

DETERMINING PREVALENCE, RISK OF PRESSURE ULCERS IN PATIENTS AFTER CRANIOTOMY AT THE ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2025

Nguyen Xuan Khoang*, Vu Van Kham, Phan Viet Ha, Nguyen Duc Bo, Nguyen Kim Hoan, Nguyen Thi Trang, Le Tuan Thanh

Anesthesia and Intensive Care Center, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 31/12/2025

Revised: 07/01/2026; Accepted: 25/02/2026

ABSTRACT

Objects: Assessment of the current status, pressure ulcer risk in patients after craniotomy at the Anesthesia and Intensive Care Center, Bach Mai Hospital

Methods: A cross-sectional descriptive study involving 281 post-craniotomy patients at the Anesthesia and Intensive Care Center, Bach Mai Hospital, 2025.

Results: The mean Braden score for pressure ulcer risk was 15.01 ± 2.90 . The risk distribution was as follows: 14.59% had no risk, 34.16% low risk, 30.96% moderate risk, 19.22% high risk, and 1.07% very high risk. The incidence of new pressure ulcers after surgery was 29.89%, with all lesions classified as stage I-II, typically occurring within 4-14 days postoperatively. The most common ulcer sites were the flank, sacrum, heel, occiput, and back.

Conclusion: Patients after craniotomy have a high risk of developing pressure ulcers, with a new incidence of nearly 30%, mainly at stages 1-2 and concentrated in pressure-prone areas such as the flank, sacrum, and heel. This study provides specific data for the neuro-critical care patient group, contributing practical evidence on the pathogenesis and guiding preventive strategies.

Keywords: Pressure ulcer, situation, risk, postsurgery, craniotomy.

*Corresponding author

Email: nguyexuankhoang1771992@gmail.com **Phone:** (+84) 373783069 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4429**



ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG VÀ NGUY CƠ LOÉT TỖ ĐÈ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT SỌ NÃO TẠI TRUNG TÂM GÂY MÊ HỒI SỨC, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Nguyễn Xuân Khoáng*, Vũ Văn Khâm, Phan Việt Hà, Nguyễn Đức Bộ, Nguyễn Kim Hoán, Nguyễn Thị Trang, Lê Tuấn Thành

Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 31/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 07/01/2026; Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và nguy cơ loét tỳ đè ở người bệnh sau phẫu thuật sọ não tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 281 người bệnh sau phẫu thuật sọ não tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai năm 2025.

Kết quả: Điểm nguy cơ loét tỳ đè theo thang Braden trung bình là $15,01 \pm 2,90$. Phân bố nguy cơ gồm: 14,59% không có nguy cơ, 34,16% nguy cơ thấp, 30,96% nguy cơ trung bình, 19,22% nguy cơ cao, và 1,07% nguy cơ rất cao. Tỷ lệ loét tỳ đè mới xuất hiện sau phẫu thuật là 29,89%, tất cả tổn thương ở giai đoạn 1-2, thường xuất hiện trong khoảng 4-14 ngày hậu phẫu. Vị trí loét phổ biến lần lượt là mạn sườn, cùi chỏ, gót chân, chẩm và lưng.

Kết luận: Người bệnh sau phẫu thuật sọ não có nguy cơ loét tỳ đè cao, với tỷ lệ xuất hiện mới gần 30%, chủ yếu ở giai đoạn 1-2 và tập trung tại các vị trí chịu áp lực như mạn sườn, cùi chỏ, gót chân. Nghiên cứu cung cấp số liệu đặc thù cho nhóm bệnh nhân thần kinh - hồi sức, góp phần bổ sung bằng chứng thực tiễn về cơ chế sinh bệnh và định hướng chiến lược phòng ngừa

Từ khóa: Loét tỳ đè, thực trạng, nguy cơ, phẫu thuật, sọ não.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét do tỳ đè là các tổn thương da và mô mềm tại chỗ hình thành do áp lực và lực ép kéo dài, thường tác động lên các phần xương nhô ra trên cơ thể. Ước tính tỷ lệ loét tỳ đè trên toàn cầu là 12,8%, trong đó tỷ lệ loét tại bệnh viện lên tới 8,4% và tỷ lệ dao động tùy thuộc vào từng bối cảnh lâm sàng [1]. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 2,5 triệu ca loét tỳ đè xảy ra hàng năm ở các cơ sở chăm sóc cấp cứu [2]. Một nghiên cứu năm 2017 cho thấy vết thương do tỳ đè là nguyên nhân gây ra 20.300 ca tử vong trên toàn thế giới [3]. Điều này cho thấy loét tỳ đè không chỉ đơn thuần là các tổn thương da tại chỗ mà là một vấn đề nghiêm trọng, ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh.

