

# Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các vết thương phần mềm nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Trần Nhật Tiến<sup>1,2\*</sup>, Nguyễn Vĩnh Kiên<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình - Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

<sup>3</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

\*Tác giả liên hệ: Trần Nhật Tiến; Email: tntien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 12/02/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 14/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.3.1234

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Vết thương phần mềm nhiễm khuẩn (VTPMNK) là một vấn đề y tế nghiêm trọng, góp phần làm gia tăng gánh nặng điều trị do tình trạng kháng kháng sinh ngày càng phổ biến.

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị vết thương phần mềm nhiễm khuẩn.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng trên 91 bệnh nhân với 96 VTPMNK.

**Kết quả:** Chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất (64,6%), kế đến là loét mạn tính (18,8%). VTPMNK ở chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%). Diện tích VTPMNK trung bình là  $11,4 \pm 19,6$  cm<sup>2</sup>. Có 26,0% trường hợp nhiễm vi khuẩn đa kháng, trong đó MRSA chiếm khoảng một nửa và *E. coli* sinh men ESBL chiếm khoảng 1/4. Điều trị kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm phù hợp với kháng sinh đồ chiếm 58,7%. Phẫu thuật cắt lọc súc rửa vết thương là phương pháp điều trị tại chỗ được sử dụng nhiều nhất (78,1%). Thời gian kiểm soát nhiễm khuẩn trung bình là  $15,3 \pm 22,5$  ngày. Tỷ lệ tự liền vết thương là 53,1%, khâu đóng vết thương chiếm 18,8%. Điểm SF-36 sau 1 tháng cải thiện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Điều trị phối hợp nhiều phương pháp giúp kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả, thúc đẩy lành thương và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

**Từ khóa:** vết thương phần mềm nhiễm khuẩn; vi khuẩn đa kháng; MRSA.

## Evaluation of clinical characteristics, laboratory findings, and treatment outcomes of infected wounds at Hue University Of Medicine And Pharmacy Hospital

Tran Nhat Tien<sup>1,2\*</sup>, Nguyen Vinh Kien<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Hue University.

<sup>2</sup>Department of Trauma-Orthopedic and Thoracic Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

<sup>3</sup>University of Medicine and Pharmacy, Hue University

## Abstract

**Background:** Infected wounds remain a significant healthcare challenge, exacerbated by the increasing prevalence of antibiotic resistance.

**Objective:** To evaluate the clinical characteristics, paraclinical features, and treatment outcomes of infected wounds.

**Materials and Methods:** This is a prospective descriptive, non-controlled study involving 91 patients with 96 infected wounds.

**Results:** Trauma was the most common cause (64.6%), followed by chronic ulcers (18.8%). Most infected wounds were located in the lower limbs (70.9%). The mean wound area was  $11.4 \pm 19.6$  cm<sup>2</sup>. Multidrug-resistant bacteria were identified in 26.0% of cases, with MRSA accounting for approximately half and ESBL-producing *E. coli* accounting for one quarter. Initial empirical antibiotic therapy was appropriate according to susceptibility testing in 58.7% of cases. Surgical debridement and wound irrigation were the most commonly used local treatment methods (78.1%). The mean time to infection control was  $15.3 \pm 22.5$  days. Spontaneous

wound healing occurred in 53.1% of cases, while 18.8% required wound closure. SF-36 scores improved significantly after 1 month ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** A multimodal treatment approach effectively controlled infection, promoted wound healing, and improved patients' quality of life.

**Keywords:** *infected soft tissue injuries; multidrug-resistant bacteria; MRSA.*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương phần mềm nhiễm khuẩn (VTPMNK) là một vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng, gây kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong những trường hợp nặng, VTPMNK có thể gây hoại tử mô, nhiễm khuẩn lan rộng, nhiễm khuẩn huyết và thậm chí đe dọa tính mạng bệnh nhân. Việc kiểm soát nhiễm khuẩn, chuẩn bị nền vết thương và lựa chọn phương pháp che phủ phù hợp vẫn còn là thách thức lớn đối với bác sĩ lâm sàng [1, 2].

