

nghiên cứu xác định HP ở những bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị và tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm *Helibacter Polyri* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân). Một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ nhiễm HP ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính rất khác nhau. Theo Nguyễn Văn Toại và cộng sự, nghiên cứu 22 bệnh nhân viêm dạ dày thể tỷ vị hư hàn nhiễm HP (+) là 73% [5]. Tỷ lệ nhiễm HP của chúng tôi thấp hơn so với tác giả này có thể do số lượng nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn. Theo Trần Anh Vinh (2009) tỷ lệ nhiễm HP khi tiến hành xét nghiệm test urease và mô bệnh học là 52,17% [6]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nhiễm HP thay đổi theo chủng tộc, vị trí địa lý, điều kiện kinh tế xã hội.

Về mức độ nhiễm HP, trong 35/62 bệnh nhân nhiễm HP mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân). Tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Anh Vinh [6] và cộng sự, theo tác giả này thì tỷ lệ HP dương tính (+) là 55,5%. HP++ là 25,9% và HP+++ là 18,5%.

Về liên quan giữa nhiễm HP và vị trí tổn thương: Kết quả của chúng tôi cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn, có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%, chỉ có 5/35 bệnh nhân HP (+) ở vị trí khác (14,3%); $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với tác giả Mai Thị Minh Huệ [3], tỷ lệ nhiễm HP ở hang vị là 64,3%. Điều này phù hợp với đặc điểm sinh học của HP, đó là HP thường thấy ở dưới lớp nhày phủ bề mặt niêm mạc dạ dày, bám trên đỉnh tế bào và cư trú chủ yếu ở hang vị là nơi có lớp nhày nhiều hơn [2].

KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn có thời gian biểu hiện bệnh trên 10 năm, 36/62 bệnh nhân chiếm 58,1%.

Trên hình ảnh nội soi, bệnh viêm dạ dày mạn tính

thể tỷ vị hư hàn gặp chủ yếu là tổn thương đơn thuần ở vùng hang vị (chiếm 72,6%).

Bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn chủ yếu gặp là dạng viêm mạn teo (64,5%).

Tỷ lệ nhiễm *Helibacter Polyri* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể tỷ vị hư hàn là 56,5% (35 bệnh nhân).

Trong 35/62 bệnh nhân nhiễm HP mức độ nhiễm HP dương tính (+) chiếm tỷ lệ 48,6% (17 bệnh nhân), thứ hai là HP dương tính (++) chiếm 40,0% (14 bệnh nhân). HP dương tính (+++) chỉ có 11,4% (4 bệnh nhân).

Có 30/35 bệnh nhân HP (+) ở vùng hang vị chiếm 85,7%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HP với vị trí tổn thương ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính thể tỷ vị hư hàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Bảo** (2010), *Lý luận cơ bản y học cổ truyền (dùng cho sau đại học)*, nhà xuất bản Y học.

2. Bộ môn y học cổ truyền, Học viện quân Y (2012), *Bệnh học Y học cổ truyền (dùng cho sau đại học)*, Nhà xuất bản Quân Đội nhân dân, tr 105-107.

3. **Mai Thị Minh Huệ** (1999), *Nghiên cứu trạng thái dị sản ruột, dị sản dạ dày và loạn sản ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, trường đại học Y Hà Nội.

4. **Đinh Thị Quỳnh Hương** (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học, tỷ lệ nhiễm Helicobacter Poylori và các yếu tố liên quan của bệnh nhân viêm xuất huyết dạ dày*, Luận văn thạc sỹ y học, học viện Quân Y.

5. **Nguyễn Trọng Nghĩa** (2007), *Nghiên cứu giá trị của phương pháp nội soi phóng đại nhuộm màu Indigo carmine trong chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn*, Luận văn thạc sỹ y học, học viện Quân Y.

6. **Nguyễn Văn Toại** (2002), *Nghiên cứu tác dụng diệt Helicobacter pylori bằng hoạt chất toàn phần của lá trà không trên thực nghiệm và viêm dạ dày mạn tính*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

7. **Trần Anh Vinh** (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter Pylori trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn thể trượt lỗi*, Luận văn chuyên khoa II, Học viện Quân Y.