Loét tỳ đè ảnh hưởng tiêu cực tới sức khỏe thể chất, tâm lý và xã hội của người bệnh [4]. Bên cạnh đó, gánh nặng kinh tế là không thể kể tới: ước tính chi phí chăm sóc cho một ca loét do tỳ đè mắc phải tại bệnh viện trung bình là hơn 10.000 USD [5]. Tại Việt Nam, loét tỳ đè vẫn là một thách thức lớn trong chăm sóc y tế. Năm 2024, một nghiên cứu tại Đơn vị Hồi sức ngoại, Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai cho biết tỷ lệ người bệnh có loét tỳ đè chiếm 27,6% [6].

Phẫu thuật sọ não là một can thiệp phức tạp, đặc thù và liên quan mật thiết tới tình trạng loét tỳ đè. Do đó, việc

tìm hiểu thực trạng loét tỳ đè trên nhóm người bệnh phẫu thuật sọ não tại đây là cần thiết, giúp cung cấp cái nhìn cụ thể về thực trạng loét tỳ đè và phục vụ cho công tác chăm sóc tại bệnh viện. Dựa trên thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thực trạng và nguy cơ loét tỳ đè ở người bệnh sau phẫu thuật sọ não tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 1-12 năm 2025.

- Địa điểm: Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh phẫu thuật sọ não được chăm sóc sau phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cơ mẫu: 281 người bệnh.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenuankhoang1771992@gmail.com Điện thoại: (+84) 373783069 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4429>

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Biến số nhân khẩu học: tuổi, giới, dân tộc, nơi ở.
- Biến số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: BMI, bệnh lý mắc kèm.
- Đặc điểm liên quan trong cuộc phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, lượng máu mất trong phẫu thuật, truyền khối hồng cầu.
- Đặc điểm người bệnh sau cuộc phẫu thuật: điểm Glasgow, thời gian nằm viện, thời gian bất động sau phẫu thuật, thở máy (có, không).
- Công tác chăm sóc loét: thay đổi tư thế và xoa bóp vùng tỳ đè, sử dụng đệm hơi, sử dụng dung dịch chống loét, tắm, vệ sinh cá nhân bằng dung dịch tắm, tần suất tắm bằng dung dịch tắm.
- Đặc điểm cận lâm sàng (trước và sau phẫu thuật): hemoglobin, tiểu cầu, protein máu, albumin máu, PT, INR, glucose máu, HbA1c máu.
- Tình trạng loét của người bệnh: nhận thức cảm giác, độ ẩm, hoạt động, vận động, dinh dưỡng, ma sát và trầy xước, tổng điểm Braden, tình trạng loét tỳ đè, số lượng vết loét, vị trí loét, giai đoạn vết loét.

2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập dữ liệu

Quá trình thu thập thông tin được tiến hành tuần tự qua các bước: lập danh sách người bệnh phẫu thuật, giải thích mục tiêu và nội dung nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp người bệnh hoặc người chăm sóc bằng bệnh án nghiên cứu để thu thập các thông tin cần thiết. Nghiên cứu viên trực tiếp quan sát và thăm khám người bệnh để ghi nhận tình trạng người bệnh. Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè của người bệnh bằng thang điểm Braden đúng cách. Khai thác dữ liệu từ hồ sơ bệnh án giấy và bệnh án điện tử của người bệnh. Cuối cùng, kiểm tra lại toàn bộ bệnh án nghiên cứu sau khi thu thập.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Áp dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả cho các bảng phân bố tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép thực hiện bởi Bệnh viện Bạch Mai và Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai. Mọi đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ mục tiêu, ký cam kết đồng thuận và được bảo đảm bảo mật thông tin. Các kết quả được trình bày trong nghiên cứu này hoàn toàn trung thực, khách quan và chưa được công bố trong bất kỳ nghiên cứu nào trước đây.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của người bệnh sau phẫu thuật sọ não

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 281)

