

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA BĂNG KHÁNG KHUẨN CHỨA BẠC TRÊN VẾT THƯƠNG BỎNG NÔNG TẠI KHOA NGOẠI CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH - BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Phạm Thị Trang^{1*}, Bùi Mạnh Hùng¹, Nguyễn Thị Kim Khuyên¹, Võ Thành Toàn¹

1. Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Phạm Thị Trang ✉ trangsanji123@gmail.com

TÓM TẮT: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của băng kháng khuẩn chứa bạc trên vết thương bỏng nông. Nghiên cứu tiến cứu 32 người bệnh được điều trị bỏng nhiệt tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Thống Nhất. Người bệnh được thay băng với băng kháng khuẩn chứa bạc, theo dõi và đánh giá hiệu quả lâm sàng dựa trên diễn biến tại chỗ của vết thương. Băng bám vết thương tốt, thay băng dễ dàng, ít gây đau và chảy máu khi thay băng. Số ngày điều trị trung bình là $11,2 \pm 5,8$. Chỉ 9,4% người bệnh gặp nhiễm trùng vết thương. Băng kháng khuẩn chứa bạc là loại băng có hiệu quả lâm sàng tốt trên vết thương bỏng nông do nhiệt.

Từ khóa: Băng kháng khuẩn chứa bạc, bỏng nông.

CLINICAL EVALUATION OF SILVER-CONTAINING ANTIMICROBIAL DRESSING IN THE TREATMENT OF SUPERFICIAL THERMAL BURNS AT THE DEPARTMENT OF ORTHOPEDIC TRAUMA SURGERY, THONG NHAT HOSPITAL.

Pham Thi Trang, Bui Manh Hung, Nguyen Thi Kim Khuyen, Vo Thanh Toan

ABSTRACT: Evaluate the clinical efficacy of silver-containing antimicrobial dressings on superficial burn wounds. A prospective study involving 32 patients treated for thermal burns at the Trauma and Orthopedic Surgery Department of Thong Nhat Hospital. The patients were dressed with silver-containing antimicrobial bandages, and clinical efficacy was assessed based on the local wound progression. The dressing adhered well to the wound, was easy to change, and caused minimal pain and bleeding during dressing changes. The average treatment duration was 11.2 ± 5.8 days. Only 9.4% of patients experienced wound infection. Silver-containing antimicrobial dressings are effective in the clinical management of superficial thermal burn wounds.

Keywords: Silver-containing antimicrobial dressing, superficial burn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng nhiệt là tổn thương của da hoặc các mô khác do tiếp xúc với nguồn nhiệt nóng hoặc lạnh. Tai nạn gây bỏng thường gặp trong lao động, sản xuất và sinh hoạt hằng ngày, chiếm 5 – 10% chấn thương ngoại khoa, là nguyên nhân thứ 9 gây nên gánh nặng bệnh tật và chấn thương toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, qua các nghiên cứu cho biết số bệnh nhân bỏng lên đến khoảng 844.000 người mỗi năm, gần 1% dân số nước ta [2].

- Tổn thương do bỏng nếu không điều trị tốt có thể để lại nhiều di chứng ảnh hưởng đến sinh hoạt hằng ngày, khả năng lao động, thẩm mỹ. Việc điều trị tại chỗ có vai trò quan trọng trong điều trị bỏng, với mục đích giảm đau loại bỏ mô hoại tử, ngăn ngừa nhiễm khuẩn, kích thích biểu mô hóa [3].

- Trong quá trình điều trị tại chỗ, thay băng là kỹ thuật được thực hiện thường xuyên và liên tục cho đến khi vết thương bỏng khỏi hoàn toàn. Băng gạc che phủ yêu cầu phải có khả năng giảm đau tốt, chống mất dịch, giữ độ ẩm cho vết thương và giảm được tần suất thay băng. Những hạn chế của băng thông thường, cũng như công nghệ và tiến bộ trong hiểu biết về quá trình chữa lành vết thương đã mở rộng đáng kể trong phạm vi lựa chọn băng có thể sử dụng cho vết bỏng nông.

- Hiện nay có nhiều loại băng khác nhau được sử dụng trên thế giới như băng hydrocolloid, băng keo màng polyurethane, băng hydrogel, băng nylon phủ silicon, băng thay thế da sinh học, băng kháng khuẩn chứa bạc... Với điều kiện thực tế tại Bệnh viện Thống Nhất, Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình hiện đang sử dụng băng kháng khuẩn chứa bạc cho bệnh nhân bỏng. Mặc dù đã được chứng minh là có thể giảm nguy cơ nhiễm trùng, có hiệu quả giữ ẩm cũng như giảm thời gian nằm viện tuy nhiên hiệu quả lâm sàng thực tế tại khoa phòng chưa được nghiên cứu và đánh giá một cách đầy đủ.