THÔNG BÁO SÁU BỆNH NHÂN ĐẦU TIÊN CÓ VẾT THƯƠNG LỘ GÂN VÀ XƯƠNG ĐÃ ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BĂNG KÍN TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

HOÀNG NGỌC SON - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét 6 trường hợp vết thương lộ gân, xương có chỉ định chuyển vật da che phủ, lần đầu tiên đã được điều trị thành công bằng phương pháp băng kín. Trình bày sự khác biệt của kỹ thuật này với kỹ thuật thay băng truyền thống qua các giai đoạn vết thương. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả 6 bệnh nhân có vết

Chịu trách nhiệm: Hoàng Ngọc Sơn
Email: hoangngocson69@gmail.com
Ngày nhận: 16/2/2017
Ngày phân biên: 13/3/2017
Ngày duyệt bài: 24/3/2017
Ngày xuất bản: 20/4/2017

thương hoại tử da, lộ xương, gân cần phải sử dụng vạt xoay tại chỗ hoặc vạt tự do để che phủ, đã được điều trị thành công bằng phương pháp băng kín. Phương pháp băng kín bao gồm hai giai đoạn: Giai đoạn 1: sử dụng Tegaderm băng kín vết thương mục đích giữ lại dịch tiết và độ ẩm tại vết thương. Một tuần thay băng 1 lần cho tới khi tổ chức hạt che phủ hoàn toàn tổ chức gân, xương bị lộ. Giai đoạn 2: sử dụng thuốc mỡ Chlorocid – H mục đích giảm phản ứng viêm, kích thích biểu mô hóa cho tới khi vết thương được biểu mô hóa hoàn toàn. Điểm lại y văn về kỹ thuật thay băng kinh điển, so sánh tìm ra sự khác biệt giữa hai phương pháp. Kết quả: Kết quả các vết thương rộng đã được liền sẹo sau 7 tuần điều trị. Sau 3 tháng, cảm giác nông phục hồi hoàn toàn với test Weber tĩnh: $5,25 \pm 0,76$ mm. Vết sẹo không bị loét, không co kéo, không đau. Kết luận: Kết quả của 6 bệnh nhân đầu tiên sử dụng phương pháp băng kín để điều trị các vết thương mất da rộng, lộ gân, xương cho kết quả tốt, đã gợi ý thêm một phương pháp mới bên cạnh phương pháp chuyển vạt kinh điển để điều trị các vết thương lộ gân xương.

Từ khóa: vết thương lộ gân, xương, vết thương rộng, băng kín.

SUMMARY

REPORT OF THE FIRST 6 PATIENTS WITH LARGE WOUND OF TENDONS AND BONES EXPLORATION BEING TREATED SUCCESSFULLY WITH OCCLUSIVE DRESSING METHOD AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY IN VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To review the six successful cases of large wound with tendons and bones exploration that are prescribed with the transfer skin flap for cover and treated with occlusive dressing. Demonstrate the differences between this occlusive dressing and other traditional dressing techniques throughout the stages of wounds. **Subject and Method:** Six patients of necrotic skin lesions with tendons and bones exploration being required to use the rotator flap or the free flap to cover, are treated successfully by occlusive dressing method. The occlusive dressing method consists of two phases: **Phase 1:** Use Tegaderm as the dressing to retain the fluid exudate and moisture at the wound. Change the dressing once per week until the granulation tissues completely cover the tissue of tendons and bones exploration. **Phase 2:** Use the Chlorocid – H ointment in order to limit the inflammatory reaction, and to promote the epithelial stimulation until the wounds completely heal. Reconsider the literature about the classic dressing techniques, compare and contrast the traditional and occlusive dressing methods. **Results:** The scars of large wounds have healed after 7 weeks of treatment. After 3 months, there has been a complete sensuous recovery with the static Weber test: $5,25 \pm 0,76$ mm. The scars have no signs of ulcers, contractions or pain. **Conclusion:** The fact that the six patients with large wounds of tendons and bones exploration have been successfully treated with occlusive dressing method suggests a new method to treat the wounds with tendons and bones exploration, besides the traditional transfer skin flap methods.

