

- không phẫu thuật qua lâm sàng và vi khuẩn". Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
- 2. Al-Shammari NM, Shafshak SM, Ali MS** (2018), "Effect of 0.8% Hyaluronic Acid in Conventional Treatment of Moderate to Severe Chronic Periodontitis", *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(5), 527-534.
 - 3. Basheer Omer, Asim S, Bakri G** (2018), "The effect of local application of hyaluronan gel as an adjunctive to scaling and root planing in chronic periodontitis patients", *African Journal of Dentistry*, 6(5), 163-170.
 - 4. Fraser JRE, Laurent TC, Laurent UBG** (1997), "Hyaluronan: its nature, distribution, functions and turnover (Minisymposium: Hyaluronan)", *J Intern Med*, 242, 27-33.
 - 5. Gontiya G, Galgali SR** (2012), "Effect of hyaluronan on periodontitis: A clinical and histological study", *J Indian Soc Periodontol*, 16(2), 184-92.
 - 6. Hung HC, Douglass CW** (2002), "Meta-analysis of the effect of scaling and root planing, surgical treatment and antibiotic therapies on periodontal probing depth and attachment loss", *J Clinical Periodontol*, 29(11), 975-86.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP DA TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MẮT DA VÀ BỎNG SÂU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Nguyễn Dương Phi¹, Phan Anh Vũ¹, Lý Khoa Nam¹,
Nguyễn Thụy Anh Thu¹, Nguyễn Hồng Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi đồng Thành Phố bệnh nhi bỏng chiếm tỷ lệ khoảng từ 1/4 đến 1/5 số bệnh nhân trong khoa. Phẫu thuật ghép da điều trị bỏng trẻ em là kỹ thuật thực hiện thường quy. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết đánh giá nào về kỹ thuật này tại bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép da tự thân điều trị vết thương mắt da và bỏng sâu ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi đồng Thành Phố". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca lâm sàng được thực hiện từ tháng 6 năm 2023 tới tháng 12 năm 2023. Tổng cộng 35 bệnh nhi, gồm 18 (51.4%) bé trai và 17 (48.6%) bé gái từ 1-15 tuổi đã được tiến hành ghép da vì bỏng hoặc vết thương tại BV Nhi đồng Thành Phố. Trong số này, 13 ca phải ghép da sau bỏng, 22 ca vết thương khuyết da (bao gồm 2 ca là do thoát mạch sau điều trị nội khoa). Tất cả đều được lên phẫu thuật chương trình. Diện tích khuyết da ban đầu có sự chênh lệch khá lớn giữa các ca, đặc biệt khuyết da do vết thương lớn hơn đáng kể so với bỏng. Sau ca mổ, bệnh nhân được theo dõi khoảng 1 tuần để đánh giá tình trạng lành vết thương, sau đó bệnh nhân tiếp tục được theo dõi mỗi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng để đánh giá kết quả xa. **Kết quả:** Số lượng bệnh nhân có mảnh da ghép sống bám vào nền vết thương tốt chiếm tỷ lệ cao trong cả hai trường hợp, đạt tổng số 85.17%. Có 3 trường hợp chỉ bám một phần với diện tích sống bám <70%, chiếm tỉ lệ 8.57%. Tổng cộng 33 bệnh nhân (94.29%) đạt mức

vận động tốt sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào có mức phục hồi vận động kém hậu phẫu. **Kết luận:** Với các vết thương mắt da và bỏng sâu: Kỹ thuật cắt bỏ hoại tử sớm và che phủ vết thương ngay sau phẫu thuật bằng da tự thân hoặc các vật liệu che phủ tạm có thể cứu sống, cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

SUMMARY

EVALUATION OF AUTOLOGOUS SKIN GRAFTING OUTCOMES IN THE TREATMENT OF PEDIATRIC SKIN LOSS AND DEEP BURNS AT CITY CHILDREN'S HOSPITAL