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	203	72,24
	Nữ	78	27,76

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	50	17,79
	41-60 tuổi	117	41,64
	61-80 tuổi	114	40,57
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	54,09 \pm 14,03	
	Min-max (tuổi)	9-80	
Dân tộc	Kinh	259	92,17
	Khác	22	7,83
Nơi ở	Thành phố	78	27,76
	Nông thôn	154	54,80
	Miền núi	49	17,44

Nam giới chiếm đa số (72,24%) so với nữ giới (27,76%). Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 54,09 \pm 14,03, chủ yếu là nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi. Hầu hết người bệnh là dân tộc kinh (92,17%). Về phân bố nơi ở, nông thôn là phổ biến nhất (54,8%), tiếp theo là thành phố (27,76%) và cuối cùng là miền núi (17,44%).

Bảng 2. BMI của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 281)

BMI	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
< 18,5 kg/m ²	13	4,63
18,5-22,9 kg/m ²	158	56,23
\geq 23 kg/m ²	110	39,15
$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,75 \pm 3,62	

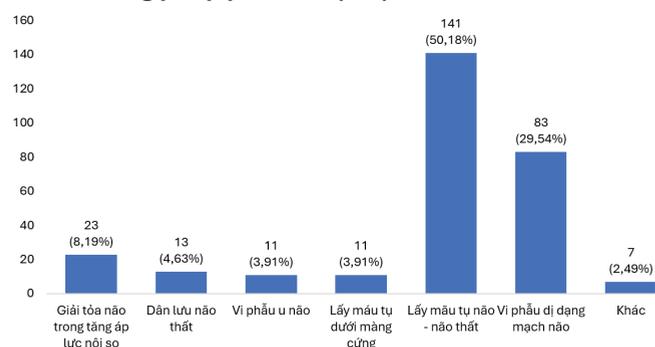
BMI trung bình là 22,75 \pm 3,62 kg/m². Đa số người bệnh (56,23%) có BMI trong khoảng bình thường và 39,15% bệnh nhân có BMI \geq 23 kg/m² (thừa cân).

Bảng 3. Các bệnh lý mắc kèm/tiền sử bệnh lý của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 281)

Bệnh lý mắc kèm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	20	7,12
Tăng huyết áp	146	51,96
Suy tim	6	2,14
Bệnh van tim	2	0,71
Rối loạn lipid máu	1	0,36
Bệnh thận mạn tính	3	1,07
Bệnh lý hô hấp	3	1,07
Gout	5	1,78
Tiền sử tai biến mạch máu não	11	3,91

Tăng huyết áp là bệnh lý mắc kèm phổ biến nhất với 51,96% bệnh nhân; tiếp theo đó là đái tháo đường (7,12%) và tiền sử tai biến mạch máu não (3,91%).

3.2. Phương pháp phẫu thuật sọ não



Biểu đồ 1. Các loại phẫu thuật được thực hiện (n = 281)

Loại phẫu thuật phổ biến nhất là lấy máu tụ não-não thất (50,18%); tiếp theo là vi phẫu dị dạng mạch não (29,54%).

Bảng 4. Đặc điểm liên quan cuộc phẫu thuật (n = 281)

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	189,17 \pm 54,84	
	Min-max (phút)	50-520	
Thời gian gây mê	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	199,17 \pm 55,13	
	Min-max (phút)	60-520	
Lượng máu mất	< 200 ml	256	90,78
	\geq 200 ml	26	9,22
	$\bar{X} \pm SD$ (ml)	33,19 \pm 86,62	
Truyền khối hồng cầu	Không	278	98,93
	Có	3	1,07

Thời gian phẫu thuật trung bình 189,17 \pm 54,84 phút, thời gian gây mê trung bình 199,17 \pm 55,13 phút. Hầu hết người bệnh mất máu dưới 200 ml (90,78%) và không cần truyền khối hồng cầu (98,93%).