Keywords: wound with tendons and bones exploration, large wound, occlusive dressing.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất da rộng kèm lộ gân và xương là một chủ đề rất được quan tâm, riêng về điều trị có nhiều phương pháp khác nhau, muốn thành công yếu tố tiên quyết là phải che kín được gân xương không cho tiếp xúc với không khí. Thực tế tùy từng vị trí có thể phải dùng vạt da xoay tại chỗ, vạt cơ xoay; hoặc sử dụng vạt trượt, hoặc không còn giải pháp vạt tại chỗ phải sử dụng vạt da, cơ tự do. Rõ ràng với vạt da, cơ tự do chi phí điều trị sẽ tốn kém, khả năng thành công không cao. Che phủ bằng tổ chức hạt theo quy trình tự nhiên có một nhược điểm là quá trình hình thành tổ chức hạt sẽ bị cản trở nếu như thiếu yếu tố tăng sinh nội mạch (VEGF – Vascular endothelial growth factor), chúng sẽ bị khô đi nếu như dịch viêm tiết ra được làm sạch, hơn nữa quá trình biểu mô hóa sẽ nhanh chóng phủ lên trên phần tổ chức hạt được hình thành mới và ức chế quá trình tạo hạt, hậu quả xương và gân không được che phủ bởi tổ chức hạt. Dựa trên nguyên lý băng kín giữ lại chất dịch tiết của quá trình viêm có chứa nhiều yếu tố tăng trưởng mạch máu tân tạo, đã được Mennen áp dụng thành công trong nuôi dưỡng búp ngón tay bị mất đoạn. Chúng tôi áp dụng phương pháp băng kín, nhằm duy trì các yếu tố tăng trưởng mạch máu, để tạo thuận lợi và kéo dài cho sự phát triển của tổ chức hạt che phủ gân và xương. Lần đầu tiên chúng tôi đã áp dụng phương pháp này cho 6 trường hợp tại khoa điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, hiện tại y văn chưa có bất cứ một công bố nào về chủ đề này.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Áp dụng băng kín cho 6 trường hợp mất da ở vị trí khó lần đầu tiên áp dụng ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức:

Trường hợp 1: Bệnh nhân Nguyễn Thị T.39 tuổi, tai nạn xe máy, vết thương mu chân, đã được cắt lọc làm sạch vết thương tại tiểu phẫu, sau đó một tuần vết thương hoại tử da, cắt lọc da ở mu chân lộ gân duỗi ngón 1,2. Phần da mất diện tích 6×7 cm, nền vết thương bẩn. Chất lượng gân tốt, nền xấu, không có chỉ định khâu vết thương, chỉ định dùng vạt xoay. Bệnh nhân đồng ý điều trị theo phương pháp băng kín. Thay băng 5 lần (5 tuần), băng hở 2 tuần bôi mỡ Chlorocid H, vết thương liền hoàn toàn. Sẹo đẹp, không co kéo. Kiểm tra sau 3 tháng cảm giác phục hồi Weber test 5 mm.

Trường hợp 2: Hoàng Thị T. 54 tuổi. Tai nạn xe máy ô tô, bị mài tay xuống đường, toàn bộ da tay mất da, lộ gân duỗi ngón 2,3, đã cắt lọc tổ chức hoại tử 8×10 cm từ cổ tay xuống tận đốt bàn ngón. Chỉ định chuyển vạt gian cốt sau che gân xương. Bệnh nhân đồng ý thực hiện phương pháp băng kín. Tiến hành băng kín 5 tuần, vết thương che kín phần gân duỗi, 2 tuần biểu mô hóa bằng Chlorocid H. Vết thương liền tốt, sau 3 tháng biểu mô dày, cảm giác phục hồi Weber test 6 mm và vận động gân duỗi tốt.

Trường hợp 3: Đỗ Quang L.49 tuổi. Tai nạn xe

máy, vết thương mất da mu chân 4×5cm, không lộ gân, mất da mặt ngoài ngón cái 2×4cm, lộ xương 2cm. Băng kín vết thương 4 tuần, tổ chức hạt lên tốt, che kín xương, bôi Chlorocid H kích thích tổ chức hạt liền sẹo sau 2 tuần. Cảm giác phục hồi Weber test 4 mm sau 3 tháng.

Trường hợp 4: Lê Thị T. 56 tuổi. Bệnh nhân có tiền sử tiểu đường, tai nạn ngã rách kẽ ngón 2-3 chân phải 2×7 cm, nhiễm trùng mũ hôi thối. Vết thương sau 2 tuần xuất hiện lộ xương ngón 2. Tiến hành làm sạch, dùng phương pháp băng kín. Sau 5 lần thay băng, vết thương được kích thích biểu mô hóa bằng bôi mỡ Chlorocid H, sau 2 tuần liền hoàn toàn. Sau 3 tháng cảm giác phục hồi Weber test 5,5 mm.