Hiện nay, tình trạng vi khuẩn đa kháng trong VTPMNK ngày càng gia tăng và trở thành vấn đề đáng lo ngại trên toàn thế giới. Nghiên cứu của Fahim Alam Nobel ghi nhận tỷ lệ vi khuẩn gram âm đa kháng chiếm 84%, chủ yếu là *Pseudomonas aeruginosa*, trong khi vi khuẩn gram dương đa kháng chiếm 79%, chủ yếu là *Staphylococcus aureus* [3], [4]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ vi khuẩn đa kháng còn ở mức cao, đặc biệt là *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) và *Escherichia coli* sinh men ESBL [5]. Tình trạng này gây nhiều khó khăn trong lựa chọn kháng sinh và kéo dài thời gian điều trị.

Trong điều trị VTPMNK, ngoài sử dụng kháng sinh toàn thân, việc phối hợp các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ như phẫu thuật cắt lọc súc rửa, chăm sóc nền vết thương, liệu pháp hút áp lực âm và các phương pháp che phủ phần mềm có vai trò quan trọng trong thúc đẩy lành thương và cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu tại Việt Nam hiện nay chủ yếu tập trung đánh giá hiệu quả của từng phương pháp riêng lẻ, trong khi thực tế lâm sàng thường đòi hỏi sự phối hợp nhiều phương pháp điều trị.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các vết thương phần mềm nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế” với hai mục tiêu:

- *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các vết thương phần mềm nhiễm khuẩn tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.*

- *Đánh giá kết quả điều trị các vết thương phần mềm nhiễm khuẩn tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 91 bệnh nhân với 96 vết thương phần mềm nhiễm khuẩn điều trị tại Khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình-Lồng ngực, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 3/2024 – 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán dựa vào lâm sàng có vết thương phần mềm nhiễm khuẩn: tiết dịch mủ, mùi hôi, mô hoại tử,... Hoặc bệnh nhân có vết thương phần mềm được nuôi cấy vi khuẩn mẫu bệnh phẩm từ vết thương cho kết quả vi khuẩn (+).

- Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tử vong do bệnh kèm nặng hoặc mất theo dõi do chuyển viện. Những bệnh nhân không phối hợp điều trị, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, bệnh nhân rối loạn tâm thần.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu và theo dõi dọc.

Các bước nghiên cứu: Khám lâm sàng, đánh giá thương tổn trên lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, theo dõi và đánh giá kết quả.

### 2.3. Các đặc điểm nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, bệnh lý kèm theo.

- Đặc điểm VTPMNK: nguyên nhân, vị trí, thời gian vết thương, kích thước, tổ chức mô hạt, tiết dịch mủ, xét nghiệm vi khuẩn: loại vi khuẩn, vi khuẩn đa kháng. Đối với các trường hợp có nhiều lần nuôi cấy, nghiên cứu ghi nhận kết quả nuôi cấy vi sinh đầu tiên có giá trị lâm sàng. Một số trường hợp phân lập được từ 2- 3 chủng vi khuẩn trên cùng một bệnh nhân.

- Đặc điểm điều trị:

+ Đặc điểm sử dụng các phương pháp điều trị tại chỗ.

+ Đặc điểm sử dụng kháng sinh toàn thân: số loại kháng sinh, thời gian sử dụng.

+ Phương pháp che phủ vết thương sau điều trị tại chỗ và toàn thân.

- Kết quả điều trị:

+ Thời gian nằm viện trung bình (ngày), thời gian kiểm soát nhiễm khuẩn VTPMNK trung bình (ngày).

+ Sự cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân qua thang điểm SF-36 sau ra viện 1 tháng so với khi vào viện.

