CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF AUTOLOGOUS SKIN GRAFTING IN THE TREATMENT OF SKIN LOSS AND BURNS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Nguyen Hoang An, Nguyen Trong Nhan*

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan, Can Tho City, Vietnam

Received: 14/05/2026
Revised: 12/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics and evaluate the outcomes of autologous skin grafting in the treatment of skin loss and burn wounds at Can Tho Central General Hospital during the period 2023–2024.

Study design: A retrospective descriptive case-series study was conducted on 69 patients with skin loss wounds or burns who underwent autologous skin grafting at the Burn Unit, Can Tho Central General Hospital, from January 2023 to December 2024.

Results: Male patients accounted for 58.0%, and the mean age was 53.26 ± 16.04 years; the 40–60 age group was the most common (50.7%). The leading causes were diabetic complications (37.7%) and traffic accidents (26.1%). Lesions were mainly located on the lower limbs, especially the lower leg and foot (24.6% each). Most wounds involved 1–5% of body surface area (94.2%). A single grafting session was sufficient in 97.1% of cases. Edema improved markedly within 48–72 hours after surgery. Wound coverage of 96–100% was achieved in 94.2% of patients. All patients showed good graft take, with no poor scarring, referral, or mortality. The mean hospital stay after grafting was 12 ± 3.58 days.

Conclusion: Autologous skin grafting yields favorable early treatment outcomes in patients, with a high coverage rate and good post-grafting progression, providing early and positive results for patients with skin loss wounds and burns.

Keywords: Autologous skin graft, skin loss, burns, treatment outcomes, wound coverage.

*Corresponding author
Email: 8979759079@stu.vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 918963739 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6605

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ GHÉP DA TỰ THÂN TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG MẤT DA VÀ BỎNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Nguyễn Hoàng An, Nguyễn Trọng Nhân*

Trường Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, Thạnh Xuân, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận: 14/05/2026
Ngày sửa: 12/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả ghép da tự thân trong điều trị vết thương mất da và bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn 2023–2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca bệnh được thực hiện trên 69 người bệnh bị vết thương mất da hoặc bỏng, có chỉ định ghép da tự thân thông qua hồ sơ bệnh án tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Người bệnh chủ yếu là nam giới (58,0%) khoảng 40-60 tuổi (50,7%). Nguyên nhân tổn thương thường gặp nhất là biến chứng đái tháo đường (37,7%). Tổn thương tập trung chủ yếu ở chi dưới, đặc biệt cẳng chân và bàn chân (mỗi vị trí 24,6%). Diện tích tổn thương chủ yếu từ 1-5% diện tích cơ thể (94,2%). Có 97,1% người bệnh chỉ cần ghép da một lần. Sau ghép 48-72 giờ, mức độ nề giảm rõ; tỷ lệ người bệnh có nề ít tăng từ 27,5% trước mổ lên 75,4% sau mổ. Mức độ che phủ vết thương đạt 96-100% ở 94,2% trường hợp. Tất cả người bệnh đều có tiến triển tốt, ghép dính, không ghi nhận sẹo xấu, chuyển tuyến hay tử vong. Thời gian nằm viện trung bình sau ghép là 12 ± 3,58 ngày.

Kết luận: Ghép da tự thân cho kết quả điều trị sớm thuận lợi ở người bệnh, với tỷ lệ che phủ cao và tiến triển tốt sau ghép, kết quả sớm và thuận lợi cho người bệnh bị vết thương mất da và bỏng.

Từ khoá: Ghép da tự thân, vết thương mất da, bỏng, kết quả điều trị, che phủ vết thương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng và vết thương mất da là một trong những nguyên nhân phổ biến gây tổn thương mô nghiêm trọng, gây ra hậu quả nặng nề về chức năng và thẩm mỹ, đồng thời ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bỏng là một trong những chấn thương hàng đầu toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, với tỷ lệ tử vong và tàn tật cao. Hằng năm, ước tính có khoảng 11 triệu người bị bỏng, trong đó 180.000 người tử vong, phần lớn ở các nước đang phát triển [1]. Việc che phủ vết thương sớm và hiệu quả đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng, hạn chế mất dịch, giảm đau, rút ngắn thời gian điều trị và cải thiện tiên lượng lâu dài cho người bệnh [2]. Trong số các phương pháp điều trị, ghép da tự thân hiện được xem là tiêu chuẩn vàng nhờ vào tính tương thích sinh học cao, khả năng bám sống tốt và hiệu quả che phủ bền vững. Ghép da tự thân có thể được thực hiện với các kỹ thuật khác nhau như ghép da dày chia đôi, ghép da toàn phần và ghép da dạng lưới [3]. Tuy nhiên, kết quả điều trị vẫn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đặc điểm tổn thương, tình trạng toàn thân của người bệnh, các bệnh lý kèm theo, kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu [4, 5]. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng việc đánh giá và lựa chọn phương pháp ghép da phù hợp sẽ giúp giảm thiểu biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị [6]. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu đánh giá kết quả ghép da tự thân trong điều trị vết thương mất da và bỏng vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là cơ sở y tế tuyến cuối trong khu vực, tiếp nhận và điều trị một lượng lớn người bệnh bỏng và vết thương phức tạp. Việc tổng hợp và phân tích đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả ghép da tự thân tại bệnh viện này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng, góp phần cung cấp bằng chứng khoa học phục vụ việc cải tiến hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả ghép da tự thân trong điều trị vết thương mất da và bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong giai đoạn 2023-2024, qua đó cung cấp những thông tin bổ ích cho thực hành lâm sàng và quy trình điều trị tại các cơ sở y tế trong khu vực và cả nước.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