Trường hợp 5: Phạm Đức T. 34 tuổi. Tai nạn xe máy bị mất da, đứt gân cổ chân, bệnh nhân được khâu gân, xử lý da lóc, da hoại tử rộng 3×8 cm ngang cổ chân, lộ gân duỗi. Chỉ định xoay vạt che gân. Bệnh nhân không đồng ý và chấp nhận điều trị bằng phương pháp băng kín. Sau 4 lần thay băng và 2 lần thay băng hồ Chlorocid H, vết thương liền hoàn toàn. Cảm giác phục hồi Weber test 6 mm

Trường hợp 6: Vũ Thị O. 35 tuổi. Tai nạn xe máy, vết thương rộng mu chân, giập nát mu chân, cẳng chân, gãy đầu dưới xương chày phức tạp. Mổ kết hợp xương: nẹp vis xương mác, găm kim mắt cá trong và đầu dưới xương chày. Vết thương hoại tử da và lộ gân sau 1 tuần điều trị. Cắt lọc vết thương, băng kín vết thương 5 lần, băng kích thích tổ chức hạt thay băng tổ chức hạt che kín hết tổn thương, thêm 2 tuần băng hồ sử dụng mỡ Chlorocid -H, vết thương liền hoàn toàn, cảm giác phục hồi Weber test 5 mm.

BÀN LUẬN

Quy trình thay băng Băng kín:

Cắt lọc vết thương tới tổ chức lành (chú ý: xương chết phải lấy bỏ tới xương lành, gân chết đen cũng phải lấy bỏ, chỉ để lại phần gân trắng, dai, có sức sống)

Cầm máu: (dao điện, băng ép, giữ gạc, khâu mũi nhỏ 4.0 Vicryl.

Băng kín bằng Tegaderm, thời gian băng 1 tuần 1 lần: mục đích hạn chế cho dịch viêm chảy ra ngoài, giữ cho các yếu tố tăng trưởng kích thích tổ chức hạt lưu tại vết thương lâu nhất.

Băng kín dừng lại khi tổ chức hạt đã che phủ được xương và gân

Quy trình thay băng Băng hồ:

Giai đoạn băng hồ (tiếp xúc với không khí) cho phép các dịch viêm không tiết ra nữa, hạn chế phản ứng viêm bằng mỡ Chlorocid - H.

Các giai đoạn tiến triển của vết thương và kỹ thuật thay băng:

Vết thương tiến triển qua 4 giai đoạn, tương ứng là các phương pháp thay băng:

Vết thương hoại tử:

Trong điều kiện bình thường, tổ chức hoại tử sẽ được tách rời khỏi tổ chức lành ở lớp giữa, tuy nhiên trong điều kiện tiếp xúc với không khí, mảnh hoại tử sẽ mất nước dần và co rút lại, tạo nên mảng có hoại tử

đen, cứng co kéo tổ chức phía dưới là nguyên nhân gây đau. Mục đích băng với vết thương hoại tử là làm cho nó ngấm nước mềm ra, sau đó loại bỏ mô cứng, hoại tử bằng phẫu thuật, thực tế trong giai đoạn này phải sử dụng gạc ẩm từ 60-90% nước, độ ẩm sẽ thấm sâu, làm cho tổ chức mềm ra và dễ dàng lấy bỏ. Băng băng thường ở dạng gel ngấm nước. (GranuGel, Nugel). Phần băng thấm nước sẽ tiếp xúc với vết thương, trong khi đó phần băng giữ bên ngoài sẽ không cho nước thấm ra, thường được tạo nên từ các màng nilon không thấm nước (ví dụ: Melonin, Telfa) hoặc các màng có khả năng thấm thấu hơi (ví dụ: Tegaderm, OpSite, Biocclusive). Nhận thấy 6 bệnh nhân của chúng tôi đều là các vết thương cũ, ở dạng hỗn hợp: vừa có tổ chức viêm, vừa có tổ chức hoại tử, nên tiết dịch nhiều, chúng tôi dùng màng nilon Tegaderm băng kín vết thương, giữ lại dịch viêm: đặt hai mục đích: tạo độ ẩm cho vết thương làm mềm hoại tử, đồng thời giữ được yếu tố tăng trưởng mạch máu VEGF làm tăng sinh tổ chức hạt ở nơi không có hoại tử. Một hiện tượng thấy được khi băng kín ở giai đoạn này là phần da lành xung quanh bị ngấm dịch gọi là maceration (biểu hiện trắng bọt da, bong da do ngấm nước). Một số tác giả khuyến cáo không nên dùng băng nước và băng kín trong giai đoạn nhiễm trùng, vì có thể phát triển vi khuẩn yếm khí [1],[2], chúng tôi thực hiện cho cả 6 trường hợp băng kín, khi mở băng mùi vết thương rất thối, nhưng trên nền vết thương không thấy dấu hiệu viêm: sưng, nóng, đỏ, đau. Hầu hết quá trình đau giảm 3 ngày sau khi băng kín. Theo tác giả khác [3] không nên băng kín với vết thương hỗn hợp vì vết thương tiết nhiều dịch, chúng tôi không sử dụng băng có nước, mà sử dụng màng nilon Tegaderm, giữ cho nước nằm lại trong vết thương, quan sát thấy hiện tượng viêm không tăng lên, không làm tăng tiết dịch.