Bảng 5. Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật sọ não (n = 281)

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Glasgow	3-8 điểm	31	11,03
	9-12 điểm	146	51,96
	13-15 điểm	104	37,01
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	11,59 \pm 2,36	
	Min-max (ngày)	6-15	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	\leq 10 ngày	124	44,13
	11-20 ngày	109	3,88
	21-30 ngày	39	13,88
	31-40 ngày	6	2,14
	41-50 ngày	2	0,71
	> 50 ngày	1	0,36
	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	13,08 \pm 8,91	
Min-max (ngày)	2-58		

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian bất động sau phẫu thuật	1 ngày	200	71,17
	2 ngày	11	3,91
	3 ngày	67	23,81
	> 3 ngày	3	1,08
	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	1,67 \pm 2,02	
	Min-max (ngày)	1-31	
Thở máy	Không	0	0
	Có	281	100
Thời gian thở máy	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	8,58 \pm 6,93	
	Min-max (ngày)	1-43	
	\leq 10 ngày	187	66,55
	> 10 ngày	94	33,45

Glasgow trung bình là 11,59 \pm 2,36 điểm. Đa số bệnh nhân có Glasgow 9-12 điểm (51,96%), tiếp theo là Glasgow 13-15 điểm (37,01%). Thời gian nằm viện trung bình là 13,08 \pm 8,91 ngày, trong đó 44,13% người bệnh nằm viện dưới 10 ngày. Thời gian bất động sau phẫu thuật trung bình là 1,67 \pm 2,02 ngày, đa số bệnh nhân bất động 1 ngày (71,17%). Thời gian thở máy trung bình là 8,58 \pm 6,93 ngày.

Bảng 6. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Hemoglobin (n = 281)	143,49 \pm 17,70 (g/L)	117,87 \pm 16,85 (g/L)
Tiểu cầu (n = 281)	266,84 \pm 72,90 (G/L)	217,00 \pm 69,52 (G/L)
Protein máu (n = 61)	65,73 \pm 8,06 (g/L)	
Albumin máu (n = 181)	33,19 \pm 4,23 (g/L)	
PT (%) (n = 281)	102,56 \pm 54,16 (%)	
INR (n = 281)	1,11 \pm 0,92	
Glucose máu (n = 281)	8,53 \pm 4,89 (mmol/L)	

Sau phẫu thuật, hemoglobin và tiểu cầu giảm so với trước mổ (117,87 \pm 16,85 g/L và 217,00 \pm 69,52 G/L). Protein máu trung bình 65,73 \pm 8,06 g/L, albumin 33,19 \pm 4,23 g/L, glucose máu 8,53 \pm 4,89 mmol/L.

3.2. Thực trạng và nguy cơ loét tỳ đè của người bệnh sau phẫu thuật sọ não

Bảng 7. Đặc điểm công tác chăm sóc loét tỳ đè (n = 281)

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Thay đổi tư thế và xoa bóp vùng tỳ đè	Không	7	2,49
	1 lần/ngày	1	0,36
	2 lần/ngày	13	4,63
	\geq 3 lần/ngày	260	92,53

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng đệm hơi	Không	25	8,90
	Có	256	91,1
Sử dụng dung dịch chống loét	Không	128	45,55
	1 lần/ngày	27	9,61
	2 lần/ngày	207	38,08
	≥ 3 lần/ngày	19	6,76
Tắm, vệ sinh cá nhân bằng dung dịch tắm	Không	2	0,71
	Có	279	99,29

Hầu hết người bệnh được thay đổi tư thế ≥ 3 lần/ngày (92,53%), sử dụng đệm hơi (91,1%) và vệ sinh cá nhân bằng dung dịch tắm (99,29%). Gần một nửa (45,55%) không dùng dung dịch chống loét (45,55%).

Bảng 8. Nguy cơ loét tỳ đè dựa trên xét nghiệm các khía cạnh theo thang điểm Braden

STT	Khía cạnh	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)
1	Nhận thức cảm giác	2,75 ± 0,82
2	Độ ẩm	3,27 ± 0,66
3	Hoạt động	1,50 ± 0,56
4	Vận động	2,07 ± 0,80
5	Dinh dưỡng	3,12 ± 0,35
6	Ma sát và trầy xước	2,30 ± 0,54

Điểm trung bình của các khía cạnh dao động trung bình từ 1,5-3; thấp nhất là điểm hoạt động (1,50 ± 0,56), cao nhất là điểm độ ẩm (3,27 ± 0,66).

Bảng 9. Tổng điểm theo thang điểm Braden của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 281)

Số điểm	Nguy cơ loét tỳ đè	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
19-23 điểm	Không có nguy cơ	41	14,59
15-18 điểm	Nguy cơ thấp	96	34,16
13-14 điểm	Nguy cơ trung bình	87	30,96
10-12 điểm	Nguy cơ cao	54	19,22
≤ 9 điểm	Nguy cơ rất cao	3	1,07
$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	15,01 ± 2,90		

Điểm Braden trung bình 15,01 ± 2,90; nhóm nguy cơ thấp và trung bình chiếm đa số (65,12%), chỉ 1,07% người bệnh có nguy cơ rất cao.

