. Trong nghiên cứu của Ahmad và cộng sự nghiên cứu 11 bệnh nhân khuyết hồng ngón tay cái bằng vạt FDMA, trong đó có 5 khuyết hồng mặt lưng và 6 khuyết hồng mặt lòng ngón tay cái, kết quả tất cả các vạt đều sống sót và không có biến chứng [12].

Các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả chức năng sau phẫu thuật với điểm VAS trung bình 8,1 (từ 6 đến 9 điểm). Trong nghiên cứu của Kola và cộng sự [8] nhận thấy rằng điểm hài lòng chủ quan trung bình là 9,3. Họ cũng đồng ý Eski và cộng sự [9] người đã sử dụng 14 vạt FDMA để chỉnh sửa dị tật ngón tay cái sau bỏng và quan sát thấy rằng tất cả các dị tật

đã được sửa chữa với kết quả thẩm mỹ hài lòng, phục hồi chức năng và tỷ lệ biến chứng ở nơi cho vật là tối thiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm thẩm mỹ VAS trung bình 6,9 (từ 5 đến 8 điểm). Trái ngược với kết quả của chúng tôi, Ege và cộng sự nhận thấy rằng kết quả thẩm mỹ không hoàn hảo là những hạn chế lớn của kỹ thuật này, đặc biệt là ở phụ nữ.

Có 2 bệnh nhân bị giới hạn chức năng gấp ngón 2 ở khớp liên đốt gần 5 độ và xa 10 độ. Trankle và cộng sự báo cáo tổng phạm vi cử động của ngón tay trở đã giảm 4,4% [4]. Tầm vận động dạng tối đa vùng liên đốt ngón tay cái và ngón tay trở dao động từ 3,2cm đến 4,5cm. Kết quả của chúng tôi có khác biệt so với Xu Zhang và cộng sự [3], có thể do kích thước lấy vật không quá lớn, và bệnh nhân chỉ lấy 1 động mạch của nhóm xương bàn I. Tầm vận động dạng tối đa thay đổi không đáng kể so với tay lành, giúp cho quá trình vận động bàn tay được thoải mái hơn, do đi đường mổ hình chữ S lại nên sẹo không dính không gây co rút nghiêm trọng. Trankle và cộng sự trong báo cáo 8% (2 BN) không dung nạp lạnh ở ngón tay lấy vật, 16% (4 BN) giảm cảm giác ở khu vực lấy vật và 4% (1 BN) giảm cảm giác ở phía quay của ngón tay trở [4].

Kết quả của chức năng cảm giác của khu vực vật theo Semmes - Weinstein trung bình phân biệt hai điểm tĩnh (s2-PD) 9,13mm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Thomas Muyltermans và cộng sự [5]. Tương tự, Ege và cộng sự [10] đã sử dụng 21 vật Foucher để tái tạo ngón tay cái và có s2-PD trung bình là 10,8 mm. Trong một nghiên cứu khác, Chang và cộng sự. quan sát thấy rằng s2-PD trung bình là 8,1mm. Khả năng nào bộ nhận ra bất kỳ kích thích nào đối với vị trí vật từ ngón tay cái chứ không phải từ ngón tay trở được gọi là "tái định hướng vỏ não" [11].

Trong loạt bài của chúng tôi, chúng tôi đã hoàn toàn định hướng lại vỏ não ở sáu (40%) BN. Việc định hướng lại không hoàn toàn ở những bệnh nhân còn lại không ảnh hưởng đến các hoạt động bình thường hàng ngày của họ. 2 bệnh nhân than phiền nhẹ thẩm mỹ màu da và 3 bệnh nhân than phiền có lông ở ngón tay cái chỗ vật da ghép.

Không có bệnh nhân nào bị hoại tử toàn bộ vật. Có 2 bệnh nhân bị hoại tử 1 phần vật tại thời điểm 10 ngày và 14 ngày sau phẫu thuật, được tiếp tục theo dõi không can thiệp gì và sau đó hoại tử tự rụng và liền thương. Zhang và cộng sự 13 báo cáo về tình trạng hoại tử một phần của 2 trong số 42 vật, Couceiro và Sanmartín báo cáo về hoại tử một phần của 2 vật trong số 10 vật. El-Khatib báo cáo về tình trạng tắc nghẽn tĩnh mạch ở cả 5 vật trong loạt trường hợp của mình. Các tác giả báo cáo liên quan mức độ tắc nghẽn tĩnh mạch và hoại tử vật trong nghiên cứu nhưng còn hạn chế do quy mô nghiên cứu của họ. Nếu có dấu hiệu tắc nghẽn tĩnh mạch, có thể điều chỉnh và mở rộng hoặc rạch mở đường hầm ngón tay cái [4].

5. KẾT LUẬN

Khuyết hồng lộ xương đốt xa ngón tay cái bàn tay không quá lớn có thể được tái tạo bằng vật da FDMA với kết quả chức năng thỏa mãn, thẩm mỹ chấp nhận được và ít biến chứng. Vật da FDMA có thể được thực hiện trong phẫu thuật cấp cứu với thời gian phẫu thuật không quá dài. Chúng tôi khuyến nghị thời gian theo dõi lâu hơn và trên một nhóm BN lớn hơn để đánh giá tốt hơn về kết quả thẩm mỹ và chức năng của vật FDMA, cũng như việc khâu chuyển ghép thần kinh vật da vào thần kinh ngón tay cái.

PHỤ LỤC CA LÂM SÀNG

- Ca lâm sàng 1:

Bệnh nhân nam, 56 tuổi, bị TNLD máy đập đầu ngón I tay phải mất mô mềm búp

ngón phía lòng và phía quay lộ xương, vết thương tương đối sạch, diện tích khuyết hồng 3,5x3 cm. Bệnh nhân được mổ cấp cứu che phủ vết thương.



Hình 1.1. Vết thương trước mổ



Hình 1.2. Hình lúc mô vạt da đã được bóc tách



Hình 1.2. Hình vết da sau mổ 2 năm, sử dụng bánh xe cảm giác của Weber

- Ca lâm sàng 2:

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, bị TNLD máy ép vào đầu ngón I tay phải mất mô mềm đầu ngón I phía lòng, lưng và phía quay lộ xương, vết thương tương đối sạch, diện tích khuyết hồng 3,0x2,5cm. Bệnh nhân được mổ cấp cứu che phủ vết thương.



Hình 2.1. Vết thương trước mổ



Hình 2.2. Hình sau mổ 3 tuần, vạt da có ứ máu tĩnh mạch và hoại tử nông 1 phần



Hình 2.3. Hình sau mổ 4 tuần, vạt da có hoại tử nông 1 phần, các vận động ngón cái tốt



Hình 2.4. Hình sau mổ 3 tháng, vạt da lành có sẹo không được thẩm mỹ lắm nhưng bệnh nhân hài lòng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pelzer Michael; Sauerbier Michael; Germann Günter; Tränkle Markus. Free "Kite" Flap: A New Flap for Reconstruction of Small Hand Defects. *Journal of Reconstructive Microsurgery*, 20(5), 367-372. doi:10.1055/s-2004-830000.
2. R Adani, R Busa, A Bathia, A Caroli. The "kite flap" for dorsal thumb reconstruction. *Acta Chir Plast*. 1995;37(3):63-6.
3. Xu Zhang; Yajie He; Xinzhong Shao; Yanchuang Li; Shumin Wen; Hongwei Zhu (2009). Second Dorsal Metacarpal Artery Flap From the Dorsum of the Middle Finger for Coverage of Volar Thumb Defect, 34(8), 0-1473. doi:10.1016/j.jhsa.2009.04.040.
4. Couceiro J, de Prado M, Menendez G, Manteiga Z. The First Dorsal Metacarpal Artery Flap Family: A Review. *Surg J (N Y)*. 2018 Oct 29;4(4):e215-e219. doi: 10.1055/s-0038-1675369. PMID: 30377656; PMCID: PMC6205856.
5. Muyltermans T, Hierner R. First dorsal metacarpal artery flap for thumb reconstruction: a retrospective clinical study. *Strategies Trauma Limb Reconstr*. 2009 Apr;4(1):27-33. doi: 10.1007/s11751-009-0056-1. Epub 2009 Apr 2. PMID: 19340522; PMCID: PMC2666828.
6. Satish C, Nema S. First dorsal metacarpal artery islanded flap: A useful flap for reconstruction of thumb pulp defects. *Indian J Plast Surg* 2009;42:32-5.
7. El Khatib HA. Clinical experiences with the extended first dorsal metacarpal artery island flap for thumb reconstruction. *J Hand Surg [Am]* 1998;23:647-52.
8. Kola N. Thumb Reconstruction Using Foucher's Flap. *J Med Sci* 2016;4:70-3.
9. Eski M, Nisanci M, Sengezer M. Correction of thumb deformities after burn: Versatility of first dorsal metacarpal artery flap. *Burns* 2007;33:65-71.
10. Ege A, Tuncay I, Ercetin O. Foucher's first dorsal metacarpal artery flap for thumb reconstruction: evaluation of 21 cases. *Isr Med Assoc J* 2002;4:421-3.
11. Chang SC, Chen SL, Chen TM, Chuang CJ, Cheng TY, Wang HJ. Sensate first dorsal metacarpal artery flap for resurfacing extensive pulp defects of the thumb. *Ann Plast Surg* 2004;53:449-54.
12. Ahmad Mohammad AGGAG, Waleed Saber ABOEL-HASAN, Mohamed ABDEL-AAL. A Comparison of Outcomes of Reconstruction of Palmar versus Dorsal Defects of the Thumb Using a First Dorsal Metacarpal Artery Flap with a Cutaneous Bridge Segment. *The Journal of Hand Surgery (Asian-Pacific Volume)* Vol. 27, No. 02, pp. 313-319 (2022).
13. Al Lahham Salim, Ahmed Mohamed Badie, Aljasseem Ghanem, Sada Ruba, Alyazji Zaki T. N., Thomas Jimmy. A Modification to Enhance the Survival of the Island FDMA Flap by Adding a Skin Bridge. *Plastic and Reconstructive Surgery, Global Open*: February 2021, Volume 9, Issue 2, p e3434.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ XÁC ĐỊNH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI MỘT BỆNH VIỆN Ở HÀ NỘI VIỆT NAM

^{1,2,3}Phan Thị Dung, ⁴Nguyễn Thị Phương, ⁴Chu Thị Hương

¹Trường Đại học Y Dược/Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Thiện An; ⁴Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chăm sóc vết thương tốt sẽ hạn chế nhiễm khuẩn thứ phát, tạo điều kiện cho vết thương hồi phục nhanh chóng, hạn chế những tổn thất về kinh tế cho người bệnh và tạo được niềm tin của người bệnh, người nhà người bệnh đối với nhân viên y tế nói chung và Điều dưỡng nói riêng.

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc vết thương của điều dưỡng khối ngoại và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về chăm sóc vết thương tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: Cắt ngang trên toàn bộ 76 điều dưỡng lâm sàng khối ngoại được đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc vết thương từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2023.

Kết quả: Tuổi trung bình là $35,6 \pm 6,8$ tuổi, nữ chiếm 89,5%. Kiến thức về chăm sóc vết thương đạt 82,9%, trong đó cao nhất về giáo dục sức khỏe cho người bệnh đạt 81,6%, thấp nhất kiến thức về chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn đạt 64,5%. Thực hành về chăm sóc vết thương kết quả đạt 98,6%. Kiến thức về chăm sóc vết thương có mối liên quan với khoa công tác. Thực hành về chăm sóc vết thương có mối liên quan với nhóm tuổi, số năm công tác và số năm công tác tại khoa với $p < 0,05$.

Kết luận: Kiến thức về chăm sóc vết thương có mối liên quan với khoa công tác. Thực hành về chăm sóc vết thương có mối liên quan với nhóm tuổi, số năm công tác và số năm công tác tại khoa với $p < 0,05$.

Từ khóa: Chăm sóc vết thương, điều dưỡng, kiến thức, thực hành

ABSTRACT

Background: Good wound care will limit secondary infections, create conditions for the wound to recover quickly, limit economic losses for the patient and create trust from

Chịu trách nhiệm: Phan Thị Dung, Trường Đại học Y Dược (Đại học Quốc gia Hà Nội)

Email: phanthizungvd@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/4/2024; Ngày nhận xét: 10/4/2024; Ngày duyệt bài: 26/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.314>

the patient and family members. Patients to medical staff in general and nurses in particular study.

Objectives: The study aimed to evaluate the knowledge and practice of wound care among surgical nurses and identify factors associated with them at Ha Dong General Hospital in 2023.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 76 surgical clinical nurses from January to September 2023.

Result: The average age was 35.6 ± 6.8 years old, with females comprising 89.5% of the sample. Knowledge about wound care was generally high at 82.9%, with the highest knowledge observed in health education for patients (81.6%) and the lowest in infected wound care (64.5%). Practice in wound care was reported at 98.6%. The study found that knowledge of wound care correlated with the department of work, while wound care practice correlated with age group, years of experience, and years of experience in the department ($p < 0.05$).

Conclusion: Knowledge about wound care is associated with the department of work, while wound care practice is influenced by age group and years of experience, both overall and within the department.

Keywords: Wound care, nurse, knowledge, practice

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc vết thương (CSV) là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc người bệnh của điều dưỡng (ĐD) và ảnh hưởng trực tiếp đến hết quả điều trị.

Theo một nghiên cứu tại Mỹ có khoảng hơn 5,7 triệu người có vết thương (VT) mạn tính mà đáng ra có thể ngăn ngừa được nếu ngay từ đầu được các nhân viên y tế chăm sóc tốt. Ngoài ra còn có nhiều vết thương biến chứng nhiễm trùng, cắt cụt chi, loét do tỳ đè có thể được giảm thiểu do nếu được chăm sóc tốt [1].

Bộ Y tế của Việt Nam đã phê duyệt “Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam” (2012) [2]. Năm 2022, Bộ Y tế đã phê duyệt “Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam” theo Quyết định số 3474 (2023) [3].

Đối với chăm sóc vết mổ thì vai trò của người điều dưỡng (ĐD) rất quan trọng, từ nhận định các yếu tố nguy cơ, nhận định các dấu hiệu lâm sàng, đưa ra chẩn đoán chăm sóc và can thiệp điều dưỡng phù hợp, phối hợp tốt với bác sĩ sẽ hạn chế được tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) cũng như ngăn chặn NKVM tiến triển nặng hơn. Góp phần tạo nên thành công trong điều trị vai trò của điều dưỡng trong hoạt động chăm sóc vết thương là rất lớn. Chăm sóc vết thương tốt làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm ngày điều trị, giảm chi phí đảm bảo an toàn và hài lòng người bệnh.

Để có cái nhìn khách quan và đưa ra các giải pháp nâng cao năng lực điều dưỡng chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kiến thức, thực hành và tìm hiểu một số yếu tố liên quan về chăm sóc vết thương của điều dưỡng tại

bệnh viện đa khoa Hà Đông năm 2023" với mục tiêu:

1) Đánh giá kiến thức, thực hành về chăm sóc vết thương của điều dưỡng khối ngoại tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2023.

2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về chăm sóc vết thương.

2. NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm, thời gian

Tại 04 khoa ngoại: Chấn thương chỉnh hình (CTCH); Thần kinh lồng ngực (TKLN); Tiêu Hóa, Thận - Tiết niệu và khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Điều dưỡng, hộ sinh tham gia công tác chăm sóc vết thương, có chứng chỉ hành nghề và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu toàn bộ điều dưỡng, hộ sinh đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu là.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

Sau khi tham gia khóa học chăm sóc vết thương 6 tuần, Điều dưỡng, Hộ sinh được nghiên cứu viên giải thích về mục tiêu của nghiên cứu và xác nhận đồng ý tham gia nghiên cứu. Điều tra viên phát bộ công cụ đánh giá và yêu cầu Điều dưỡng, hộ sinh điền các thông tin, trả lời câu hỏi trong thời gian khoảng 25 phút. Điều tra

viên sẵn sàng giải đáp, giải thích các nội dung chưa rõ của điều dưỡng, hộ sinh trong quá trình trả lời phiếu câu hỏi.

2.6. Bộ công cụ và thang đo

Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ của tác giả Phan Thị Dung có điều chỉnh [7], gồm 3 phần:

- Thông tin về đối tượng nghiên cứu: Tuổi, trình độ chuyên môn, số năm công tác, số năm làm việc tại khoa, tập huấn chăm sóc vết thương.

- Câu hỏi phát vấn kiến thức gồm có 5 nhóm kiến thức:

1) Kiến thức chung về vết thương (44 điểm).

2) Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong CSVT (10 điểm).

3) Kiến thức về Giáo dục sức khỏe cho người bệnh (10 điểm).

4) Kiến thức về Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn (20 điểm).

5) Kiến thức về Chăm sóc vết thương có dẫn lưu (8 điểm); Tổng điểm phần kiến thức là 92; điểm đạt $\geq 70\%$ tổng số điểm đạt = 65 điểm.

- Phiếu quan sát đánh giá chăm sóc vết gồm 5 nội dung:

1) Nhận định (30 điểm).

2) Kế hoạch chăm sóc vết thương (20 điểm).

3) Thực hiện quy trình (80 điểm).

4) Đánh giá (20 điểm).

5) Tổng điểm phần thực hành là 150; điểm đạt $\geq 70\%$ tổng số điểm đạt = 105

* Phương pháp tiến hành: Giải thích cho điều dưỡng về đề tài, nội dung nghiên cứu, cách thức tiến hành, lợi ích của

ngiên cứu và động viên họ tham gia. Khi điều dưỡng đồng ý tham gia, tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã chuẩn bị trong phiếu điều tra. Tổng điểm kiến thức là 92 điểm, tổng điểm thực hành là 150 điểm. Điều dưỡng có kiến thức tốt nếu tổng điểm đạt $\geq 70\%$ số điểm. Mỗi câu trả lời đúng thì được 1 điểm; Điều dưỡng trả lời sai được 0 điểm.

2.7. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, tỷ lệ trung bình, giá trị lớn nhất - giá trị nhỏ nhất) được sử dụng

để mô tả các biến số của nghiên cứu. Kiểm định T-test và ANOVA được sử dụng để so sánh các giá trị trung bình giữa các nhóm độc lập. Hệ số Pearson được sử dụng để tìm hiểu mối liên quan giữa các biến số. Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng là 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng nghiên cứu khoa học của bệnh viện và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng phê duyệt theo Quyết định số 248/2020/YTCC-HD3 ngày 19/6/2020. Các thông tin về về người tham gia được mã hóa không có định danh và hoàn toàn bảo mật.

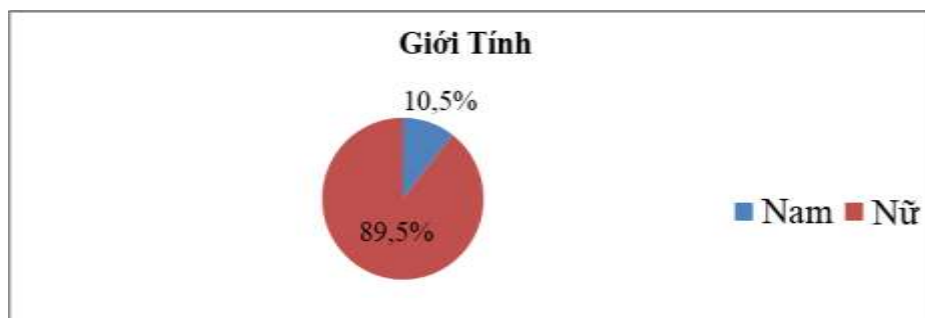
3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Biến số | Số lượng (n) | Tỷ lệ % | |
|---|---------------------|---------|------|
| Nhóm Tuổi TB \pm SD; 35,6 \pm 6,8; Min: 23, Max: 55 | 20 - 30 tuổi | 16 | 21,1 |
| | Từ 30 đến < 40 tuổi | 47 | 61,8 |
| | Từ 40 đến < 50 | 10 | 13,2 |
| | ≥ 50 tuổi | 3 | 3,9 |
| Trình độ chuyên môn | Trung cấp | 2 | 2,6 |
| | Cao đẳng | 57 | 75,0 |
| | Đại học | 16 | 21,1 |
| | Sau đại học | 1 | 1,3 |
| Số năm công tác TB \pm SD; 10,97 \pm 7,25; Min: 6 tháng, Max: 32 năm | < 5 năm | 15 | 19,7 |
| | Từ 5 đến 10 năm | 26 | 34,2 |
| | Từ 10 đến 20 năm | 28 | 36,8 |
| | ≥ 20 năm | 7 | 9,2 |
| Số năm làm việc tại khoa TB \pm SD (9,7 \pm 7,6) Min: 6 tháng; Max 32 năm | < 5 năm | 21 | 27,6 |
| | Từ 5 đến 10 năm | 25 | 32,9 |
| | Từ 10 đến 20 năm | 24 | 31,6 |
| | ≥ 20 năm | 6 | 7,9 |
| Tập huấn chăm sóc vết thương | Có | 74 | 97,4 |
| | Không | 2 | 2,6 |

Nhận xét: Nhóm tuổi chủ yếu là từ 30 đến < 40 tuổi 61,8%, tuổi trung bình $35,6 \pm 6,8$ tuổi, trình độ cao đẳng chiếm 75%. Số năm công tác cao nhất từ 10 đến 20 năm (36,8%), Thời gian điều dưỡng làm việc tạo khoa hiện tại chủ yếu từ 5 - 20 năm chiếm 64,5%, điều dưỡng được tập huấn CSVT chiếm 97,4%.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (89,5%) nhiều hơn nam giới.

3.2. Kiến thức, thực hành của điều dưỡng về chăm sóc vết thương

Bảng 3.2. Kiến thức về chăm sóc vết thương

| Kiến thức về chăm sóc vết thương | Điểm TB TB \pm SD | Kiến thức đạt n (%) |
|--|------------------------|------------------------|
| Kiến thức chung về vết thương (44 điểm) | 35 \pm 4,39 | 61 (80,3) |
| Kiến thức về Kiểm soát nhiễm khuẩn trong CSVT (10 điểm) | 7,5 \pm 2,12 | 50 (65,8) |
| Kiến thức về Giáo dục sức khỏe cho người bệnh (10 điểm) | 8,7 \pm 1,7 | 62 (81,6) |
| Kiến thức về Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn (20 điểm) | 14,6 \pm 2,69 | 49 (64,5) |
| Kiến thức về chăm sóc vết thương có dẫn lưu (8 điểm) | 6,23 \pm 1,87 | 55 (72,4) |
| Tổng điểm kiến thức chung về chăm sóc vết thương (92 điểm) | 83,7 \pm 3,24 | 63 (82,9) |

Nhận xét: Kiến thức chung về chăm sóc vết thương đạt 82,9% trong đó kiến thức chung về vết thương (80,3%); Thấp nhất là kiến thức về Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn đạt 64,5%.

Bảng 3.3. Thực hành chăm sóc vết thương

| Thực hành chăm sóc vết thương | Điểm TB TB \pm SD | Thực hành đạt n (tỷ lệ %) |
|--|------------------------|------------------------------|
| Nhận định NB (30 điểm) | 24,6 \pm 2,55 | 66 (86,8) |
| Kế hoạch chăm sóc vết thương (20 điểm) | 16,2 \pm 1,4 | 74 (97,4) |
| Thực hiện quy trình (80 điểm) | 74,3 \pm 6,1 | 76 (95,6) |
| Đánh giá (20 điểm) | 16,3 \pm 1,99 | 71 (93,6) |
| Tổng điểm thực hành chung (150 điểm) | 131,5 \pm 11,0 | 75 (98,6) |

Nhận xét: Nội dung thực hành chăm sóc vết thương tỷ lệ đạt 98,6%. Trong đó phần kế hoạch chăm sóc vết thương đạt tỷ lệ cao nhất là 97,4%, phần thực hiện QTKT đạt 95,6%, thấp nhất là nội dung nhận định vết thương (86,8%).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kiến thức của điều dưỡng về CSVT

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu | | Kiến thức n (tỷ lệ %) | | p |
|-------------------------------|----------------|-----------------------|----------|--------|
| | | Đạt | Chưa đạt | |
| Tập huấn CSVT | Có | 63 (85,1) | 11(14,9) | 0,27 |
| | Không | 0 (0) | 2 (100) | |
| Khoa công tác | Ngoại tiêu hóa | 11 (78,6) | 3 (21,4) | < 0,01 |
| | CTCH | 6 (60) | 4 (40) | |
| | TKLN | 4 (40) | 6 (60) | |
| | Sản | 32 (100) | 0 (0) | |
| | Ngoại thận | 10 (100) | 0 (0) | |

Nhận xét: Kiến thức chăm sóc vết thương của điều dưỡng có mối liên quan giữa kiến thức chăm sóc vết thương với khoa công tác $p < 0,01$. Không có liên quan tập huấn CSVT.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thực hành của điều dưỡng về CSVT với đặc điểm ĐTN

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu | | Thực hành n (tỷ lệ %) | | p |
|-------------------------------|------------------|-----------------------|----------|--------|
| | | Đạt | Chưa đạt | |
| Nhóm tuổi | 20 - 30 tuổi | 16 (100) | 0 (0) | < 0,01 |
| | Từ 30 -< 40 tuổi | 47 (100) | 0 (0) | |
| | Từ 40 đến < 50 | 10 (100) | 0 (0) | |
| | ≥ 50 tuổi | 2 (66,7) | 1 (33,3) | |
| Giới | Nam | 8 (100) | 0 (0) | 0,89 |
| | Nữ | 67 (98,5) | 1(1,5) | |
| Trình độ học vấn | Trung cấp | 2 (100) | 0 (0) | 0,95 |
| | Cao đẳng | 56 (98,2) | 1(1,8) | |
| | Đại học | 16 (100) | 0 (0) | |
| | Sau đại học | 1 (100) | 0 (0) | |

Nhận xét: Thực hành chăm sóc vết thương của điều dưỡng liên quan đến nhóm tuổi với $p < 0,05$. Không tìm thấy mối liên quan giữa thực hành chăm sóc vết thương của điều dưỡng đến giới, trình độ học vấn.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thực hành của điều dưỡng về CSVT với số năm công tác

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu | | Thực hành n (tỷ lệ %) | | p |
|-------------------------------|-----------------|-----------------------|----------|-------|
| | | Đạt | Chưa đạt | |
| Số năm công tác tại bệnh viện | < 5 năm | 15 (100) | 0 (0) | 0,019 |
| | Từ 5 đến 10 năm | 26 (100) | 0 (0) | |
| | Từ 10 - 20 năm | 28 (100) | 0 (0) | |
| | ≥ 20 năm | 6 (85,7) | 1 (14,3) | |
| Số năm công tác tại khoa | < 5 năm | 21 (100) | 0 (0) | 0,008 |
| | Từ 5 đến 10 năm | 25 (100) | 0 (0) | |
| | Từ 10 - 20 năm | 24 (100) | 0 (0) | |
| | ≥ 20 năm | 5 (83,3) | 1 (16,7) | |

Nhận xét: Thực hành chăm sóc vết thương của điều dưỡng liên quan đến số năm công tác tại bệnh viện và số năm công tác tại khoa với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong quá trình chăm sóc người bệnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị trong đó có chăm sóc vết thương. Chăm sóc vết thương tốt giúp người bệnh phục hồi nhanh chóng, kiểm soát nhiễm khuẩn giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, tăng niềm tin của người bệnh vào chăm sóc y tế và nhân viên y tế. Trong chăm sóc vết thương điều dưỡng cần làm tốt vai trò chính: Nhận định, đánh giá phân loại vết thương, tư vấn dinh dưỡng hợp lý, giáo dục sức khỏe cho người bệnh phòng ngừa nhiễm khuẩn / biến chứng.

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 76 Điều dưỡng - Hộ sinh - Kỹ thuật viên tại khối ngoại, sẵn cho

thấy tỷ lệ nữ 89,5% tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phan Thị Dung và cộng sự (2021) [4]. Điều này lý giải chúng tôi nghiên cứu cả hộ sinh của Khoa Sản, còn nghiên cứu của Phan Thị Dung lấy toàn bộ điều dưỡng khoa ngoại.

Trình độ học vấn trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có trình độ cao đẳng là chủ yếu chiếm 75%, trung cấp 2,6% thấp hơn nghiên cứu của Phan Thị Dung và cộng sự [5], lý giải về điều này do nghiên cứu của Phan Thị Dung từ năm 2020.

Hiện nay, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đang thực hiện chuẩn hóa nhân lực theo quy định Bộ Y tế để hội nhập các khối ASEAN đến ngày 01/1/2025 không còn điều dưỡng trung cấp, tỷ lệ 2,6% chủ yếu một số điều dưỡng về hưu năm 2024.