Vết thương giả mạc:

Giả mạc có màu vàng hoặc màu trắng đục là một hỗn hợp của fibrin, protein, dịch tiết, bạch cầu và xác vi khuẩn. Nó có thể tích tụ nhanh chóng trên bề mặt các vết thương đã sạch sẽ trước đây, với sự gắn kết của các sợi fibrin vào tổ chức lành làm cho lớp này khó bong khi dùng nước rửa thông thường. Lớp giả mạc sẽ được bong dần do tác dụng của các enzym tiết ra ở đại thực bào, quá trình này cần có thời gian để tổ chức dưới phát triển và tự làm sạch giả mạc khi hết giai đoạn viêm của vết thương. Một điều quan trọng là trong giai đoạn này, khi thay băng không được để nước tràn ra gây loét trượt (maceration) da xung quanh. Kỹ thuật thay băng trong giai đoạn này vẫn sử dụng băng nước (hydrocolloid) với màng nilon tránh mất nước, hoặc sử dụng màng bán thấm có Alginat nhằm giữ được môi trường ẩm ướt và lấy đi bớt lượng nước dư thừa. Trong trường hợp vết thương nặng, sử dụng sợi băng có hút nước (Aquacel) có thể sử dụng để hút dịch. Có thể hút nhiều dịch và dưới băng ép. Với ít dịch tràn ra ngoài vết thương không gây nên loét trượt da. [4],[5]. Trong 6 trường hợp của chúng tôi, sử dụng màng Tegaderm băng kín giữ được lượng nước tại chỗ, duy trì được yếu tố tăng trưởng mạch máu, nhận

thấy giả mạc bong ra rất dễ khi rửa nước, không phải dùng dao hay kéo cắt, bên cạnh đó tổ chức hạt phát triển nhanh phủ kín xương và gân, tuy nhiên có đặc điểm là maceration nhiều ở vùng da lành.

Giai đoạn tổ chức hạt:

Tổ chức hạt là một hỗn hợp của protein, polysaccharides liên kết với nhau và với collagen, giàu mạch máu tân tạo có màu đỏ. Tổ chức hạt mỏng manh và nhiều mạch nên tổ chức ẩm, ẩm và tiết dịch. Với các vết thương nông, chỉ cần băng không dính hoặc hydrocolloid. Băng kín giữ nước có hiệu quả đặc biệt vì nó tạo nên một môi trường thiếu oxy, và kích thích phát triển tổ chức hạt nhờ giữ được các yếu tố tăng sinh mạch máu (VEGF). Nếu tiết dịch quá lớn phải dùng tới alginates. Băng không cần thay thường xuyên để tránh tổn thương tổ chức hạt. Với hố tổn thương sâu, sử dụng polyurethane (Allevyn, Lyofoam, Tielle) như băng độn vào đáy vết thương. Hoặc sử dụng kỹ thuật hút áp lực âm liên tục. Đặt miếng xốp từ đáy vết thương lên bề mặt, dán kín vết thương bằng băng opsite, đặt hút liên tục quan sát thấy tổ chức hạt cũng phát triển từ đáy lên và lấp đầy hố trống. Sự tạo hạt vẫn tiếp tục cho đến khi phần tổ chức hạt của khoang vết thương gần như ngang bằng với vùng da xung quanh. Tại thời điểm này, vết thương bắt đầu biểu mô. Biểu mô tiến dần từ ngoại vi vào trung tâm, khi biểu mô tới đâu thì tổ chức hạt dừng lại tại đó. Chúng tôi sử dụng băng kín cho 6 trường hợp, giữ lại dịch viêm trong băng, dịch viêm chứa nhiều yếu tố tăng sinh nội mạc, thành phần chủ yếu kích thích tạo tổ chức hạt, đồng thời có yếu tố ức chế biểu mô hóa làm chậm quá trình che phủ của biểu mô, tổ chức hạt tự do phát triển. Trong hoàn cảnh vết thương sạch, quá trình biểu mô hóa diễn ra rất nhanh, vì thế tổ chức xương và gân lộ sẽ khó được che kín bằng tổ chức hạt vì không đủ thời gian phát triển che kín vết thương. Cả 6 trường hợp của chúng tôi, đều thay băng đến lần thứ 5 (tức là khoảng 35 ngày, và khi còn băng kín, biểu mô hóa không thực hiện được, bên cạnh đó thì tổ chức hạt phát triển mạnh che kín toàn bộ gân xương, lộ.