- Địa điểm: Khoa Bỏng – Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Người bệnh được chẩn đoán vết thương mất da hoặc bỏng và được chỉ định ghép da tự thân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Người bệnh được chẩn đoán vết thương mất da hoặc bỏng cần can thiệp ghép da.

+ Có chỉ định và đã được phẫu thuật ghép da tự thân.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về đặc điểm lâm sàng, phương pháp ghép và kết quả điều trị.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Người bệnh không được ghép da tự thân hoặc sử dụng vật liệu che phủ khác.

+ Người bệnh tử vong do nguyên nhân khác trước khi đánh giá kết quả ghép da.

2.4. Cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, bao

*Tác giả liên hệ
Email: 8979759079@stu.vttu.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 918963739 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6605

gồm tất cả người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, nghiên cứu thu thập được cỡ mẫu là 69 người bệnh.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của người bệnh: Tuổi, giới tính, nguyên nhân tổn thương (bệnh lý, chấn thương, tai nạn sinh hoạt), bệnh lý kèm theo.

- Đặc điểm lâm sàng: Vị trí vết thương/bỏng, diện tích tổn thương.

- Kết quả điều trị: Số lần ghép da, mức độ sưng nề, mức độ che phủ (do bác sĩ trực tiếp điều trị và đánh giá kết hợp với hình ảnh chuẩn hóa), thời gian nằm viện.

- Các mức độ để đánh giá kết quả gần của nơi nhận mảnh ghép như sau:

+ Tốt: Da ghép sống tốt trên 90% diện tích, không bị co, liền sẹo bình thường tại đường viền mảnh ghép.

+ Trung bình: Da ghép bị hoại tử một phần và chỉ sống được 70-90% diện tích mảnh da, liền sẹo bệnh lý tại vùng ghép da, da ghép bị co vừa phải.

+ Xấu: Mảnh da ghép bị hoại tử và chỉ tồn tại được dưới 50% diện tích mảnh ghép [1].

Quy trình kỹ thuật ghép da

Bác sĩ phẫu thuật sẽ chọn một khu vực đã tính toán trước. Ở đó có tình trạng da khỏe mạnh, khả năng nhìn thấy vết sẹo và phù hợp yêu cầu của bệnh nhân và vị trí lấy da phải tương tự như vị trí lấy da ở nơi nhận về độ đặc, độ dày, màu sắc và kết cấu. Các vị trí lấy da cũng được chọn theo loại hình ghép da cần thiết. Các vị trí cơ thể thường phù hợp với STSG bao gồm đùi trước giữa, mông, bụng, mặt trong và mặt ngoài của cánh tay trên và mặt trong của cẳng tay. Trong khi lấy da, tầm quan trọng chính của FTSG là phải khớp các đặc điểm của da nơi lấy da với vùng da nhận xung quanh. Thông thường, FTSG được lấy từ da trước tai, da sau tai, vùng trên đòn và xương đòn, cổ, mí mắt trên, nếp gấp mũi má và vùng bên trong cánh tay trên.

Các vị trí lấy da ghép được đánh dấu, chuẩn bị, phủ vải và sau đó tiêm dung dịch muối tumescent. Việc thu hoạch thường được thực hiện dưới gây tê tại chỗ. Epinephrine cũng được sử dụng để gây co mạch tại chỗ và giảm chảy máu. Mảnh ghép da được thu hoạch bằng dao hoặc dụng cụ cắt da, tùy thuộc chủ yếu vào loại và kích thước của mảnh ghép. Nếu sử dụng dụng cụ cắt da, một ít dầu khoáng được bôi lên vùng đã chọn và dụng cụ cắt da được sử dụng để thu hoạch da. Đối với FTSG, cần loại bỏ toàn bộ mỡ còn lại ở bề mặt dưới của mảnh ghép để giúp mảnh ghép bám vào. Mảnh ghép thu được có thể được nghiền nát để mảnh ghép có thể tiếp cận tốt hơn các cạnh của vị trí nhận, giảm thiểu vị trí hiến và tối đa hóa diện tích được bao phủ bởi mảnh ghép. Hơn nữa, nghiền nát giúp dẫn lưu dịch và điều này có thể làm giảm nguy cơ tụ máu hoặc dịch. Nghiền nát có những nhược điểm như có thể nhìn thấy vết lưới ngay cả sau khi lành và có xu hướng co lại. Vì những lý do này, tốt hơn hết là tránh ghép các mảnh ghép khi phải cấy ghép ở những vùng như mặt, cánh tay hoặc khớp.