Introduction: In the General Surgery Department of the City Children's Hospital, pediatric burn cases account for approximately 1/4 to 1/5 of the total patients admitted. Autologous skin grafting is a common surgical technique employed in the treatment of pediatric burns. However, there is a lack of comprehensive studies assessing the outcomes of this technique in the hospital setting. Consequently, this study aims to evaluate the results of autologous skin grafting in the management of skin loss and deep burns in pediatric patients at the City Children's Hospital. **Materials and Methods:** This prospective descriptive case series was conducted from June 2023 to December 2023. A total of 35 pediatric patients, comprising 18 (51.4%) males and 17 (48.6%) females aged 1-15 years, underwent autologous skin grafting for burns or skin injuries at the City Children's Hospital. Among them, 13 cases required grafting after burns, and 22 cases presented with wounds involving skin loss (including 2 cases resulting from vascular compromise after internal medical treatment). All cases underwent scheduled surgical procedures. Initial wound sizes varied significantly, especially in cases of skin loss due to considerably larger wounds compared to burns. **Results:** A high proportion of patients, 85.17%, exhibited successful

¹Bệnh viện Nhi đồng Thành Phố, TP.HCM
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Dương Phi
Email: nguyenduongphi1311@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023
Ngày duyệt bài: 9.01.2024

engraftment of the graft onto the wound bed in both burn and skin loss cases. Three cases demonstrated partial engraftment with less than 70% viable graft area, constituting 8.57% of the total. Overall, 94.29% of patients achieved satisfactory mobility after surgery, and no cases exhibited postoperative mobility impairment. **Conclusion:** In cases of skin loss and deep burns in pediatric patients, the early removal of necrotic tissue and immediate coverage of wounds through autologous skin grafting or temporary coverage materials proved successful, contributing to patient survival and enhancing overall quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em bị bỏng chiếm 32 – 65% số người bị bỏng [1]. Trong đó số bỏng sâu cần can thiệp phẫu thuật chiếm từ 30 - 60% số trẻ bị bỏng. Bỏng sâu gây nên những di chứng nặng nề về chức năng, thẩm mỹ và tâm lý cho suốt quá trình phát triển về sau. Điều trị bỏng sâu bao gồm nhiều chuyên ngành như hồi sức cấp cứu, điều trị nội nhi, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và tâm lý... và trong đó điều trị phẫu thuật giữ vai trò đặc biệt quan trọng.

Hiện nay, điều trị phẫu thuật điều trị vết thương bỏng sâu đã có những tiến bộ đáng kể nhờ kỹ thuật cắt bỏ hoại tử sớm và che phủ vết thương ngay sau phẫu thuật bằng da tự thân hoặc các vật liệu che phủ tạm thời đã cứu sống nhiều bệnh nhi và chất lượng cuộc sống của bệnh nhi cũng được cải thiện [2].

Ở Việt Nam, phẫu thuật điều trị bỏng bao gồm: phẫu thuật cấp cứu bỏng, phẫu thuật điều trị vết thương bỏng, phẫu thuật điều trị các biến chứng của bệnh bỏng, phẫu thuật điều trị chấn thương phối hợp, phẫu thuật điều trị di chứng bỏng. Các kỹ thuật này đã được ứng dụng phổ biến trong các đơn vị điều trị bỏng.

Tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi đồng Thành Phố bệnh nhi bỏng chiếm tỷ lệ khoảng từ 1/4 đến 1/5 số bệnh nhân trong khoa. Phẫu thuật ghép da điều trị bỏng trẻ em là kỹ thuật thực hiện thường quy. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu tổng kết đánh giá nào về kỹ thuật này tại bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép da tự thân điều trị vết thương mất da và bỏng sâu ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi đồng Thành Phố"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt ca lâm sàng được thực hiện từ tháng 6 năm 2023 tới tháng 12 năm 2023. Tổng cộng 35 bệnh nhi, gồm 18 (51.4%) bé trai và 17 (48.6%) bé gái từ 1-15 tuổi đã được tiến hành ghép da vì bỏng hoặc vết thương tại BV Nhi đồng Thành Phố. Trong số này, 13 ca phải ghép da sau bỏng,

22 ca vết thương khuyết da (bao gồm 2 ca là do thoát mạch sau điều trị nội khoa). Tất cả đều được lên phẫu thuật chương trình. Diện tích khuyết da ban đầu có sự chênh lệch khá lớn giữa các ca, đặc biệt khuyết da do vết thương lớn hơn đáng kể so với bỏng. Sau ca mổ, bệnh nhân được theo dõi khoảng 1 tuần để đánh giá tình trạng lành vết thương, sau đó bệnh nhân tiếp tục được theo dõi mỗi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng để đánh giá kết quả xa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhi nghiên cứu

Đặc điểm	Bỏng (n=13, nam: 7)		Vết thương (n=22, nam: 11)		Tổng (n=35, nam: 18)	
	Trung vị	ĐLC	Trung vị	ĐLC	Trung vị	ĐLC
Tuổi(tháng)	4.31	3.64	10.50	4.21	8.2	4.98
Diện tích khuyết da (cm ²)	19.62	19.52	59.64	68.82	43.11	56.58
Thời gian hậu phẫu (ngày)	8.01	2.47	9.09	4.77	8.71	4.06

ĐLC: Độ lệch chuẩn

Về đặc điểm giới, không có sự chênh lệch đáng kể giữa nam và nữ kể cả nguyên nhân là bỏng hoặc vết thương.