Số điều dưỡng đã được tập huấn CSVT là 97,4%. Hiện nay, để đảm bảo tiêu chí chất lượng C6.2 theo Quyết định 6958 (2016) [6]. Phòng Điều dưỡng hàng năm tổ chức kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe trong đó có kỹ năng CSNB và chăm sóc

vết thương cho toàn viện > 90%, lồng ghép các hoạt động đó khi điều dưỡng thực hiện quy trình kỹ thuật, đi buồng hoặc trong buổi họp hội đồng người bệnh giúp người bệnh có kiến thức để phòng bệnh, phòng biến chứng và phối hợp với nhân viên y tế tốt hơn, mặt khác tăng sự hài lòng và tạo thiện cảm giữa người bệnh và nhân viên y tế.

4.2. Kiến thức của điều dưỡng về chăm sóc vết thương

Kiến thức của điều dưỡng về CSVT tỷ lệ đạt là 82,9% cao hơn nghiên cứu của Phan Thị Dung [7], kiến thức đạt điểm cao nhất về giáo dục sức khỏe cho người bệnh (81,6%), tiếp đến là về chăm sóc vết thương 80,3%. Tuy nhiên kiến thức về chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn đạt 64,5 % Tỷ lệ này cao hơn tác giả Trịnh Văn Thọ và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, lý giải cho thấp hơn này do nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ đối tượng toàn bộ là chăm sóc người bệnh có vết thương nhiễm khuẩn [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thực hành của điều dưỡng về CSVT tỷ lệ đạt chung là 98,6% tương đối cao, cao nhất là điều dưỡng biết lập kế hoạch chăm sóc vết thương chiếm 97,4 %. Tỷ lệ thực hành của chúng tôi cao hơn Tác giả Trịnh Văn Thọ và cộng sự [9] đạt 45,3%, lý giải do nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ toàn bộ là vết thương nhiễm khuẩn.

Đánh giá vết thương là một phần quan trọng trong chăm sóc vết thương, là cơ sở để người chăm sóc đưa ra kế hoạch chăm sóc vết thương phù hợp. Nhận định vết thương là những đánh giá về chăm sóc vết thương như loại vết thương, kích thước, mức độ tiết dịch, tình trạng đau, chảy máu... [9]. Mỗi loại vết thương có cách

chăm sóc khác nhau, do đó cần xác định vết thương đang chăm sóc thuộc loại nào (chấn thương hay vết thương mạch máu...) không chỉ thể xác định vị trí vết thương cũng rất quan trọng trong chăm sóc. Những vết thương ở vị trí dễ nhiễm khuẩn như khu vực quanh hậu môn hay vị trí dễ tì đè cần có kế hoạch chăm sóc tỉ mỉ hơn, xác định hình dạng vết thương có thể lựa chọn băng gạc cho phù hợp.

4.3. Mối liên quan giữa kiến thức, thực hành của điều dưỡng đến hoạt động chăm sóc vết thương

Kiến thức về chăm sóc vết thương có mối liên quan với khoa công tác. Thực hành về chăm sóc vết thương có mối liên quan với nhóm tuổi, số năm công tác và số năm công tác tại khoa với $p < 0,05$.

5. KẾT LUẬN

Kiến thức về chăm sóc vết thương của điều dưỡng đạt 82,9%; Thực hành về chăm sóc vết thương của điều dưỡng đạt 98,6%.

Kiến thức về chăm sóc vết thương có mối liên quan với khoa công tác. Thực hành về chăm sóc vết thương có mối liên quan với nhóm tuổi, số năm công tác và số năm công tác tại khoa với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Macdonald JM and Ryan TJ (2010). "Global impact of the chronic wound and lymphoedema, Wound and Lymphedema Management". World Health Organization, Geneva.
2. Bộ Y tế (2012). "Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam". Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012.

3. Bộ Y tế (2022). "Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam". Quyết định số 3474/QĐ-BYT ngày 28/12/2022.
4. Phan Thị Dung, Nguyen Duc Chinh, Pham Phuc Khanh et al (2017). "Effectiveness of Training Programme on Nurses Wound Care Competencies after One Year of Implementation". The Thai Journal of SURGERY 2017; 38: 140-146.
5. Phan Thị Dung, Le Thi Trang, Ha Huu Tung (2020). "Nurses' Knowledge, Practice, and Confidence After the Training Program on Wound Care at the Agriculture General Hospital in Vietnam". Open Journal of Nursing. Vol 10, pg 646-656.
6. Bộ Y tế (2016). "Về việc ban hành bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam". Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18/11/2016.
7. Phan T D, Nguyen Duc Chinh, Truong My Ha et al (2023). "Nurse' wound care competency in a sample of hospital in Northern Vietnam". British Journal of Nursing, Vol 32, No4, pg S10-S19.
8. Trịnh Văn Thọ và cộng sự (2021). "Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của Điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2021". *Tạp chí khoa học Điều dưỡng - Tập 05 - Số 03*.
9. Trần Bình Giang, Phan Thị Dung và cộng sự (2021). "Tài liệu đào tạo Chăm sóc vết thương". Nhà Xuất bản Y học, 2021. Tr 27-35.

Phiếu số 1

PHỤ LỤC NGHIÊN CỨU
PHIẾU ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG
(Dành cho điều dưỡng viên)

Lời đầu tiên, xin giới thiệu với Anh/Chị về nghiên cứu này: Nghiên cứu nhằm mục đích tìm hiểu thực trạng Điều dưỡng viên về chăm sóc vết thương dựa trên chuẩn năng lực và những yếu tố liên quan, Những thông tin của ông/bà được giấu tên, không lộ danh tính và không sử dụng cho bất cứ mục đích nào khác. Nếu Anh/Chị chấp thuận trả lời những câu hỏi dưới đây chúng tôi xin trân trọng cảm ơn. Sau khi đã đọc kỹ các câu hỏi, hãy đánh dấu/hoặc khoanh tròn vào ô theo chỉ dẫn/ hoặc câu trả lời và vui lòng gửi bản câu hỏi đã hoàn thành về cho chúng tôi

Thông tin điều dưỡng:

LĨNH VỰC 1: KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỀ CSVT DỰA TRÊN CNL
(Dành cho điều dưỡng viên tự đánh giá)

Phần A. THÔNG TIN CHUNG ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|-----|-----------------------------------|---|
| A1 | Giới | 1. Nam 2. Nữ |
| A2 | Tuổi | |
| A4 | Trình độ học vấn? | 1. Trung cấp 2. Cao đẳng 3. Đại học 4. Sau đại học |
| A6 | Anh/chị tốt nghiệp trường nào? | 1. Cao đẳng y Hà Đông 2. Đại học y Hà Nội 3. Đại học điều dưỡng Nam định 4. Khác |
| A8 | Số năm công tác trong bệnh viện | □□ năm □□ tháng |
| A9 | Số năm làm việc tại khoa hiện tại | □□ năm □□ tháng |
| A13 | Có được tập huấn về CSVT? | 1. Có 2. Không |

Phần B. KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|---|--|--|
| I. Kiến thức chung về vết thương | | |
| B1 | Theo anh/chị, da có vai trò gì đối với cơ thể? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Da là hàng rào bảo vệ cơ thể, giúp cơ thể ổn định thân nhiệt, chống mất nước. 2. Da bảo vệ cơ thể khỏi các tác nhân độc hại của môi trường như: vi khuẩn, bụi bẩn, ánh nắng,... 3. Da còn là nơi đón nhận các xúc giác của cơ thể, giúp ta biết đau, nóng, lạnh và khoái cảm. 4. Khác (ghi rõ):..... |
| B2 | Theo anh/chị, da có những lớp nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lớp biểu bì 2. Lớp thượng bì 3. Lớp hạ bì 4. Mô dưới da 5. Khác (ghi rõ):..... |
| B3 | Theo anh/chị, vết thương có những loại chủ yếu nào sau đây? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sạch 2. Sạch có nguy cơ nhiễm khuẩn 3. Nhiễm khuẩn 4. Bẩn 5. Lành thương thì đầu 6. Lành thương thì 2 7. Khác (ghi rõ):..... |
| B4 | Sự lành vết thương gồm mấy giai đoạn? (<i>Lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. Từ 6 trở lên |
| B5 | Anh/chị hãy chọn qui trình (thứ tự trước sau của các giai đoạn) lành vết thương đúng nhất theo danh sách bên phải? (<i>Lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cầm máu - viêm - tăng sinh - tái tạo 2. Cầm máu - tăng sinh - viêm - tái tạo 3. Tăng sinh - viêm - cầm máu - tái tạo 4. Viêm - tăng sinh - tái tạo - cầm máu |
| B6 | Những bệnh mạn tính nào tác động đến sự lành vết thương? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tuổi 2. Bệnh tim mạch (mạch vành, mạch ngoại vi) 3. Bệnh ung thư |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|-----|--|--|
| | | 4. Tiểu đường 5. Bệnh suy giảm miễn dịch (HIV) 6. Xạ trị 7. Lối sống 8. Biện pháp vật lý trị liệu 9. Khác (ghi rõ):..... |
| B7 | Những xét nghiệm có giá trị cần phải theo dõi, đánh giá trong CSVT cho người bệnh bao gồm? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i> | 1. Xét nghiệm Protein toàn phần 2. Xét nghiệm Albumin 3. Xét nghiệm Cholesterol 4. Xét nghiệm điện giải 5. Xét nghiệm dung tích hồng cầu 6. Xét nghiệm Triglycerit 7. Xét nghiệm Magensium 8. Khác (ghi rõ):..... |
| B8 | Anh (chị) cho biết khi chăm sóc vết thương người Điều dưỡng phải ? <i>(Lựa chọn đáp án đúng nhất)</i> | 1. Đánh giá mức độ đau của người bệnh. 2. Tất cả mọi người bệnh đều biểu hiện giống nhau khi bị đau 3. Điều dưỡng chỉ định dùng thuốc giảm đau cho người bệnh 4. Khác (ghi rõ):..... |
| B9 | Anh (chị) cho biết mục đích của việc nhận định tình trạng người bệnh bao gồm? <i>(Câu hỏi nhiều lựa chọn)</i> | 1. Xác định những việc Điều dưỡng cần làm 2. Đưa ra KH CS hợp lý, chính xác, ngăn ngừa các biến chứng. 3. Đưa ra bằng chứng chăm sóc vết thương 4. Tạo lòng tin (người bệnh, gia đình người bệnh, đồng nghiệp). 5. Nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ. |
| B10 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định tình trạng NB (toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn) là gì? <i>(Lựa chọn đáp án đúng nhất)</i> | 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để lựa chọn chăm sóc, giao tiếp, ứng xử phù hợp 3. Để theo dõi và phát hiện sớm tình trạng bất thường của NB. 4. Để đánh giá kiến thức của NB để có kế hoạch giáo dục về cách sơ cứu, chăm sóc khi có VT 5. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp. 6. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT. |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|-----|--|--|
| B11 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định đặc điểm văn hoá, trình độ, kinh tế, bảo hiểm, gia đình NB là gì? (<i>lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để lựa chọn chăm sóc, giao tiếp, ứng xử phù hợp 3. Để theo dõi và phát hiện sớm tình trạng bất thường của NB. 4. Để đánh giá kiến thức của NB để có kế hoạch giáo dục về cách sơ cứu, chăm sóc khi có VT 5. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp. 6. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT. |
| B12 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định Tiền sử bệnh và các yếu tố ảnh hưởng (tuổi, thuốc, chế độ ăn, dị ứng,...) là gì? (<i>lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để lựa chọn chăm sóc, giao tiếp, ứng xử phù hợp 3. Để theo dõi và phát hiện sớm tình trạng bất thường của NB. 4. Để đánh giá kiến thức của NB để có kế hoạch giáo dục về cách sơ cứu, chăm sóc khi có VT 5. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp. 6. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT. |
| B13 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định vị trí, kích thước, độ sâu, bề mặt VT là gì? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan 3. Để phân loại đúng vết thương để ra quyết định 4. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp 5. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT |
| B14 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định bản chất VT (sạch, bẩn, bầm dập, vết, vết phỏng, vết cắt...) là gì? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan 3. Phân loại đúng vết thương để ra quyết định 4. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp 5. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT |
| B15 | Theo anh/chị, lí do cần nhận định vùng da xung quanh VT là gì? (<i>lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để đánh giá nguy cơ VT 2. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan 3. Để phân loại đúng vết thương để ra quyết định |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|---|---|--|
| | | 4. Để chọn lựa kỹ năng chăm sóc thích hợp 5. Để lượng giá nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình lành của VT. |
| B16 | Dụng cụ quan trọng đầu tiên không thể thiếu khi xử lý bất kì loại vết thương nào là gì? (<i>Lựa chọn đáp án đúng nhất</i>) | 1. Gói dụng cụ vô khuẩn 2. Băng cuộn 3. Khay quả đậu 4. Thau đựng dung dịch khử khuẩn 5. Túi đựng bông gạc bẩn 6. Khác (ghi rõ):..... |
| B17 | Quy trình kỹ thuật CSVT gồm những bước nào sau đây? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | 1. Nhận định toàn trạng 2. Nhận định tình trạng vết thương 3. Nhận định các yếu tố nguy cơ 4. Chẩn đoán Điều dưỡng 5. Kế hoạch 6. Thực hiện 7. Đánh giá 8. Khác (ghi rõ):..... |
| B18 | Theo anh (chị) biến chứng của vết thương gồm những loại nào sau đây? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | 1. Nằm điều trị lâu ngày 2. Chảy máu, tụ máu 3. Nhiễm khuẩn vết thương 4. Sẹo xấu 5. Giảm uy tín của bệnh viện 6. Khác (ghi rõ):..... |
| II. Kiến thức về kiểm soát nhiễm khuẩn trong chăm sóc vết thương | | |
| B19 | Các nguyên tắc cơ bản khi thực hiện kỹ năng chăm sóc vết thương là gì? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | 1. Nhận định tình trạng vết thương 2. Nguyên tắc chăm sóc các loại vết thương 3. Nguyên tắc thay băng 4. Khác (ghi rõ):..... |
| B20 | Theo anh (chị), thay băng vết thương gồm những nội dung nào? (<i>Câu hỏi nhiều lựa chọn</i>) | 1. Sử dụng 1 bộ dụng cụ vô khuẩn cho 1 NB 2. Dùng quạt khi thời tiết nóng 3. Sát khuẩn/ rửa vết thương từ trong ra ngoài (2 phía) 4. Sát khuẩn/rửa vết thương phía bên đối diện với người điều dưỡng trước 5. Sát khuẩn/rửa vết thương từ trên xuống dưới 6. Trong khi vệ sinh buồng bệnh 7. Khác (ghi rõ):..... |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|--|---|--|
| B21 | Theo anh/chị, tại sao trong kiểm soát nhiễm khuẩn ĐD cần đảm bảo mang găng tay sạch để bbộc lộ vùng vết thương? (lựa chọn đáp án đúng nhất) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để giảm nguy cơ lây nhiễm 2. Để đảm bảo nguyên tắc vô trùng trước khi chăm sóc vết thương 3. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện 4. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn |
| B22 | Theo anh/chị, tại sao trong kiểm soát nhiễm khuẩn ĐD cần đảm bảo Tháo bỏ găng đã sử dụng, vệ sinh tay bằng dung dịch sát khuẩn? (lựa chọn đáp án đúng nhất) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để giảm nguy cơ lây nhiễm 2. Để đảm bảo nguyên tắc vô trùng trước khi chăm sóc vết thương 3. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện 4. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn |
| B23 | Theo anh/chị, tại sao trong kiểm soát nhiễm khuẩn ĐD cần đảm bảo Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải y tế đúng quy định? (lựa chọn đáp án đúng nhất) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để giảm nguy cơ lây nhiễm 2. Để đảm bảo nguyên tắc vô trùng trước khi chăm sóc vết thương 3. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện 4. Để ngăn ngừa nhiễm khuẩn |
| III. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh | | |
| B24 | Theo anh (chị), Điều dưỡng cần thực hiện những việc nào sau đây để giáo dục sức khỏe cho người bệnh có vết thương? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lượng giá được mức độ hiểu biết của người bệnh về thực trạng chung sức khỏe của người bệnh và tự chăm sóc cá nhân, vết thương. 2. Cung cấp đủ kiến thức tự chăm sóc bản thân đặc biệt là vết thương 3. Hướng dẫn cách vệ sinh cá nhân phù hợp cho người bệnh đặc biệt vùng da xung quang vết thương 4. Nhắc nhở người bệnh uống nhiều nước. 5. Nhắc nhở người bệnh ăn uống đủ dinh dưỡng. 6. Hướng dẫn người bệnh vận động xoay trở thường xuyên phù hợp với vết thương và sức khỏe. 7. Đắp vết khâu bằng mật ong 8. Khác (ghi rõ):..... |
| B25 | Theo anh (chị), Điều dưỡng cần trao đổi, hướng dẫn cho người bệnh những gì trước khi người bệnh ra viện? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cung cấp kiến thức tự chăm sóc cá nhân hợp lý 2. Cách theo dõi và phát hiện dấu hiệu bất thường 3. Khám kịp thời khi phát hiện dấu hiệu bất thường 4. Tái khám định kỳ 5. Khác (ghi rõ):..... |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|---|---|---|
| IV. Kiến thức về Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn | | |
| B26 | Vết thương nhiễm khuẩn có những đặc điểm nào sau đây? (Câu hỏi một lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> VT ngoại khoa thực hiện dưới điều kiện vô khuẩn không thuộc các vùng của hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu, không có ống dẫn lưu. VT do tai nạn, dập nát, VT trên vùng có nhiễm khuẩn trước mổ. Vết thương có mũ, hoại tử và có nguồn gốc bản từ trước. VT ngoại khoa do tai nạn, dập nát, thực hiện dưới điều kiện VK Khác (ghi rõ):..... |
| B27 | Vết thương bị nhiễm khuẩn có những dấu hiệu và triệu chứng nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> Đau tăng dần Phù nề, sưng phồng Đỏ vùng da quanh vết thương Có chất xuất tiết từ vết thương Mùi khó chịu, hôi thối bốc ra từ vết thương Vết đỏ từ ngoại vi vào trung tâm vết thương Hạch sưng Người bệnh sốt Vết thương lâu lành hoặc không lành Nằm bệnh viện điều trị kéo dài Khác (ghi rõ):..... |
| B28 | Vết thương bị nhiễm khuẩn có những yếu tố nguy cơ nào sau đây? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> Nguy cơ tổn thương cân cơ và để lại di chứng Sẹo xấu Người bệnh thiếu kiến thức về CSVT Đau tăng Lo lắng Người bệnh có rối loạn chức năng sinh lý Nguy cơ nhiễm khuẩn lan tỏa Vết thương chậm lành Kéo dài thời gian nằm điều trị Chảy máu, tụ máu Khác (ghi rõ):..... |
| B29 | Các dung dịch nào sau đây thường dùng để rửa vết thương nhiễm khuẩn? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> Betadin Ô xy già NaCl 0,9% Eau dakin Thuốc tím 1/1.000 - 1/10.000 KMnO₄ Khác (ghi rõ):..... |

| TT | Câu hỏi | Trả lời |
|---|--|---|
| V. Kiến thức về chăm sóc vết thương có dẫn lưu | | |
| B30 | Điều dưỡng cần có những kiến thức nào khi chăm sóc vết thương có dẫn lưu? (Câu hỏi nhiều lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mục đích dẫn lưu 2. Loại ống dẫn lưu 3. Vị trí đặt ống dẫn lưu 4. Hệ thống dẫn lưu 5. Theo dõi dẫn lưu 6. Theo dõi vết thương 7. Khi vết thương có nhiều dịch tiết, quá trình lành của vết thương sẽ bị chậm lại 8. Khác (ghi rõ):..... |
| B31 | Theo anh/chị, nhận định tình trạng vết thương có dẫn lưu (vị trí, kích thước, bề mặt vết thương, tình trạng rỉ dịch chân vết dẫn lưu) để làm gì? (Câu hỏi một lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để lượng giá sớm dấu hiệu bất thường. 2. Để có kế hoạch chăm sóc phù hợp 3. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan. |
| B32 | Theo anh/chị, nhận định cơ quan được dẫn lưu, mục đích dẫn lưu, hệ thống cầu nối dẫn lưu, số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu để làm gì? (Câu hỏi một lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để lượng giá sớm dấu hiệu bất thường. 2. Để có kế hoạch chăm sóc phù hợp 3. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan. |
| B33 | Theo anh/chị, xem hồ sơ về chỉ định đối với yêu cầu dẫn lưu kín như dùng bình hay túi chân không, nối hệ thống với máy hút để làm gì? (Câu hỏi một lựa chọn) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Để lượng giá sớm dấu hiệu bất thường. 2. Để có kế hoạch chăm sóc phù hợp 3. Để đánh giá mức độ tổn thương của da và các tổ chức liên quan. |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9. Đảm bảo đúng người bệnh, lựa chọn các loại băng gạc phù hợp. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Đảm bảo môi trường làm việc an toàn, riêng tư | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Giao tiếp với người bệnh trong quá trình chăm sóc vết thương. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Thời gian thực hiện các bước trong quy trình và tổng thời gian chính xác chấp nhận được. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Hoàn thành quy trình và đảm bảo người bệnh được thoải mái | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Thu dọn dụng cụ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Đánh giá | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Ghi chép hồ sơ đầy đủ, rõ ràng (tình trạng vết thương, tiến triển của vết thương...). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Thiết lập thời gian để theo dõi phản ứng của NB sau khi thực hiện quy trình (dấu hiệu đau, chảy máu...) ĐD quay lại đánh giá lại tình trạng NB sau khi CSVT. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ghi chú: Điểm cho mỗi kỹ năng được tính theo thang điểm từ 0 đến 10 (0 = không làm hoặc làm sai; 10 = làm đúng, đủ theo hướng dẫn CSVT dựa trên năng lực)

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG THAY BĂNG VẾT THƯƠNG CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG NGÔ GIA TỰ BẮC GIANG NĂM 2022

¹Nguyễn Trọng Nhân, ²Hoàng Trung Tiên

¹Trường Cao Đẳng Ngô Gia Tự Bắc Giang

²Trường Đại học Yersin, Đà Lạt

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả kiến thức, thực hành và các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành thay băng vết thương của sinh viên (SV) trường Cao đẳng Ngô Gia Tự, Bắc Giang năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang thực hiện trên 71 sinh viên đang thực tập tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 3/2022 đến tháng 11 năm 2022.

Kết quả: Có 80,3% sinh viên có tổng điểm đạt phần kiến thức chung về thay băng, mặt khác số sinh viên không đạt chiếm tỷ lệ 19,7%.

Phần thực hành thay băng của sinh viên theo nội dung các bước: Đeo khẩu trang; rửa vết thương theo thứ tự; vệ sinh tay trước, trong và sau khi hoàn thành quy trình thay băng: Đạt chiếm tỷ lệ rất cao, từ 77,5% - 88,7%; trong khi đó các nội dung phần thực hành chỉ đạt tỷ lệ thấp, từ 38,0% đến 49,3%.

Tỷ lệ sinh viên năm thứ hai kiến thức thay băng đạt (87,8 %) cao hơn nhóm sinh viên năm thứ nhất (63,6 %), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn các đặc điểm về tuổi, giới tính, ngành đào tạo, hệ đào tạo: không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về chăm sóc vết thương là 80,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sinh viên năm nhất và năm hai. Tỷ lệ sinh viên đạt về thực hành chăm sóc vết thương là 66,2%. Độ tuổi, ngành đào tạo, hệ đào tạo, thời gian đã học và kiến thức có ảnh hưởng đến kỹ năng thực hành thay băng vết thương, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sinh viên năm thứ hai có tỷ lệ đạt về kiến thức cao hơn học sinh, sinh viên năm thứ nhất ($p < 0,05$). Độ tuổi, ngành đào tạo, hệ đào tạo, thời gian học và kiến thức có mối quan hệ mật thiết với kỹ năng thực hành thay băng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, sinh viên

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Trọng Nhân, Trường Cao đẳng Ngô Gia Tự, Bắc Giang

Email: nhanductyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/3/2024; Ngày nhận xét: 09/4/2024; Ngày duyệt bài: 28/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.310>

ABSTRACT

The study aims to describe the knowledge, practice and factors related to knowledge and practice of wound care of students at the Ngo Gia Tu College, Bac Giang in 2022.

Research method: *Cross-sectional description conducted on 71 students practicing at Bac Giang Provincial General Hospital.*

Results: *80.3% of students had a total score of passing the general knowledge section on changing bandages, on the other hand, the number of students who did not pass accounted for 19.7%.*

Students' practice of changing bandages follows the steps: wearing a mask; Wash the wound in order; Hand hygiene before, during and after completing the dressing change process: Reached a very high rate, from 77.5% - 88.7%; Meanwhile, the practical content only achieved a low rate, from 38.0% to 49.3%.

The percentage of second-year students achieving dressing changes (87.8%) was higher than that of first-year students (63.6%), a statistically significant difference with $p < 0.05$. As for the characteristics of age, gender, training major, training system: there is no difference ($p > 0.05$).

Conclusion: *The percentage of students with satisfactory knowledge about wound care was 80.3%. The rate of students achieving wound care practice is 66.2%. Year of study was statistically associated with students' knowledge of wound care. Age, field of training, training system, time of study and knowledge have a statistically significant relationship with wound care practice skills with $p < 0.05$.*

Second-year students have a higher knowledge achievement rate than first-year students ($p < 0.05$). Age, field of training, training system, time of study and knowledge have a close relationship with practical bandage changing skills, the difference is statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: *Knowledge, practice, student*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay băng là biện pháp giữ cho vết thương sạch sẽ, nhanh liền. Trong điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật, thủ thuật, thay băng giữ một vai trò nhất định. Thay băng rửa vết thương đúng quy trình có tác dụng phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát giúp vết thương chóng hồi phục. Thay băng không đảm bảo quy trình kỹ thuật có thể là một trong các nguyên nhân dẫn đến nhiễm khuẩn vết mổ, để lại nhiều hậu quả như tăng thời gian, chi phí điều trị, tăng nguy cơ

cho người bệnh, tăng gánh nặng làm việc cho nhân viên y tế,... [1].

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện từ năm 2000 đến 2013 tại Đông Nam Á khoảng 7.8% [10]. Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế năm 2012, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ dao động khoảng từ 5% - 10% số bệnh nhân được phẫu thuật [1].

Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh viên (SV) và điều dưỡng thực hiện chưa tốt kỹ thuật thay băng rửa vết thương, cụ thể

nghiên cứu của Phạm Thị Nhuyên (2020) cho thấy tỷ lệ sinh viên năm 2 thực hành đạt là 55,26%; sinh viên năm 3 chỉ đạt 35,71% [3]; nghiên cứu của Trịnh Văn Thọ (2021) cho thấy tỷ lệ điều dưỡng thực hiện kỹ thuật thay băng đạt là 43.5% [5].

Tại trường Cao đẳng Ngô Gia Tự, Bắc Giang, Khoa Điều dưỡng - KTYH đã cập nhật và triển khai giảng dạy Kỹ thuật chăm sóc vết thương cho sinh viên. Tuy nhiên, kiến thức và thực hành về thay băng của sinh viên ở mức nào vẫn chưa được xác định. Trước thực trạng đó, nhóm tác giả đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

1. *Mô tả kiến thức và thực hành thay băng vết thương của sinh viên trường Cao đẳng Ngô Gia Tự Bắc Giang năm 2022.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành thay băng vết thương của sinh viên trường Cao đẳng Ngô Gia Tự Bắc Giang năm 2022.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm: Sinh viên thực tập tại khoa Ngoại Tổng hợp, Ngoại Chấn thương, Ngoại Tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 3/2022 đến tháng 11 năm 2022.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sinh viên đã học xong học phần Điều dưỡng cơ sở 1, 2 hoặc Điều dưỡng cơ bản và Kỹ thuật điều dưỡng.

- Sinh viên đang đi thực tập tại các khoa: ngoại tổng hợp, ngoại chấn thương, ngoại tiêu hóa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang tại thời điểm nghiên cứu.

- Sinh viên trực tiếp thực hiện thay băng trong chăm sóc người bệnh.

- Sinh viên đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sinh viên chưa hoàn thành học phần Điều dưỡng cơ sở 1, 2 hoặc Điều dưỡng cơ bản và Kỹ thuật điều dưỡng.

- Sinh viên không trực tiếp thực hiện thay băng người bệnh.

- Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 11 năm 2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, bao gồm 71 sinh viên thực tập tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2022 và thuộc tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu gồm 2 phần:

- Phần nhân khẩu học và kiến thức được thu thập qua phương thức tự điền bộ câu hỏi cấu trúc.

- Phần thực hành được thu thập qua quan sát, đánh giá dựa trên bảng kiểm.

2.6. Thang đo, tiêu chuẩn và tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu

Bộ công cụ đánh giá kiến thức về thay băng vết mổ được xây dựng dựa trên nội

dung về hướng dẫn phòng NKVM kèm theo Quyết định số 3671/QĐ - BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế có cấu trúc 3 phần:

- Phần 1: Nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu

Nhân khẩu học gồm: Giới, ngành học, trình độ học vấn, năm học hiện tại của đối tượng nghiên cứu, được sự hướng dẫn của điều dưỡng viên trong khoa về phòng nhiễm khuẩn vết mổ.