## 2.4. Xử lý số liệu

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.  
- Biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất. Dùng phép kiểm định t-test hoặc Mann-Whitney U test để so sánh giá trị trung bình của các biến định lượng, với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

## 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế. Trước khi tiến hành nghiên cứu, đối tượng được giải thích rõ nội dung, ý nghĩa của việc tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ thực hiện với người bệnh tự nguyện tham gia, các thông tin đảm bảo giữ bí mật, số liệu được thu thập đầy đủ, chính xác, trung thực và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**3.1.1. Giới và tuổi:** bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 88 tuổi, độ tuổi trung bình  $50,4 \pm 19,8$  tuổi. Nam giới chiếm chủ yếu, nhiều hơn gấp 2,9 lần nữ giới.

### 3.1.2. Bệnh lý kèm theo:

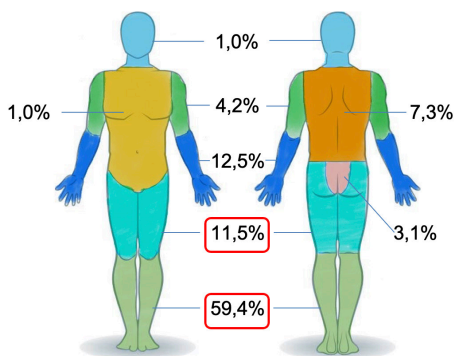
Bệnh nhân mắc các bệnh lý chuyển hoá kèm theo chiếm 40,7%, trong đó thường gặp nhất là đái tháo đường (22,0%), kế đến là tăng huyết áp và gout mạn chiếm tỷ lệ tương đương nhau 13,2%. Có 59,3% các trường hợp bệnh nhân không mắc các bệnh lý kèm theo.

### 3.2. Đặc điểm vết thương phần mềm nhiễm khuẩn

#### 3.2.1. Nguyên nhân vết thương phần mềm nhiễm khuẩn

Nguyên nhân vết thương thường gặp nhất là do chấn thương (64,6%), xếp thứ hai là loét mạn tính (18,8%), tiếp theo là vết thương phẫu thuật (15,6%). Bông chỉ có 1 trường hợp duy nhất chiếm (1,1%).

#### 3.2.2. Vị trí vết thương phần mềm nhiễm khuẩn



Hình 1. Phân bố tỷ lệ vị trí vết thương phần mềm nhiễm khuẩn

Vị trí vết thương phần mềm nhiễm khuẩn thường gặp nhất là chi dưới (70,9%).

### 3.2.3. Đặc điểm vết thương trước điều trị

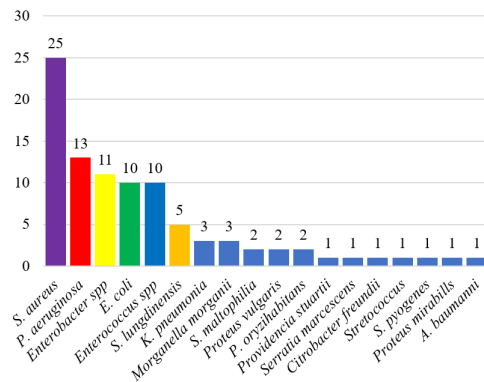
- Vết thương cấp tính gấp 2 lần vết thương mạn tính.

- Kích thước VTPMNK là  $(4,2 \pm 3,1 \text{ cm}) \times (2,5 \pm 1,6 \text{ cm})$ . Diện tích  $11,4 \pm 19,6 \text{ cm}^2$ .

- Tiết dịch mủ chiếm tỷ lệ 44,8%, tiết thanh dịch: 36,5% và 18,7% vết thương hoại tử khô.

- Tình trạng nền VTPMNK lộ xương chiếm 4,2%; lộ gân, cơ 3,1%.