Biểu mô hóa vết thương:

Quá trình cuối cùng của vết thương là quá trình biểu mô hóa, do các tế bào biểu mô thực hiện, bắt đầu từ bờ ngoại vi của vết thương tiến vào gặp nhau ở trung tâm, kết thúc khi biểu mô phủ hoàn toàn. Quá trình này cần có sự di chuyển của tế bào biểu mô. Nên cần phải giữ cho môi trường ẩm tới khi liền hết vết thương. Vết thương nông chỉ cần băng nửa kín. Giai đoạn này dùng băng silicon, (Mepitel) hoặc Tricotex, Nilon (tegapore). Chú ý tới các vật liệu này có thể bị dị ứng. Trong 6 trường hợp của chúng tôi, khi tổ chức hạt mọc lên đều, không còn giả mạc, chúng tôi sử

dụng mỡ Chlorocid H, có hydrocortison làm giảm phản ứng viêm tại chỗ, ngăn cản quá trình hình thành tổ chức hạt, đồng thời nhờ mỡ Chlorocid chống lại nhiễm khuẩn cũng như giữ độ ẩm để bề mặt tổ chức hạt luôn ẩm ướt, thuận lợi cho sự di chuyển của tế bào biểu mô thực hiện nhanh quá trình biểu mô hóa.

Nhiễm trùng vết mổ:

Với các vết thương nhiễm trùng, chỉ định sử dụng gạc có tẩm kháng sinh chống vi khuẩn là cần thiết. Bắt buộc cấy vi khuẩn và điều trị theo kháng sinh đồ. Thực tế Metronidazol hầu như không tác dụng diệt khuẩn, tuy vậy với Gel Metronidazol 0,75% có thể dùng và có tác dụng với vi khuẩn kỵ khí [6]. Sáu trường hợp của chúng tôi, đều là các vết thương nhiễm trùng nông, sau khi cắt lọc sạch tổ chức hoại tử, tiến hành băng kín, chúng tôi thấy dịch viêm tiết ra rất hôi, dịch chảy ra như mủ, nhưng cấy vi khuẩn : có tụ cầu vàng, proteus, E. Coli, tuy nhiên vết thương sau khi rửa sạch bằng huyết thanh mặn 9‰, vết thương không hề có dấu hiệu viêm tại chỗ.

KẾT LUẬN

Thông qua 6 trường hợp được áp dụng băng kín điều trị các vết thương lớn lộ gân và xương, với 5 lần băng kín và 2 lần băng hở, tất cả 6 trường hợp của chúng tôi đều cho kết quả tốt, liền sẹo hoàn toàn, phục hồi cảm giác sau 3 tháng. Về mặt nguyên tắc so với thay băng kinh điển không khác biệt, nhưng có một điểm khác so với thay băng kinh điển là 1 tuần thay 1 lần, điều này giúp thời gian tạo tổ chức hạt không bị biểu mô hóa kéo dài suốt trong thời gian băng kín vết thương cho tới khi che kín được tổ chức gân, xương thay vì phải chuyển vật che phủ. Đây là phương pháp đơn giản, có thể áp dụng rộng rãi ở tuyến dưới trong điều trị vết thương lớn bị lộ gân xương không có khả năng thực hiện được kỹ thuật cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hutchinson JJ, Lawrence JC.** Wound infection under occlusive dressings. *Journal of Hospital Infection* 1991;17:83–94.
2. **Kannon GA, Garrett AB.** Moist wound healing with occlusive dressings. A clinical review. *Dermatologic Surgery* 1995;21:583–90.
3. **Morgan D.** Alginate dressings. *Journal of Tissue Viability* 1996;7:4–14.
4. **Robinson BJ.** The use of a hydrofibre dressing in wound management. *Journal of Wound Care* 2000;9:32–4.
5. **Tong A.** Recognising, managing and removing slough. *Nursing Times* 2000;96(29 suppl):15–16.
6. **Ashford RF, Plant GT, Maher J, et al.** Metronidazole in smelly tumors. *The Lancet* 1980;1:874–5.