Bảng 10. Tỷ lệ người bệnh có loét tỳ đè (n = 281)

Tình trạng	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Không loét tỳ đè	197	70,11
Có loét tỳ đè	84	29,89

Có 84 người bệnh xuất hiện loét tỳ đè, chiếm tỷ lệ 29,89%.

Bảng 11. Đặc điểm vết loét tỳ đè

Thời điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm xuất hiện vết loét (n = 84)	1-3 ngày hậu phẫu	6	7,14
	4-7 ngày hậu phẫu	32	38,10
	8-14 ngày hậu phẫu	36	42,86
	15-21 ngày hậu phẫu	8	9,52
	≤ 28 ngày hậu phẫu	1	1,19
	> 28 ngày hậu phẫu	1	1,19
	$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	8,75 ± 4,99	
Số lượng vết loét (n = 84)	1 vết loét	29	34,52
	2 vết loét	23	28,57
	3 vết loét	19	22,62
	4 vết loét	8	9,52
	5 vết loét	3	3,57
	6 vết loét	2	2,38
	Tổng số 84 người bệnh bị loét tỳ đè có tổng cộng có 191 vết loét		
Vị trí vết loét (n = 191)	Mạn sườn	28	14,65
	Cùng cụt	25	13,09
	Gót chân	24	12,56
	Chăm	23	12,04
	Lưng	21	10,99
	Khác	70	36,65
	Tổng số 84 người bệnh bị loét tỳ đè có tổng cộng có 191 vết loét		
Giai đoạn vết loét (n = 191)	Giai đoạn 1	88	46,07
	Giai đoạn 2	103	53,93

Loét xuất hiện trung bình sau 8,75 ± 4,99 ngày, chủ yếu trong 4-14 ngày hậu phẫu (80,96%). Phần lớn người bệnh có từ 1-3 vết loét (85,71%). Vị trí loét thường gặp nhất là mạn sườn (14,51%), cùng cụt (12,95%) và gót chân (12,44%). Các vết loét chủ yếu ở giai đoạn 1 (46,2%) và giai đoạn 2 (53,8%), không có loét sâu hay tổn thương mô nghi ngờ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng loét tỳ đè của người bệnh sau phẫu thuật sọ não tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Tỷ lệ loét tỳ đè ghi nhận là 29,89% (bảng 10). Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Trần Đức Minh ghi nhận tại Đơn vị Hồi sức ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 (27,6%), cũng như nghiên cứu của Trương Thanh Phong tại Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (26,5%) [6-7]. Sự tương đồng này cho thấy các đơn vị hồi sức ngoại - nơi có đặc điểm người bệnh bất động kéo dài, sử dụng nhiều thiết bị hỗ trợ, và có mức độ nặng cao - vẫn là môi trường có nguy cơ cao phát triển loét tỳ đè. Tuy nhiên, tỷ lệ loét tỳ đè trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân đột

quy não của Nguyễn Mạnh Huynh (18,6%) và nhóm người bệnh cao tuổi nội khoa tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương của Dương Thị Thu Hương (11,6%) [8-9]. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi mức độ bệnh nặng, tình trạng bất động và thời gian nằm viện khác nhau giữa các nhóm đối tượng. Đặc biệt, bệnh nhân phẫu thuật thần kinh trong nghiên cứu của Vasselli B chỉ ghi nhận tỷ lệ 4,8% [10], cho thấy sự khác biệt rõ rệt giữa các bối cảnh chăm sóc, quy trình dự phòng và điều kiện trang thiết bị. Điều này nhấn mạnh rằng tỷ lệ loét tỳ đè chịu ảnh hưởng mạnh từ đặc thù nhóm bệnh, mô hình chăm sóc, nguồn lực và chất lượng can thiệp dự phòng tại mỗi cơ sở.