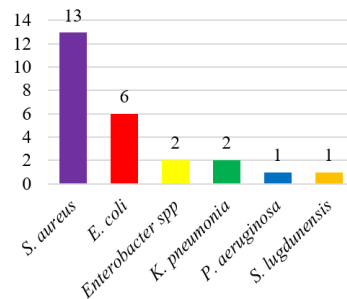
### 3.3. Đặc điểm nhiễm khuẩn



Biểu đồ 1. Đặc điểm nhiễm khuẩn

Trong 96 VTPMNK, có 82 trường hợp nuôi cấy vi khuẩn dương tính, chiếm tỷ lệ 85,4%. Trong số các trường hợp nuôi cấy dương tính, 73 trường hợp phân lập được một loại vi khuẩn duy nhất (89,0%), 7 trường hợp phân lập đồng thời hai loại vi khuẩn (8,5%) và 2 trường hợp phân lập ba loại vi khuẩn (2,4%).

Tổng cộng có 93 chủng vi khuẩn được phân lập từ các mẫu bệnh phẩm vết thương. Tác nhân gây nhiễm khuẩn thường gặp nhất là *Staphylococcus aureus* (39,7%), tiếp theo là *Pseudomonas aeruginosa* (20,6%), *Enterobacter spp.* (17,5%), *Escherichia coli* (15,9%), *Enterococcus spp.* (15,9%). Các tác nhân ít gặp hơn bao gồm *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Streptococcus pyogenes*, *Citrobacter freundii* và một số vi khuẩn khác.



Biểu đồ 2. Đặc điểm nhiễm khuẩn đa kháng

Có 25 trường hợp nhiễm vi khuẩn đa kháng, chiếm tỷ lệ 26,0%. Trong đó, hơn một nửa là *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA), khoảng 1/4 là *Escherichia coli* sinh men ESBL. Các tác nhân đa kháng khác bao gồm *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Staphylococcus lugdunensis*.

### 3.4. Đặc điểm phương pháp điều trị

#### 3.4.1. Điều trị toàn thân

- Thời gian điều trị với kháng sinh trung bình: 25,1 ± 21,2 ngày.

- Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm phù hợp với kết quả KSD 58,7%.

#### 3.4.2. Điều trị tại chỗ

**Bảng 1.** Đặc điểm sử dụng các phương pháp điều trị tại chỗ (n = 96)

Phương pháp điều trị tại chỗ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật cắt lọc súc rửa	75	78,1
Nhét mèche betadine/povidone	16	16,7
Hydrogel chứa HOCl (HeminGel)	20	20,8
Gạc chống dính tấm Ag	19	19,8
Dung dịch Dakin	5	5,2
VAC	21	21,9
VAC tưới rửa liên tục	18	18,7

Phương pháp điều trị tại chỗ được sử dụng nhiều

nhất là phẫu thuật cắt lọc súc rửa (78,1%). Kể đến là các phương pháp: nhét mèche betadine/povidine, Hydrogel HOCl, gạc chống dính tấm Ag, VAC và VAC tưới rửa liên tục chiếm tỷ lệ dao động từ 16,7% đến 21,9%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là ngâm vết thương với dung dịch Dakin (5,2%).

### 3.4.3. Phương pháp che phủ vết thương

**Bảng 2.** Phương pháp che phủ vết thương (n = 96)

Phương pháp che phủ vết thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tự liền vết thương	51	53,1
Khâu đóng vết thương	18	18,8
Ghép da mỏng	3	3,1
Ghép da dày	6	6,2
Chuyển vạt	16	16,7
Chuyển vạt + Ghép da dày	2	2,1
Tổng	96	100

Tự liền vết thương chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), kể đến là khâu đóng vết thương (18,8%) và phẫu thuật chuyển vạt (16,7%), số còn lại là ghép da dày, ghép da mỏng, phối hợp ghép da dày và chuyển vạt.

### 3.5. Kết quả điều trị:

- Thời gian kiểm soát nhiễm khuẩn tại VTPMNC trung bình 15,3 ± 22,5 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình: 25,5 ± 22,0 ngày.

- Sự cải thiện SF-36 sau ra viện 1 tháng so với lúc vào viện.