Bảng 3.2: Vị trí vết thương và kiểu da ghép

Vị trí khuyết da	Bỏng (n=13)		Vết thương (n=22)	
	Dày (n=11)	Mỏng (n=2)	Dày (n=3)	Mỏng (n=19)
Đầu			1	1
Cẳng tay		1		1
Bàn tay	10		1	
Cẳng chân				8
Cổ-gót chân			1	5
Bàn chân	1	1		4

Nhận xét: Nhìn chung, tổn thương do bỏng ở bàn tay chiếm tỉ lệ lớn các trường hợp cần điều trị phẫu thuật ghép da. Điều này cũng tương tự với tổn thương khác ở khớp sau bỏng, khi sẹo co rút là biến chứng gây ảnh hưởng đến chức năng vận động. Cùng từ nguyên nhân này, tỉ lệ ghép da dày (84.61%) cao vượt trội so với ghép da mỏng. Trong khi đó, vết thương lớn cần ghép da xảy ra chủ yếu ở chi dưới (77%) và chi cần bao phủ khuyết hồng với da mỏng.

Đánh giá khả năng sống của da ghép

Đánh giá tình trạng tụ máu dưới mảnh da ghép

Bảng 3.3: Tụ máu da ghép

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Có	13	21
Không	2	4

Nhận xét: Có 6 trường hợp xuất hiện tụ máu dưới mảnh da ghép, chiếm tỉ lệ 17.14%

Đánh giá mức độ tiết dịch vùng da ghép

Bảng 3.4: Mức độ tiết dịch

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Nhiều	0	0
Vừa	3	4
Ít	10	18

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào có tình trạng tiết nhiều dịch tại vùng da ghép, trong khi có 27 bệnh nhân (77.14%) thấm dịch ít ra bằng sau ghép da.

Đánh giá tình trạng nhiễm trùng

Bảng 3.5: Tình trạng nhiễm trùng mảnh da ghép

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Có	1	0
Không	12	22

Nhận xét: Có 1 trường hợp (2.86%) bị nhiễm trùng sau ghép da ở BN bồng khiến da ghép bị hự một phần.

Đánh giá tình trạng bong lớp thượng bì lúc thay băng lần đầu

Bảng 3.6: Bong lớp thượng bì của mảnh da ghép

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Có	2	3
Không	11	19

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị bong lớp thượng bì khi thay băng kỳ đầu là 14.29%

Đánh giá mức độ sống của da ghép

Bảng 3.7: Đánh giá mức độ sống của da ghép

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Sống tốt (>90% diện tích)	11	19
Sống trung bình (71-89% diện tích)	1	1
Sống kém (<70% diện tích)	1	2

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân có mảnh da ghép sống bám vào nền vết thương tốt chiếm tỷ lệ cao trong cả hai trường hợp, đạt tổng số 85.17%. Có 3 trường hợp chỉ bám một phần với diện tích sống bám <70%, chiếm tỉ lệ 8.57%

Số lần ghép da

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
N = 1	12	20
N = 2	1	2
N > 2	0	0

Nhận xét: Có 3 ca (8.6%) cần ghép da hai lần vì da ghép lần đầu bám dính không tốt vào nền vết thương. Tất cả bệnh nhân sau lần ghép thứ hai đều đạt được thành công về mặt ngoại khoa.

Đánh giá hiệu quả điều trị về mặt chức năng vận động và thẩm mỹ của kỹ thuật sau 3 tháng

Đánh giá sự phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân

Bảng 3.9: Đánh giá phục hồi chức năng vận động

	Bồng (n=13)	Vết thương (n=22)
Tốt	11	21
Trung bình	2	1
Kém	0	0

Nhận xét: Tổng cộng 33 bệnh nhân (94.29%) đạt mức vận động tốt sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào có mức phục hồi vận động kém hậu phẫu.