- Phần 2: Bộ câu hỏi về kiến thức phòng nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu.

Bộ câu hỏi về kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phòng nhiễm khuẩn vết mổ gồm 22 câu hỏi. Cách cho điểm mỗi câu như sau: không đúng, phân vân, đúng tương ứng 1, 2 và 3 điểm lần lượt. Tổng điểm dao động của bộ câu hỏi về kiến thức từ 22 đến 66 điểm, giá trị khoảng cách của thang đo kiến thức là $(66-22)/3 = 14,66$. Do đó mức điểm được tính và phân loại như sau: 22 - 36,66 kiến thức kém (không đạt), 36,67 - 52,33 kiến thức trung bình (không đạt) và 51,34 - 66 kiến thức cao (đạt). Dựa trên nguyên tắc của thang Likert với 3 mức: Thấp, trung bình và cao. Thang đo của chúng tôi cũng lấy mức trên trung bình (mức cao) là đạt và mức từ trung bình trở xuống được xếp loại không đạt.

- Phần 3: Thực hành phòng nhiễm khuẩn vết mổ của đối tượng nghiên cứu

Cấu trúc bảng kiểm đánh giá thực hành: Gồm 20 câu hỏi có nội dung các bước thực hiện trong quy trình thay băng. Bảng kiểm thiết kế đánh giá theo các tiêu chí: Không thực hiện, thực hiện chưa đủ và thực hiện đúng và đầy đủ.

Cách cho điểm: “1” điểm là không thực hiện (thực hiện không đúng); “2” điểm là thực hiện nhưng chưa đủ; “3” điểm là thực hiện đúng và đầy đủ.

Tổng điểm của phần thực hành dao động từ 20 - 60 điểm, giá trị khoảng cách của thang đo thực hành là $(60 - 20)/3 = 13,33$. Do đó mức điểm được tính và phân loại như sau: 20 - 33,33 thực hành kém (không đạt), 33,34 - 46,47 thực hành trung bình (không đạt) và 46,68 - 60 thực hành tốt (đạt). Dựa trên nguyên tắc của thang Likert với 3 mức: Thấp, trung bình và cao. Thang đo của chúng tôi cũng lấy mức trên trung bình (mức cao) là đạt và mức từ trung bình trở xuống được xếp loại không đạt.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0, mức ý nghĩa là $p \leq 0,05$.

- Số liệu thống kê mô tả về tần suất, tỷ lệ phần trăm và khoảng được sử dụng để phân tích các đặc điểm nhân khẩu học, điểm kiến thức và điểm thực hành của đối tượng nghiên cứu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Giám hiệu Trường Cao đẳng Ngô Gia Tự Bắc Giang và đối tượng nghiên cứu.

- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và đều được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích cũng như nội dung của nghiên cứu.

- Các thông tin thu thập, xử lý số liệu chính xác, trung thực, khách quan.

2.9. Sai số và biện pháp khắc phục

2.9.1. Sai số

- Tâm lý của sinh viên khi thực hành có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.
- Trang thiết bị tại địa điểm nghiên cứu không đầy đủ và đảm bảo.
- Sai số trong nhập và xử lý số liệu có thể làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

2.9.2. Biện pháp khắc phục

- giải thích cho đối tượng nghiên cứu rõ mục đích của nghiên cứu.
- Chuẩn bị đầy đủ trang thiết bị tại địa điểm nghiên cứu.
- Làm sạch phiếu đánh giá trước khi xử lý số liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu là 71, trong đó độ tuổi < 30 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 85,9%; Số sinh viên là nữ (60,6%), nam (39,4%); Ngành học y sỹ và điều dưỡng với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 69,0% và 31,0%; Tỷ lệ số sinh viên năm nhất, năm hai và năm ba lần lượt là 31,0%, 69,0% và 0%.

3.1. Thực trạng kiến thức và thực hành về thay băng của sinh viên trường cao đẳng Ngô Gia tự Bắc Giang.

3.1.1. Kiến thức về thay băng của học sinh, sinh viên

Bảng 3.1. Mức độ đạt về kiến thức theo từng nội dung cụ thể của sinh viên

| Nội dung kiến thức | Đạt | | Không đạt | |
|--|----------|---------|-----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn trước khi thay băng. | 59 | 83,1 | 12 | 16,9 |
| Đeo khẩu trang che kín mũi, miệng trong suốt quy trình thực hiện thay băng. | 58 | 81,7 | 13 | 18,3 |
| Khử khuẩn bề mặt xe thay băng bằng dung dịch có chứa cồn hoặc Clohexadin. | 29 | 40,8 | 42 | 59,2 |
| Trước khi sắp xếp dụng cụ trên xe thay băng, phải vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn. | 57 | 80,3 | 14 | 19,7 |
| Trong khi chuẩn bị người bệnh, phải trải sẵn vải/giấy không thấm nước dưới vùng thay băng. | 37 | 52,1 | 34 | 47,9 |
| Trước khi bộc lộ vết thương, vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn. | 42 | 59,2 | 29 | 41,8 |
| Tháo băng bằng tay trần (nếu băng sạch không thấm dịch). Tháo băng găng tay sạch (nếu băng ướt) | 24 | 33,8 | 47 | 66,2 |
| Quan sát đánh giá vết thương sạch khi thấy chân chỉ khâu không đỏ, sưng hay vết thương không chảy dịch. | 57 | 80,3 | 14 | 19,7 |
| Vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn trước khi mở gói dụng cụ thay băng và đổ dung dịch thay băng vào bát kê. | 58 | 81,7 | 13 | 18,3 |

| Nội dung kiến thức | Đạt | | Không đạt | |
|---|----------|---------|-----------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Vệ sinh tay với dung dịch có cồn trước khi đeo găng vô trùng. | 59 | 83,1 | 12 | 16,9 |
| Lựa chọn dung dịch rửa vết thương: dùng nước muối để rửa vết thương trước, sau đó dùng Povidone Iodine 10% hoặc Ô xy già. | 41 | 57,7 | 30 | 42,3 |
| Thứ tự rửa vết thương là từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài và từ vết thương sạch đến vết thương bẩn. | 61 | 85,9 | 10 | 14,1 |
| Đối với vết thương ngày thứ nhất hay nghi có nhiễm khuẩn thì cần kiểm tra bằng cách dùng gạc ấn vào vết thương xem có dịch không. | 49 | 69,0 | 22 | 31,0 |
| Nếu vết thương bẩn, có chảy dịch cần loại bỏ chất bẩn bằng Ô xy già sau đó rửa sạch bằng nước muối sinh lý. | 60 | 84,5 | 11 | 15,5 |
| Rửa chân ống dẫn lưu từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống (nếu vết thương có ống dẫn lưu). | 60 | 84,5 | 11 | 15,5 |
| Thay kẹp phẫu tích mới để gấp gạc cầu và sát khuẩn lại vết thương với dung dịch Betadin 10%. | 22 | 31,0 | 49 | 69,0 |
| Dùng kẹp gấp gạc vô khuẩn phù hợp che kín vết thương và băng phù hợp để băng lại vết thương | 30 | 42,3 | 41 | 57,7 |
| Phân loại dụng cụ và ngâm vào dung dịch khử khuẩn khi kết thúc quy trình. | 39 | 54,9 | 32 | 45,1 |
| Khử khuẩn bề mặt xe thay băng sau khi kết thúc quy trình thay băng. | 44 | 62,0 | 27 | 38,0 |
| Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn ngay sau khi kết thúc quy trình thay băng. | 56 | 78,9 | 15 | 21,1 |
| Hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết thương. | 34 | 47,9 | 37 | 52,1 |
| Ghi các thông tin vết thương vào phiếu (sổ) theo dõi vết thương hàng ngày. | 56 | 78,9 | 15 | 21,1 |

Nhận xét: Phần kiến thức thay băng của sinh viên, các bước đeo khẩu trang, thứ tự rửa vết thương, vệ sinh tay trước, trong và sau khi hoàn thành quy trình thay

băng đạt chiếm tỷ lệ rất cao, từ 78,9% - 84,5%; Trong khi đó các nội dung kiến thức khác đạt tỷ lệ thấp, chỉ từ 31,0% - 54,9%.

Bảng 3.2. Kết quả đo lường chung về kiến thức của học sinh, sinh viên (n=71)

| Điểm kiến thức | Số lượng | Tỷ lệ % |
|--------------------------|----------|---------|
| ≤ 51,33 điểm (Không đạt) | 17 | 19,7 |
| > 51,33 điểm (Đạt) | 57 | 80,3 |

Nhận xét: Có 80,3% sinh viên có tổng điểm đạt phần kiến thức chung về thay băng, mặt khác số sinh viên không đạt chiếm tỷ lệ 19,7%.

3.1.2. Thực hành thay băng của sinh viên

Bảng 3.3. Mức độ đạt yêu cầu về thực hành theo từng nội dung cụ thể (n = 71)

| Nội dung thực hành | Đạt (n = 71) | | Không đạt (n = 71) | |
|--|--------------|------|--------------------|------|
| | SL | % | SL | % |
| Vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn trước khi thay băng. | 34 | 47,9 | 37 | 52,1 |
| Đeo khẩu trang che kín mũi, miệng trong suốt quy trình thực hiện thay băng. | 63 | 88,7 | 8 | 11,3 |
| Khử khuẩn xe thay băng bằng dung dịch có chứa cồn. | 27 | 38,0 | 44 | 62,0 |
| Trước khi sắp xếp dụng cụ trên xe thay băng người làm thủ thuật cần vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn. | 34 | 47,9 | 37 | 52,1 |
| Trải sẵn vải/giấy không thấm nước dưới vùng thay băng. | 38 | 53,5 | 33 | 46,5 |
| Trước khi bộc lộ vết thương, vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn. | 37 | 52,1 | 34 | 47,9 |
| Tháo băng bằng tay trần (nếu băng sạch không thấm dịch). Tháo băng găng tay sạch (nếu băng ướt) | 37 | 52,1 | 34 | 47,9 |
| Quan sát đánh giá tình trạng vết thương | 47 | 66,2 | 24 | 33,8 |
| Trước khi mở gói dụng cụ và đổ dung dịch thay băng vào bát kê, vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn. | 40 | 56,3 | 31 | 43,7 |
| Vệ sinh tay với dung dịch có cồn trước khi đeo găng vô trùng. | 40 | 56,3 | 31 | 43,7 |
| Lựa dung dịch thay băng: dùng nước muối rửa vết thương, sau đó dùng Betadin 10% sát khuẩn lại. Dùng oxy già để làm sạch vết thương (vết thương bẩn hoặc nhiễm khuẩn), sau đó rửa vết thương bằng nước muối sinh lý cho sạch. | 39 | 54,9 | 32 | 45,1 |
| Rửa vết thương theo thứ tự: rửa sạch vết mổ theo đúng thứ tự từ trên xuống, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp. Rửa chân ống dẫn lưu (vết thương có ống dẫn lưu). Rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ vết thương. | 55 | 77,5 | 16 | 22,5 |
| Dùng gạc cầu ấn vào cạnh vết thương để kiểm tra dịch vết mổ. | 49 | 69,0 | 22 | 31,0 |
| Thay kẹp phẫu tích mới để gấp gạc cầu sát khuẩn lại vết thương. | 48 | 67,6 | 23 | 32,4 |
| Dùng kẹp gấp gạc vô khuẩn phù hợp đặt lên vết mổ và băng lại vết thương. | 42 | 59,2 | 29 | 40,8 |

| Nội dung thực hành | Đạt (n = 71) | | Không đạt (n = 71) | |
|---|--------------|------|--------------------|------|
| | SL | % | SL | % |
| Phân loại dụng cụ và ngâm vào dung dịch khử khuẩn khi kết thúc quy trình. | 31 | 43,7 | 40 | 56,3 |
| Khử khuẩn lại bề mặt xe thay băng sau khi kết thúc quy trình thay băng. | 35 | 49,3 | 36 | 50,7 |
| Rửa tay hoặc khử khuẩn tay bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn ngay sau khi kết thúc quy trình thay băng. | 55 | 77,5 | 16 | 22,5 |
| Hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết mổ. | 31 | 43,7 | 40 | 56,3 |
| Ghi phiếu (sổ) theo dõi vết thương. | 27 | 38,0 | 44 | 62,0 |

Nhận xét: Phần thực hành thay băng của SV, nội dung các bước: đeo khẩu trang; rửa vết thương theo thứ tự; vệ sinh tay trước, trong và sau khi hoàn thành quy trình thay băng: đạt chiếm tỷ lệ rất cao, từ 77,5% - 88,7%; trong khi đó các nội dung phần thực hành chỉ đạt tỷ lệ thấp, từ 38,0% đến 49,3%.

Bảng 3.4. Kết quả đo lường chung về thực hành của học sinh, sinh viên (n = 71)

| Điểm thực hành | Số lượng (n) | Tỷ lệ % |
|--------------------------|--------------|---------|
| ≤ 46,66 điểm (Không đạt) | 24 | 33,8 |
| > 46,67 điểm (Đạt) | 47 | 66,2 |

Nhận xét: có 66.2% SV có tổng điểm đạt phần thực hành chung về thay băng, mặt khác số sinh viên không đạt chiếm tỷ lệ khá cao là 33.8%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành thay băng của học sinh, sinh viên

Bảng 3.5. Sự liên quan của các yếu tố nhân khẩu học đến kiến thức về thay băng của sinh viên

| Đặc điểm nhân khẩu học | | Đạt | | Không đạt | | OR (CI 95%) | P |
|------------------------|------------|-----|---------|-----------|---------|----------------------------------|-------|
| | | SL | Tỷ lệ % | SL | Tỷ lệ % | | |
| Tuổi | < 30 tuổi | 47 | 77 | 14 | 23 | OR = 0,77 CI 95%: 0,67 - 0,84 | 0,094 |
| | ≥ 30 tuổi | 10 | 100 | 0 | 0 | | |
| Giới tính | Nữ | 34 | 79,1 | 9 | 20,9 | OR = 0,82; CI 95%: 0,24 - 2,7 | 0,5 |
| | Nam | 23 | 82,1 | 5 | 17,9 | | |
| Ngành | Điều dưỡng | 20 | 90,9 | 2 | 9,1 | OR = 0,30; CI 95%: 0,06 - 1,5 | 0,11 |
| | Y sĩ | 37 | 75,5 | 12 | 24,5 | | |
| Hệ đào tạo | Cao đẳng | 20 | 90,9 | 2 | 9,1 | OR = 0,30; CI 95%: 0,06 - 1,5 | 0,11 |
| | Trung cấp | 37 | 75,5 | 12 | 24,5 | | |
| Năm học | Thứ nhất | 14 | 63,6 | 8 | 36,4 | OR = 4,0; CI 95%: 1,2 - 13,8 | 0,023 |
| | Thứ 2 | 43 | 87,8 | 6 | 12,2 | | |

Nhận xét: Tỷ lệ SV năm thứ hai khiến thức thay bằng đạt (87,8 %) cao hơn nhóm sinh viên năm thứ nhất (63,6 %), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn các đặc điểm về tuổi, giới tính, ngành đào tạo, hệ đào tạo: Không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 3.6. Sự liên quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, kiến thức với thực hành thay băng của học sinh, sinh viên

| Đặc điểm nhân khẩu học | | Đạt | | Không đạt | | OR (CI 95%) | p |
|------------------------|------------|-----|---------|-----------|---------|-----------------------------------|-------|
| | | SL | Tỷ lệ % | SL | Tỷ lệ % | | |
| Tuổi | < 30 tuổi | 37 | 60,7 | 24 | 39,3 | OR = 0,6; CI 95%: 0,49 - 0,74 | 0,011 |
| | >= 30 tuổi | 10 | 100 | 0 | 0 | | |
| Giới tính | Nữ | 30 | 69,8 | 13 | 30,2 | OR=1,4; CI 95%: 0,55 - 4,0 | 0,296 |
| | Nam | 17 | 60,7 | 11 | 39,3 | | |
| Ngành | Điều dưỡng | 19 | 86,4 | 3 | 13,6 | OR = 0,21; CI 95%: 0,55 - 0,80 | 0,014 |
| | Y sĩ | 28 | 57,1 | 24 | 33,8 | | |
| Hệ đào tạo | Cao đẳng | 19 | 86,4 | 3 | 13,6 | OR = 0,21; CI 95%: 0,55 - 0,80 | 0,014 |
| | Trung cấp | 28 | 57,1 | 21 | 42,9 | | |
| Năm học | Thứ nhất | 10 | 45,4 | 12 | 54,5 | OR = 3,7; CI 95%: 1,2 - 10,7 | 0,015 |
| | Thứ 2 | 47 | 66,2 | 24 | 33,8 | | |
| Kiến thức | Không đạt | 4 | 28,6 | 10 | 71,4 | OR = 7,5 CI 95%: 2,0 - 28,3 | 0,002 |
| | Đạt | 43 | 75,4 | 14 | 24,6 | | |

Nhận xét: Các yếu tố về độ tuổi, ngành học, trình độ, năm học và kiến thức là những yếu tố liên quan đến kỹ năng thực hành của sinh viên, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức và thực hành về thay băng của sinh viên

Kiến thức về thay băng của sinh viên

Qua khảo sát, số sinh viên tham gia nghiên cứu kiến thức thay băng đạt tỷ lệ 80,3%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền (2012) là 52,5% và

nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Phương (2018) là 68,2%, cho thấy có sự khác biệt giữa lý thuyết và điều kiện thực tập tại khoa lâm sàng. Trong nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền và tác giả Hoàng Thị Phương có tỷ lệ kiến thức đạt thấp hơn có thể là do tác giả đánh giá trên đối tượng là Điều dưỡng viên đang làm việc trực tiếp tại các khoa lâm sàng nên kiến thức phần nào ảnh hưởng bởi thói quen làm tắt bước. Mặt khác đối tượng sinh viên tại nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng ở độ tuổi dưới 30 tuổi chiếm đa số (85,9%) và vừa được học học phần Điều dưỡng cơ bản vì vậy các em còn nhớ kiến thức hơn nên có thể tỷ lệ đạt cao hơn [2], [4].

Trong tổng số các nhóm kiến thức về thay băng phòng nhiễm khuẩn vết mổ, có 11 nội dung kiến thức sinh viên đạt từ 78,9% - 85,9%. Ngoài ra, một số nội dung có kiến thức đạt mức độ thấp như thay kẹp phẫu tích mới để gấp gạc cầu và sát khuẩn lại vết thương với dung dịch Betadin 10%; tháo băng băng tay trần (nếu băng sạch không thấm dịch); dùng kẹp gấp gạc vô khuẩn phù hợp che kín vết thương và băng phù hợp để băng lại vết thương đạt tỷ lệ tương ứng: 31,0%, 33,8%, 42,3%. Tỷ lệ này tương ứng với tỷ lệ của tác giả Ngô Thị Huyền (2012) và Hoàng Thị Phương (2018) [2], [4]. Điều này cho thấy, kiến thức thay băng vết thương của sinh viên bị ảnh hưởng bởi thói quen “bỏ” và “làm tắt” bước khi đi thực hành lâm sàng. Phân loại dụng cụ và ngâm vào dung dịch khử khuẩn khi kết thúc quy trình thay băng đạt (54,9%); khử khuẩn bề mặt xe thay băng bằng dung dịch có chứa cồn hoặc Clohexadin trước khi thay băng đạt (40,8%) và sau khi thay băng đạt (62,0%).

Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền, nhóm câu hỏi liên quan đến sử lý dụng cụ và khử khuẩn bề mặt xe trước và sau khi thay băng cũng đạt mức trung bình tương đương kết quả của chúng tôi [2].

Hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết thương trong nghiên cứu (47,9%) sinh viên có kiến thức đạt. Cùng quan điểm tác giả Hoàng Thị Phương (2018) cũng cho rằng phần lớn điều dưỡng đều bỏ qua nội dung hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết thương [4].

Mặt khác, tác giả Mangram A.J cho rằng, việc trao đổi cung cấp thông tin về vết thương cho người bệnh/gia đình người bệnh sẽ giúp họ có những kiến thức cơ bản về tự chăm sóc và theo dõi vết thương một cách chủ động cũng như phòng ngừa

nhiễm khuẩn và các biến chứng khác liên quan đến vết thương [8].

Nghiên cứu 71 sinh viên về thực hành thay băng có tỷ lệ đạt là 66,2%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của tác giả Hoàng Thị Phương (2018) và cao hơn nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền (2012) đạt 38,9% [4], [2].

Theo nghiên cứu của tác giả Teshager và cộng sự cho thấy chỉ có 48,7% điều dưỡng có thực hành tốt về phòng nhiễm khuẩn vết mổ [9]; theo nghiên cứu của tác giả Mangram A.J cũng đưa ra kết quả nghiên cứu tương tự tỷ lệ điều dưỡng (42,3%) thực hành tốt về chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật [8]. Điều này cho thấy, những thói quen từ môi trường làm việc sẽ làm cho NVYT dần không tuân thủ những quy định của thay băng như “làm tắt, bỏ bước” hoặc việc thiếu dụng cụ thay băng: Kim, kẹp phẫu tích, bát kèn... sẽ ảnh hưởng đến việc tuân thủ thực hành dẫn đến kết quả đạt không cao. Mặt khác theo nghiên cứu của tác giả Famakinwa (2014) đã chỉ ra sự quá tải trong công việc chăm sóc người bệnh, thái độ không tích cực là rào cản trong thực hành phòng nhiễm khuẩn vết mổ [6].

Nghiên cứu chúng tôi quan sát các thời điểm nội dung thực hành vệ sinh tay chỉ đạt từ 47,9% - 56,3%, riêng thực hiện vệ sinh tay sau khi kết thúc quá trình thay băng đạt tỷ lệ cao chiếm 77,5%. So với kết quả của tác giả Ngô Thị Huyền [2] thì kết quả thực hành VST trong chăm sóc vết mổ của sinh viên trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nhau. Như vậy, tỷ lệ sinh viên rửa tay trong quá trình thay băng chưa cao.

Có 77,5% số sinh viên thực hành rửa vết thương đạt, tỷ lệ này tương đương với kết quả của tác giả Ngô Thị Huyền và

Hoàng Thị Phương [2], [4]. Từ kết quả cho thấy, vẫn còn tỷ lệ sinh viên thực hành rửa vết thương chưa đạt.

Hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết mổ chỉ có 43,7% sinh viên thực hành đạt. Khử khuẩn xe thay băng trước và sau khi kết thúc thay băng bằng dung dịch có chứa cồn đạt tỷ lệ lần lượt là: 38,0% và 49,3%. Tỷ lệ này tương đương nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Phương [4].

4.2. Các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành về thay băng vết thương

Đối với thực hành, sinh viên độ tuổi >=30 tuổi, thực hành thay băng (100%) cao hơn nhóm độ tuổi dưới 30 tuổi (60,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR = 0,6$; (CI 95%: 0,49 - 0,74). Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền và Hoàng Thị Phương cùng cho kết quả số điều dưỡng có tuổi càng cao thì thực hành càng cao [2], [4]. Một nghiên cứu khác của Teshager và cộng sự, điều dưỡng trên 30 tuổi thực hành tốt hơn so với dưới 30 tuổi gần 2 lần (AOR = 1,79; 95% CI: 1,08 - 2,97) và lý do tác giả cho rằng, tuổi càng cao thì nhận thức và xử lý vấn đề càng tốt [9]. Số sinh viên thực hành thay băng đạt ở nhóm điều dưỡng (86,4%) cao hơn so với nhóm y sỹ (57,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR = 0,21$; (CI 95%: 0,55 - 0,80). Kết quả này tương đối giống kết quả của tác giả Ngô Thị Huyền và đồng quan điểm chương trình thực tập trên phòng thực hành và thực hành lâm sàng khác nhau giữa điều dưỡng và y sỹ nên có kết quả khác nhau [2].

Số sinh viên thực hành thay băng đạt ở nhóm cao đẳng (86,4%) cao hơn so với nhóm trung cấp (57,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR =$

0,21; (CI 95%: 0,55 - 0,80). Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Huyền (2012) cho rằng, nhóm hệ đào tạo càng cao thì thực hành cao hơn là do được đào tạo chuyên sâu và bài bản hơn cả về lý thuyết và thực hành nên đạt kết quả cao hơn [2].

Số sinh viên năm thứ hai kiến thức thay băng đạt (87,8%) cao hơn nhóm SV năm thứ nhất (63,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR = 4,0$; (CI 95%: 1,2 - 13,8). Tương tự số sinh viên năm thứ hai thực hành thay băng đạt (75,5%) cao hơn nhóm sinh viên năm thứ nhất (45,5%) và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; $OR = 3,7$; (CI 95%: 1,2 - 10,7). Từ đây nhận thấy, nhóm có thời gian học nhiều thì được đi thực hành nhiều đợt hơn, nên kết quả tốt hơn.

Nhóm sinh viên có kiến thức thay băng đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 7,5 lần so với nhóm thay băng có kiến thức không đạt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $OR=7,5$; CI 95%: 2,0 - 28,3. Trong nghiên cứu khác, tác giả Ngô Thị Huyền cho thấy nhóm Điều dưỡng có kiến thức cao thì thực hành cao hơn nhóm có kiến thức thấp 1,68 lần [2]. Mặt khác, theo nghiên cứu của tác giả Kolade và cộng sự cũng chỉ ra kiến thức có mối tương quan thuận với thực hành ($r = 0,507$; $p = 0,000$) [7]. Vì vậy, để sinh viên có kiến thức tốt sẽ có thực hành tốt và để thực hành thay băng tốt đương nhiên sinh viên phải có kiến thức về thay băng tốt.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kiến thức và thực hành và các yếu tố liên quan đến thay băng vết thương của sinh viên

Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đạt về thay băng là 80,3%. Một số nội dung kiến thức còn ở mức độ thấp như khử khuẩn bề mặt xe thay băng bằng cồn/clohexadin, tháo

bằng bằng tay trần, lựa chọn dung dịch rửa vết thương, thay kẹp phẫu tích mới để gấp gạc cầu và sát khuẩn vết thương với Betadin 10%, dùng kẹp thích hợp gấp gạc vô khuẩn che vết thương, hướng dẫn người nhà/người bệnh theo dõi và chăm sóc vết thương với tỷ lệ lần lượt là 40,8%, 33,8%, 57,7%, 31%, 42,3% và 47,9%.

Tỷ lệ sinh viên đạt về thực hành thay băng là 66,2%, trong đó có một số nội dung tỷ lệ đạt còn khá thấp: Khử khuẩn xe thay băng trước và sau khi kết thúc thay băng bằng dung dịch có chứa cồn (38,0% và 49,3%). Có 43,7% phân loại đúng dụng cụ và ngâm vào dung dịch khử khuẩn khi kết thúc quy trình, 43,7% hướng dẫn người nhà/người bệnh cách theo dõi và chăm sóc vết mổ và 38,0% ghi phiếu (sổ) theo dõi vết thương.

Sinh viên năm thứ hai có tỷ lệ đạt về kiến thức cao hơn học sinh, sinh viên năm thứ nhất ($p < 0,05$). Độ tuổi, ngành đào tạo, hệ đào tạo, thời gian học và kiến thức có mối quan hệ mật thiết với kỹ năng thực hành thay băng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5.2. Khuyến nghị

- Tập huấn kiến thức, kỹ năng thực hành thay băng vết thương, vết mổ cho giảng viên tham gia giảng dạy lâm sàng.

- Thường xuyên cập nhật các hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn và nâng cao ý thức tuân thủ trong thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Thực hiện nghiêm túc "Học đi đôi với hành".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.

2. Ngô Thị Huyền (2012). Kiến thức, thái độ, thực hành thay băng vết thương của Điều dưỡng, Kỹ thuật viên và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Việt Đức năm 2012, Luận văn thạc sĩ, trường Đại học Y tế công cộng.
3. Phạm Thị Nhuyên và cộng sự (2020). Thực trạng thực hiện quy thay băng - rửa vết thương sau mổ của sinh viên ngành Điều dưỡng Trường kỹ thuật y tế Hải Dương tại khoa ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải dương năm 2020. Tạp chí Khoa học Việt Nam trực tuyến.
4. Hoàng Thị Phương (2018), Thực trạng kiến thức và thực hành thay băng của Điều dưỡng ngoại Bệnh viện nhi Thanh Hóa năm 2018, Luận văn thạc sĩ, trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. Trịnh Văn Thọ (2021). Thực trạng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021. Tạp chí Nghiên cứu khoa học, tập 05 - số 03, 2022.
6. Famakinwa T, Bello B, Oyeniran Y et al (2014). Knowledge and practice of post-operative wound infection prevention among nurses in the surgical unit of a teaching hospital in Nigeria. International Journal of Basic, Applied and Innovative Research, 3(1), 23-28.
7. Kolade O.A, AbubakarS, Adejumo S.R et al (2017). Knowledge, attitude and practice of surgical siteinfection prevention among post-operative nurses in a tertiary health institution in north-central Nigeria. International Journal of Nursing and Midwifery, 9(6), 65-69.
8. Mangram A.J, Horan T.C, Pearson M.L et al (2009). Guideline for prevention of surgical site infection. American journal of infection control, 27(2), 97-134.
9. Teshager F.A, Engeda E.H and Worku W.Z (2015). Knowledge, practice, and associated factors towards prevention of surgical site infection among nurses working in Amhara regional state referral hospitals, Northwest Ethiopia. Surgery research and practice, 1, 1-6.
10. World Health Organization (2016). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.