**Bảng 3.** Sự cải thiện SF-36 theo từng lĩnh vực của bệnh nhân theo SF-36 (n=91)

Lĩnh vực	Lúc vào viện	Sau ra viện 1 tháng	p
Sức khoẻ thể chất	45,2 ± 31,8	68,7 ± 28,6	< 0,05
Đau	46,4 ± 17,9	71,9 ± 15,2	< 0,05
Hạn chế vai trò do sức khoẻ thể chất	30,3 ± 39,0	61,4 ± 31,5	< 0,05
Sức khoẻ chung	41,5 ± 15,5	47,2 ± 14,1	< 0,05
Sức khoẻ tinh thần	51,5 ± 19,7	66,8 ± 19,7	< 0,05
Hạn chế vai trò do vấn đề cảm xúc	59,3 ± 43,6	85,3 ± 28,6	< 0,05
Thoải mái về cảm xúc	69,2 ± 13,9	73,1 ± 13,1	< 0,05
Năng lượng/Mệt mỏi	58,5 ± 16,0	64,1 ± 15,6	< 0,05
<b>Tổng điểm SF-36</b>	<b>50,2 ± 19,3</b>	<b>67,3 ± 16,7</b>	<b>&lt; 0,05</b>

SF-36 tăng lên ở tất cả các lĩnh vực. Tăng đáng kể ở các lĩnh vực thuộc nhóm sức khoẻ thể chất: hoạt động chức năng thể chất, đau, hạn chế vai trò do sức khoẻ thể chất. Về nhóm sức khoẻ tinh thần thì tăng đáng kể ở lĩnh vực hạn chế vai trò do vấn đề cảm xúc. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm của vết thương phần mềm nhiễm khuẩn

Về nguyên nhân và thời gian của VTPMNC, trong nhóm người bệnh được chọn nghiên cứu khá đang

dạng, trong đó chấn thương là thường gặp nhất (64,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Hữu Hiệp (72,0%) [3]. Vết thương cấp tính chiếm tỷ lệ cao gấp 2 lần vết thương mạn tính.

Về vị trí vết thương, VTPMNC xuất hiện ở bất kỳ

vị trí nào của cơ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trường Giang (70,9%) [6] và nghiên cứu của Lê Kim Trọng (74%) [7]. Có thể giải thích vì nguyên nhân gây ra vết thương chủ yếu là do chấn thương và chi dưới là vị trí rất dễ gặp phải chấn thương, hơn nữa, chi dưới là vùng ngoại vi, cấp máu và dinh dưỡng kém ở người cao tuổi, mắc nhiều bệnh chuyển hoá kèm theo (đái tháo đường, tăng huyết áp, gout mạn,...) và ít hợp tác trong quá trình điều trị.

Về đặc điểm vi khuẩn, *Staphylococcus aureus* là loại vi khuẩn thường gặp nhất (39,7%), thứ 2 là *Pseudomonas aeruginosa* (20,6%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Nhật Tiến (52%) [8], nghiên cứu của Đoàn Xuân Thủy (55%) [9], nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoà và Nguyễn Mai Thơ (45,3%) [10]. Có 25 trường hợp nhiễm vi khuẩn đa kháng, chiếm tỷ lệ 26,0%, trong nhóm đa kháng MRSA chiếm 1/2, *Escherichia coli* đề kháng kiểu ESBL chiếm 1/4. Kết quả này cho thấy gánh nặng đề kháng kháng sinh hiện nay rất thường gặp, nhóm vi khuẩn đa kháng gây ra rất nhiều khó khăn cho quá trình điều trị, thời gian điều trị kéo dài, cần phải phối hợp nhiều phương pháp điều trị để kiểm soát nhiễm khuẩn hiệu quả.

#### **4.2. Kết quả điều trị vết thương phần mềm nhiễm khuẩn**

Về điều trị toàn thân, trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được điều trị với kháng sinh, trong đó có 58,7% trường hợp sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm phù hợp với kháng sinh đồ. Tất cả các trường hợp không phù hợp theo kháng sinh đồ được điều chỉnh phù hợp sau đó. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huỳnh (39%) [11]. Thời gian điều trị kháng sinh trung bình  $25,5 \pm 22,0$  ngày.