Đánh giá sự phục hồi về mặt thẩm mỹ

Bảng 3.10: Đánh giá về màu sắc da

	Bồng (n=13)		Vết thương (n=22)	
	Dày (n=11)	Mỏng (n=2)	Dày (n=3)	Mỏng (n=19)
Tốt	9	2	1	18
Trung bình	2	0	2	1
Kém	0	0	0	0

Nhận xét: 30 (85.71%) bệnh nhân có sự hài hòa về màu sắc của da ghép so với màu da xung quanh. Tỷ lệ này ở ghép da mỏng cao hơn da dày (tương ứng 95.24% và 60%)

Đánh giá sự liền sẹo giữa bờ mép da lành và da ghép

	Bồng (n=13)		Vết thương (n=22)	
	Dày (n=11)	Mỏng (n=2)	Dày (n=3)	Mỏng (n=19)
Tốt	10	2	3	17
Trung bình	1	0	0	2
Kém	0	0	0	0

Nhận xét: Số ca lành tốt giữa bờ mép da bình thường và da ghép đạt 91.3%, trong khi có 3 ca xuất hiện sẹo lồi tại chu vi mép da ghép.

Đánh giá về độ đàn hồi của da ghép

	Bồng (n=13)		Vết thương (n=22)	
	Dày (n=11)	Mỏng (n=2)	Dày (n=3)	Mỏng (n=19)
Tốt	11	1	3	18
Trung bình	0	1	0	1
Kém	0	0	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật, 33 bệnh nhân

(94.29%) bệnh nhân đạt được sự mềm mại, không căng tức của mảnh da ghép. Có hai trường hợp cảm nhận mảnh da ghép di động kém.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. Bỏng và vết thương mất da là tai nạn thường gặp, để lại nhiều hậu quả nặng nề về chức năng thẩm mỹ và gây ảnh hưởng tâm lý với nạn nhân, gia đình và toàn xã hội. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bị bỏng sâu độ tuổi trung bình là 4.31 tháng, trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ 7/6. Trẻ em ở lứa tuổi này chưa ý thức được mỗi nguy hiểm đe dọa tới tính mạng và những hậu quả nặng nề gây ra cho bỏng. Lứa tuổi trẻ em hay hoạt động, nghịch, tò mò và chưa hiểu biết các điều nguy hiểm, đồng thời động tác chi cũng chưa được điều chỉnh thuần thục và việc trông nom của gia đình chưa chu đáo.

Vị trí ghép da. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương sâu phải ghép da chiếm tỷ lệ cao nhất ở chi trên, tiếp theo là chi dưới, đầu mặt cổ. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Lương Tuấn[9]. Bàn tay là công cụ lao động và công cụ bảo vệ của cơ thể do đó bàn tay là vị trí gặp bỏng nhiều nhất trên cơ thể, rất dễ bị tổn thương nặng khi bỏng. Bàn tay có cấu trúc chức năng đặc biệt nhất là ở trẻ em, da mỏng và di động, các ngón tay quá nhỏ và tính trẻ em khó bảo nên làm ảnh hưởng công tác điều trị phục hồi chức năng.

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Hiện nay, có nhiều phương pháp để điều trị tổn thương mất da như: phương pháp giãn da, chuyển vạt vi phẫu, chuyển vạt (rời, có cuống), ghép da mảnh mỏng, ghép da trung bình, ghép da dày.

Màu sắc của mảnh da sau ghép có đáp ứng về mặt thẩm mỹ hay không luôn là trăn trở với các bác sỹ chuyên ngành bỏng và phẫu thuật tạo hình. Việc sử dụng các kỹ thuật cao khác như phẫu thuật chuyển vạt vi phẫu, đặt túi giãn da không phải cơ sở y tế hay người bệnh nào cũng có điều kiện để làm được bởi vì nó đòi hỏi thời gian, phương tiện kỹ thuật.

Hiện tại chúng tôi chọn 2 phương pháp che phủ cho tổn thương bỏng sâu và vết thương mất da diện rộng ghép da mảnh mỏng và ghép da dày.