- Do đó, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của băng kháng khuẩn chứa bạc trên vết thương bỏng nông do nhiệt tại khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Thống Nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

32 người bệnh điều trị tại khoa Ngoại CTCH - Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2024 với tiêu chuẩn:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh bị bỏng do nhiệt, độ II, III theo phân độ bỏng của Lê Thế Trung [1]. Nhập viện trong 24 giờ tính từ khi bị bỏng. Tuổi: từ 18 tuổi trở lên, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh bị bỏng hô hấp, hiện mắc các bệnh nhiễm trùng, mắc các bệnh làm tăng nguy cơ nhiễm trùng như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch..., có chấn thương kết hợp kèm theo.

2.2. Chất liệu nghiên cứu.

Băng gạc lưới tẩm sulfadiazine bạc của công ty Urgo (SSD).

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng theo dõi dọc, so sánh trước sau.

2.4. Phương pháp tính diện tích và độ sâu của bỏng

Chẩn đoán theo phân độ bỏng của Lê Thế Trung và Viện bỏng quốc gia.

2.5. Phương pháp điều trị tại chỗ

- Người bệnh được sơ cứu bỏng theo phác đồ điều trị bỏng của bệnh viện Thống Nhất. Sau đó vết thương bỏng được che phủ trực tiếp bằng băng SDD và băng vô trùng sơ cấp ở ngoài cùng.

- Băng được thay mỗi ngày trong tuần đầu tiên, và 2 ngày 1 lần trong các tuần tiếp theo

- Thời gian khởi tính từ khi nhập viện đến khi vết thương không còn tiết dịch.

- Cấy khuẩn ngay khi nhập viện và hàng tuần.

- Người bệnh được đánh giá khả năng dung nạp, khả năng thích ứng với mỗi lần thay băng.

2.6. Phương pháp đánh giá cảm giác đau khi thay băng

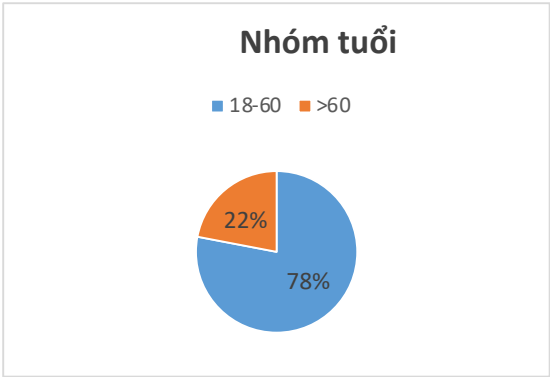
Sử dụng thang đo Numerical rating Scale - NRS

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

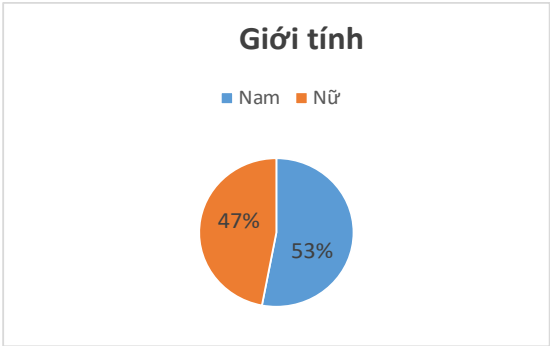
3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Nhóm tuổi

Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhóm tuổi



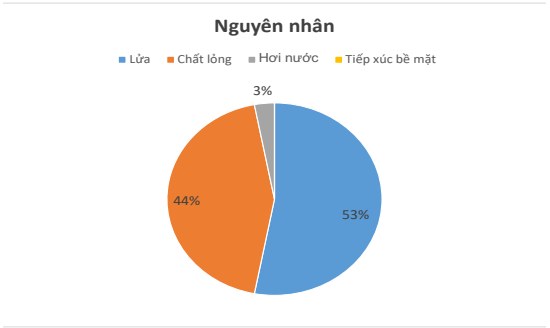
Biểu đồ 3: Tỷ lệ giới tính



Nhận xét: Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân bị bỏng nông do nhiệt là **nam giới (53%)**, trong độ tuổi **từ 18 đến 60 tuổi (78%)**, cho thấy nhóm tuổi lao động có nguy cơ cao tiếp xúc với các yếu tố gây bỏng, đặc biệt trong môi trường làm việc hoặc sinh hoạt hàng ngày. Tỷ lệ nam giới cao hơn có thể phản ánh đặc điểm về nghề nghiệp, thói quen sinh hoạt hoặc mức độ tiếp xúc nhiều hơn với nguồn nhiệt so với nữ giới.