Về điều trị tại chỗ, phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc súc rửa vết thương (78,1%) vì trong VTPMNK vấn đề cắt lọc súc rửa luôn được chỉ định đầu tiên với mục đích loại bỏ mô hoại tử, mủ, giảm lượng vi khuẩn và độc tố tại vị trí vết thương nhanh nhất có thể. Ngoài ra đây còn để lấy mẫu xét nghiệm cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Theo nghiên cứu của Wicox JR và cộng sự, với số lần phẫu thuật cắt lọc trung bình 2 lần có ý nghĩa làm rút ngắn thời gian lành vết thương ( $p < 0,01$ ) [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lần phẫu thuật cắt lọc súc rửa vết thương là 2, tương đồng với nghiên cứu trên. Các phương pháp điều trị khác: nhét mèche betadine/povidine, gel HOCl, gạc chống dính tẩm Ag, VAC và VAC tước rửa liên tục chiếm tỷ lệ dao động từ 16,7%

đến 21,9%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là ngâm vết thương với dung dịch Dakin (5,2%). Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò, lợi ích của các phương pháp trên trong điều trị vết thương phần mềm có hiệu quả rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do các lý do như mục tiêu nghiên cứu, lựa chọn đối tượng nghiên cứu là khác nhau.

Biểu hiện lâm sàng của VTPMNK với tình trạng viêm nề, tiết dịch, tiết mủ, mô hoại tử. Sau khi điều trị kết hợp kháng sinh toàn thân với các phương pháp tại chỗ, tình trạng lâm sàng cải thiện, nên vết thương lên mô hạt đỏ sạch, diện tích vết thương thu nhỏ. Và đặc biệt thời gian kiểm soát nhiễm khuẩn tại VTPMNK trung bình là  $15,3 \pm 22,5$  ngày. Tạo điều kiện cho lựa chọn phương pháp che phủ vết thương: khâu đóng vết thương, ghép da dày, ghép da mỏng, phẫu thuật chuyển vạt và kết hợp nhiều phương pháp.

Về phương pháp che phủ vết thương, trong nghiên cứu của chúng tôi tự liền chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), phẫu thuật khâu đóng vết thương đứng thứ 2 (18,8%), kế đến là phẫu thuật chuyển vạt (16,7%), số còn lại ghép da mỏng (3,1%), ghép da dày (6,2%), kết hợp chuyển vạt và ghép da dày (2,1%). Tỷ lệ tự liền vết thương cao cho thấy hiệu quả của các biện pháp điều trị bảo tồn và chăm sóc ban đầu trong kiểm soát nhiễm khuẩn. Thời gian nằm viện trung bình  $25,5 \pm 22,0$  ngày.

Về sự thay đổi chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân sau ra viện 1 tháng so với lúc vào viện, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SF-36 tăng lên ở tất cả các lĩnh vực. Tăng đáng kể ở các lĩnh vực thuộc nhóm sức khoẻ thể chất: hoạt động chức năng thể chất, đau, hạn chế vai trò do sức khoẻ thể chất. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Về nhóm sức khoẻ tinh thần thì tăng đáng kể ở lĩnh vực hạn chế vai trò do vấn đề cảm xúc. Điều này cho thấy các biện pháp điều trị đã góp phần cải thiện đáng kể tình trạng sức khoẻ thể chất và tinh thần của bệnh nhân, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và hỗ trợ bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt bình thường.

Trong điều trị VTPMNK, kiểm soát nhiễm khuẩn tại chỗ đóng vai trò then chốt, đặc biệt là phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử triệt để kết hợp với lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ. Bên cạnh đó, việc phối hợp các biện pháp chăm sóc nền vết thương như liệu pháp hút áp lực âm (VAC), dung dịch sát khuẩn, gạc kháng khuẩn, cùng với kiểm soát tốt các bệnh lý nền (đái tháo đường, bệnh lý mạch máu ngoại biên, suy dinh dưỡng...) có ý nghĩa quan trọng trong thúc đẩy hình thành mô hạt và rút ngắn thời gian lành thương.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu chưa phân tích sâu ảnh hưởng của các bệnh lý mạn tính kèm theo như đái tháo đường, bệnh lý mạch máu ngoại biên, tình trạng dinh dưỡng hay mức độ tuân thủ điều trị đến kết quả điều trị VTPMNK. Thứ hai, nghiên cứu chưa khảo sát căn nguyên vi nấm, do đó chưa phản ánh đầy đủ phổ tác nhân gây nhiễm khuẩn, đặc biệt ở các vết thương mạn tính kéo dài.