TỔNG QUAN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ RỤNG TÓC DO NỘI TIẾT TỐ

Nguyễn Ngọc Tuấn

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Rụng tóc nội tiết tố nam (Androgenetic alopecia - AGA) là dạng rụng tóc phổ biến nhất, có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của cá nhân. Mặc dù có sẵn nhiều lựa chọn điều trị nội khoa, phẫu thuật, liệu pháp ánh sáng và dinh dưỡng để làm chậm hoặc đảo ngược sự tiến triển của AGA, nhưng việc lựa chọn liệu pháp thích hợp vẫn là một thách thức.

Bài báo tổng quan các lựa chọn điều trị chứng AGA có tính đến hiệu quả, tác dụng không mong muốn, tính thực tiễn của việc tuân thủ điều trị và chi phí để giúp các bác sĩ đưa ra chế độ điều trị phù hợp (cả về mặt đạo đức) cho bệnh nhân.

Từ khoá: Bệnh rụng tóc, đạo đức, tổng quan, phương pháp trị liệu, điều trị

SUMMARY

Androgenetic alopecia (AGA) is the most common form of hair loss, which can affect an individual's quality of life. Although many medical, surgical, light therapy, and nutritional treatment options are available to slow or reverse the progression of AGA, choosing the appropriate therapy remains a challenge. This article reviews treatment options for AGA taking into account effectiveness, side effects, practicality of treatment compliance, and costs to help physicians design appropriate treatment regimens (including ethically) for patients.

Keywords: Androgenetic alopecia, ethics, review, therapies, treatments

1. ĐẠI CƯƠNG RỤNG TÓC DO NỘI TIẾT

Rụng tóc nội tiết tố nam, còn được gọi là hói đầu kiểu nam hoặc nữ, là loại rụng tóc phổ biến nhất và ảnh hưởng đến ít nhất 80% nam giới và một nửa số phụ nữ ở độ tuổi 70, với tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo

độ tuổi [1, 2]. Biểu hiện lâm sàng bao gồm hiện tượng rụng tóc phía trước đặc trưng ở nam giới và thưa tóc lan tỏa ở phụ nữ, giữ lại đường chân tóc phía trước và có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của cá nhân.

Tuy hay gặp nhưng đây có thể là một trong những tình trạng khó giải quyết nhất vì việc lựa chọn phương pháp điều trị thường liên quan đến phức tạp nhiều yếu tố và đưa ra quyết định về mặt đạo đức. Hiệu quả, tác dụng phụ, sự tuân thủ và chi phí điều trị là một trong những yếu tố quan

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Tuấn, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: ngoctuan64@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2024; Ngày nhận xét: 20/4/2024;

Ngày duyệt bài: 28/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.315>

trọng nhất cần được xem xét, đặc biệt là do tính chất mạn tính của AGA. Nền tảng kiến thức, sự quen thuộc phương thức điều trị và khoản bồi thường tài chính có thể gây hạn chế cho bác sĩ trong lựa chọn phương án điều trị phù hợp nhất cho từng bệnh nhân [1].

Sự đa dạng và sự thiếu tiêu chuẩn hóa giữa các nghiên cứu càng làm phức tạp thêm; gây khó khăn cho việc xác định lựa chọn điều trị tốt nhất. Sự thay đổi về số lượng tóc anagen dường như là điểm phù hợp nhất trong việc xác định điều trị thành công [3].

Tình trạng AGA chủ yếu được điều hòa bởi 5 α -reductase và dihydrotestosterone (DHT), khiến các nang tóc thu nhỏ và rút ngắn các chu kỳ anagen liên tiếp gây rụng. AGA là một bệnh di truyền gen trội trên nhiễm sắc thể thường, bao gồm sự chuyển đổi dần của các sợi tóc ở giai đoạn cuối thành các sợi tóc trung gian và lông tơ. Những thay đổi trong chu kỳ tóc bao gồm giảm thời gian của giai đoạn anagen và tăng thời gian của giai đoạn telogen, dẫn đến tóc ngắn hơn và cuối cùng là hói đầu [3]. AGA khởi phát sớm liên quan chặt chẽ với bệnh động mạch vành nặng và hội chứng chuyển hóa; những người có BMI cao có tỷ lệ mắc AGA nặng tăng. AGA xảy ra ở cả hai giới, có liên quan đến một số trường hợp mắc COVID-19 nghiêm trọng, được gọi là “dấu hiệu Gabrin” [1].

Ở nam giới, AGA bắt đầu bằng hiện tượng mỏng da đầu ở hai bên thái dương và lan đến đỉnh. Ở phụ nữ, AGA biểu hiện dưới dạng tóc mỏng lan tỏa giữa da đầu phía trước và đỉnh, thường để lại phần chân tóc phía trước, dần làm lộ da đầu rõ ràng hơn. Tình trạng này đặc biệt phổ biến hơn ở những người trải qua thời kỳ mãn kinh. Chẩn đoán thường dựa vào lâm sàng, nhưng việc thu nhỏ nang tóc là dấu

hiệu mô học của AGA. Rụng tóc tác động tiêu cực đến sự tự tin và chất lượng cuộc sống nói chung. Tác động tâm lý ở phụ nữ nặng nề hơn so với nam giới [1].

Đối với những người có gen hói thì tóc vùng trán và đỉnh đầu nhạy cảm với DHT. Khác với vùng trán và đỉnh đầu, các nang tóc vùng gáy "trơ" với DHT. Ở nam giới hói đầu nặng (độ VI, VII), tóc trên đầu rụng hết nhưng vùng sau đầu tóc vẫn còn nguyên. Điểm thú vị này chính là nguyên lý ra đời của kỹ thuật cấy tóc tự thân. Tóc vùng gáy là "tóc không rụng", khi được cấy chuyển ra vùng hói do đặc điểm không bị ảnh hưởng bởi DHT nên chúng thường sẽ sống vĩnh viễn tại vị trí mới.

Để đánh giá mức độ rụng tóc - hói đầu, thang đo Norwood (hay Hamilton-Norwood, có 7 giai đoạn) là hệ thống phân loại hàng đầu được sử dụng để đo mức độ hói đầu ở nam giới; tham chiếu để chẩn đoán mức độ hói đầu, lựa chọn điều trị và đo lường hiệu quả điều trị. Với phụ nữ: Phân độ hói đầu của Ludwig (3 mức độ).

Hiện tại, có nhiều biện pháp điều trị rụng tóc: Sử dụng thuốc (không phẫu thuật, bao gồm cả thực phẩm chức năng), laser năng lượng thấp, huyết tương giàu tiểu cầu, exosome, cấy tóc, cắt bỏ một phần da đầu hói, giãn da có tóc, vi sắc tố da đầu. Có 3 liệu pháp điều trị hiện nay được FDA chấp thuận bao gồm minoxidil bôi tại chỗ, finasteride đường uống và liệu pháp ánh sáng cường độ thấp. Tuy nhiên, có nhiều lựa chọn cho điều trị chính và bổ sung khác. Cần xem xét hiệu quả, cơ chế của phương pháp điều trị, cũng như yếu tố đạo đức và tài chính khi lựa chọn phương pháp điều trị.

2. ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ (TOPICAL THERAPIES)

Đối với những bệnh nhân bị rụng tóc sớm hoặc nhẹ đến trung bình và muốn

tránh dùng thuốc uống do tác dụng phụ toàn thân tiềm ẩn, các liệu pháp bôi tại chỗ có thể đóng vai trò là lựa chọn đầu tiên hoặc hỗ trợ khả thi để điều trị AGA.

2.1. Thuốc bôi minoxidil

2.1.1. Tác dụng

Minoxidil bôi tại chỗ được FDA phê chuẩn vào năm 1988 như là phương pháp điều trị đầu tiên dành cho nam giới mắc AGA từ nhẹ đến trung bình [2, 3]. Minoxidil ban đầu được sử dụng đường uống vào những năm 1960 như một thuốc giãn mạch để điều trị tăng huyết áp. Chứng rụng lông là một tác dụng phụ khi sử dụng minoxidil đường uống trong thời gian dài đã thúc đẩy sự phát triển của một công thức bôi ngoài da để kích thích mọc tóc [4]. Minoxidil có sẵn ở cả dạng bọt (foam) và dung dịch 2% - 5% với hiệu quả khác nhau [1].

Minoxidil phát huy tác dụng lớn nhất ở vùng đỉnh và trán của da đầu, làm chậm tốc độ rụng tóc bằng cách kéo dài giai đoạn anagen, thúc đẩy mọc lại tóc bằng cách tăng cả đường kính và mật độ tóc. Chất chuyển hóa có hoạt tính, minoxidil sulfate, liên kết các kênh kali nhạy cảm với ATP và làm giãn cơ trơn xung quanh. Bôi tại chỗ có tác dụng kích thích lưu lượng máu qua da trong vòng 10 - 15 phút. Tác dụng của Minoxidil đặc trưng ở nang lông vì sự chuyển đổi thành chất chuyển hóa có hoạt tính ở đây cao hơn ở vùng da xung quanh [1].

Tác dụng Minoxidil tại chỗ còn phụ thuộc vào nồng độ và đáp ứng của BN. Trong nghiên cứu kéo dài 1 năm trên 904 nam giới mắc AGA, điều trị bằng minoxidil 5% tại chỗ 2 lần/ ngày; 62% bệnh nhân (BN) có vùng da đầu bị ảnh hưởng đã giảm đáng kể và 84,3% bệnh nhân có tóc mọc lại ở các mức độ khác nhau [5]. Dung dịch 2% và 5% cải thiện mật độ tóc hơn 70% so

với giả dược sau 16 tuần và 26 tuần. Trong 1 thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên (randomized control trial RCT) trên 278 bệnh nhân điều trị bằng minoxidil, 45% cho thấy tóc mọc lại nhiều hơn khi được điều trị bằng dung dịch 5% so với 2% sau 48 tuần điều trị [6].

2.1.2. Tác dụng phụ (Side effects)

Bệnh nhân có thể gặp viêm da tiếp xúc dị ứng và kích ứng, ngứa, kích ứng da đầu và *rậm lông ở mặt*, thường thấy khi sử dụng dung dịch 5% thay vì 2%. Tỷ lệ tác dụng phụ là khá thấp và không nghiêm trọng [1,7]. Thường xuyên hơn, bệnh nhân có thể gặp khó chịu và bất tiện khi bôi tại chỗ. Một ưu điểm của bọt 5% là không chứa propylene glycol, chất gây kích ứng có ở dạng dung dịch do vậy tỷ lệ kích ứng da thấp hơn [6]. Ít khả năng kháng minoxidil nếu sử dụng thường xuyên [1].

2.1.3. Tính dễ tuân thủ

Do yêu cầu bôi hàng ngày nên việc tuân thủ là yếu tố quan trọng cần xem xét khi lựa chọn cho bệnh nhân. Minoxidil phải được bôi 1 hoặc 2 lần mỗi ngày để có hiệu quả tối đa. Nếu sử dụng đúng cách, bệnh nhân có thể thấy tóc mọc lại trong vòng 4 - 8 tháng và ổn định sau 12-18 tháng. Nếu ngừng, tình trạng rụng tóc tiến triển có thể xảy ra trong vòng 12 - 24 tuần [1]. Sự đa dạng sản phẩm (dung dịch 2%; 5%; dạng tạo bọt) cho phép linh hoạt lựa chọn. Dung dịch 5% hiệu quả cao hơn 2%; dạng bọt 5% hiệu quả tương đương với dung dịch 2% và 5% tùy thuộc vào tần suất sử dụng [1]. Bọt sử dụng thường thuận tiện hơn vì khô nhanh hơn và ít có xu hướng lan ra các khu vực ngoại vi. Một số bệnh nhân cho biết có dư lượng khó chịu sau khi bôi bọt, khi đó, ưu tiên dung dịch.

2.2. Finasteride tại chỗ

2.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Finasteride được nghiên cứu kỹ và sử dụng rộng rãi, được FDA phê duyệt để điều trị AGA từ 1997. Thuốc ức chế 5-alpha-reductase type II, do đó ngăn chặn sự chuyển đổi testosterone thành DHT [8]. Finasteride bôi ngoài da làm giảm đáng kể nồng độ DHT trong huyết tương và da đầu, tác dụng kích thích mọc lại tóc và giảm hói mà không có bất kỳ tác dụng phụ nào [8]. Sản phẩm dạng gel và uống tác dụng tương đương đương. Không có công thức pha chế chuẩn nên không thể xác định hiệu quả của 1 công thức nhất định [1].

2.2.2. Phản ứng phụ

Tác dụng phụ tiềm ẩn bao gồm ban đỏ da và viêm da tiếp xúc, cũng như tăng men gan, đái dầm về đêm, *đau tinh hoàn*, nhức đầu, tiền ngát và đau hầu họng [8].

2.2.3. Tính dễ tuân thủ

Finasteride tại chỗ thường dùng 1 lần/ngày nhưng phải được sử dụng lâu dài.

3. LIỆU PHÁP ĐƯỜNG UỐNG (ORAL THERAPIES)

Liệu pháp uống thường là lựa chọn dễ dàng nhất cho bệnh nhân mắc AGA tiến triển và vừa phải, nhưng chắc chắn tiềm ẩn nhiều tác dụng phụ hơn so với thuốc bôi. Do nhiều thuận tiện nên cần tránh việc mặc định lựa chọn phương pháp này để loại bỏ các liệu pháp khác có thể hiệu quả và phù hợp hơn với bệnh nhân cụ thể.

3.1. Finasteride đường uống

3.1.1. Bối cảnh và hiệu quả

Thuốc dạng viên 1mg và 5mg, liều thấp hơn chỉ định cho chứng hói đầu ở nam giới. *Thuốc không được chấp thuận*

sử dụng ở phụ nữ, đặc biệt gây nguy cơ ở phụ nữ có thai; gây ra cơ quan sinh dục không rõ ràng ở thai nhi nam. Thuốc có thể mua không cần kê đơn, giúp tiết kiệm chi phí hơn.

Finasteride có hiệu quả điều trị bệnh nhân mắc AGA. Hiệu quả của Finasteride dường như cũng cải thiện theo thời gian và đặc biệt khi sử dụng đều đặn [1]. Khi sử dụng lâu dài lên đến 5 năm cho thấy tóc phát triển đáng kể và ổn định tình trạng rụng tóc vĩnh viễn [9]. Thuốc có hiệu quả ở đỉnh đầu hơn là ở vùng trán, khuyến cáo sử dụng finasteride vô thời hạn để bảo tồn phần tóc còn lại sau lần điều trị ban đầu. Một nghiên cứu nổi tiếng của Nhật Bản trên 3000 nam giới mắc AGA đã cho thấy 11,1% đối tượng có biểu hiện mọc lại tóc đáng kể khi sử dụng finasteride; 36,5% có biểu hiện tăng trưởng vừa phải và 39,5% tăng trưởng tóc nhẹ trong khoảng thời gian 3 năm [10].

3.1.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ bao gồm hạ huyết áp thể đứng (khoảng 9%), chóng mặt (7%), rối loạn cương dương (5 - 19%), rối loạn xuất tinh (1 - 7%) và giảm ham muốn tình dục (2 - 10%), tất cả đều có thể hoặc không giảm theo thời gian [11]. Các tác dụng phụ này tồn tại dai dẳng 3 tháng, 14 tháng, thậm chí gần 4 năm sau khi ngừng thuốc tùy theo nghiên cứu [1]. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu khác cho kết quả trái ngược, rối loạn chức năng tình dục tồn tại dai dẳng hơn ở nhóm dùng giả dược [1].

Ngoài ra, có thể gặp hội chứng trầm cảm sau finasteride (post finasteride syndrome - PFS) [12], phần lớn có thể hồi phục; chỉ có một nhóm nhỏ bị rối loạn không phục hồi. Điều quan trọng là phải phát hiện kịp thời; cân nhắc ngừng thuốc hoặc chuyển sang dạng thuốc bôi. Đã có

Quý Hội chứng hậu Finasteride Quốc tế được thành lập để cung cấp giáo dục cộng đồng và hỗ trợ cho những bệnh nhân mắc PFS [13].

Có bằng chứng về giảm số lượng tinh trùng và khả năng sinh tinh trùng; có sự đảo ngược hoặc cải thiện sau 3 - 4 tháng khi ngừng điều trị [1].

3.1.3. Tính dễ tuân thủ

Phác đồ uống một lần mỗi ngày và khả năng tuân thủ cao của bệnh nhân.

3.2. Dutasteride đường uống

3.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Dutasteride là thế hệ tiếp theo của finasteride, là chất ức chế 5- α -reductase thế hệ hai, ức chế cạnh tranh chọn lọc của isoenzym loại 1 và loại 2 của 5- α -reductase. Dutasteride có khả năng ức chế enzyme loại I mạnh gấp ba lần và enzyme loại II mạnh hơn 100 lần so với finasteride. Thuốc có liều 2,5 và 5mg, đều cho thấy hiệu quả vượt trội so với Finasteride 5 mg. Do kích thước phân tử lớn, nên khó bào chế và phân phối dutasteride dưới dạng thuốc bôi tại chỗ. Tuy nhiên, kích thước lớn và tính chất ưa mỡ góp phần khiến hoạt chất tồn tại chỉ trên da đầu và ngăn cản sự hấp thụ toàn thân [14].

Dutasteride đã cho thấy hiệu quả vượt trội cả trong việc ngăn chặn DHT và thúc đẩy tóc phát triển so với finasteride [1]. Một số nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi, giả dược đã chứng minh hiệu quả (mật độ tóc được cải thiện) của dutasteride điều trị AGA [14]. Dutasteride dạng tiêm trong kỹ thuật mesotherapy cải thiện rõ về lâm sàng, làm tăng đường kính và mật độ tóc; làm giảm tác dụng phụ toàn thân (Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về testosterone toàn phần và tự do trong

huyết thanh, 3 α androstanediol glucuronide và dihydrotestosterone trước và sau điều trị) [15].

Tuy nhiên, finasteride vẫn được kê đơn thường xuyên hơn như là thuốc đầu tay điều trị AGA do được FDA chấp thuận.

3.2.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ của dutasteride đường uống bao gồm giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương dương và rối loạn xuất tinh [14].

3.2.3. Tính dễ tuân thủ

Dutasteride được sử dụng đường uống 1 lần/ngày, khả năng bệnh nhân tuân thủ cao.

3.3. Minoxidil đường uống

3.3.1. Bối cảnh và hiệu quả

Mặc dù chưa được FDA chấp thuận và không phổ biến như finasteride, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá minoxidil đường uống trong điều trị cho cả bệnh nhân nam và nữ mắc AGA. Thuốc dạng viên 2,5 mg và có thể được cắt thành liều nhỏ hơn để đạt được liều lượng an toàn tối ưu trong điều trị AGA. Sinclair lần đầu tiên báo cáo sự kết hợp giữa minoxidil 0,25 mg đường uống và spironolactone 25mg là một lựa chọn an toàn và hiệu quả trong việc kiểm soát chứng rụng tóc ở phụ nữ [16].

Một loạt nghiên cứu đã báo cáo minoxidil đường uống là 1 phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với AGA ở phụ nữ, liều an toàn tối ưu nằm trong khoảng từ 0,625mg - 1,25mg/ngày. Minoxidil uống hiệu quả tương đương với dạng dùng ngoài da 5% ở phụ nữ [17]. Một nghiên cứu tiến cứu khác sử dụng chế độ điều trị 5mg/ngày cho thấy cải thiện 100% ở tuần 12 và 24 với 43% bệnh nhân có cải thiện xuất sắc [4].

3.3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ toàn thân như tăng nhịp tim, tăng cân, rụng lông, phù chi dưới khiến minoxidil dạng uống không thuận lợi so với bôi tại chỗ như một phương pháp điều trị đầu tiên [4]. Trong nghiên cứu gần đây trên 1404 đối tượng, tác dụng phụ thường gặp nhất là rụng lông (15% bệnh nhân), tác dụng phụ toàn thân gặp 1,7% bệnh nhân [18]. Tác dụng phụ này phụ thuộc vào liều lượng, có thể hồi phục khi ngừng thuốc. Hiếm gặp: Tràn dịch màng ngoài tim, suy tim sung huyết và dị ứng [4].

3.3.3. Tính dễ tuân thủ

Phác đồ uống một lần mỗi ngày và khả năng tuân thủ cao của bệnh nhân.

4. LIỆU PHÁP HORMONE (HORMONE THERAPIES)

4.1. Spironolacton

4.1.1. Bối cảnh và hiệu quả

Spironolactone - thuốc tim mạch đã được sử dụng rộng rãi điều trị chứng rụng tóc ở phụ nữ do đặc tính kháng androgen. Thuốc giảm sản xuất testosterone ở tuyến thượng thận do tác động đến 17 α -hydroxylase và desmolase, cũng như ức chế cạnh tranh thụ thể androgen. Spironolactone là thuốc kháng androgen được sử dụng phổ biến nhất để điều trị rụng tóc nữ (FPHL), liều tiêu chuẩn là 100-200 mg mỗi ngày [19]. Spironolactone có thể dùng đơn thuần hoặc kết hợp với minoxidil tại chỗ [1].

4.1.2. Tác dụng phụ

Bao gồm mất cân bằng điện giải, ảnh hưởng chức năng thận và hạ huyết áp.

4.1.3. Tính dễ tuân thủ

Phác đồ uống một lần mỗi ngày có khả năng tuân thủ cao của bệnh nhân.

4.2. Flutamide và bicalutamide

4.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Flutamide là thuốc kháng androgen đường uống ít được sử dụng trong thực tế. Flutamide đường uống là một lựa chọn thích hợp để kiểm soát chứng AGA. Flutamide uống 250 mg/ ngày có hiệu quả kiểm soát rụng tóc khó chữa đối với minoxidil tại chỗ và spironolactone đường uống ở phụ nữ [20].

Bicalutamide là một loại thuốc kháng androgen không chứa steroid, an toàn hơn flutamide khi điều trị K tuyến tiền liệt. Bicalutamide là một lựa chọn an toàn và hiệu quả cho chứng rụng tóc kiểu nữ. Bicalutamide đường uống trên phụ nữ có hoặc không có liệu pháp hỗ trợ là một lựa chọn hữu ích trong điều trị rụng tóc kiểu nữ, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh như hội chứng buồng trứng đa nang hoặc rụng lông [21].

4.2.2. Tác dụng không mong muốn

Flutamide nguy cơ gây tổn thương gan, suy gan, bốc hỏa [20]. Tác dụng phụ thường gặp: tăng men gan nhẹ và thoáng qua, phù ngoại biên và rối loạn tiêu hóa [21].

4.2.3. Tính dễ tuân thủ

Thuốc uống có khả năng tuân thủ cao.

4.3. Cyproterone axetat

4.3.1. Bối cảnh và hiệu quả

Cyproterone acetate (CA) ức chế bài tiết gonadotrophin và hoạt động của 5- α -reductase ở da và ức chế thụ thể androgen. CA không có sẵn ở Hoa Kỳ nhưng được sử dụng ở các quốc gia khác. Thuốc hiệu quả trong điều trị AGA và mụn trứng cá ở bệnh nhân nữ [22]. Cyproterone

acetate tại chỗ là lựa chọn an toàn và hiệu quả, có thể là ưu việt khi bệnh nhân có các dấu hiệu của chứng tăng tiết androgen và BMI tăng cao [1, 22].

4.3.1. Tác dụng phụ

Thuốc có liên quan đến tăng cân, đau vú và giảm ham muốn tình dục.

4.3.2. Tính dễ tuân thủ

Thuốc kháng androgen đường uống; khả năng tuân thủ cao.

5. LIỆU PHÁP ÁNH SÁNG (LIGHT THERAPIES)

5.1. Liệu pháp laser năng lượng thấp

5.1.1. Bối cảnh và hiệu quả

Liệu pháp laser năng lượng thấp (Low-level laser therapy- LLLT) được phát hiện một cách tình cờ vào những năm 1960 khi những con chuột được chiếu xạ bằng tia laser đỏ cường độ thấp phát hiện thấy mọc lông. Sau đó, LLLT đã nổi lên như một trị liệu thương mại để điều trị AGA. LLLT thường được thực hiện thông qua các thiết bị sử dụng tại nhà có sẵn dưới dạng lược, mũ bảo hiểm và mũ lưới trai. Mũ laser Capillus® và Hairmax® Lasercomb/Laserband là 2 thiết bị đã được FDA chứng nhận để điều trị AGA [3]. Cơ chế hoạt động chưa rõ hoàn toàn; sự hấp thụ ánh sáng đỏ bởi cytochrome C oxidase trong ty thể dẫn đến sự phân ly quang của oxit nitric ức chế (NO), làm tăng sản xuất ATP, điều chế các loại oxy phản ứng và cảm ứng yếu tố phiên mã [23]. Các yếu tố phiên mã gây ra sự tổng hợp protein và dẫn đến tác dụng giãn mạch liên quan đến NO. Các cơ chế khác tương tự minoxidil với việc thúc đẩy lưu lượng máu đến da đầu thông qua sản xuất NO và giảm viêm nang lông [1].

LLLT 655 nm có thể điều trị cách ngày trong 16 tuần, có thể kết hợp với minoxidil tại chỗ hoặc với finasteride. Khi xem xét 11 thử nghiệm, 10 thử nghiệm đã chứng minh sự cải thiện đáng kể về AGA khi điều trị bằng LLLT [23].

5.1.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ ít gặp, có thể gặp mụn trứng cá, dị cảm nhẹ như cảm giác nóng rát, khô da, ngứa đầu và ngứa [23].

5.1.3. Tính dễ tuân thủ

Tần suất điều trị không được chuẩn hóa trong các tài liệu, từ hàng ngày đến vài lần mỗi tuần. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể sử dụng máy tại nhà hoặc tại phòng khám.

5.2. Thiết bị đèn LED (đốt phát quang)

5.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Các thiết bị đốt phát sáng (light-emitting diode -LED) có thể phát ra một dải bước sóng nhỏ. Một thiết bị hoàn toàn bằng đèn LED mang lại ánh sáng kép màu cam đậm (620 nm) và đỏ (660 nm) (Revian Red) thúc đẩy lưu lượng máu, giảm viêm và ức chế DHT thông qua quá trình điều hòa 5-AR [24]. Điều trị AGA bằng mũ Revian Red làm tăng số lượng tóc (nhiều hơn khoảng 26,3 sợi tóc/cm²) so với nhóm giả dược [1]. Một số thiết bị LLLT như HairMax và CapillusPro được FDA phê duyệt cho sử dụng tại nhà ở những vùng tóc thưa.

5.2.2. Tác dụng không mong muốn

Đây là phương thức điều trị an toàn cho AGA ở cả bệnh nhân nam và nữ khi sử dụng độc lập hoặc kết hợp với các liệu pháp bôi/uống [23, 25]. Liệu pháp không có chống chỉ định sử dụng, thận trọng ở bệnh nhân có loạn sản da đầu [25].

5.2.3. Tính dễ tuân thủ

Liệu pháp lý tưởng cho bệnh nhân thích các lựa chọn không xâm lấn hoặc cho những người không xếp được lịch đến phòng khám thường xuyên. Các thiết bị này có thể tự điều trị tại nhà và được điều khiển bằng ứng dụng di động để ghi lại việc tuân thủ hàng ngày. Việc điều trị thường 10 phút/ngày x 6 tháng mới cho hiệu quả, dễ đưa vào lịch trình của bệnh nhân, phải tiếp tục sử dụng chúng để duy trì kết quả [24].

6. LIỆU PHÁP ĐƯỜNG TIÊM (INJECTABLES)

6.1. Huyết tương giàu tiểu cầu

6.1.1. Bối cảnh và hiệu quả

Huyết tương giàu tiểu cầu (platelet rich plasma- PRP) là một phương pháp điều trị thay thế, được chỉ định cho BN mắc AGA giai đoạn đầu, khi các nang tóc còn nguyên vẹn và có thể đạt được hiệu quả cao trong phục hồi tóc. Lấy máu tĩnh mạch bệnh nhân số lượng khoảng 10 - 30mL, ly tâm trong 10 phút để thu huyết tương giàu tiểu cầu. PRP chứa nhiều yếu tố tăng trưởng, được tiêm vào lớp hạ bì sâu hoặc mô dưới da với thể tích 4 - 8mL mỗi lần [26].