3.1.2. Tác nhân gây bỏng.

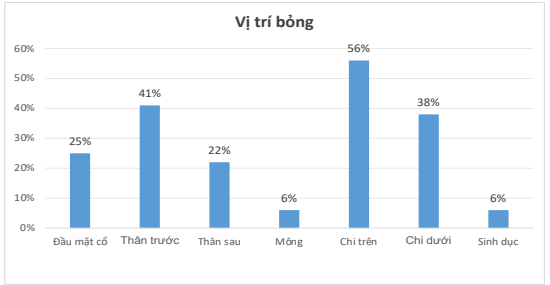
Biểu đồ 3: Tỷ lệ các nguyên nhân gây bỏng nhiệt



Nhận xét: Nguyên nhân do chất lỏng (**53%**) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân, phù hợp với thực tế sinh hoạt thường ngày tại Việt Nam, nơi tai nạn chất lỏng như nước sôi trong nấu nướng và sinh hoạt gia đình thường xảy ra. Điều này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong nước, như nghiên cứu của **Nguyễn Văn Hòa (2018)** tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia, cho thấy nước sôi là nguyên nhân bỏng phổ biến nhất ở cộng đồng.

3.2. Vị trí bỏng

Biểu đồ 4: Đặc điểm tỷ lệ vị trí bỏng nhiệt



Nhận xét: Trong nghiên cứu này, vị trí bỏng phổ biến nhất là **chi trên (56%)**, tiếp theo là **thân trước (41%)** và **vùng mông/sinh dục (6%)**. Vị trí bỏng tập trung nhiều ở chi trên phản ánh đặc điểm tiếp xúc trực tiếp của tay trong quá trình lao động và sinh hoạt, đặc biệt là các tình huống như nấu ăn, làm việc với nguồn nhiệt hoặc tai nạn bất ngờ. Thân trước cũng là vùng dễ bị tổn thương khi nạn nhân không có phản xạ kịp thời hoặc khi chất lỏng nóng đổ vào người.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của **Carsin et al. (2004)** [4], trong đó chi trên và thân trước cũng là những vùng tổn thương phổ biến nhất ở bệnh nhân bỏng độ II. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với báo cáo của **Nguyễn Việt Lượng (2010)** [2] về tình hình bỏng tại

Việt Nam, cho thấy tỷ lệ bỏng ở chi trên và thân trước luôn chiếm tỷ lệ cao trong các ca bỏng nhập viện.

Như vậy, kết quả nghiên cứu không chỉ phản ánh đúng thực tế lâm sàng tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Thống Nhất mà còn có tính nhất quán với dữ liệu từ các nghiên cứu trong và ngoài nước, từ đó góp phần khẳng định tính đại diện và giá trị ứng dụng của nghiên cứu trong thực tiễn.

3.3. Diện tích vết bỏng

Bảng 1: Diện tích vết bỏng

Độ II (n = 32)		Độ III (n = 31)	
Diện tích	Trung bình	Diện tích	Trung bình
1-6%	3,81 ± 1,57	0-8%	4,15 ± 1,98

Trong nghiên cứu này, diện tích bỏng độ II trung bình là **3,81 ± 1,57%**, trong khi bỏng độ III trung bình là **4,15 ± 1,98%**, với tổng diện tích bỏng lớn nhất là 14% (gồm 6% độ II và 8% độ III)

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của **Carsin et al. (2004)** [4], trong đó nhóm bệnh nhân bỏng độ II có diện tích trung bình dưới 10% và cũng tương đồng với nghiên cứu của **Nguyễn Việt Lượng (2010)** [2], diện tích bỏng phổ biến ở các bệnh nhân nhập viện tại Việt Nam cũng chủ yếu dưới 15%, phù hợp với đặc điểm bỏng nông do sinh hoạt và tai nạn dân dụng.

3.4. Điểm đau khi thay băng

Bảng 2. Điểm NRS đối với mỗi lần thay băng

	Điểm đau NRS
Thay băng lần 1	4-7
Thay băng lần 2	3-6
Thay băng lần 3	3-5
Thay băng lần 4	2-4
Thay băng lần 5	2-4

Kết quả nghiên cứu cho thấy cảm giác đau khi thay băng có xu hướng giảm dần theo thời gian. Cụ thể, điểm đau trung bình (theo thang điểm NRS) ở lần thay băng đầu tiên dao động từ 4–7 điểm, giảm xuống còn 2–4 điểm ở lần thay thứ 4–5. Điều này phản ánh hiệu quả giảm đau và khả năng dung nạp tốt của người bệnh với

băng SSD.

Tương tự, **Xesin et al. (2004)** [5] cũng báo cáo băng bạc dạng lipidocolloid giúp thay băng ít gây đau và chảy máu, cải thiện đáng kể trải nghiệm điều trị cho bệnh nhân bỏng độ II.