## 5. KẾT LUẬN

VTPMNK thường gặp chủ yếu ở chi dưới, nguyên

nhân thường do chấn thương và có tỷ lệ nhiễm vi khuẩn đa kháng tương đối cao. *Staphylococcus aureus* là tác nhân gây nhiễm khuẩn thường gặp nhất. Một số trường hợp phân lập đồng thời nhiều loại vi khuẩn, gây khó khăn cho quá trình điều trị và lựa chọn kháng sinh. Điều trị phối hợp nhiều phương pháp bao gồm kháng sinh toàn thân, phẫu thuật cắt lọc súc rửa, chăm sóc nền vết thương và các phương pháp che phủ phần mềm mang lại hiệu quả tốt trong kiểm soát nhiễm khuẩn, thúc đẩy hình thành mô hạt, làm lành vết thương và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vella V, Derreumaux D, Aris E, Pellegrini M, Contorni M, Scherbakov M, et al. The Incidence of Skin and Soft Tissue Infections in the United States and Associated Healthcare Utilization Between 2010 and 2020. *Open Forum Infectious Diseases*, 2024;11(6).
2. Nguyễn Đức Chính. Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Thảm họa và Bông*, 2023(3), tr. 113-120.
3. Trần Hữu Hiệp. Đánh giá tác dụng điều trị vết thương phần mềm nhiễm khuẩn của cao lỏng bạch đàn bằng một số chỉ tiêu lâm sàng. *Y học thực hành*, 2010;713(4), tr. 22-24.
4. Nobel FA, Islam S, Babu G, Akter S, Jebin RA, Sarker TC, Islam A, Islam MJ. Isolation of multidrug resistance bacteria from the patients with wound infection and their antibiotics susceptibility patterns: A cross-sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Nov 14;84:104895.
5. Lê Thị Mỹ, Nguyễn Đức Trung, Phạm Văn Huy, Bùi Tiến Sỹ, Nguyễn Thị Thu Thủy. Đặc điểm phân bố và mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập tại Viện Chấn thương Chỉnh hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. 2023; Số đặc biệt (18), tr. 82-88.
6. Nguyễn Trường Giang. Đánh giá kết quả chăm sóc, điều trị vết thương bằng liệu pháp băng kín hút chân không. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2012(3), tr. 85-90.
7. Lê Kim Trọng. Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị tại chỗ thương tổn loét hổng mô mềm bằng băng hút áp lực âm [Luận văn bác sĩ nội trú]. Huế: Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế; 2012.
8. Trần Nhật Tiến. Đánh giá kết quả điều trị loét hổng phần mềm bằng vật mạch xuyên. Luận văn Thạc sĩ Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế. 2018.
9. Đoàn Xuân Thủy, Lại Duy Nhất. Nghiên cứu tác dụng điều trị loét do tì đè của “mỡ sinh cơ” trên lâm sàng. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2022(359), tr. 61-64.
10. Nguyễn Ngọc Hoà, Nguyễn Thị Mai Thơ. Đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn da và mô mềm phân lập được tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;515(2), tr. 285-289.
11. Nguyễn Thị Huỳnh, Hà Nguyễn Y Khuê, Đặng Nguyễn Đoàn Trang. Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn da mô mềm tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, 2021;16(Đặc biệt 11), tr. 128-135.
12. Wilcox JR, Carter MJ, Covington S. Frequency of debridements and time to heal: a retrospective cohort study of 312 744 wounds. *JAMA Dermatol*. 2013 Sep;149(9):1050-8.