Thời điểm xuất hiện vết loét chủ yếu từ ngày 4-14 hậu phẫu. Kết quả này khác với Nguyễn Mạnh Huynh, ghi nhận 55,2% vết loét xuất hiện trong 5 ngày đầu [8], cho thấy sự khác biệt về đặc thù bệnh lý nền, tình trạng ý thức và mức độ theo dõi thay đổi tư thế giữa hai nhóm người bệnh. Việc loét chủ yếu hình thành sau ngày phẫu thuật thứ 4 trong nghiên cứu của chúng tôi gợi ý rằng giai đoạn từ ngày 4-14 là “cửa sổ nguy cơ cao”, đòi hỏi tăng cường chăm sóc dự phòng và đánh giá thường xuyên hơn.

Vị trí loét phổ biến nhất là vùng mạn sườn (14,51%), cùng cụt (12,95%), gót chân (12,44%), chẩm (11,4%), lưng (10,88%) và mông (9,33%). Trong nghiên cứu của Trần Đức Minh, vị trí loét tỳ đè hay gặp nhất là gót chân (16,5%), tiếp theo là cùng cụt, mông và chẩm với tỷ lệ tương đương nhau là 15,2% [6]. Nguyễn Mạnh Huynh và cộng sự báo cáo rằng 54,4% loét tỳ đè xảy ra ở vùng cùng cụt và 17,4% vết loét tại lưng [8]. Nghiên cứu của Dương Thị Thu Hương có 37,5% vết loét tại vị trí cùng cụt, 15% tại gót chân và mông, 12,5% tại lưng [9]. Như vậy, việc chăm sóc các vết loét cần tập trung vào các vị trí trên nhằm giảm tối đa việc xuất hiện các vết loét và tránh việc tiến triển vết loét. Đặc biệt, trong nghiên cứu này, tỷ lệ loét tại vị trí mạn sườn gặp với tần suất thường xuyên hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân thể trạng gầy tương đối cao, làm giảm khối lượng mô mỡ vùng thân mình khiến lớp đệm bảo vệ vùng mạn sườn mỏng hơn làm xương sườn thành điểm tỳ đè.

Đáng chú ý, toàn bộ tổn thương ở giai đoạn 1 và 2 (46,2% và 53,8%), không xuất hiện loét giai đoạn 3-4, cho thấy công tác phát hiện sớm và can thiệp dự phòng bước đầu đạt hiệu quả (bảng 11). Tương tự, nghiên cứu của Trần Đức Minh không xuất hiện loét độ 3 và 4, nhưng tỷ lệ loét độ cao nhiều hơn so với nghiên cứu này: loét độ 2 chiếm 69,6%, còn lại là loét độ 1 chiếm 30,4% [6]. Tỷ lệ loét độ 1 và 2 trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Huynh (trên người bệnh đột quy não ở Bệnh viện Bạch Mai) lần lượt là 69% và 31% [8] - tỷ lệ loét độ 2 thấp hơn nghiên cứu này. Nhìn chung, trong các nghiên cứu, các vết loét đa phần được phát hiện tại độ 1 và 2, hiếm gặp vết loét sâu (độ 3, 4).

4.2. Công tác chăm sóc loét tỳ đè của người bệnh sau phẫu thuật sọ não tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai năm 2025

Kết quả cho thấy phần lớn người bệnh được chăm sóc phòng ngừa loét tỳ đè tương đối tốt. Biện pháp được thực hiện thường xuyên nhất là thay đổi tư thế ≥ 3 lần/ngày (92,53%). Tương tự, nghiên cứu của Trương Thanh Phong có 96,8% bệnh nhân hôn mê tại Khoa Hồi sức tích cực và

Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ [7]. Thay đổi tư thế là biện pháp quan trọng nhất trong phòng ngừa loét, có khả năng giảm đáng kể áp lực kéo dài lên các điểm tỳ đè. Đây là biện pháp dễ thực hiện, không tốn kém chi phí, tuy nhiên cần sự hỗ trợ mật thiết của người chăm sóc bao gồm cả nhân viên y tế và người nhà.

Ngoài ra, 91,1% bệnh nhân được sử dụng đệm hơi, một con số rất cao so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Trương Thanh Phong chỉ có 53% bệnh nhân sử dụng đệm hơi [7]. Việc sử dụng đệm hơi đã được chứng minh làm giảm áp lực tiếp xúc và giảm nguy cơ loét ở nhóm bệnh nhân nặng hoặc bất động kéo dài. Tỷ lệ sử dụng đệm hơi cao cho thấy hệ thống chăm sóc tại đơn vị được chuẩn hóa và trang thiết bị đầy đủ cũng như chỉ định phù hợp cho bệnh nhân hậu phẫu sọ não có nguy cơ loét tỳ đè cao.