Hausauer đã tiến hành một thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi, có kiểm soát ở một trung tâm duy nhất để đánh giá hiệu quả của PRP ở 40 đối tượng AGA. Người tham gia được *tiêm PRP dưới da với 3 buổi/tháng và tiêm nhắc lại 3 tháng sau (nhóm 1) hoặc 2 buổi mỗi 3 tháng (nhóm 2)*. Đánh giá số lượng tóc, kích thước trục qua soi nang tóc, chụp ảnh tổng thể và mức độ hài lòng của bệnh nhân. Kết quả cho thấy sự gia tăng đáng kể số lượng tóc và kích thước thân tóc ở cả 2 nhóm sau 6 tháng. Những cải thiện nhanh hơn và mạnh hơn ở

nhóm 1, cho thấy rằng nên tiêm PRP trước tiên hàng tháng [27]. Khi xem xét 16 nghiên cứu với tổng số 389 bệnh nhân mắc AGA, phần lớn đã chứng minh hiệu quả trong việc thúc đẩy mọc tóc thành công sau 3-4 buổi điều trị hàng tháng, sau đó là các buổi duy trì hàng quý [26]. PRP không có tác dụng chữa rụng tóc và phải sử dụng lâu dài để nuôi dưỡng tóc. Tuy nhiên, mức độ hài lòng của bệnh nhân thường rất cao và 60 - 70% bệnh nhân tiếp tục điều trị duy trì. Chưa có nghiên cứu dài hạn nào đánh giá hiệu quả của PRP, đặc biệt quy chuẩn về quy trình tạo PRP và phác đồ [1].

6.1.2. Tác dụng không mong muốn

Các tác dụng phụ nhẹ bao gồm đau da đầu, nhức đầu và cảm giác nóng rát, thường giảm dần sau 10 - 15 phút sau tiêm và không cần sử dụng thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc giảm đau [26]. Rụng hoặc không khí mát thường đủ để giảm đau. Bệnh nhân có thể tiếp tục các hoạt động thường xuyên ngay sau khi điều trị nhưng nên tránh hoạt động thể chất nặng 24 giờ sau điều trị để cho phép PRP hấp thụ tối ưu vào mô [1,26].

Mặc dù tiêm PRP được coi là an toàn nhưng không phù hợp với tất cả mọi người. Không dùng cho người có tiền sử rối loạn chảy máu, bệnh tự miễn hoặc nhiễm trùng đang hoạt động hoặc những người hiện đang dùng thuốc chống đông máu [1].

6.1.3. Tính dễ sử dụng

Tiêm PRP được thực hiện như một thủ thuật tại phòng khám và cần phải điều trị liên tục để phục hồi tóc (nên lặp lại mỗi 4 - 6 tháng (hoặc thường xuyên hơn với các hệ thống PRP nhất định) để duy trì kết quả.

6.2. Exosome

6.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Các exosome có nguồn gốc từ tế bào gốc trung mô (MSC-Exosome) là xu hướng mới trong y học tái tạo [28]. Những túi bọc (vesicles) màng có kích thước nanomet được tiết ra từ tế bào để làm trung gian cho sự giao tiếp giữa tế bào với tế bào. Do tính chất vô bào, các exosomes là mô hình trị liệu mới với nguy cơ gây miễn dịch thải loại và hình thành khối u thấp. Exosome hiện đang được sử dụng để điều trị nhiều bệnh lý khác nhau bao gồm phổi, tim, thần kinh và các hệ cơ quan khác. Các exosome của MSC cũng cho thấy nhiều hứa hẹn trong việc phục hồi tóc vì chứa các cytokine mạnh và các yếu tố tăng trưởng thúc đẩy sự phát triển của tóc [28]. Các exosome của MSC gây ra sự tăng sinh và di chuyển của các tế bào nang trung bì ở người và bài tiết VEGF và IGF-1 trong ống nghiệm; tăng chuyển đổi tóc telogen thành anagen; tăng tốc độ bắt đầu của giai đoạn anagen nang lông và trì hoãn giai đoạn catagen, đồng thời kích thích sự biểu hiện của beta-catenin [29]. Các exosome kích thích sự tăng sinh nang tóc, bảo vệ các tế bào nang tóc chống lại các loại oxy phản ứng. Tương tự như PRP, các phần dịch ngoại bào được tiêm vào da đầu và các phương pháp điều trị có thể cách nhau tùy thuộc vào mức độ rụng tóc. Nghiên cứu sâu hơn là cần thiết để tối ưu hóa các liệu pháp ngoại bào của MSC [1].

6.2.2. Tác dụng phụ

Có thể đau nhẹ ở chỗ tiêm da đầu, giảm dần sau 24 - 48 giờ sau điều trị.

6.2.3. Để sử dụng

Tiêm exosome là một thủ thuật tại phòng khám. Cần trị liệu hàng tháng để phục hồi tóc tối đa.

7. LIỆU PHÁP BỔ TRỢ (ADJUVANT THERAPY)

7.1. Lăn kim vi điểm (microneedling)

7.1.1. Bối cảnh và hiệu quả

Lăn kim vi điểm dường như tác động bằng cách giải phóng các yếu tố tăng trưởng và tế bào gốc liên quan đến nhú ở da, kích hoạt cơ chế tái tạo vết thương với sự hình thành collagen thứ phát sau vết thương nhỏ trên cơ thể do kim tiêm và tạo ra các kênh để tăng cường khả năng thẩm thấu tại chỗ. Microneedling là một liệu pháp bổ trợ an toàn và hiệu quả và có thể tăng cường sự thâm nhập của các liệu pháp bôi ngoài da. Lăn kim vi điểm (1lần/tuần) phối hợp với kem dưỡng da minoxidil 5% 2 lần/ngày điều trị AGA từ nhẹ đến trung bình hoặc bổ sung lăn kim cho BN đáp ứng kém/ không đáp ứng với các liệu pháp thông thường đã cải thiện đáng kể (mật độ và độ dày của tóc tăng) so với đơn trị liệu [30 - 32]. Jha cũng báo cáo kết quả lâm sàng vượt trội ở bệnh nhân phối hợp PRP, microneedling và minoxidil tại chỗ so với BN đơn trị liệu [33]. Lăn kim vi điểm trước PRP giúp tăng cường hiệu quả của PRP vì việc chảy máu do vi kim gây ra cho phép hấp thụ PRP đồng đều hơn [1]. Phương pháp chưa tiêu chuẩn hóa. Nghiên cứu duy nhất điều tra độ sâu kim tối ưu được thực hiện bởi Faghihi cho rằng 0,6mm là lựa chọn tốt hơn 1,2mm [34].

7.1.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ hay gặp: Đau, bầm tím và viêm nang lông [31]. Sự tuân thủ của bệnh nhân là một yếu tố quan trọng cần cân nhắc vì thủ thuật này tốn kém và thường gây đau.

7.1.3. Tính dễ tuân thủ

Microneedling là một thủ tục tại phòng khám.

8. ĐIỀU TRỊ BỔ SUNG (SUPPLEMENTS) & ĐIỀU TRỊ KHÔNG KÊ ĐƠN (OVER-THE-COUNTER TREATMENTS)

Điều trị bằng các sản phẩm bổ sung từ thực vật (Phytomedicine) trước đây được giới thiệu như một liệu pháp đơn trị liệu hoặc bổ trợ cho một số tình trạng da liễu, chẳng hạn như bảo vệ khỏi ánh sáng, bạch biến và nám. Nhiều loại thực phẩm dinh dưỡng đã xuất hiện trên thị trường. Phác đồ uống thuận tiện cho nhiều BN, nhưng bằng chứng lâm sàng ủng hộ hiệu quả vẫn còn rất ít. Dược phẩm dinh dưỡng được dung nạp trong các thử nghiệm lâm sàng và có thể được sử dụng như liệu pháp đơn trị liệu hoặc liệu pháp bổ trợ [1].

8.1. Thực phẩm bổ sung dinh dưỡng đường uống

8.1.1. Hiệu quả và bối cảnh

Một loại thực phẩm bổ sung dinh dưỡng mới có chứa chất dưỡng tóc Synergen Complex® (Nutrafol® Capsules; Nutraceutical Wellness, Inc.) bao gồm chiết xuất các hoạt chất từ thực vật, vitamin, khoáng chất để cải thiện sự phát triển của tóc và chất lượng tóc. Các thành phần hoạt động bao gồm chiết xuất từ cây cọ lùn (Saw palmetto), sâm Ấn Độ (ashwagandha), curcumin, collagen type I & III từ biển, chiết xuất từ cọ (phức hợp tocotrienol/tocopherol), đuôi ngựa, acid amin, chiết xuất từ quả tiêu đen (piperine), hà thủ ô Nhật Bản, acid hyaluronic và biotin. Những thành phần này ức chế 5-alpha-reductase, giảm nồng độ cortisol, giảm viêm, thúc đẩy cân bằng nội môi và duy trì lượng collagen dự trữ. Sử dụng thực phẩm bổ sung dinh dưỡng đường uống hàng ngày này như một đơn trị liệu đã làm gia tăng đáng kể số lượng tóc ở giai đoạn cuối và lông tơ cũng như

chất lượng tóc, đặc biệt ở phụ nữ độ tuổi 40 - 65 [35].

Ablon gần đây đã thử nghiệm mù đôi, kiểm soát giả dược trong 6 tháng nhằm đánh giá hiệu quả của bổ sung bằng đường uống chất dinh dưỡng (Nutrafol® Women's Balance Capsules; Nutraceutical Wellness, Inc.), chứa Synergen Complex, maca, astaxanthin và bổ sung chiết xuất từ cây cọ; dùng 4 viên/ngày. Phụ nữ ở độ tuổi 40-65 tự nhận thấy tóc mỏng được xếp ngẫu nhiên vào nhóm điều trị tích cực (n = 40) hoặc nhóm giả dược (n = 30). So sánh với nhóm dùng giả dược. Đếm số lượng tóc rụng bằng cách cho bệnh nhân gội đầu trong bồn rửa phủ vải thưa, sau đó đếm số lượng tóc rụng; chụp ảnh 2-D; điểm phát triển và chất lượng của tóc theo thang điểm 7. Nhóm điều trị tích cực có sự gia tăng đáng kể về số lượng tóc ở giai đoạn cuối và tổng số tóc sau 90 và 180 ngày; giảm rụng tóc 32,41% vào ngày thứ 180. Kết quả này khuyến khích việc sử dụng chất bổ sung dinh dưỡng bằng đường uống để giảm rụng tóc và thúc đẩy sự phát triển của tóc ở phụ nữ trải qua quá trình chuyển đổi mãn kinh [35].

8.1.2. Tác dụng không mong muốn

Không có ghi nhận nào. Có thể dị ứng với bất kỳ thành phần hoạt chất nào.

8.1.3. Tính dễ tuân thủ

Tính khả thi của việc thêm chế độ uống vào thói quen hàng ngày và ưu tiên dùng đường uống hơn là bôi ngoài da.

8.2. Bổ sung phức hợp từ biển

8.2.1. Bối cảnh và hiệu quả

Hợp chất bổ sung phức hợp biển đường uống (Viviscal®; Lifes2good, Inc.) chứa ECM (extracellular matrix ma trận

ngoại bào) của cá mập và động vật thân mềm, vitamin C, chiết xuất đuôi ngựa và chiết xuất hạt lanh đã chứng minh khả năng thúc đẩy tăng trưởng tóc ở bệnh nhân mắc AGA. Phức hợp biển này ngày càng trở nên phổ biến để trẻ hóa tóc và có nhiều dạng như viên nén, dầu gội, dầu xả và kem dành cho cả nam và nữ [1]. Uống bổ sung phức hợp biển cho người mỏng tóc hoặc mắc AGA (nam và nữ) đã cải thiện cả về lâm sàng và mô học, giảm rụng tóc (qua test kéo tóc); tăng trưởng tóc (tổng số tóc, tổng mật độ tóc, mật độ và số lượng tóc cuối và lông tơ) [36].

8.2.2. Tác dụng không mong muốn

Có thể gây đau khớp, đầy hơi, táo bón, tiêu chảy, buồn nôn và dị ứng [36]

8.2.3. Tính dễ tuân thủ

Sản phẩm này có sẵn ở nhiều dạng nên sử dụng rất linh hoạt; đường uống (viên, 2 lần/ngày) đòi hỏi tỷ lệ tuân thủ cao vì phải mất vài tháng mới phát huy tác dụng.

8.3. Sản phẩm từ cây cọ lùn (Serenoa repens- SR)

8.3.1. Bối cảnh và hiệu quả

Hoạt chất chiết xuất từ quả mọng của cây cọ lùn có tác dụng ức chế 5- α -reductase, điều trị chứng tăng sản tuyến tiền liệt lành tính và AGA [37]. Serenoa repens 320mg/ngày kích thích sự phát triển tóc, chủ yếu ảnh hưởng ở vùng đỉnh [1]

8.3.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ là tối thiểu, thường gặp nhất là khó chịu ở dạ dày. SR có thể làm giảm mức PSA xuống 50% sau 6 - 12 tháng điều trị, do đó có thể không phát hiện sớm ung thư tuyến tiền liệt ở những bệnh nhân tự điều trị bằng Serenoa repens [37].

8.3.3. Tính dễ tuân thủ

Serenoa repens là chế độ uống một lần mỗi ngày.

8.4. Dầu thực vật: Dầu hương thảo, dầu cây trà, dầu hạt bí ngô, dầu dừa, dầu thầu dầu, dầu từ cây me rừng (amla)

8.4.1. Bối cảnh và hiệu quả

Bôi dầu dưỡng tóc có nguồn gốc văn hóa sâu sắc trong y học cổ truyền từ hàng nghìn năm. Dầu nguồn gốc thực vật là lựa chọn tăng trưởng tóc toàn diện và giá cả phải chăng, có thể mua ở hiệu thuốc, phổ biến theo thời gian và phần lớn được chứng minh bằng giai thoại. Ở nhiều nơi, các gia đình thường xuyên xoa dầu vào da đầu trước khi đi ngủ.

Dầu hương thảo (*Rosmarinus officinalis*) có tác dụng đa dạng như tăng cường tưới máu vi mạch, tăng sản xuất prostaglandin E2 và giảm sản xuất leukotriene B4; làm gia tăng đáng kể về số lượng tóc sau 6 tháng, ít gây ngứa da đầu. Dầu hạt bí ngô (400 mg dầu/ngày) hạt bí ngô thúc đẩy sự phát triển của tóc, làm tăng số lượng tóc thông qua chất đối kháng 5-AR. Dầu cây chè có tác dụng chống viêm và kháng khuẩn, có thể phối hợp với minoxidil, diclofenac [1,38].

Nhìn chung, không có quy định nào của FDA về thành phần dầu dưỡng tóc. Cần có các nghiên cứu lâm sàng mạnh hơn. Sản phẩm này có thể tốt nhất dưới dạng bổ sung cho các phương pháp điều trị theo đơn hoặc không.

8.4.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ là tối thiểu và phổ biến nhất bao gồm kích ứng da đầu.

8.4.3. Tính dễ tuân thủ

Bôi dầu dưỡng tóc tại chỗ có thể được thực hiện tại nhà, nhưng có thể cản trở việc tạo kiểu tóc do kết cấu nhờn.

8.5. Ketoconazol

8.5.1. Bối cảnh và hiệu quả

Ngoài đặc tính kháng nấm và chống viêm, chống lại nấm men *Malassezia* trong điều trị viêm da tiết bã, ketoconazol còn có đặc tính kháng androgen với khả năng ức chế DHT. Sử dụng lâu dài ketoconazol tại chỗ cho thấy hiệu quả điều trị AGA. Một đánh giá có hệ thống về ketoconazol trong điều trị AGA cho thấy đường kính thân tóc và chỉ số pilary index (% giai đoạn anagen x đường kính) tăng lên, cải thiện lâm sàng rõ [39]. Dầu gội chứa 2% ketoconazol có thể được bôi lên da đầu như một liệu pháp bổ trợ hoặc thay thế đầy hứa hẹn trong điều trị AGA. Cần có những nghiên cứu, bao gồm các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng để rõ cơ chế và hiệu quả của nó.

8.5.2. Tác dụng không mong muốn

Ketoconazol bôi tại chỗ không có tác dụng phụ đáng kể [39].

8.5.3. Tính dễ tuân thủ

Phác đồ điều trị khác nhau: 1 lần/ ngày, 2 lần/ngày và chế độ 2 - 3 lần/tuần [1].

9. LIỆU PHÁP PHỐI HỢP (COMBINATION THERAPY)

Tài liệu về các liệu pháp kết hợp vẫn còn ít và chưa được FDA chấp thuận.

Minoxidil bôi tại chỗ + Finasteride đường uống là một trong những cách kết hợp phổ biến nhất. Minoxidil bôi tại chỗ cho kết quả kém hơn so với finasteride

đường uống, tuy nhiên, khi kết hợp với finasteride đường uống, đáp ứng lâm sàng vượt trội [1]. Phân tích trên 809 bệnh nhân của Zhou (2020) đã chỉ ra hiệu quả vượt trội của kết hợp minoxidil bôi ngoài da với finasteride đường uống [40]. Kết hợp minoxidil tại chỗ và finasteride 1 - 12 tháng duy trì mật độ tóc tốt sau khi ngừng uống finasteride [1].

Một số kiểu phối hợp khác ghi nhận hiệu quả hơn khi sử dụng đơn lẻ:

Kết hợp dung dịch Finasteride 0,1% + dung dịch Minoxidil 3%. Kết hợp Finasteride tại chỗ, Dutasteride và Minoxidil [1].

Kết hợp retinoid tại chỗ, Minoxidil và Finasteride đường uống có hiệu quả ở bệnh nhân kháng trị [1]. Acid retinoid làm tăng sulfotransferase ở nang tóc [41].

Kết hợp Minoxidil + gel Spironolactone tại chỗ [42]. Minoxidil uống liều thấp (0,25mg) phối hợp Spironolactone (25mg) [1].

Phối hợp nhiều liệu pháp: Kết hợp Finasteride uống 1mg/ngày, Minoxidil 2,5mg đường uống 2 lần/ngày và dung dịch Minoxidil 5% tại chỗ 2 lần/ngày, thuốc tiêm 4mL (Lidocain, Minoxidil, Caffeine và các thành phần khác) mỗi tháng/lần [1].

Kết hợp LLLT + Minoxidil tại chỗ [25,40]. Finasteride cho kết quả tốt hơn với LLLT [23]. Cũng có nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa LLLT đơn thuần và kết hợp với Minoxidil hoặc Finasteride [1].

Cấy tóc kết hợp với finasteride 4 tuần trước khi cấy đến 48 tuần sau cấy [1].

PRP + 5% Minoxidil bôi tại chỗ (tốt hơn) hoặc với 1mg Finasteride uống [90].

Lăn kim vi điểm + Minoxidil bôi tại chỗ hoặc với PRP [44].

10. CẤY TÓC (HAIR TRANSPLANTATION)

10.1. Hiệu quả và bối cảnh

Bệnh nhân lựa chọn cấy tóc là các trường hợp đã thất bại trong điều trị nội khoa hoặc đã mất một diện tích bề mặt tóc trên da đầu lớn đáng kể và không thể phục hồi. Liệu pháp thành công mang lại vẻ ngoài tự nhiên ở cả nam và nữ và về cơ bản tồn tại vĩnh viễn với khả năng sống sót của mảnh ghép ở những bệnh nhân AGA là hơn 90% [168].

Cấy tóc không phải là giải pháp ngăn rụng tóc, không khắc phục được nguyên nhân gây rụng tóc. Thực hiện thủ thuật này khi tóc đang rụng tiến triển hoặc da đầu đang mắc bệnh thì chắc chắn sẽ thất bại. Do đó, cấy tóc là 1 chỉ định hẹp, không dành cho tất cả mọi trường hợp có hiện tượng rụng tóc. Cần giúp xác định nguyên nhân rụng tóc, kiểm soát nguyên nhân đó càng sớm thì cơ hội phục hồi nang tóc càng cao.

Hiện nay, Mỹ dẫn đầu công nghệ cấy tóc (45%) toàn thế giới. Số lượng bệnh nhân cấy tóc ngày càng tăng; kết quả càng tốt, càng tự nhiên, xuất hiện kỹ thuật cải tiến tốt. Thống kê 2017: Có 635.189 trường hợp cấy tóc; 13% là phụ nữ, tuổi thường gặp từ 30 - 49 (60% là nam giới). Ước tính chi phí tới 40 tỷ USD năm 2016. Ước tính 50 triệu nam giới ảnh hưởng hói đầu, 30 triệu nữ giới ảnh hưởng rụng tóc. Công nghệ làm đẹp, thị trường lớn 86 triệu người bị hói đầu ở Mỹ, trên 1 triệu người /năm lựa chọn thẩm mỹ không phẫu thuật, 600.000 lựa chọn phẫu thuật.

Việc cấy ghép có thể được thực hiện tại phòng khám với phương pháp gây tê tại chỗ hoặc tê cục bộ. Nếu kéo dài có thể tiêm lại nhắc lại đều đặn thuốc tiền mê.

Khi tiến hành tư vấn, cần xem xét một số yếu tố chính như kích thước nang tóc (giúp xác định mật độ của tóc thay vì số lượng nang tóc được cấy); phân độ rụng tóc của Norwood/Ludwig... Theo Chouhan, cấy tóc có hiệu quả điều trị AGA cả giai đoạn muộn (Norwood/Hamilton giai đoạn V-VII) [45]. Rụng tóc liên tục sẽ ảnh hưởng kết quả cấy tóc (mật độ, thẩm mỹ) nên thường kết hợp cấy ghép với liệu pháp nội khoa.

Hiện nay, có 2 kỹ thuật cấy tóc chính là thủ công FUT (follicle unit transplantation) và chiết xuất đơn vị nang tóc bằng máy tự động FUE (follicle unit extraction), mỗi kỹ thuật có ưu và nhược điểm riêng, lựa chọn kỹ thuật nào sẽ tùy theo chỉ định của từng bác sĩ. Cả FUT và FUE đều bao gồm 2 công đoạn: thu hoạch nang tóc và cấy tóc, sự khác nhau nằm ở công đoạn thu hoạch nang tóc.

Kỹ thuật FUT: Rạch một đường để lấy dải tóc phía sau tai hoặc gáy, sau đó các nang tóc được tách ra dưới kính hiển vi có độ phóng đại cao; tách chọn những nang tóc khỏe mạnh nhất cấy vào vùng thiếu tóc. Có thể tiến hành cấy tóc bằng kẹp hoặc bút cấy tóc. Phần da đầu lấy tóc sẽ được khâu kín lại. Phẫu thuật lấy mảnh da vùng cho tóc đi tới lớp sâu của lớp hạ bì và nang tóc được rút lại vuông góc với chiều dài của vết mổ, cho phép nhìn rõ hơn các nang tóc, giảm thiểu sự cắt ngang nang và chảy máu [1]. Lấy theo hình elip dài hơn với chiều rộng từ 1 cm trở xuống mang lại số lượng nang lớn hơn và mong muốn. Các nang được tách thành các mảnh cấy đơn vị nang. Phương pháp này là để lại một vết sẹo tuyến tính, có thể khắc phục bằng để tóc dài.

Kỹ thuật FUE: Khoan lấy từng nang tóc để cấy (punch incision around hair follicles), mà không cần cắt cả dải da đầu. Sử dụng đầu bút với đường kính siêu nhỏ để tách riêng từng cụm nang tóc một, cấy lên vùng

mất tóc. Nhờ đó diện tích xâm lấn được giảm xuống mức tối thiểu nhưng đạt hiệu quả nang tóc sống sau cấy đến 95%. Cần độ tỉ mỉ và chính xác cao.

Robot hỗ trợ (Neo graft, ARTAX or Hybrid) xác định đơn vị vùng lấy nang tóc, trực tiếp lấy nang tóc; chỉ định và trực tiếp cấy nang tóc. Quy trình FUE bao gồm việc lấy tối đa 4 nhóm nang tóc khỏi một vùng lấy da đầu bằng cách sử dụng các cú sinh thiết cỡ nòng nhỏ bằng tay hoặc bằng robot, không có nguy cơ vết sẹo dài có thể nhìn thấy dù có thể có các vết sẹo nhỏ 1mm rải rác còn sót lại sau khi lấy nang tóc [46]. Thách thức của quy trình thủ công là việc cắt ngang các nang tóc và xác định góc cấy của tóc (thay đổi trên da đầu của bệnh nhân). Robot FUE giúp giảm thiểu những thách thức này, nó liên tục điều chỉnh các góc trên mỗi đơn vị tóc, có thể thu hoạch số lượng lớn các nhóm nang.

Robotic FUE là một quy trình tự động có thể tạo ra 80 - 120 mảnh ghép trên mỗi lưới 3 × 3 cm và có thể trích xuất 500-800 mảnh ghép mỗi giờ. Quy trình cấy cũng được tự động hoàn toàn (tính toán mật độ, tạo địa điểm nhận, góc cấy từng vị trí...). Mặc dù quá trình này được người vận hành giám sát nhưng hiếm khi phải hiệu chỉnh. Trong một nghiên cứu về 38 quy trình robot FUE, tỷ lệ cắt ngang nang tóc tương đương với quy trình lấy tóc thủ công thực hiện bởi nhóm cấy ghép có kinh nghiệm, cả hai đều khoảng 5 - 7% [46]. Nhược điểm của FUE robot bao gồm chi phí cao, bảo trì, không gian và cần phải cắt tóc vùng lấy rộng hơn [1].

Tiến trình mọc tóc sau cấy: Da vùng lấy các nang tóc sẽ liền hoàn toàn trong 3 ngày. Vị trí cấy tóc: đau đầu và sưng nhẹ; đóng vảy trong 6 đến 7 ngày. Nếu thực hiện kỹ thuật cấy tóc FUE thì vùng cho tóc ở sau đầu về cơ bản sẽ lành lại và không đáng chú ý trong 7 đến 10 ngày. Nang tóc

cấy: Nếu kỹ thuật cấy tóc được thực hiện tốt thì tỷ lệ tóc sống có thể đạt tới 95% đến 98%. Hai yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả mọc tóc là kỹ thuật cấy và chất lượng tóc ban đầu. Ngoài ra việc tuân thủ chăm sóc hậu phẫu và dùng thuốc phục hồi tóc đúng chỉ định của bác sĩ cũng góp phần làm tăng tỷ lệ sống của tóc. Diễn biến tự nhiên: sau 3-4 tuần rụng, 3-4 tháng tóc bắt đầu mọc lại, sẽ tiếp tục phát triển đến suốt đời; 6 tháng tóc mọc 60 - 70%; 9 tháng tóc mọc 80 - 90%; 12 - 18 tháng tóc mọc đầy đủ.

10.2. Tác dụng phụ

Tác dụng phụ bao gồm phản ứng bất lợi với thuốc mê, chảy máu, phù nề, đau trong hoặc sau mổ và sự không hài lòng của bệnh nhân. Ít nguy cơ sẹo lồi hoặc sẹo phì đại.

10.3. Để sử dụng

Cấy tóc là một thủ thuật và mất vài giờ. Kết quả phục hồi tóc là vĩnh viễn.

11. LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ MỚI VÀ SẮP TỚI

11.1. Clascoterone

Clascoterone đã được FDA chấp thuận (8/2020) là chất kháng androgen tại chỗ đầu tiên để điều trị mụn trứng cá do nội tiết tố. Hoạt chất có cấu trúc phân tử giống với DHT và Spironolactone, tác dụng đối kháng thụ thể androgen trên da và ức chế DHT làm thu nhỏ tóc và viêm da, do đó có tiềm năng điều trị AGA. BN mắc AGA dùng Clascoterone 7,5% hai lần/ngày cho thấy sự cải thiện đáng kể tình trạng rụng tóc [47].

11.2. Thuốc ức chế JAK đường uống

Gần đây, thuốc ức chế JAK được coi là phương pháp điều trị hiệu quả cho chứng

rụng tóc từng vùng (alopecia areata -AA) [48]. Cơ chế cơ bản của AA liên quan đến sự tấn công tự miễn vào các nang lông sản xuất IL-15 để đáp ứng với sự tiết interferon- γ . Hiện tượng này được điều hòa bởi tín hiệu JAK 1/2 và JAK 1/3 trong tế bào T thông qua cơ chế feedback. Chất ức chế JAK phá vỡ chu trình này, khiến các nang tóc quay trở lại giai đoạn anagen, dẫn đến sự phát triển của tóc. Thuốc ức chế JAK thành công trong điều trị chứng AA nhưng có thể không hiệu quả điều trị rụng tóc nội tiết tố nam. Cần có nghiên cứu để rõ hơn vai trò chất ức chế JAK trong AGA.

11.3. Chất tương tự Prostaglandin

Latanoprost, chất tương tự prostaglandin, ban đầu được sử dụng để điều trị bệnh tăng nhãn áp. Tác dụng phụ là chứng rụng lông ở lông mi và xung quanh vùng mí mắt. Latanoprost được sử dụng cho chứng rụng tóc da đầu vì kéo dài giai đoạn anagen [1]. Sử dụng Latanoprost 0,1% hàng ngày cho bệnh nhân nam mắc AGA nhẹ (Hamilton II-III) ghi nhận sự gia

tăng mật độ tóc. Chưa có đánh giá bệnh nhân mắc AGA mức nặng hơn [49].

12. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG ĐIỀU TRỊ AGA

Nền tảng của y đức là thảo luận kỹ lưỡng với bệnh nhân về hiệu quả, tác dụng phụ, tính dễ sử dụng (như cầu tuân thủ) và chi phí hoàn toàn độc lập với lợi ích tiềm tàng đối với bác sĩ lâm sàng. Một số phương pháp điều trị rụng tóc phải được thực hiện tại phòng khám khiến chúng trở nên phổ biến như những phương thức sinh lợi. Bệnh nhân nên hiểu tầm quan trọng và cân nhắc ưu tiên của việc tuân thủ điều trị (liên quan tới thói quen, thời gian, ngân sách) và động lực cũng như tính thực tế của việc điều trị AGA. Bác sĩ phải đánh giá cân bằng giữa rủi ro/lợi ích của bất kỳ phương pháp điều trị nào và truyền đạt rõ ràng cho bệnh nhân. AGA là một tình trạng mạn tính; do đó, bất kỳ lựa chọn nào (không gồm cấy tóc) đều duy trì suốt đời. Giáo dục bệnh nhân là một phần quan trọng đảm bảo kết quả, việc ngừng điều trị có thể làm mất đi mọi lợi ích đạt được [1].

So sánh một số phương pháp điều trị rụng tóc

| Phương pháp | bằng chứng lâm sàng | tác dụng phụ, ngắn | Tác dụng phụ, kéo dài | Khả năng tuân thủ | Chi phí tháng | Chi phí 5 năm | Cân nhắc đặc biệt |
|------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------|---------------|---|
| minoxidil bôi | mạnh | hiếm, kích ứng da đầu | hiếm, chóng mặt, loạn nhịp tim | thấp - vừa phải | \$ | \$\$ | tóc mọc ở những vị trí không mong muốn. Có thể để lại cặn trên tóc gây cản trở việc tạo kiểu tóc. |
| finasteride bôi | nhẹ | ít gặp ban đỏ da, viêm da tiếp xúc | hiếm | cao | \$ | \$\$ | Có thể sử dụng như một liệu pháp duy trì |
| finasteride uống | mạnh | chưa biết | Hội chứng sau finasteride | cao | \$ | \$\$ | tránh phụ nữ tuổi sinh đẻ |
| minoxidil uống | vừa phải | ít khả năng | Hiếm, trừ khi BN tim mạch. Tăng cân | cao | \$ | \$\$ | tóc mọc ở những vị trí không mong muốn. |

| Phương pháp | bằng chứng lâm sàng | tác dụng phụ, ngắn | Tác dụng phụ, kéo dài | Khả năng tuân thủ | Chi phí tháng | Chi phí 5 năm | Cân nhắc đặc biệt |
|---|---------------------|--|--------------------------------|-------------------|---------------|----------------|--|
| Spirolactone | Yếu, hay sử dụng | Hiếm gặp, có thể hạ huyết áp, rối loạn điện giải | hiếm gặp, trừ khi BN suy thận. | cao | \$\$ | \$\$ | Chống chỉ định: nam giới, người mang thai, BN suy thận |
| Flutamide & bicalutamide | Yếu | tổn thương gan | suy gan | vừa phải-cao | \$ | \$\$ | Khả năng tương tác với các thuốc khác |
| Platelet-rich plasma | mạnh | Khó, có thể bị đau da đầu | hiếm | vừa phải | \$\$ | \$\$\$\$ | Tránh dùng ở BN rối loạn đông máu, thiếu phác đồ chuẩn |
| Exosomes | vừa phải | Khó, có thể bị đau da đầu | hiếm | vừa phải | \$\$\$ | ? | Thiếu phác đồ chuẩn |
| Microneedling | yếu đến vừa phải | Khó, có thể bị đau da đầu | hiếm | vừa phải | \$\$ | \$\$\$ | Thiếu phác đồ chuẩn |
| bổ sung dinh dưỡng chứa Synergen Complex® | vừa phải | Khó | hiếm | cao | \$ | \$\$\$ | 4viên/ngày |
| phức hợp bổ sung từ biển | vừa phải | Khó | hiếm | cao | \$ | \$\$\$ | đường uống, vị tanh |
| Dầu cọ | Yếu | Khó | hiếm | cao | \$ | \$\$\$ | có thể bỏ sót phát hiện sớm K tuyến tiền liệt |
| Liệu pháp ánh sáng | Mạnh | Khó | hiếm | tuân thủ cao | \$\$ | \$\$ or \$\$\$ | Không xâm lấn, thuận tiện tại tại nhà |
| Cấy tóc | Mạnh | Nhiễm trùng, sẹo, đau, ngứa, sưng, chảy máu | hiếm | vĩnh viễn 1 lần | \$\$\$\$ | ? | có thể điều trị đồng thời các biện pháp khác |

Ghi chú: (\$ ≤ \$100; \$\$ = \$100-\$1000; \$\$\$ = \$1000-\$5000; \$\$\$\$ = \$5000-\$15000; \$\$\$\$\$ ≥ \$15000; ? = số lần điều trị không xác định (chi phí cuối cùng)

12.1. Xem xét hiệu quả

Tất cả các phương pháp điều trị đều có vẻ có hiệu quả nhất định, nhưng không chắc chắn kết luận phương pháp điều trị

này hiệu quả hơn phương pháp khác. Không có sự đồng thuận chung về cách xác định hiệu quả điều trị AGA. Mặc dù hình ảnh và nội soi ba chiều thường được thực hiện để đánh giá tổng thể và số

lượng tóc nói chung, chỉ tiêu số lượng tóc anagen (nang tóc đang trong giai đoạn tăng trưởng tích cực) là một tiêu chuẩn so sánh khả thi hơn. Hệ thống chụp ảnh mới cho phép đo lượng tóc mà không cần nhổ tóc hay sinh thiết [1].

Adil A 2017 khi so sánh số lượng tóc trong số các lựa chọn được FDA chấp thuận đã xếp hạng từ cao đến thấp: finasteride 1 mg mỗi ngày (18,37 sợi tóc/cm²), LLLT (17,66 sợi tóc/cm²), 5% minoxidil 2 lần/ngày (14,94 sợi tóc/cm²) và 2% Minoxidil 2 lần/ ngày (8,11 sợi tóc/cm²), sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [3].

Gupta AK 2020 đã phân tích tổng hợp và xếp hạng hiệu quả của các phương thức điều trị không phẫu thuật ở bệnh nhân nam AGA từ cao đến thấp: PRP, LLLT, 0,5mg Dutasteride, 1mg Finasteride, 5% Minoxidil, 2% Minoxidil và Bimatoprost. Đối với bệnh nhân nữ AGA, xếp hạng như sau: PRP, 5% Minoxidil và 2% Minoxidil [50]. Tuy nhiên, chỉ tiêu đánh giá không phổ quát và cũng chưa có sự khác biệt giữa các phương pháp. Chỉ tiêu chỉ gồm sự gia tăng mật độ tóc ở giai đoạn cuối, số lượng tóc tổng thể, sự phát triển của tóc và đường kính tóc, không có số lượng sợi tóc anagen.

Có thể hữu ích hơn nếu các nghiên cứu đo lường sự thay đổi về số lượng tóc anagen. Dhurat đã tiến hành một nghiên cứu ngẫu nhiên, đối chứng, đa trung tâm để so sánh dung dịch 0,2% caffeine bôi tại chỗ với dung dịch Minoxidil 5% ở 210 nam giới mắc AGA [51]. Tiêu chí chính là sự thay đổi % trong tỷ lệ tóc anagen bằng ảnh chụp tricogram vùng trán và chẩm. Kết quả không có sự khác biệt sau 6 tháng.

12.2. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ cần tách thành tác dụng ngắn hạn liên quan đến thủ thuật (đau, vết thương, v.v.) và dài hạn liên quan đến sử dụng thuốc thời gian dài.

Điều trị bằng đường uống có xu hướng có nhiều tác dụng phụ lâu dài hơn so với điều trị tại chỗ và thủ thuật. Bệnh nhân bắt đầu dùng thử các thuốc bôi tại chỗ như Minoxidil có thể không chấp nhận công thức này vì có thể gây kích ứng da đầu, ảnh hưởng đến các sản phẩm chăm sóc tóc khác và khả năng tạo kiểu tóc vào buổi sáng, có thể để lại dư lượng khó chịu sau khi bôi.

Finasteride đường uống thường được sử dụng làm phương pháp thay thế tiếp theo. Tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của finasteride là khả năng gây ra các tác dụng phụ về nội tiết tố và tình dục do điều hòa DHT. Điều quan trọng cần lưu ý là DHT tác động lên các vùng khác của cơ thể và có tác dụng chống lão hóa, ham muốn tình dục, chuyển hóa cơ và mô mỡ cũng như sức khỏe tâm thần [1]. Việc ức chế sản xuất DHT liên quan đến nguy cơ mắc gan nhiễm mỡ không do rượu, tăng đường huyết, kháng insulin, tăng men chức năng gan và rối loạn cương dương [1]. Hội chứng sau Finasteride là biến chứng đáng sợ nhất của thuốc này và có thể làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Dutasteride đường uống có khả năng gây ra những tác dụng phụ này cao hơn.

Minoxidil đường uống không được kê đơn phổ biến do xu hướng rậm lông ở mặt. Thận trọng khi sử dụng Minoxidil đường uống ở bệnh nhân tim mạch.

Chống chỉ định dùng spironolactone cho phụ nữ có thai và bệnh nhân suy thận.

Liệu pháp LLLT và đèn LED là an toàn và được hỗ trợ tốt bởi nhiều nghiên cứu trên diện rộng. Các tác dụng phụ là tối thiểu so với các liệu pháp uống và bôi.

Bệnh nhân có bệnh lý phức tạp điều trị bằng nhiều loại thuốc cũng có thể được hưởng lợi từ được phẩm dinh dưỡng, thay vì bổ sung thêm các liệu pháp y tế.

Các liệu pháp thủ thuật như PRP và cấy tóc có thể phù hợp hơn với những bệnh nhân sẵn sàng chịu đựng cơn đau do thủ thuật. Cấy tóc thường được dành riêng cho những bệnh nhân đã thất bại với các phương pháp điều trị nội khoa. Chống chỉ định của cấy tóc bao gồm nhiễm trùng da đầu, tâm thần, các biến thể AGA tiến triển nhanh và rụng tóc lan tỏa. Thuốc chống tiểu cầu và thuốc chống đông máu cũng nên được dừng lại để giảm thiểu nguy cơ chảy máu [45]. Cấy tóc cũng bị hạn chế bởi nguồn tóc của mỗi bệnh nhân và quy trình này có thể dẫn đến sẹo ở vùng lấy tóc.

Cuối cùng, khi sử dụng liệu pháp phối hợp, bệnh sử và các thuốc dùng đồng thời phải luôn được xem xét để giảm thiểu nguy cơ tương tác thuốc.

12.3. Xem xét tính dễ sử dụng (Tuân thủ)

Việc tuân thủ liên quan đến việc dễ dàng sử dụng các phương pháp điều trị AGA và phụ thuộc nhiều vào lịch trình, sở thích cá nhân, động lực và mục tiêu điều trị của bệnh nhân. Các phương pháp điều trị thường đòi hỏi sự cam kết suốt đời, việc ngừng điều trị có thể làm mất đi mọi kết quả đã đạt được. Bác sĩ phải nhận ra sự cân bằng giữa rủi ro và lợi ích của bất kỳ phương pháp điều trị cụ thể nào cho từng BN và truyền đạt rõ ràng. Điều quan trọng là phải quản lý sự mong đợi của bệnh nhân dựa trên số lượng các yếu tố ảnh hưởng khi lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu

cho AGA. Thử nghiệm kéo dài 6 tháng là một cách hữu ích để đánh giá sự tuân thủ với bất kỳ phương pháp điều trị nào, sau đó là các thước đo thành công chủ quan và khách quan [1].

Thuốc bôi tại chỗ như minoxidil chỉ định cho bệnh nhân tuân thủ hoặc những người không muốn dùng thuốc uống do lo ngại về tác dụng phụ toàn thân. Thuốc bôi cũng có thể là một lựa chọn tốt cho những bệnh nhân đã dùng nhiều loại thuốc

Các thuốc uống như Finasteride cũng đòi hỏi phải sử dụng hàng ngày suốt đời.

Liệu pháp ánh sáng cũng sử dụng thường xuyên. PRP, không sử dụng thường xuyên nhưng sẽ phải tiêm nhiều lần trong suốt cuộc đời .

Cấy tóc là liệu pháp duy nhất cho AGA được thực hiện dưới dạng thủ thuật một lần để mang lại kết quả lâu dài. Quy trình này phù hợp với những bệnh nhân muốn có kết quả lâu dài mà không cần dựa vào chế độ điều trị hàng ngày.

12.4. Xem xét chi phí

Do tính chất mạn tính của AGA, cần phải điều trị suốt đời để duy trì kết quả và điều này ảnh hưởng trực tiếp đến chi phí phát sinh của bệnh nhân. Khi tư vấn cho bệnh nhân về các lựa chọn điều trị thích hợp, điều quan trọng là phải thảo luận về chi phí điều trị hàng tháng và 5 năm để ước tính chi phí thực tế và chi phí suốt đời.

Minoxidil bôi tại chỗ rẻ tiền khi sử dụng trong thời gian ngắn nhưng khá đắt theo thời gian nếu tiếp tục sử dụng. Thiết bị trị liệu bằng ánh sáng đắt hơn khi mua 1 lần nhưng không phải chi phí bổ sung trong khoảng 5 năm được bảo hành. Do đó, Minoxidil bôi tại chỗ rẻ hơn nhiều so với thiết bị trị liệu bằng ánh sáng khi sử dụng trong 1 tháng, nhưng sẽ đắt hơn sau 5

năm sử dụng. Cấy tóc tốn kém nhưng theo ước tính sơ bộ, chi phí cấy tóc tương đương với việc uống Finasteride trong hơn 25 năm và bản thân nó là một phương pháp điều trị suốt đời.

Dược phẩm dinh dưỡng có thể còn đắt hơn các liệu pháp kê đơn vì đi kèm với phí hàng tháng tốn kém. Những sản phẩm này thường được bổ sung thêm vào các liệu pháp điều trị thông thường khiến chi phí tăng cao hơn.

Các thủ thuật, chẳng hạn như PRP có chi phí điều trị cao. Cũng giống như các thủ thuật ngoại khoa, tiềm năng bồi thường tài chính có thể che mờ lựa chọn của bác sĩ. PRP là phương thức điều trị đơn giản hơn, ít xâm lấn hơn, hiệu quả.

Khi xem xét liệu pháp phối hợp, nên lưu ý chi phí cao hơn.

12.5. Lựa chọn điều trị của BN và bác sĩ

Bệnh nhân đến gặp bác sĩ để đánh giá tình trạng rụng tóc cần được đánh giá đúng cách và sau khi chẩn đoán xác định, bác sĩ cần thảo luận về tất cả các lựa chọn điều trị thích hợp hiện có. Cần phải khai thác tiền sử, bao gồm cả tiền sử gia đình bị rụng tóc và khám thực thể (bao gồm cả xét nghiệm kéo tóc) để xác định chẩn đoán rõ ràng; hỗ trợ tiên lượng cho từng cá nhân. Ví dụ, một nam giới 20 tuổi có biểu hiện AGA đáng kể với tiền sử gia đình lâu năm bị hói nhiều cần được tiếp cận khác với một nam giới 45 tuổi có đường chân tóc phía trước hơi thụt lại và mỏng đi. Cách tiếp cận này cũng rất khác so với phụ nữ sau mãn kinh có tóc mỏng đi.

Về mặt đạo đức, tất cả các lựa chọn điều trị cần được xem xét cho dù bác sĩ đó không triển khai đầy đủ các phương pháp. Đôi khi, lựa chọn điều trị tốt nhất là giới thiệu bệnh nhân đi cấy tóc hoặc các

phương pháp điều trị thủ thuật khác mà bác sĩ riêng lẻ có thể không thực hiện. Một trong những điểm quan trọng nhất cần thảo luận là AGA là một tình trạng tiến triển mạn tính và hầu hết các phương pháp điều trị sẽ chỉ cải thiện một phần tình trạng và có thể làm chậm sự tiến triển của nó.

Tất cả các lựa chọn dựa trên bằng chứng nên được thảo luận và nên bao gồm hiệu quả, hồ sơ tác dụng phụ, tính dễ sử dụng (tuân thủ) và chi phí. Tại thời điểm đó, lựa chọn của bệnh nhân là xác định điều gì là quan trọng nhất đối với họ, sau khi tham khảo ý kiến bác sĩ, khi đưa ra các lựa chọn điều trị. Rất thường xuyên, điều này có thể bao gồm sự kết hợp của các phương pháp điều trị và có thể thay đổi theo thời gian

13. KẾT LUẬN

Có nhiều lựa chọn khác nhau để điều trị AGA, bao gồm thuốc uống và thuốc bôi, liệu pháp hormone, dược phẩm dinh dưỡng, PRP, exosome, microneedling và các kỹ thuật xâm lấn hơn như cấy tóc. Việc điều trị AGA có thể đặc biệt khó khăn do đáp ứng của bệnh nhân với các liệu pháp thông thường không đồng đều và thậm chí là sự hiểu biết chưa đầy đủ về cơ chế bệnh sinh chính xác của chính tình trạng này.

Bệnh nhân phải tuân thủ điều trị suốt đời vì AGA tiếp tục tiến triển nếu ngừng điều trị. Finasteride đường uống, minoxidil bôi tại chỗ và LLLT hiện là những phương pháp điều trị duy nhất được FDA chấp thuận, tất cả đều có thể có hiệu quả trong điều trị BN cụ thể. Tuy nhiên, việc lựa chọn một liệu pháp thích hợp nên xem xét đến độ tuổi và mối quan tâm về thẩm mỹ, lối sống và sở thích cá nhân, khả năng tiếp cận điều trị, sự tuân thủ, mức độ rụng tóc và ngân sách tài chính.

Người bác sĩ lâm sàng có nghĩa vụ đạo đức là làm những gì tốt nhất cho bệnh nhân: Cung cấp các phương pháp điều trị có hiệu quả cao nhất và ít tác dụng phụ nhất và loại trừ khoản bồi thường tài chính cá nhân như một yếu tố trong việc lựa chọn phương pháp điều trị. Các bác sĩ nên tư vấn cho bệnh nhân về tất cả các lựa chọn điều trị AGA có thể có để cả hai bên có thể đưa ra quyết định sáng suốt. Hơn nữa, khi bác sĩ thiếu kinh nghiệm hoặc không thể cung cấp phương thức điều trị cụ thể có thể phù hợp hơn với nhu cầu của bệnh nhân, họ nên sẵn sàng giới thiệu một đồng nghiệp có chuyên môn có thể đưa ra phương thức cụ thể đó.

Mặc dù nhiều liệu pháp được báo cáo là hữu ích và dung nạp tốt, hầu hết các nghiên cứu vẫn bị hạn chế bởi cỡ mẫu nhỏ và các phương pháp nghiên cứu khác nhau. So sánh trực tiếp giữa các lựa chọn điều trị khác nhau không được báo cáo phổ biến. Kết quả là, hiệu quả điều trị thường bắt nguồn từ việc so sánh nghiên cứu chéo các kết quả được công bố. Các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng chất lượng cao trong tương lai và các thử nghiệm trực tiếp nên được tiến hành để mô tả rõ hơn sự thay đổi thực tế về số lượng tóc so với nhóm dùng giả dược/đối chứng, đặc biệt là những thử nghiệm sử dụng sự thay đổi về số lượng tóc anagen vì mang lại đánh giá hiệu quả chính xác hơn. Nghiên cứu sâu hơn về những hướng này sẽ giúp bác sĩ và bệnh nhân có thể đưa ra quyết định sáng suốt hơn khi lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mark S. Nestor, Glynis Ablon, Anita Gade, Haowei Han, and Daniel L. Fischer, treatment options for androgenetic alopecia: Efficacy, side effects, compliance, financial considerations, and ethics; *J Cosmet Dermatol*. 2021 dec; 20(12): 3759-3781
2. York K, Meah N, Bhojru B, Sinclair R. A review of the treatment of male pattern hair loss. *Expert Opin Pharmacother*. 2020;21(5):603-612.
3. Adil A, Godwin M. The effectiveness of treatments for androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(1):136-141.e5.
4. Panchaprateep R, Lueangarun S. Efficacy and safety of oral minoxidil 5 mg once daily in the treatment of male patients with androgenetic alopecia: an open-label and global photographic assessment. *Dermatol Ther*. 2020;10(6):1345-1357
5. Rundegren J. A one-year observational study with minoxidil 5% solution in Germany: results of independent efficacy evaluation by physicians and patients. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(3):P91.
6. Olsen EA, Whiting D, Bergfeld W, et al. A multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of a novel formulation of 5% minoxidil topical foam versus placebo in the treatment of androgenetic alopecia in men. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(5):767-774.
7. Suchonwanit P, Thammarucha S, Leerunyakul K. Minoxidil and its use in hair disorders: a review. *Drug Des Devel Ther*. 2019;13:2777-2786
8. Caserini M, Radicioni M, Leuratti C, Terragni E, Iorizzo M, Palmieri R. Effects of a novel finasteride 0.25% topical solution on scalp and serum dihydrotestosterone in healthy men with androgenetic alopecia. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2016;54(1):19-27.
9. Mysore V, Shashikumar BM. Guidelines on the use of finasteride in androgenetic alopecia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;82(2):128-134.
10. Sato A, Takeda A. Evaluation of efficacy and safety of finasteride 1 mg in 3177 Japanese men with androgenetic alopecia. *J Dermatol*. 2012;39(1):27-32.
11. Hirshburg JM, Kelsey PA, Therrien CA, Gavino AC, Reichenberg JS. Adverse effects and safety of 5-alpha reductase inhibitors (Finasteride, Dutasteride): a systematic review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2016;9(7):56-62.
12. Pereira AFJR, Coelho T. Post-finasteride syndrome. *An Bras Dermatol*. 2020;95(3):271-277.

13. Home - welcome to the post-finasteride foundation - the post-finasteride syndrome foundation. Published December 19, 2016. <https://www.pfsfoundation.org/>. Accessed February 24, 2021.
14. Herz-Ruelas ME, Álvarez-Villalobos NA, Millán-Alanís JM, et al. Efficacy of intralesional and oral dutasteride in the treatment of androgenetic alopecia: a systematic review. *Skin Appendage Disord.* 2020;6(6):338-345.
15. Saceda-Corralo D, Rodrigues-Barata AR, Vañó-Galván S, Jaén-Olasolo P. Mesotherapy with dutasteride in the treatment of androgenetic alopecia. *Int J Trichology.* 2017;9(3):143-145.
16. Sinclair RD. Female pattern hair loss: a pilot study investigating combination therapy with low-dose oral minoxidil and spironolactone. *Int J Dermatol.* 2018;57(1):104-109.
17. Randolph M, Tosti A. Oral minoxidil treatment for hair loss: a review of efficacy and safety. *J Am Acad Dermatol.* 2020;84(3):737-746.
18. Vañó-Galván S, Pirmez R, Hermosa-Gelbard A, et al. Safety of low-dose oral minoxidil for hair loss: a multicenter study of 1404 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2021;84(6):1644-1651.
19. Levy LL, Emer JJ. Female pattern alopecia: current perspectives. *Int J Womens Health.* 2013;5:541-556
20. Paradisi R, Porcu E, Fabbri R, Seracchioli R, Battaglia C, Venturoli S. Prospective cohort study on the effects and tolerability of flutamide in patients with female pattern hair loss. *Ann Pharmacother.* 2011;45(4):469-475.
21. Ismail FF, Meah N, Trindade de Carvalho L, Bhojru B, Wall D, Sinclair R. Safety of oral bicalutamide in female pattern hair loss: a retrospective review of 316 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(5):1478-1479
22. Coneac A, Muresan A, Orasan MS. Antiandrogenic therapy with ciproterone acetate in female patients who suffer from both androgenetic alopecia and acne vulgaris. *Clujul Med.* 2014;87(4):226-234
23. Darwin E, Heyes A, Hirt PA, Wikramanayake TC, Jimenez JJ. Low-level laser therapy for the treatment of androgenic alopecia: a review. *Lasers Med Sci.* 2018;33(2):425-434
24. RED light treatment for hair loss - the science behind REVIAN RED. Published December 21, 2019. <https://revian.com/about-revian-red/>. Accessed March 8, 2021.
25. Esmat SM, Hegazy RA, Gawdat HI, et al. Low level light-minoxidil 5% combination versus either therapeutic modality alone in management of female patterned hair loss: a randomized controlled study. *Lasers Surg Med.* 2017;49(9):835-843.
26. Hesseler MJ, Shyam N. Platelet-rich plasma and its utilities in alopecia: a systematic review. *Dermatol Surg.* 2020;46(1):93-102.
27. Hausauer AK, Jones DH. Evaluating the efficacy of different platelet-rich plasma regimens for management of androgenetic alopecia: a single-center, blinded, randomized clinical trial. *Dermatol Surg.* 2018;44(9):1191-1200
28. Kwack MH, Seo CH, Gangadaran P, et al. Exosomes derived from human dermal papilla cells promote hair growth in cultured human hair follicles and augment the hair-inductive capacity of cultured dermal papilla spheres. *Exp Dermatol.* 2019;28(7):854-857.
29. Zhou L, Wang H, Jing J, Yu L, Wu X, Lu Z. Regulation of hair follicle development by exosomes derived from dermal papilla cells. *Biochem Biophys Res Commun.* 2018;500(2):325-332.
30. Ocampo-Garza SS, Fabbrocini G, Ocampo-Candiani J, Cinelli E, Villani A. Micro needling: a novel therapeutic approach for androgenetic alopecia, a review of literature. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e14267.
31. Neerja P. A study on the efficacy of microneedling with minoxidil solution versus microneedling with hair multivitamin solution for the treatment of androgenetic alopecia. *Int J Dermatol Clin Res.* 2020;6(1):10-12.
32. Parajuli S, Paudel U. Microneedling for androgenetic alopecia not responding to conventional treatment. *Our Dermatol Online.* 2020;11(2):140-142.
33. Jha AK, Vinay K, Zeeshan M, Roy PK, Chaudhary RKP, Priya A. Platelet-rich plasma and microneedling improves hair growth in patients of androgenetic alopecia when used as an adjuvant to minoxidil. *J Cosmet Dermatol.* 2019;18(5):1330-1335.
34. Faghihi G, Nabavinejad S, Mokhtari F, Fatemi Naeini F, Iraj F. Microneedling in androgenetic alopecia; comparing two different depths of microneedles. *J Cosmet Dermatol.* 2021;20(4):1241-1247

35. Ablon G, Kogan S. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of a nutraceutical supplement for promoting hair growth in perimenopausal, menopausal, and postmenopausal women with thinning hair. *J Drugs Dermatol*. 2021;20(1):55-61.
36. Efficacy of the New Viviscal Professional Strength Oral Supplement in Females With Thinning Hair. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02302053>. Accessed April 26, 2021.
37. Kalwat JI. The use of serenoa repens (Saw Palmetto) in hair care products. *Biomed J Sci Tech Res*. 2019;13(1):9725-9728.
38. Ezekwe N, King M, Hollinger JC. The use of natural ingredients in the treatment of alopecias with an emphasis on central centrifugal cicatricial alopecia: a systematic review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2020;13(8):23-27.
39. Fields JR, Vonu PM, Monir RL, Schoch JJ. Topical ketoconazole for the treatment of androgenetic alopecia: a systematic review. *Dermatol Ther*. 2020;33(1):e13202.
40. Zhou Y, Chen C, Qu Q, et al. The effectiveness of combination therapies for androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther*. 2020;33(4):e13741.
41. Sharma A, Goren A, Dhurat R, et al. Tretinoin enhances minoxidil response in androgenetic alopecia patients by upregulating follicular sulfotransferase enzymes. *Dermatol Ther*. 2019;32(3):e12915.
42. Abdel-Raouf H, Aly UF, Medhat W, Ahmed SS, Abdel-Aziz RTA. A novel topical combination of minoxidil and spironolactone for androgenetic alopecia: clinical, histopathological, and physicochemical study. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14678.
43. Alves R, Grimalt R. Platelet-rich plasma in combination with 5% minoxidil topical solution and 1 mg oral finasteride for the treatment of androgenetic alopecia: a randomized placebo-controlled, double-blind, half-head study. *Dermatol Surg*. 2018;44(1):126-130.
44. Inamadar A, Kumar M, Palit A. A randomized controlled, single-observer blinded study to determine the efficacy of topical minoxidil plus microneedling versus topical minoxidil alone in the treatment of androgenetic alopecia. *J Cutan Aesthet Surg*. 2018;11(4):211. 10.4103/jcas.jcas_130_17
45. Chouhan K, Roga G, Kumar A, Gupta J. Approach to hair transplantation in advanced grade baldness by follicular unit extraction: a retrospective analysis of 820 cases. *J Cutan Aesthet Surg*. 2019;12(4):215-222.
46. Kayiran O, Cihandide E. Evolution of hair transplantation. *Plast Aesthet Res*. 2018;5(3):9.
47. Sun HY, Sebaratnam DF. Clascoterone as a novel treatment for androgenetic alopecia. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45(7):913-914.
48. Yale K, Pourang A, Plikus MV, Mesinkovska NA. At the crossroads of 2 alopecias: androgenetic alopecia pattern of hair regrowth in patients with alopecia areata treated with oral Janus kinase inhibitors. *JAAD Case Rep*. 2020;6(5):444-446.
49. Blume-Peytavi U, Lönnfors S, Hillmann K, Garcia BN. A randomized double-blind placebo-controlled pilot study to assess the efficacy of a 24-week topical treatment by latanoprost 0.1% on hair growth and pigmentation in healthy volunteers with androgenetic alopecia. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66(5):794-800.
50. Gupta AK, Bamimore MA, Foley KA. Efficacy of non-surgical treatments for androgenetic alopecia in men and women: a systematic review with network meta-analyses, and an assessment of evidence quality. *J Dermatolog Treat*. 2020:1-11.
51. Dhurat R, Chitallia J, May TW, et al. An open-label randomized multicenter study assessing the noninferiority of a caffeine-based topical liquid 0.2% versus minoxidil 5% solution in male androgenetic alopecia. *Skin Pharmacol Physiol*. 2017;30(6):298-305.