Phương pháp ghép da mảnh mỏng vẫn được áp dụng rộng rãi do kỹ thuật dễ thực hiện, có thể tăng được diện tích che phủ với tỉ lệ 1:1.5, 1:2. Với ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện, nguồn cho da phong phú, che phủ với diện tích tổn khuyết lớn, khả năng kháng khuẩn tốt, tỷ lệ da ghép bám sống tốt, nơi cho da không phải ghép da lại

thì phương pháp ghép da tự thân mảnh mỏng vẫn là phương pháp hữu hiệu để điều trị những vết thương mất da [1],[3],[6].

Ghép da dày toàn lớp kiểu WK là phương pháp tạo hình dễ tiến hành, không đòi hỏi quá cao về trang bị máy móc cũng như tay nghề của phẫu thuật viên, mang lại hiệu quả điều trị cao. Phương pháp này có chỉ định khá rộng rãi, có thể ứng dụng được ở hầu hết các vị trí trên cơ thể với mọi loại sẹo, hơn nữa đường sẹo lấy da khâu kín được nên dấu sẹo tốt. Tuy nhiên kỹ thuật còn một số hạn chế đó là vẫn gặp một số bệnh nhân có tình trạng co kéo thứ phát mảnh da sau ghép, mảnh da ghép đậm màu[6].

Kết quả điều trị tại chỗ mảnh da ghép. Kết quả nghiên cứu bước đầu trên 35 bệnh nhân cho thấy khả năng bám sống của phương pháp ghép da tự thân chiếm tỷ lệ cao, điều này cho thấy khả năng bám sống của da ghép là rất tốt. Cơ chế bám sống của mảnh da ghép tự thân vẫn là sống bằng thẩm thấu vì vậy điều kiện để chúng ta nên ưu tiên mạnh dạn ứng dụng kỹ thuật này vẫn phải dựa chủ yếu vào:

Nền ghép phải được cấp máu tốt: nền ghép phải là nền cân, tổ chức hạt, nếu nền ghép kém, vết thương lộ gân xương, khớp,... chúng ta phải dùng vạt da để che phủ tổn khuyết hoặc ghép da mỏng hơn. Vì vậy khâu khám xét để đưa ra chỉ định phẫu thuật cho bệnh nhân rất quan trọng, chúng ta phải đánh giá dựa vào triệu chứng lâm sàng.

Nền ghép phải được cầm máu tốt đây cũng là yếu tố chính giúp cho mảnh da không bị máu tụ và sống tốt. Qua các trường tụ máu dưới mảnh da ghép, mặc dù không có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhưng khi thay băng kỳ đầu mảnh ghép bám sống kém, bong thượng bì và có máu tụ dưới nền ghép.

Đánh giá kết quả điều trị xa. Một trong những vấn đề gây hạn chế tầm vận động có liên quan đến quá trình sinh lý liền vết thương, đặc biệt là hiện tượng co kéo vết thương. Co kéo là quá trình mà vết thương hở được đóng kín bằng hiện tượng biểu mô từ bờ mép vết thương vào trung tâm hoặc do ghép da sau khi cắt hoại tử sớm hoặc ghép da trên nền mô hạt.

Những biện pháp mà chúng tôi đã tiến hành đó là đặt chi thể ở tư thế hợp lý có thể, phối hợp với khoa phục hồi chức năng đạt nẹp ngay từ lúc cố định mảnh ghép trong mổ, sau mổ, tập vận động để bảo tồn sự hoạt động của các khớp, sức mạnh cũng như sự cứng chắc của cơ, sớm phục hồi chức năng chi thể để giúp người bệnh có chức năng vận động tối ưu và tự tin về hình thể,

kích thích tính tự lập, tự phục vụ của bệnh nhân.

Vận động sớm còn góp phần hạn chế phù viêm, nhanh lành thương do giúp máu đến vùng tổn thương dễ dàng hơn, làm tăng độ bão hòa oxy ở mô, nhờ đó quá trình chuyển hóa tại chỗ có thể diễn ra thuận lợi.

Việc phục hồi chức năng là phải trả lại chức năng đầy đủ cho chi thể, do đó cần có sự kết hợp chặt chẽ của nhân viên y tế chuyên ngành bỏng với các bác sỹ, điều dưỡng chuyên ngành phẫu thuật tạo hình, chuyên ngành vật lý trị liệu và những người làm công tác xã hội.