Tuy nhiên, việc sử dụng dung dịch chống loét còn chưa đồng đều: chỉ 38,08% được sử dụng 2 lần/ngày, và 6,76% được sử dụng ≥ 3 lần/ngày. Trong khi đó, có tới 45,55% bệnh nhân không được sử dụng dung dịch chống loét. Việc tắm và vệ sinh cá nhân bằng dung dịch tắm chuyên dụng đạt 99,29%, cho thấy tuân thủ tốt quy trình làm sạch da.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khẳng định bệnh nhân sau phẫu thuật sọ não tại đơn vị hồi sức có nguy cơ loét tỳ đè rất cao, với tỷ lệ xuất hiện mới gần 30%, chủ yếu ở giai đoạn 1-2 và tập trung tại các vị trí chịu áp lực. Nghiên cứu cung cấp số liệu đặc thù cho nhóm bệnh nhân thần kinh - hồi sức, góp phần bổ sung bằng chứng thực tiễn về cơ chế sinh bệnh và định hướng chiến lược phòng ngừa

Khuyến nghị:

Cần triển khai đánh giá nguy cơ loét tỳ đè bằng thang điểm Braden ngay từ giai đoạn hậu phẫu để xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao và thực hiện các biện pháp dự phòng kịp thời. Đặc biệt, nên tập trung chăm sóc dựa trên nguy cơ cho những bệnh nhân có điểm Braden ≤ 14 hoặc Glasgow ≤ 12 , kết hợp với các biện pháp giảm áp lực tại các vị trí dễ tổn thương như mạn sườn, cùng cụt và gót chân. Đồng thời, tăng cường đào tạo điều dưỡng về nhận diện sớm tổn thương giai đoạn 1-2 và áp dụng các kỹ thuật phòng ngừa phù hợp. Ngoài ra, cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu đa trung tâm để hoàn thiện mô hình dự báo và xây dựng quy trình chăm sóc chuẩn hóa cho bệnh nhân phẫu thuật sọ não.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Li Z et al. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 2020, 105: 103546. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103546
- [2] Kottner J, Dassen T. Pressure ulcer risk assessment in critical care: interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterlow scales and subjective ratings in two intensive care units. *Int J Nurs Stud*, 2010, 47 (6): 671-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.005.
- [3] GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for

- 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet*, 2018, 392 (10159): 1736-1788. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.
- [4] Roussou E et al. Quality of life of patients with pressure ulcers: a systematic review. *Med Pharm Rep*, 2023, 96 (2): 123-130. doi: 10.15386/mpr-2531. Padula W.V, Delarmente B.A.
- [5] Padula W.V, Delarmente B.A. The national cost of hospital-acquired pressure injuries in the United States. *Int Wound J*, 2019, 16 (3): 634-640. doi: 10.1111/iwj.13071.
- [6] Trần Đức Minh và cộng sự. Thực trạng loét tỳ đè của người bệnh tại Đơn vị Hồi sức ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2024, 65 (5): 268-272. doi: 10.52163/yhc.v65i5.1441.
- [7] Trương Thanh Phong, Dương Thị Hòa. Thực trạng loét áp lực và một số yếu tố liên quan đến người bệnh hôn mê tại Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 503, (1): 94-100. doi: 10.51298/vmj.v503i1.703.
- [8] Nguyễn Mạnh Huỳnh và cộng sự. Thực trạng loét do tỳ đè trên người bệnh đột quỵ não tại Phòng Cấp cứu - Hồi sức, Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ 5/2022 đến tháng 7/2022. *Tạp chí Thần kinh học Việt Nam*, 2024, 43: 68-73. doi: 10.62511/vjn.43.2024.042.
- [9] Dương Thị Thu Hương và cộng sự. Thực trạng loét áp lực ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2022, 63 (3): 71-77. doi: 10.52163/yhc.v63i3.334.
- [10] Vasselli B, Spazzapan L et al. Pressure ulcers incidence in a perioperative neurosurgical setting. *Journal of Porcine Reproductive and Respiratory Syndrome*, 2022, 1: 114-120. doi: 10.57604/PRRS-029.