3.5. Đặc điểm tại chỗ vết thương

Bảng 3. Đặc điểm tại chỗ khi thay băng

	Tỷ lệ (%)
Sự bám dính vào nền vết thương	
Bám dính tốt	92,1
Lỏng lẻo/ Không bám dính	7,9
Sự dễ dàng khi thay băng	
Dễ	85,1
Khó	14,9
Khả năng thích ứng với vết thương	
Thích ứng tốt	72,8
Khó thích ứng	27,2
Chảy máu khi thay băng	
Không có/ Ít	95
Vừa/ Nhiều	5

Kết quả nghiên cứu ghi nhận các đặc điểm tại chỗ của vết thương khi sử dụng băng SSD rất khả quan. Cụ thể, băng bám tốt trên bề mặt da tổn thương trong 92,1% lần thay băng, dễ dàng thay băng trong 85,1% trường hợp, mức độ chảy máu rất ít (95%) và khả năng thích ứng tốt với vùng bỏng đạt 72,8%. Những yếu tố này giúp hạn chế tối đa tổn thương thứ phát khi thay băng và cải thiện cảm giác dễ chịu cho người bệnh trong suốt quá trình điều trị.

Chưa ghi nhận người bệnh có phản ứng toàn thân, cũng như phản ứng tại chỗ với băng. **Xesin et al. (2004)** [5] cũng đưa ra kết quả tương tự, nhấn mạnh rằng tính linh hoạt và độ bám của băng SSD giúp bảo vệ lớp mô mới hình thành, tạo môi trường thuận lợi cho quá trình lành thương.

3.6. Thời gian lành vết thương

- Thời gian lành thương trung bình

trong nghiên cứu là **11,2 ± 5,8 ngày**, cho thấy tốc độ hồi phục khá nhanh ở nhóm bệnh nhân sử dụng băng kháng khuẩn chứa bạc. Phần lớn bệnh nhân hồi phục sau khoảng 1–2 tuần điều trị, trong đó trường hợp ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 19 ngày. Đây là kết quả khả quan đối với điều trị bỏng nông, đặc biệt trong bối cảnh bệnh nhân có thể quay lại sinh hoạt và lao động bình thường sớm hơn.

So sánh với nghiên cứu của **Carsin et al. (2004)** [4], thời gian lành trung bình được ghi nhận là khoảng **13,5 ± 4,2 ngày**, chậm hơn so với nghiên cứu này. Điều này có thể do khác biệt trong đặc điểm bệnh nhân, mức độ tổn thương, hoặc quy trình chăm sóc vết thương.

3.7. Kết quả cấy khuẩn

Trong quá trình điều trị có 3 người bệnh cấy khuẩn dương tính với *Staphylococcus aureus* và được điều trị theo kháng sinh đồ.

4. KẾT LUẬN

Việc chăm sóc vết thương bỏng nông luôn là một thách thức lớn trong điều trị, đòi hỏi các phương pháp hiệu quả để giảm đau, ngăn ngừa nhiễm trùng và thúc đẩy quá trình lành thương. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những kết quả khả quan về việc sử dụng băng SSD đối với vết thương bỏng nông.

Băng kháng khuẩn chứa bạc (SSD) là một phương pháp hiệu quả trong điều trị vết thương bỏng nông. Băng này giúp giảm đau, ngăn ngừa nhiễm trùng và rút ngắn thời gian lành thương, đồng thời dễ dàng sử dụng và thay thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Thế Trung. Bỏng – Những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học. 2003
- [2] Nguyễn Viết Lượng. Tình hình bỏng tại Việt Nam trong 2 năm 2008 – 2009. Tạp chí Y học thực hành. 2010. 11, 741
- [3] Salas Campos L, Fernández Mansilla M, Martínez de la Chica AM. Topical chemotherapy for the treatment of burns (Quimioterápicos tópicos en el tratamiento de las quemaduras. Algunas especificaciones de Blastestimulina). Rev Enferm 2005;28:67–70
- [4] Carsin, H., Wassermann, D., Pannier, M., Dumas, R., & Bohbot, S. (2004). A silver sulfadiazine-impregnated lipidocolloid wound

dressing to treat second-degree burns. Journal of Wound Care, 13(4), 145-148. <https://doi.org/10.12968/jowc.2004.13.4.26600>

[5] Xesin, H., Wassermann, D., Pannier, M., Dumas, R., & Bohbot, S. (2004). Silver sulfadiazine-impregnated lipidocolloid wound dressing for the treatment of second-degree burns. Journal of Wound Care, 13(4), 145-148. <https://doi.org/10.12968/jowc.2004.13.4.26600>.