V. KẾT LUẬN

Với các vết thương mất da và bỏng sâu: Kỹ thuật cắt bỏ hoại tử sớm và che phủ vết thương ngay sau phẫu thuật bằng da tự thân hoặc các vật liệu che phủ tạm có thể cứu sống, cải thiện chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ngọc Tuấn** (2018). "Dịch tễ bỏng và bệnh bỏng", Giáo trình bỏng, tr.479

2. **Hồ Thị Xuân Hương** (2018). "Bỏng ở trẻ em", Giáo trình bỏng, tr.479
3. **Nguyễn Gia Tiên** (2018). "Diện tích và độ sâu tổn thương bỏng", Giáo trình bỏng tr. 91
4. **Đặng Tất Hùng** (1997), "Một số lợi ích của ghép da mảnh dày diện lớn kiểu Wolfe- Krause trong phẫu thuật tạo hình", Thông tin bỏng, số 3, tr. 40-42.
5. **Đặng Tất Hùng, Nguyễn Minh Tâm** (1997), "Nẹp cố định sau phẫu thuật điều trị sẹo dính và cơ kéo ở bệnh nhân di chứng bỏng", Thông tin Bỏng, số 1, tr. 10 - 11.
6. **Trần Thiết Sơn** (2014), "Ghép da", Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.72-76.
7. **Lương Quang Anh** (2013). "Phòng chống bỏng trẻ em" Tạp chí y học thảm họa và Bỏng, số 1, tr. 95-98.
8. **Nguyễn Thị Thu Hằng** (2017). "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bỏng trẻ em dưới 16 tuổi tại viện Bỏng Quốc Gia năm 2017" Tạp chí y học thảm họa và Bỏng, số 5 tr. 147-151.
9. **Đỗ Lương Tuấn** (2013). "Nhận xét đặc điểm vết thương mất da diện rộng do tai nạn giao thông, tai nạn lao động có chỉ định ghép da tự thân mảnh mỏng" Tạp chí Y học thảm họa và bỏng số 5- 2014, pp. 32-51.

LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ NGOÀI VIỆN VỚI THỜI GIAN ĐẾN VIỆN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO

Đỗ Đức Thuận¹, Nguyễn Đức Thuận¹, Phạm Ngọc Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự liên quan giữa một số yếu tố ngoài viện với thời gian đến viện của bệnh nhân nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có đối chứng, gồm: 86 bệnh nhân nhồi máu não đến viện $\leq 4,5$ giờ từ lúc khởi phát, 170 bệnh nhân đến viện sau 4,5 giờ. **Kết quả:** Bệnh nhân có trình độ văn hoá cao có tỷ lệ bệnh nhân đến viện $\leq 4,5$ giờ cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân đến viện sau 4,5 giờ, với $p = 0,002$. Bệnh nhân hiểu về đột quy có tỷ lệ đến viện trước 4,5 giờ là 70,6%, cao so với đến viện sau 4,5 giờ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$. Với khoảng cách tới bệnh viện dưới 5,05km, bệnh nhân có khả năng đến viện trước 4,5 giờ, với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 79%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Trình độ văn hoá, sự hiểu biết về đột quy, khoảng cách từ nơi ở đến viện có liên quan đến thời gian đến viện ở bệnh nhân nhồi máu não.

Từ khoá: nhồi máu não, tiêu sợi huyết, thời gian đến viện, hiểu biết về đột quy

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuận

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN SOME OUT-OF-HOSPITAL FACTORS AND TIME TO HOSPITAL IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Objective: To study the relationship between some out-of-hospital factors and time to hospital in ischemic stroke patients. **Subject and method.** A prospective, cross-sectional, controlled study, included: 86 patients with cerebral infarction who came to the hospital ≤ 4.5 hours from onset, and 170 patients after 4.5 hours. **Result.** Patients with a high level of education had a higher proportion of patients coming to the hospital ≤ 4.5 hours than the rate of patients coming to the hospital after 4.5 hours, with $p = 0.002$. Patients who understand stroke have a 70.6% rate of going to the hospital before 4.5 hours, higher than that after 4.5 hours, with $p = 0.000$. If the distance to the hospital is less than 5.05km, patients are likely to arrive at the hospital 4.5 hours before, with a sensitivity of 83% and a specificity of 79%, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Education level, understanding of stroke, and distance to hospital are related to time to hospital in ischemic stroke patients

Keywords: ischemic stroke, fibrinolysis, time to hospital, understanding about stroke

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy nhồi máu não chiếm tỷ lệ 85% [1],