Mảnh ghép được đặt trên giường của người nhận và được giữ dưới lực kéo, được cố định vào các cạnh của giường của người nhận bằng các mũi khâu được đặt chéo với nhau. Sau đó, ghép được khâu lại bằng phương pháp chia đôi. Việc buộc chặt cũng có thể được thực hiện như một lựa chọn thay thế cho việc cố định ghép, đặc biệt là ở các bề mặt lõm [9].

Chăm sóc vị trí lấy da

Cần phải quản lý vị trí lấy da để tránh hoặc giảm thiểu các vấn đề sau phẫu thuật.

Trong khi ghép da toàn phần, vị trí lấy da có thể được đóng lại trước tiên, thì ghép da toàn phần có độ dày chia đôi trước tiên được phủ gạc ướt hoặc rải thuốc co mạch để kiểm soát chảy máu ban đầu. Bước quản lý tiếp theo phụ thuộc vào loại ghép đã lấy. Nhìn chung, sau khi lấy STSG mỏng hoặc trung bình, vị trí lấy da sẽ lành lại bằng cách tái tạo biểu mô. Quá trình này có thể được hỗ trợ bằng cách sử dụng gạc mỡ hoặc băng đặc biệt, chẳng hạn như màng polyurethane, có khả năng chứa dịch tiết, giảm đau sau phẫu thuật và tăng tốc độ biểu mô hóa. Trong trường hợp STSG dày ở vùng da mỏng hoặc trong trường hợp ghép da toàn phần lớn, có thể cần phải ghép da tại vị trí lấy da bằng STSG dày [9].

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo phiếu thu thập số liệu thống nhất.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 16.3 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.2. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR).

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu là nghiên cứu Hồi cứu và đã được Hội đồngY đức chấp thuận.

Các xét nghiệm và các biện pháp chẩn đoán thực hiện đúng chỉ định và vì quyền lợi chính đáng của bệnh nhân. Các thông tin, số liệu thu thập từ bệnh nhân chỉ trong mục đích nghiên cứu và được bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận được 69 người bệnh, trong đó, đa số là nam giới (58%), độ tuổi trung bình 53,26 ±16,04 tuổi, trong đó nhóm 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50,7%). Người bệnh phần lớn sinh sống tại khu vực thành thị (59,4%), nghề nghiệp đa dạng, thường gặp nhất là nông dân. Các bệnh kèm theo phổ biến gồm tăng huyết áp (37,1%) và đái tháo đường (35,1%); nguyên nhân tổn thương chủ yếu liên quan đến biến chứng đái tháo đường (37,7%) và tai nạn giao thông (26,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh ghép da tự thân trong điều trị vết thương mất da và bỏng

3.2.1. Vị trí tổn thương

Bảng 1. Mô tả vị trí tổn thương

Vị trí	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu	2	2,9%
Cẳng tay	4	5,8%
Bàn tay	13	18,8%
Cẳng chân	17	24,6%
Bàn chân	17	24,6%
Cổ - gót chân	6	8,7%
Khác	10	14,6%

Nghiên cứu ghi nhận tổn thương cần ghép da tự thân chủ yếu tập trung ở các chi, trong đó, cẳng chân và bàn chân là hai vị trí thường gặp nhất (cùng chiếm 24,6%), trong khi tổn thương vùng đầu thì rất ít gặp.

3.2.2. Diện tích tổn thương

Bảng 2. Mô tả diện tích tổn thương

Diện tích tổn thương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1 - 2%	35	50,7%
3 - 5%	30	43,5%
6 - 7%	3	4,4%
8 - 10%	1	1,4%
> 10%	0	0%

Diện tích tổn thương ở người bệnh ghép da tự thân chủ yếu ở mức nhỏ đến trung bình. Trong đó, nhóm tổn thương từ 1-2% diện tích cơ thể chiếm tỷ lệ cao nhất (50,7%) và không ghi nhận trường hợp nào có diện tích tổn thương trên 10%.