BÁO CÁO LÂM SÀNG CA BỎNG HÔ HẤP MỨC ĐỘ NẶNG, NGẠT KHÓI

^{1,2} Nguyễn Hải An, ^{1,2} Trần Đình Hùng, ¹ Ngô Tuấn Hưng

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

TÓM TẮT

Bỏng hô hấp gây ra các tổn thương đường khí đạo, giảm ô xy hoá máu, làm tăng thêm 20% nguy cơ tử vong và là yếu tố liên quan độc lập với tử vong trên bệnh nhân bỏng nặng. Điều trị bỏng hô hấp còn nhiều thách thức đặt ra cho các nhà lâm sàng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bỏng hô hấp mức độ nặng, ngộ độc khí CO điều trị tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

Từ khóa: Bỏng hô hấp, khí dung, nội soi phế quản

SUMMARY

Inhalation injury caused airway damage, hypoxia, increased the risk of death by 20%, and was independently associated with mortality in severe burn patients. Treatment of Inhalation injury remains challenging for clinicians. We report a case of severe inhalation injury, carbon monoxide poisoning treated at the Intensive Care Unit (ICU), Le Huu Trac National Burn Hospital.

Keywords: Inhalation injury, nebulized, endoscopic bronchoscopy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương bỏng hô hấp xảy ra do sự kết hợp của các yếu tố:

1) Tổn thương trực tiếp niêm mạc đường hô hấp do hít phải hơi nóng hoặc khí nóng. 2) Tổn thương tại chỗ khí phế quản, phế nang và toàn thân do hít phải các khí độc. 3) Giảm vận chuyển oxy trong

cơ thể do ngộ độc khí Carbon Monoxide (CO) hoặc suy giảm khả năng sử dụng oxy do ngộ độc xyanua [1], [2], [3]. Tổn thương bỏng hô hấp đã được các nghiên cứu chứng minh là yếu tố liên quan độc lập với tử vong [4]. Phác đồ hiện nay điều trị bỏng hô hấp gồm thông khí nhân tạo, chiến lược khí dung, chiến lược chăm sóc và kháng sinh. Mục tiêu của thông báo là nhận xét điều trị thành công một ca bỏng hô hấp mức độ nặng, kèm theo ngộ độc khí.

Chịu trách nhiệm: Ngô Tuấn Hưng, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: tuanhungvb@gmail.com

Ngày gửi bài: 10/1/2024; Ngày nhận xét: 05/4/2024;

Ngày duyệt bài: 28/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.285>

2. THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ và tên: Đặng Văn M., 27 tuổi, nam.

Quê quán: Phương Mao, Quê Võ, Bắc Ninh

Chẩn đoán: Bồng hô hấp mức độ nặng, ngạt khí.

Vào viện: Ngày 09/06/2023, chuyển Khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng ngày 22/06/2023.

2.1. Tiền sử

Bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh.

2.2. Bệnh sử và diễn biến

Khoảng 23 giờ 30 phút, ngày 08/06/2023, nhà bệnh nhân bị cháy (nhà bán hàng các vật dụng bằng nhựa và sao su), bệnh nhân bất tỉnh trong nhà, không tự thoát ra được. Lực lượng cứu hộ cứu ra ngoài sau cháy khoảng hơn 2 giờ đồng hồ, đưa ra ngoài sau khoảng 30 phút thì tỉnh lại.

Bệnh nhân được cấp cứu tại bệnh viện huyện và tỉnh (thở ô xy và truyền dịch). Chuyển vào Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác sau 6 giờ trong tình trạng gọi hỏi biết, đáp ứng còn chậm, khó nói, khó thở, khạc đờm bồ hóng, nói khàn, nuốt vướng. Tự thở, thở ô xy mask 10 lít/phút, tần số thở 24 lần/phút, SpO₂ 93%, rì rào phế nang hai phổi rõ. Mạch 110 chu kỳ/phút, huyết áp 150/90mmHg, đã bài niệu từ lúc bị bồng. Không có bồng da kết hợp. Xét nghiệm: pH 7,29; lactac: 7,5 mmol/l; HCO₃⁻: 19,4 mmol/l; BE⁻: -7 mmol/l; Glucose: 7,6 mmol/l; Bạch cầu: 20,7 G/L; Tiểu cầu: 139G/L.

Bệnh nhân đã được đặt ống nội khí quản, nội soi khí phế quản thấy nắp thanh môn bị co lại, toàn bộ niêm mạc khí quản, phế quản thùy, phế quản phân thùy đen, bồ hóng bám. Bệnh nhân được điều trị: thông khí nhân tạo Vt thấp, FiO₂ 100%;

truyền đường (Glucose 5%); khí dung kết hợp Heparin (ngày 2 lần, mỗi lần 10.000 UI), N-Acetylcystein (ngày 2 lần, mỗi lần 300mg) và Pulmicort (ngày 2 lần, mỗi lần 500mcg); kháng sinh kết hợp Doripenem (1,5 g/ngày) và Ciprobay (1,2 g/ngày); truyền dịch (Glucose 5%). Chế độ chăm sóc: Nằm đầu cao 30 độ so với mặt giường, hút đờm qua sonde hút kín 3 giờ/lần, thay đổi tư thế 4 giờ/lần (bao gồm cả tư thế nằm sấp), kết hợp tập phục hồi chức năng phổi từ sớm. Trong quá trình nội soi không tiến hành bơm rửa, chỉ hút hết bồ hóng bám trên niêm mạc đường thở, lộ đường thở xung huyết, nhiều điểm cháy máu.

Trong 4 ngày đầu sau bồng, mỗi ngày bệnh nhân sốt 1 - 2 cơn trên 39 độ C. Khi hút đường thở bằng sonde hút kín thấy đường thở tăng tiết nhiều đờm đen kèm theo máu đông, nghe phổi rì rào phế nang hai nền phổi mất. Thở máy PaO₂/FiO₂ chỉ quanh 150mmHg; PaCO₂ có xu hướng tăng; tiểu cầu xu hướng giảm thấp: 88G/L (12/09); procalcitonin tăng: 19,7ng/ml (10/06). X - quang phổi thẳng: Hai phổi có các đám mờ toàn bộ hai phế trường.

Từ ngày thứ 5 sau bồng, nhiều dị vật trong đường thở do hoại tử rụng, máu đông, tăng dịch tiết đờm dẫn đến tạo thành các cục tắc nghẽn. Có thời điểm bệnh nhân biểu hiện tím tái, khó thở, chúng tôi tiến hành nội soi. Nội soi khí phế quản có nhiều mảng hoại tử đường thở rụng, các cục máu đông và đờm gây tắc hoàn toàn các phế quản phân thùy; nhiều mảng hoại tử đường thở lẫn máu đông ở phế quản thùy và khí quản. Đã tiến hành gấp các mảng hoại tử đường thở lẫn máu đông, hút đờm. Bên cạnh đó, tiến hành mở khí quản thấp.

Hàng ngày, nội soi khí phế quản, làm sạch đường thở. Kết hợp với khí dung, tập phục hồi chức năng hô hấp. Diễn biến cải thiện dần.

Ngày thứ 10 sau bông, cai thở máy cho bệnh nhân, cho bệnh nhân tập thở, vẫn duy trì khí dung và tập phục hồi chức năng hô hấp.

Ngày thứ 13 sau bông, rút canyyn mở khí quản, cho bệnh nhân tập thở, vẫn duy trì khí dung và tập phục hồi chức năng hô hấp.

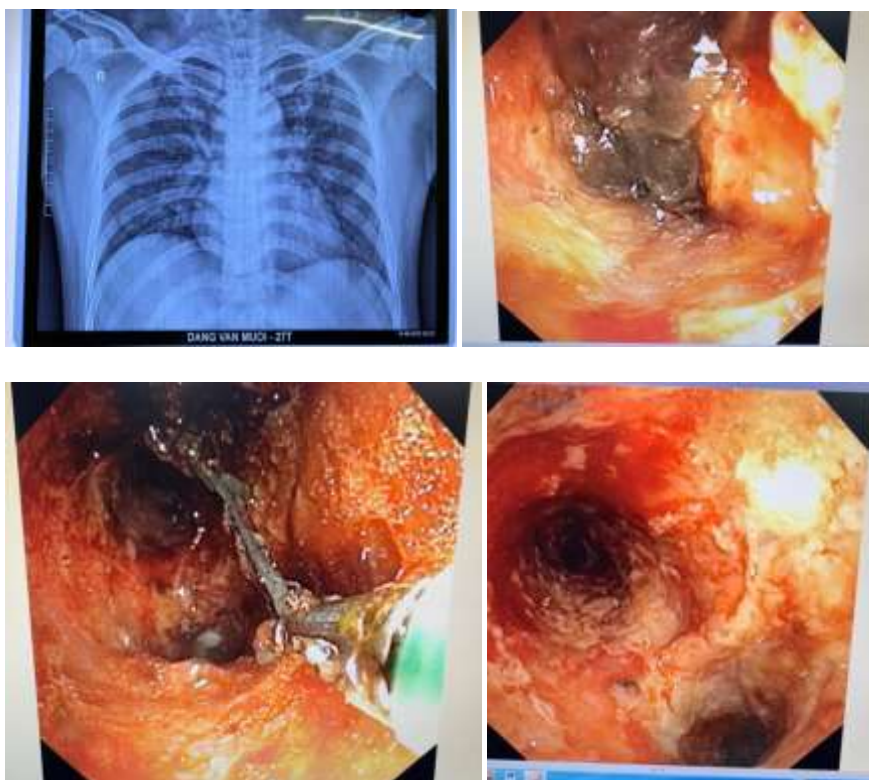
Ngày thứ 15 bệnh nhân ổn định, chuyển Khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng điều trị tiếp.



Hình 1. X - quang phổi và hình ảnh nội soi lúc vào viện



Hình 2. Hình ảnh nội soi ngay sau làm sạch đường thở



Hình 3. Hình ảnh X - quang và nội soi ngày thứ 5 sau bông

3. BÀN LUẬN

Bông hô hấp là một thể bông nặng, diễn biến phức tạp, điều trị khó khăn và là yếu tố liên quan độc lập đến tử vong trong bông [4]. Tổn thương đường hô hấp nhẹ đặc trưng bởi phù nề, xung huyết nhẹ đường hô hấp và nội soi khí phế quản ban đầu không có bỏ hóng trên niêm mạc đường hô hấp; trong khi, bông hô hấp mức độ nặng biểu hiện bằng các điểm loét, hoại tử niêm mạc đường hô hấp và nội soi khí phế quản ban đầu đóng cặn bỏ hóng trên niêm mạc [5]. Mức độ bông hô hấp của bệnh nhân chúng tôi là nặng.

Mục tiêu điều trị bông hô hấp là hỗ trợ thông khí, ngăn ngừa tổn thương phổi thứ phát, khôi phục lại sự thông thoáng của đường thở [6], [7]. Chiến lược thông khí Vt thấp, hạn chế áp lực (thể tích khí lưu thông

6ml/kg cân nặng lý tưởng, áp lực đường thở ổn định < 30 cmH₂O), chấp thuận tăng CO₂ máu trong giới hạn cho phép đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị bông hô hấp [1], [8].

Mặt khác, do bệnh nhân ngất trong nhà, hít khói độc nhiều, sản phẩm cháy của nhựa và cao su có nhiều Carbon monoxide (CO) và Xyanua. Do vậy, chúng tôi đã cho bệnh nhân thở FiO₂ 100% và truyền Glucose 5%, kèm theo kiểm soát đường máu 2 giờ/lần.

Nội soi khí phế quản ống mềm được sử dụng như là một công cụ điều trị. Tác dụng làm sạch đường thở, khôi phục lại sự thông thoáng của đường thở. Điều này đã được các nghiên cứu chứng minh trong giảm thời gian thở máy và giảm thời gian nằm ở khoa Hồi sức cấp cứu ở bệnh nhân bông hô hấp [9], [10]. Chúng tôi tiến hành

nội soi hàng ngày, loại bỏ dị vật, máu cục, làm thông thoáng đường thở.

Thời điểm mở khí quản ở bệnh nhân bông hô hấp còn chưa có sự đồng thuận, dao động từ 1 đến 2 tuần sau bông [10]. Mở khí quản sớm góp phần mang lại sự thỏa mái cho bệnh nhân và đảm bảo an toàn đường thở [11]. Trên bệnh nhân sau khi có biểu hiện hoại tử rụng nhiều, máu đông, tăng dịch tiết đờm cùng với các các tế bào viêm và fibrin dẫn đến tạo thành các cục tắc nghẽn tạo nguy cơ không an toàn cho đường thở, chúng tôi tiến hành mở khí quản thấp vào ngày thứ 4 sau bông. Sau mở, nội soi khí phế quản, loại bỏ các cục tắc nghẽn dễ dàng hơn, không có hiện tượng bít tắc đường thở.

Vai trò hiệu quả của khí dung đường thở đã được nhiều tác giả chứng minh. Thuốc chống đông máu dạng khí dung (Heparin) kết hợp với N-acetylcystein và Pulmicort làm giảm sự lắng đọng fibrin trong đường thở, cải thiện ô xy hóa máu, giảm hình thành cục máu đông, giảm phù phổi, không làm nặng thêm tình trạng tổn thương phổi [12].

Bệnh nhân được chăm sóc toàn diện gồm nằm cao đầu theo tư thế fowler (nằm đầu cao 30 - 40 độ so với mặt giường), thay đổi tư thế thường xuyên 4 giờ/lần (kể cả nằm sấp) - dẫn lưu tư thế các dịch tiết, chăm sóc răng miệng, kết hợp với tập phục hồi chức năng sớm đã đem lại hiệu quả tích cực.

4. KẾT LUẬN

Nội soi khí phế quản ống mềm được sử dụng như là một công cụ điều trị bệnh nhân bông hô hấp; kết hợp với thông khí thể tích lưu thông thấp, khí dung, kháng sinh và chăm sóc toàn diện. Mở khí quản sớm cần được cân nhắc ở bệnh nhân bông hô hấp mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goh CT, Jacobs S (2016)**. Ventilation strategies in paediatric inhalation injury. *Paediatric respiratory reviews*, 20:3-9.
2. **Jones SW, Williams FN, Cairns BA, Cartotto R (2017)**. Inhalation injury: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Clinics in plastic surgery*, 44(3):505-511.
3. **Cuthbertson D (1942)**. Post-shock metabolic response. *The Lancet*, 239(6189):433-437.
4. **Sterner JB, Zanders TB, Morris MJ, Cancio LC (2009)**. Inflammatory mediators in smoke inhalation injury. *Inflammation & Allergy-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Inflammation & Allergy)(Discontinued)*, 8(1):63-69.
5. **Barrow RE, Spies M, Barrow LN, Herndon DN (2004)**. Influence of demographics and inhalation injury on burn mortality in children. *Burns*, 30(1):72-77.
6. **Reid A, Ha JF (2019)**. Inhalational injury and the larynx: A review. *Burns*, 45(6):1266-1274.
7. **Romanowski KS, Palmieri TL, Sen S, Greenhalgh DG (2016)**. More than one-third of intubations in patients transferred to burn centers are unnecessary: proposed guidelines for appropriate intubation of the burn patient. *Journal of burn care & research*, 37(5):e409-e414.
8. **Dries DJ, Endorf FW (2013)**. Inhalation injury: epidemiology, pathology, treatment strategies. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 21:1-15.
9. **Marek K, Piotr W, Stanislaw S, Stefan G, Justyna G, Mariusz N, Andriessen A (2007)**. Fiberoptic bronchoscopy in routine clinical practice in confirming the diagnosis and treatment of inhalation burns. *Burns*, 33(5):554-560.
10. **Bittner EA, Shank E, Woodson L, Martyn JJ (2015)**. Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, 122(2):448-464.
11. **Saffle JR, Morris SE, Edelman L (2002)**. Early tracheostomy does not improve outcomes in burn patients. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 23(6):431-438.
12. **Holt J, Saffle JR, Morris SE, Cochran A (2008)**. Use of inhaled Heparin/N-acetylcysteine in inhalation injury: does it help? *Journal of burn care & research*, 29(1):192-195.

ỨNG DỤNG HÚT ÁP LỰC ÂM ĐIỀU TRỊ BỎNG VÀ TỔN THƯƠNG PHẦN MỀM SÂU LỘ GÂN, XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Phan Anh, Nguyễn Hồng Đạo, Phạm Trung Dũng,
Nguyễn Văn Dương, Nguyễn Anh Tú,
Nguyễn Phúc Hiệp, Đỗ Văn Thiều

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

TÓM TẮT

Điều trị các khuyết hổng mô mềm phức tạp với xương, gân lộ ra ngoài luôn là một nhiệm vụ đầy thách thức đối với bác sĩ phẫu thuật. Mặc dù các thủ thuật vạt được coi là tiêu chuẩn để giải quyết các khuyết hổng mô mềm phức tạp lộ gân, xương nhưng cũng có rất nhiều khó khăn như thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ huyết khối, tình trạng vết thương phức tạp.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, chúng tôi bắt đầu áp dụng liệu pháp hút áp lực âm cho những ca bệnh này nhằm nâng cao hiệu quả điều trị, như một biện pháp thay thế với các kết quả bước đầu rất khả quan.

Từ khoá: *Áp lực âm, bông*

ABSTRACT

The management of complicated soft tissue defects with exposed bones/tendons is always a challenging task for the surgeon. Though flap procedures are considered the standard for managing complex soft tissue defects with exposed bones/tendons yet small blood vessels for anastomosis, long operative period, increased chances of perioperative thrombosis. In VietCzech Friendship Hospital in Hai Phong, with 3 cases that applied Vacuum Assisted closure therapy in the treatment of wounds with exposed bones/tendons, we found that: Vacuum-assisted closure (VAC) therapy has emerged as a novel modality for the management of difficult wounds with added advantages.

Keywords: *Vacuum-assisted closure therapy (VAC), burn*

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hồng Đạo; Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

Email: nguyenhongdao@gmail.com

Ngày gửi bài: 15/8/2023; Ngày nhận xét: 20/3/2024; Ngày duyệt bài: 28/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.282>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với những khuyết phần mềm sau bỏng, vết thương nhiễm trùng, vết thương mạn tính, việc chuẩn bị nền vết thương sạch, mô hạt mọc tốt mang tính quyết định cho thành công của điều trị phẫu thuật che phủ tiếp theo. Bên cạnh việc điều trị kháng sinh, giảm phù nề, chăm sóc, thay băng, cắt lọc tổ chức hoại tử thông thường, việc kết hợp kỹ thuật hút áp lực âm (Vacuum Assisted Closure therapy - VAC) liên tục với các tác dụng chính là loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, giảm sự xâm nhập của vi khuẩn đồng thời cải thiện lưu lượng tưới máu cục bộ, tăng sinh mô hạt, tăng tân tạo mạch, cho thấy những hiệu quả tích cực [1].

Đã có nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả của VAC trong điều trị bệnh lý khuyết hổng phần mềm do nhiều nguyên nhân, nhưng còn ít các đánh giá về hiệu quả của phương pháp này với những tổn thương khuyết hổng kèm theo lộ gân,

xương. Những dạng tổn thương này cần được che phủ sớm để tránh hoại tử tiến triển. Phẫu thuật cắt lọc hoại tử, ghép da sớm đối với các tổn thương này thường thất bại [2].

VAC ngoài những tác dụng giúp loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, tăng tưới máu làm tăng tân tạo mạch, kích thích hình thành mô hạt, giảm tình trạng nhiễm khuẩn tại vết thương thì còn có tác dụng che phủ, giữ độ ẩm sinh lý vùng gân, xương bị lộ,... [3], [4]. Tuy nhiên, ở những vùng tổn thương lộ gân xương thường phức tạp, không bằng phẳng, việc đặt hệ thống máy VAC gặp nhiều khó khăn. Trong thời gian qua, tại Khoa Ngoại 11 - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, chúng tôi đã sử dụng trị liệu VAC trong điều trị một số tổn thương bỏng và khuyết hổng sâu vùng bàn, ngón tay, bàn chân có lộ tổ chức gân, xương, bước đầu thu được những kết quả tích cực. Trong bài báo này chúng tôi xin giới thiệu một số ca bệnh được điều trị thành công khi ứng dụng trị liệu này.



Hình 1. Hệ thống hút áp lực Cura VAC được sử dụng trong báo cáo

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Bệnh nhân Vũ Văn V., 41 tuổi

Bệnh nhân nam, bị bỏng do tai nạn lao động quả lô nóng của máy công nghiệp đập vào bàn tay trong 30 giây, vào viện với chẩn đoán: Bỏng nhiệt khô 40cm² độ IV, V, gan bàn và ngón 1, 4, 5 tay phải ngày thứ 5. Tổn thương bỏng chủ yếu mặt gan bàn tay và các ngón. Trong đó, ngón 4, 5 tổn thương độ V, hoại tử khô đen toàn bộ xương ngón 5 và đốt 2, 3 ngón IV, phần gan bàn tay hoại tử bán phần gân cơ và lộ xương bàn ngón 3. (Ảnh 2a).

Bệnh nhân được thay băng hàng ngày, kháng sinh, phẫu thuật cắt hoại tử tháo bỏ

toàn bộ ngón V và đốt 2, 3 ngón IV, gan bàn tay lộ xương bàn 3 với diện tích 2 x 0,5cm (Ảnh 2b). Sau cắt lọc được sử dụng liệu pháp hút áp lực âm với áp lực 100mmHg, chế độ hút liên tục 48 giờ.

Sau 5 liệu trình hút, mô hạt xung quanh lên đỏ, đẹp, che phủ một phần gân xương lộ, tiến hành phẫu thuật ghép da trên nền mô hạt, tiếp tục hút áp lực âm trên vùng da ghép và tổn thương lộ xương. Da ghép bám sống, tổn thương liền hoàn toàn sau 1 tuần (Ảnh 2c). Chúng tôi tiếp tục theo dõi kết quả điều trị sau 6 tháng, bàn tay phải còn giữ được chức năng vận động cầm, nắm và phần nào hình thể tự nhiên.

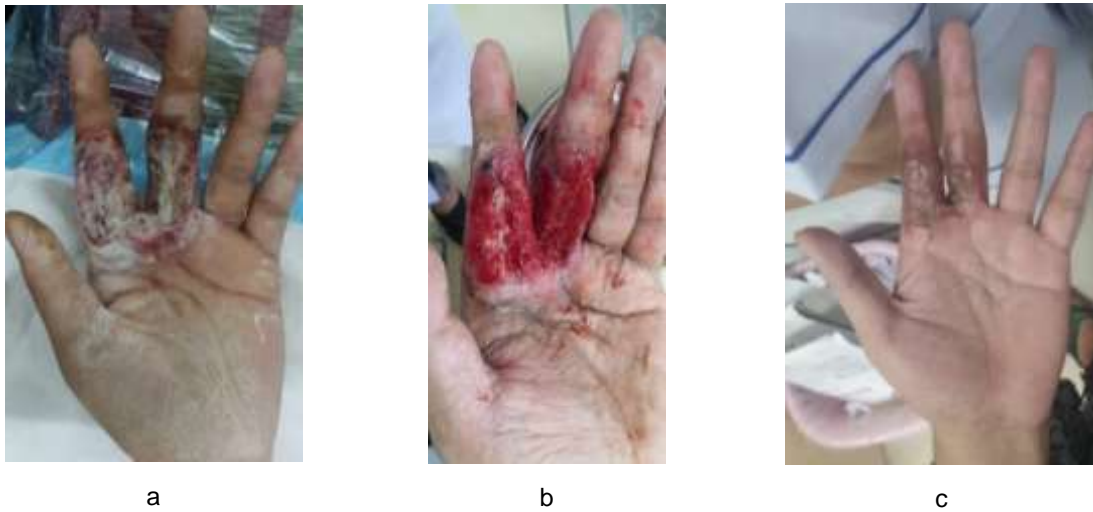


Hình 2. Bệnh nhân Vũ Văn V.,

2.2. Bệnh nhân Nguyễn Việt D. 22 tuổi

Bệnh nhân bị tai nạn lao động tương tự bệnh nhân trước, do máy ép nóng đập vào mặt gan đốt 1, 2 ngón 2, 3 tay trái. Được chẩn đoán khi vào viện bỏng nhiệt khô 20cm² độ V mặt gan ngón 2, 3 tay trái, cắt lọc sau 7 ngày điều trị thấy có hoại tử gân gấp sâu, lộ xương ngón 3 và hoại tử một

phần gân gấp ngón 2 (Ảnh 3a). Sau cắt lọc hoại tử, được hút áp lực âm liên tục với áp lực 100 mmHg, cho kết quả mô hạt lên đỏ, đẹp sau hơn 2 tuần (Ảnh 3b). Bệnh nhân được ghép da che phủ tổn thương, theo dõi sau 3 tháng vết thương liền đẹp, sẹo mềm mịn, giữ được hình thể và chức năng của bàn tay (Ảnh 3c).



Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Việt D.,

2.3. Bệnh nhân Đoàn Văn V., 63 tuổi

Bệnh nhân nam giới, vào viện với tổn thương hoại tử nhiễm trùng phần mềm mặt mu bàn chân phải trên nền bệnh đái tháo đường tuýp 2 và tăng huyết áp. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, ổn định đường máu và rạch tháo mủ, cắt lọc hoại tử ngày thứ 2, cắt lọc tổn thương hoại tử gân duỗi ngón I, II và lộ xương bàn I trên diện tích 6cm².

Áp dụng liệu pháp hút áp lực âm 100mmHg liên tục 2 tuần, mô hạt lên đỏ, đẹp, rướm máu, diện lộ xương thu bé lại (Ảnh 4a). Chúng tôi tiến hành phẫu thuật ghép da mảnh tự thân (Ảnh 4b), sau đó tiếp tục hút áp lực âm bề mặt da ghép và phần tổn thương lộ xương bàn I. Sau 7 ngày da ghép bám sống, tổn thương liền tốt, phần mềm đã che phủ được hết diện hở xương bàn chân.



Ảnh 4. Bệnh nhân Đoàn Văn V.,

3. BÀN LUẬN

Trong nhiều năm, các phẫu thuật viên sử dụng nhiều cách khác nhau để dẫn lưu dịch, mũ khỏi mô ở sâu vết thương như sử dụng lame cao su, ống, gạc, catheter thay băng. Tất cả những biện pháp trên có những bất cập là: Kéo dài phản ứng viêm; phải đặt gạc hấp thu vào đúng ổ dịch; gây hoại tử do áp lực dọc theo đường đặt ống và đôi khi tạo thành đường rò; những vị trí khó đặt ống có thể dẫn tới tình trạng làm tăng lượng dịch ở mô, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và gây nên những khó chịu cho người bệnh,... [5].

Để khắc phục những nhược điểm trên, trị liệu áp lực âm tính được nhà phẫu thuật tạo hình người Mỹ là Louis Argenta phát minh và ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng. Biện pháp này được sử dụng tại Mỹ năm 1995 và được FDA chứng nhận. Sau đó nó được ứng dụng rộng rãi trên toàn thế giới [2]. Tại Việt Nam, đã có rất nhiều báo cáo, nghiên cứu về ứng dụng của hút áp lực âm này với tổn thương khuyết hồng phần mềm và ngày càng được mở rộng đa dạng về chỉ định, cách thức với các tổn thương phức tạp hơn, các vị trí khó hơn.

Báo cáo của chúng tôi tập trung vào tổn thương phần mềm sâu ở vùng bàn tay và bàn chân. Đây là vùng đặc thù với tổn thương dễ gặp trong tai nạn lao động, sinh hoạt vì tiếp xúc trực tiếp với công cụ sản xuất, và luôn được xếp vào nhóm tổn thương nặng cần điều trị chuyên khoa do dễ tổn thương sâu, thường gây lộ gân, xương, khó bảo tồn, để lại di chứng nặng nề về chức năng, thẩm mỹ.

Thông thường, áp lực hút 125mmHg là lý tưởng cho quá trình hình thành mô

hạt [5], [6], [7]. Tuy nhiên việc lựa chọn áp lực hút phù hợp còn phụ thuộc vào từng vết thương cụ thể, ngưỡng cảm giác đau của mỗi người bệnh [2], [6], [7]. Đối với các ca bệnh này, chúng tôi đã lựa chọn phương pháp cắt lọc hoại tử, hút áp lực âm liên tục ngay sau khi loại bỏ hoại tử để bảo vệ các thành phần gân, xương bị lộ ra còn lại. Áp lực âm liên tục làm loại bỏ dịch tiết, giảm phù nề, nhiễm khuẩn, góp phần kích thích các mạch máu tân tạo và nguyên bào sợi di cư đến để sớm hình thành mô hạt, che phủ tổn thương, tránh hoại tử tiến triển.

Sau khi sử dụng liệu pháp VAC, tổn thương đã có mô hạt đỡ che phủ một phần xương còn lộ. Phẫu thuật ghép da che phủ ở thời điểm này và tiếp tục hút áp lực âm vùng lộ xương cũng như da ghép, tạo điều kiện cho mảnh da ghép bám sống, tiếp tục hình thành mô hạt che phủ xương còn lại. Cả 3 trường hợp đều cho kết quả liền hoàn toàn. Qua theo dõi, trong quá trình sử dụng liệu pháp, xương được che phủ, nuôi dưỡng tốt không hoại tử thứ phát. Bệnh nhân được tiếp tục tư vấn phục hồi chức năng sớm phối hợp, cho kết quả sớm tương đối khả quan.

4. KẾT LUẬN

Qua 3 ca lâm sàng, chúng tôi bước đầu nhận thấy được những hiệu quả của liệu pháp hút áp lực âm trong điều trị các tổn thương khuyết hồng phần mềm phức tạp ở bàn tay, chân kèm lộ gân, xương là rất tích cực, bảo tồn được tối đa cấu trúc giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Cần có các nghiên cứu dài hơn với số mẫu lớn, có số liệu so sánh đối chứng sâu hơn về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

11. Nguyễn Hồng Đạo, Nguyễn Đức Tiến và cộng sự, "Chăm sóc vết thương khuyết hồng phần mềm bằng liệu pháp hút áp lực âm sử dụng máy hút thường tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng, *Tạp chí Y học thảm họa và bỏng*, số 1 - 2016, tr. 63-65.
12. Nguyễn Thị Hương, Lê Đức Mẫn, Hồ Thị Vân Anh, "Ứng dụng thành công liệu pháp hút áp lực âm điều trị tổn thương bỏng sâu lộ gân, xương ngón tay ở trẻ em do dòng điện hạ thế", *Tạp chí Y học thảm họa và bỏng*, số 1 - 2022, tr. 63-68.
13. Eyvaz K, Kement M, et al, "Clinical evaluation of negative-pressure wound therapy in the management of electrical burns", *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2018 Sep, 24(5):456-461.
14. Ren Y, Chang P, Sheridan RL, "Negative wound pressure therapy is safe and useful in pediatric burn patients", *Int J Burns Trauma*, 2017 Apr 15, 7(2):12-16.
15. Sahin I, Eski M, Isik.S, "The role of negative pressure wound therapy in the treatment of fourth-degree burns", *Trends and new horizons*, 2012, 25(2): 92-97.
16. Trần Đoàn Đạo, Lê Nguyễn Diên Minh và cộng sự, "Đánh giá hiệu quả của máy hút áp lực âm trong điều trị các vết thương mạn tính kết quả bước đầu", *Tạp chí Y học thực hành*, tập 15, số 4 - 2011, tr. 198-204.
17. Pedrazzi NE, Naiken S, Scala GL, "Negative Pressure Wound Therapy in Pediatric Burn Patients", *Adv Wound Care*, 2021 May, 10(5):270-280.

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP U TẾ BÀO HẠT TYPE NGƯỜI LỚN Ở BUỒNG TRỨNG

^{1,2}Phan Thị Dung, ³Trịnh Hồng Sơn,
³Phạm Phúc Khánh, ³Nguyễn Sỹ Lánh,
³Hồ Đức Thường, ³Nguyễn Quốc Đạt, ³Nguyễn Thị Hiếu

¹Trường Đại học Y Dược/Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Báo cáo một trường hợp u tế bào hạt type người lớn ở buồng trứng được chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện và tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, các yếu tố tiên lượng.

Trường hợp lâm sàng: Bệnh nhân nữ 60 tuổi, được chẩn đoán u tế bào hạt người lớn ở buồng trứng trái giai đoạn sớm, được điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung, hai phần phụ. Bệnh nhân không điều trị bổ trợ. Sau mổ 2 năm, không ghi nhận tái phát hay di căn xa.

Kết luận: U tế bào hạt type người lớn ở buồng trứng cần chẩn đoán và điều trị sớm, phẫu thuật triệt căn là phương pháp hiệu quả. Bệnh có tiên lượng tốt, tùy giai đoạn bệnh mà quyết định phương pháp điều trị bổ trợ và cần theo dõi sau mổ lâu hơn các bệnh lý ung thư khác.

Từ khoá: U buồng trứng, u tế bào hạt, u tế bào hạt người lớn

ABSTRACT

Report of a case of adult-type granulosa cell tumor in the ovary diagnosed and treated at Viet Duc University Hospital. Study about clinical and paraclinical characteristics, treatment methods, and prognostic factors.

Clinical case: 60-year-old female patient, diagnosed with an early-stage adult-type granulosa cell tumor of the left ovary, treated with total hysterectomy, two appendages. The patient did not receive adjuvant treatment after surgery. After 2 years of surgery, no recurrence or distant metastasis was recorded.

Conclusion: For adult-type ovarian granulosa cell tumors, early diagnosis and treatment are needed. Radical surgery is an effective method. The disease has a good prognosis, adjuvant treatments are decided based on the stage of the disease, and longer monitoring is needed.

Keywords: Ovarian tumor, granulosa cell tumor, adult-type granulosa cell tumor

Chịu trách nhiệm: Phan Thị Dung, Trường Đại học Y Dược (Đại học Quốc gia Hà Nội)

Email: phanthizungvd@gmail.com

Ngày gửi bài: 02/4/2024; Ngày nhận xét: 10/4/2024; Ngày duyệt bài: 26/4/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.2.2024.316>

1. GIỚI THIỆU

Các khối u tế bào hạt là loại phổ biến nhất của khối u mô đệm dây sinh dục, chiếm khoảng 2 - 5% các khối u buồng trứng [1]. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn đầu và có tiên lượng tương đối thuận lợi. Xử trí phẫu thuật khối u tế bào hạt dựa trên giai đoạn của khối u cũng như tuổi của bệnh nhân. Phụ nữ tiền mãn kinh hoặc bệnh nhân xuất hiện bệnh ở giai đoạn đầu trong độ tuổi sinh sản thường được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ buồng trứng một bên và phẫu thuật cố gắng bảo tồn khả năng sinh sản. Ở phụ nữ sau mãn kinh và những người đã hoàn thành quá trình sinh con, phẫu thuật bao gồm cắt tử cung toàn phần qua đường bụng và cắt bỏ buồng trứng - buồng trứng hai bên tùy thuộc vào giai đoạn bệnh.

Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, với tỷ lệ sống sót sau 10 năm là 84 - 95% đối với khối u ở giai đoạn I, giảm xuống 50 - 65% đối với bệnh ở giai đoạn II và xuống 17 - 33% đối với giai đoạn III và IV [1]. Những bệnh nhân có khối u ở giai đoạn I có nguy cơ thấp nên được theo dõi [1]. Những bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn I có nguy cơ cao liên quan đến kích thước khối u lớn ($\geq 10 - 15$ cm), giai đoạn IC, khối u biệt hóa kém, chỉ số phân bào cao hoặc vỡ khối u có thể được xem xét hóa trị bổ trợ vì nguy cơ tái phát tăng lên [1]. Ý nghĩa tiên lượng của những yếu tố này và lợi ích của hóa trị vẫn chưa chắc chắn. Đối với những bệnh nhân có khối u tế bào hạt giai đoạn II - IV nên điều trị hoá chất sau phẫu thuật nhưng hiệu quả vẫn chưa được đánh giá rõ ràng do các khối u này hiếm gặp và thiếu các nghiên cứu có ý nghĩa [5].

Mục đích của nghiên cứu nhằm tìm hiểu các biểu hiện lâm sàng, đặc điểm bệnh lý, điều trị và kết quả theo dõi của bệnh nhân có khối u tế bào hạt được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện của chúng tôi.

2. BỆNH ÁN

Bệnh nhân nữ, sinh năm 1961, BMI 29; Nghề nghiệp: Nhân viên y tế. Mã hồ sơ: 2200177358.

Vào viện ngày 17 tháng 4 năm 2022; phẫu thuật ngày 17 tháng 4 năm 2022; ra viện ngày 25 tháng 4 năm 2022.

2.1. Lâm sàng

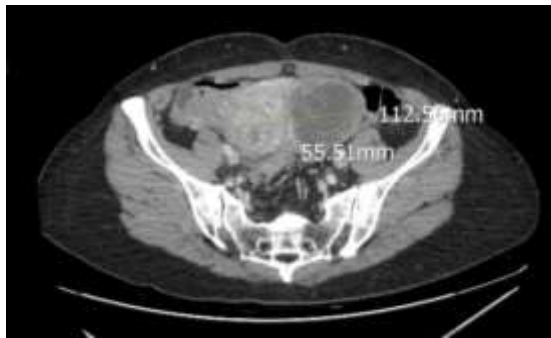
Bệnh nhân có tiền sử đẻ mổ 2 lần; không có tiền sử bệnh lý đặc biệt. Bệnh nhân không có dấu hiệu lâm sàng gì đặc biệt, mãn kinh 4 năm. Khám sức khoẻ định kỳ phát hiện khối vùng tiểu khung lệch trái nghi ngờ u buồng trứng.

2.2. Cận lâm sàng

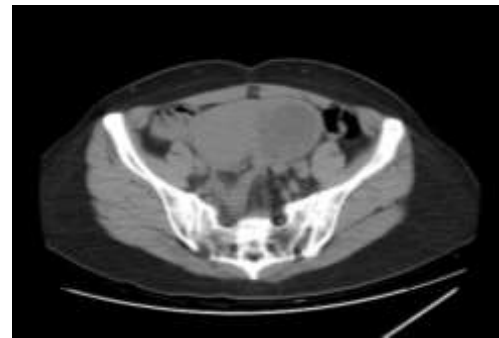
- Soi dạ dày và đại tràng phát hiện 01 polyp tăng sản ở đại tràng và 01 polyp tăng sản ở tâm vị dạ dày, đã được cắt qua nội soi.

- CT 64 dãy ngực: Không thấy hình ảnh bất thường

- CT 64 dãy bụng - tiểu khung: Buồng trứng trái có vài khối tỷ trọng không đồng nhất tập trung thành đám, khối lớn kích thước 34x35mm, bờ và ranh giới rõ, có thành phần nang và thành phần đặc sau tiêm có ngấm thuốc. Thành sau tử cung có khối tỷ trọng không đồng nhất kích thước 46x36mm, bờ và ranh giới rõ, sau tiêm ngấm thuốc không đều (hình 1).



Sau tiêm

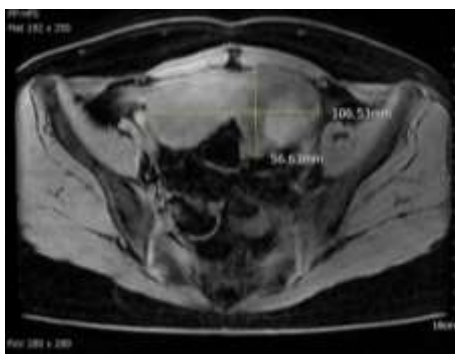


Trước tiêm

Hình 1: Chụp CT bụng tiểu khung

- MRI tiểu khung: Có hình ảnh khối buồng trứng trái 57x56x72mm, bờ đa cung, ranh giới rõ, bên trong có thành phần tăng tín hiệu trên T1W, giảm tín hiệu trên T2W, không thấy xoá tín hiệu mỡ trên in-out phase dạng chảy máu, hạn chế khuếch tán

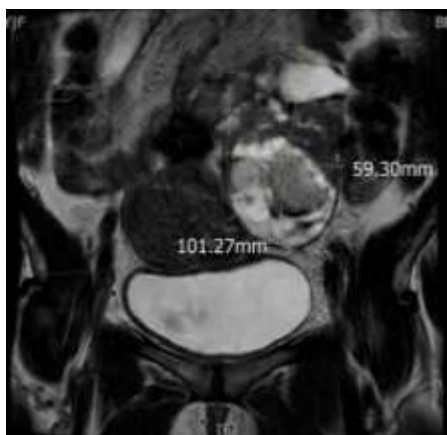
trên DWI/ADC, ngấm thuốc không đều sau tiêm. Thành phải sát đáy tử cung có khối 33x36mm giảm tín hiệu trên T2W, trên T1 fatsat, không hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, sau tiêm ngấm thuốc mạnh không đều, bờ và ranh giới rõ (hình 2).



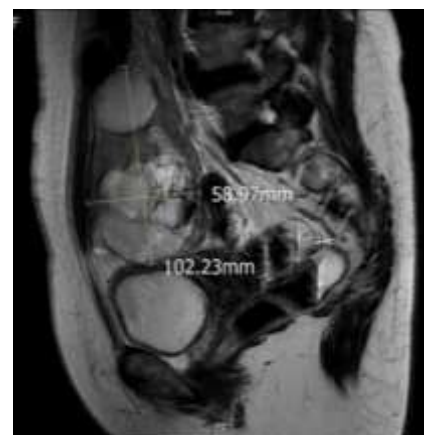
T1 xoá mỡ trước tiêm



T1 xoá mỡ sau tiêm



T2W coronal



T2W sagital

Hình 2: CHụp MRI tiểu khung

- Xét nghiệm: Alpha FP, CA125, HE4 đều nằm trong giới hạn bình thường.

- Phẫu thuật ngày 21 tháng 4 năm 2022, tổn thương trong mổ: Khối u kích thước 10x12cm, trong u có tổ chức đặc, có phần chứa dịch vàng trong và phần dịch nhày, có vách. Phương pháp phẫu thuật: Mổ mở cắt toàn bộ tử cung và 2 phần phụ.

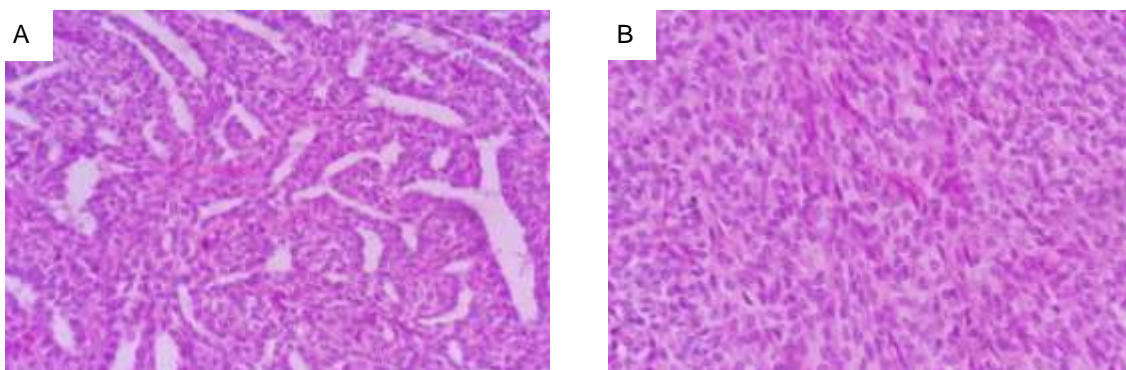
- Kết quả giải phẫu bệnh (Mã số Giải phẫu bệnh: VD22-11294):

+ Đại thể: khối u kích thước 10x6x5cm dính vòi tử cung và buồng trứng. U có vỏ mỏng ranh giới rõ, mặt cắt u có vùng đặc, màu xám vàng, mật độ khá chắc, có vùng tạo nang.

+Vi thể: Mô u gồm các tế bào nhân tròn hoặc oval có khía, bào tương hẹp, hiếm nhân chia. Tế bào sắp xếp cấu trúc dạng lan toả, đám, ổ, dây, bè hoặc vi nang, có vùng gợi ý cell-exner body (tế bào u vây quanh khoảng chứa chất tiết ưa toan. Không thấy hoại tử u.

+ Hóa mô miễn dịch: Tế bào u dương tính với CALRETININ, INHIBIN, CK (ổ nhỏ); âm tính với: CD99, SMA, PAX-8, EMA.

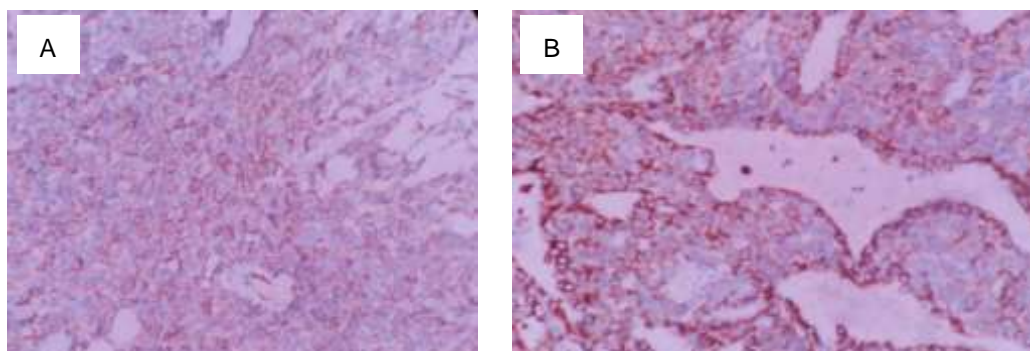
+ Kết luận: U tế bào hạt type người lớn của buồng trứng (Adult-type granulosa cell tumor)



Hình 3. Hình ảnh vi thể

Tế bào u sắp xếp thành dây bè và tạo cấu trúc vi nang, mô đệm u giàu mạch (A, HEx200); tế bào u tạo cấu trúc lan toả với nhân tế bào tròn hoặc bầu dục, đều, chất

nhuộm sắc mịn, rải rác có nhân khía (B, HEx400).



Hình 4. Hoá mô miễn dịch

Tế bào u dương tính với Inhibin (A, HMMDx200) và Calretinin (B, HMMDx200).

Sau mổ ổn định, hồi phục tốt, ra viện sau mổ 6 ngày. Không điều trị hoá chất, theo dõi định kỳ bằng siêu âm ổ bụng và xét nghiệm marker CA125 3 tháng/lần. Chụp CT ổ bụng một năm một lần. Các kết quả đều trong giới hạn bình thường.

Tại thời điểm hiện tại bệnh nhân ổn định, không có dấu hiệu bất thường trên cả lâm sàng và cận lâm sàng.

3. BÀN LUẬN

Các khối u tế bào hạt là những khối u hiếm gặp và thường không có triệu chứng. Các nghiên cứu, báo cáo hầu hết là báo cáo loạt ca và hồi cứu. Chưa có nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào được thực hiện để đưa ra phác đồ điều trị tối ưu.

Các khối u tế bào hạt có sự phân bố theo độ tuổi hai chiều nhưng tỷ lệ mắc cao nhất là ở thời kỳ hậu mãn kinh với độ tuổi chẩn đoán trung bình khoảng 50 - 55 tuổi [1]. Những bệnh nhân này có thể bị đau bụng, chướng bụng, tự sờ thấy khối và rối loạn kinh nguyệt, hoặc không có triệu chứng gì đặc biệt [1]. Bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán khi 61 tuổi, bệnh nhân đi khám định kỳ phát hiện ra khối ở buồng trứng bên trái mà không có bất kỳ triệu chứng gợi ý nào.

Các khối u tế bào hạt có hai type dựa trên đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học: type vị thành niên và type người lớn (adult-type). Ca bệnh của chúng tôi có tuổi cao (60 tuổi) và có hình ảnh giải phẫu bệnh điển hình của u tế bào hạt type người lớn. Type vị thành niên chiếm 90% các khối u tế bào hạt xảy ra ở trẻ gái trước tuổi dậy thì và phụ nữ dưới 30 tuổi [8]. Bệnh lý nội mạc tử cung xuất hiện đồng thời ở dạng tăng sản là phát hiện phổ biến ở khối u tế bào hạt, xảy ra ở 25 - 50% trường hợp do dư

thừa estrogen được sản xuất ra từ khối u [10]. Ung thư biểu mô tuyến nội mạc tử cung có thể được tìm thấy đồng thời ở 5 - 10% trường hợp bệnh nhân có khối u tế bào hạt, thường biệt hóa tốt và đang ở giai đoạn đầu với tiên lượng thuận lợi [1, 10].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi thì không có bất kỳ bất thường nội mạc tử cung nào. Phần lớn bệnh nhân (80 - 90%) mắc bệnh ở giai đoạn I khi chẩn đoán và do đó có kết quả điều trị tốt. Tỷ lệ sống 5 và 10 năm cho giai đoạn I là 94,4%, phù hợp với các nghiên cứu của Schumer và Homesley [2, 3].

Giai đoạn khối u, độ tuổi, kích thước khối u, vỡ khối u, chỉ số phân bào, sự hiện diện của bệnh còn sót lại và mức độ biệt hoá đã được chứng minh là có ý nghĩa tiên lượng trong nhiều nghiên cứu khác nhau [8].

Về giai đoạn bệnh, tỷ lệ tái phát thường tăng lên tỷ lệ thuận với giai đoạn bệnh. Trong một nghiên cứu của Evans và cộng sự [5] chỉ 9% phụ nữ ở giai đoạn IA bị tái phát khối u so với 30% đối với bệnh ở giai đoạn cao hơn. Trong một nghiên cứu của Ayhan và cộng sự [6], tỷ lệ tái phát lần lượt là 5,4%, 21% và 40% đối với giai đoạn I, II và III. Mangili và cộng sự [8] phát hiện ra rằng 20% bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn I tái phát sau 20 năm kể từ khi chẩn đoán, do đó nhấn mạnh sự cần thiết phải theo dõi lâu dài ở những bệnh nhân có khối u tế bào hạt.

Về kích thước, các khối u có đường kính lớn hơn 10 - 15cm có liên quan đến tỷ lệ tái phát cao và thời gian sống không tiến triển ngắn hơn, không phụ thuộc vào giai đoạn [5]. Tuy nhiên, ở một số nghiên cứu khác kích thước khối u không có bất kỳ ý nghĩa tiên lượng nào khi điều chỉnh theo giai đoạn [6].

Khả năng sống sau mổ kém hơn đáng kể ở những bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn so với những bệnh nhân không triệt căn ($P = 0,02$). Trong nhiều nghiên cứu khác nhau, phẫu thuật không triệt căn có liên quan đến kết quả và khả năng sống sau mổ kém [5,6]. Bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn I, khối u có kích thước 7x6x5 cm, không xâm lấn ra xung quanh và diện cắt sạch hoàn toàn không có u xâm lấn vì vậy tiên lượng điều trị khỏi của bệnh nhân khá tốt.

Việc cắt bỏ hoàn toàn khối u nên được coi là phương pháp điều trị chính. Hóa trị hỗ trợ thường bao gồm sự kết hợp của Bleomycin, Etoposide, Cisplatin; Etoposide/Cisplatin; và Paclitaxel và Carboplatin [1]. Vai trò của xạ trị hỗ trợ trong các khối u tế bào hạt vẫn còn gây tranh cãi. Theo Mangili và cộng sự [8] tái phát xảy ra sau thời gian trung bình là 53 tháng (9 - 332 tháng). Vị trí tái phát thường gặp nhất là xương chậu. Không có cách tiếp cận tiêu chuẩn để quản lý bệnh tái phát. Phẫu thuật có thể giúp kiểm soát bệnh lâu dài khi bệnh chỉ xuất hiện tại chỗ [9], nhưng khi bệnh lan tỏa trong ổ bụng hoặc di căn tạng rất khó điều trị hiệu quả. Xạ trị vùng chậu hoặc toàn bộ vùng bụng có thể tạo ra phản ứng lâm sàng ở những phụ nữ có khối u tế bào hạt dai dẳng hoặc tái phát, đặc biệt nếu bệnh được phẫu thuật lấy nhân di căn phúc mạc hoặc di căn ở xương chậu và bụng [1].

Hóa trị liệu dựa trên platinum là lựa chọn ưu tiên để điều trị bệnh lan rộng hơn hoặc bệnh được tế bào hóa dưới mức tối ưu tại thời điểm tái phát [1]. Tuy nhiên, do diễn biến tự nhiên lâu dài và khả năng tái phát muộn, đôi khi xảy ra hơn 10 năm sau khi chẩn đoán vì vậy người bệnh cần phải theo dõi lâu dài. Bệnh nhân của chúng tôi được theo dõi định kỳ 3 tháng bằng khám lâm sàng, siêu âm, CT ổ bụng và làm các xét nghiệm marker ung thư như CA125,

thời gian theo dõi sau mổ đến nay là hơn 24 tháng vì vậy người bệnh vẫn cần tiếp tục theo dõi sát để kịp thời phát hiện những bất thường của việc tái phát bệnh.

4. KẾT LUẬN

U tế bào hạt ở buồng trứng là bệnh hiếm gặp. Người bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn sớm và phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ khối u rộng rãi. Chưa có các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị hỗ trợ. Giai đoạn bệnh, hoạt động phân bào và phẫu thuật triệt căn là các yếu tố tiên lượng bệnh. Bệnh có khả năng tái phát muộn vì vậy cần theo dõi định kỳ sau mổ lâu hơn các bệnh lý ung thư khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schumer ST, Cannistra SA. Granulosa cell tumor of the ovary. *J Clin Oncol*. 2003; 21:11809. [PubMed] [Google Scholar]
2. Homesley HD, Bundy BN, Hurteau JA, Roth LM. Bleomycin, etoposide, and cisplatin combination therapy of ovarian granulosa cell tumors and other stromal malignancies: A Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*. 1999; 72:131-7. [PubMed] [Google Scholar]
3. Young RH, Dickersin GR, Scully RE. Juvenile granulosa cell tumor of the ovary. A clinicopathological analysis of 125 cases. *Am J Surg Pathol*. 1984;8:575-96. [PubMed] [Google Scholar]
4. Kanthan R, Senger JL, Kanthan S. The multifaceted granulosa cell tumours-myths and realities: A review. *ISRN Obstet Gynecol* 2012. 2012 878635. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
5. Uygun K, Aydiner A, Saip P, Kocak Z, Basaran M, Dincer M, et al. Clinical parameters and treatment results in recurrent granulosa cell

- tumor of the ovary. *Gynecol Oncol.* 2003; 88:400-3. [PubMed] [Google Scholar]
6. Ayhan A, Salman MC, Velipasaoglu M, Sakinci M, Yuce K. Prognostic factors in adult granulosa cell tumors of the ovary: A retrospective analysis of 80 cases. *J Gynecol Oncol.* 2009;20:158-63. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 7. King LA, Okagaki T, Gallup DG, Twiggs LB, Messing MJ, Carson LF. Mitotic count, nuclear atypia, and immunohistochemical determination of Ki-67, c-myc, p21- ras, c-erbB2, and p53 expression in granulosa cell tumors of the ovary: mitotic count and Ki-67 are indicators of poor prognosis. *Gynecol Oncol.* 1996; 61:227-32. [PubMed] [Google Scholar]
 8. Mangili G, Ottolina J, Gadducci A, Giorda G, Breda E, Savarese A, et al. Long-term follow-up is crucial after treatment for granulosa cell tumours of the ovary. *Br J Cancer.* 2013;109:29-
 9. Al-Badawi IA, Brasher PM, Ghatage P, Nation JG, Schepansky A, Stuart GC. Postoperative chemotherapy in advanced ovarian granulosa cell tumors. *Int J Gynecol Cancer.* 2002;12:119-23. [PubMed] [Google Scholar]
 10. Sehouli J, Drescher FS, Mustea A, Elling D, Friedmann W, Kühn W, et al. Granulosa cell tumor of the ovary: 10 years follow-up data of 65 patients. *Anticancer Res.* 2004; 24:1223-9. [PubMed] [Google Scholar]