3.3. Kết quả điều trị của người bệnh ghép da tự thân trong điều trị vết thương mất da và bỏng

3.3.1. Số lần ghép da

Bảng 3. Mô tả đặc điểm số lần ghép da

Số lần ghép	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1 lần	67	97,1%
2 lần	2	2,9%
> 2 lần	0	0%

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn người bệnh chỉ cần ghép da tự thân một lần, chiếm 97,1%. Số trường hợp phải ghép da 2 lần chiếm tỷ lệ thấp (2,9%), và không ghi nhận trường hợp nào cần ghép da trên 2 lần.

3.3.2. Đặc điểm vết thương của người bệnh trước và sau phẫu thuật

Bảng 4. Mô tả đặc điểm vết thương của người bệnh trước và sau phẫu thuật

Mức độ nề	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nề	50	72,5%	17	24,6%
Nề ít	19	27,5%	52	75,4%
Không nề	0	0%	0	0

Trước phẫu thuật, đa số người bệnh có tình trạng nề vết thương, chiếm 72,5%, trong khi nhóm nề ít chiếm 27,5%. Sau phẫu thuật ghép da tự thân 48–72 giờ, mức độ nề vết thương giảm sau phẫu thuật: tỷ lệ nề giảm còn 24,6%, trong khi nhóm nề ít tăng lên 75,4%. Không ghi nhận trường hợp không nề ở cả hai thời điểm.

3.3.3. Mức độ che phủ vết thương

Bảng 5. Mô tả mức độ che phủ vết thương

Mức độ che phủ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
96 – 100%	65	94,2%
90 - 95%	4	5,8%
< 90%	0	0%

Nghiên cứu ghi nhận đa số người bệnh đạt mức độ che phủ vết thương rất cao sau ghép da tự thân. Trong đó, có 94,2% trường hợp đạt mức che phủ từ 96–100% (chiếm 94,2%) và chỉ có 5,8% người bệnh có mức che phủ từ 90–95%. Không ghi nhận trường hợp nào có mức che phủ dưới 90%.

3.3.4. Kết quả điều trị

Bảng 6. Mô tả kết quả điều trị của người bệnh

Tiến triển	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiến triển tốt (Ghép dính)	69	100%
Sẹo xấu (Thải trừ 1 phần)	0	0%
Chuyển tuyến (Thải trừ hoàn toàn)	0	0%
Tử vong	0	0%

Nghiên cứu ghi nhận toàn bộ người bệnh trong nghiên cứu đều có kết quả điều trị tiến triển tốt sau ghép da tự thân với 100% trường hợp (69/69 người bệnh) đạt kết quả ghép dính, không ghi nhận trường hợp nào có sẹo xấu do thải trừ một phần, chuyển tuyến do thải trừ hoàn toàn hoặc tử vong. Thời gian nằm viện sau ghép da tự thân trung bình là 12 ± 3,58 ngày.

4. Bàn luận

Trong giai đoạn 2023-2024, nghiên cứu ghi nhận có 69 người bệnh phù hợp tiêu chí và được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của người bệnh là 53,26 ± 16,04 tuổi. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước với độ tuổi trung bình thường dao động từ 30-45 tuổi [1]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tỷ lệ cao các bệnh lý nền mạn tính như đái tháo đường và tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu, vốn thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, đồng thời làm tăng nguy cơ xuất hiện vết thương mạn tính khó liền. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trịnh Văn Thông (2024) và Mai Xuân Thảo (2021) [2, 6], có thể là do nam giới thường tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ trong lao động và sinh hoạt. Người bệnh đến từ khu vực thành thị chiếm tỷ lệ cao hơn so với nông thôn có thể phản ánh vai trò của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là cơ sở y tế tuyến cuối tiếp nhận người bệnh từ nhiều địa bàn.

Nghiên cứu ghi nhận tổn thương cần ghép da tự thân chủ yếu là ở cẳng chân, bàn chân và bàn tay, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Dương Phi và cộng sự (2024) cũng như Wen YZ và cộng sự (2021) [3, 5]. Đây là các vị trí dễ bị chấn thương, tỳ đè và chịu tác động cơ học thường xuyên. Diện tích tổn thương chủ yếu ở mức nhỏ đến trung bình, với hơn 94% trường hợp có diện tích tổn thương ≤ 5% diện tích cơ thể, phù hợp với nghiên cứu của Đào Văn Hiếu (2024) [4]. So với các nghiên cứu trên người bệnh bỏng nặng ở nước ngoài, diện tích tổn thương trong nghiên cứu này nhỏ hơn [5, 7]. Điều này cho thấy mẫu nghiên cứu hiện tại chủ yếu là các tổn thương khu trú nhưng có chỉ định ghép da nhằm đạt hiệu quả che phủ tối ưu và thúc đẩy quá trình lành vết thương.

Kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy phương pháp ghép da tự thân mang lại hiệu quả điều trị rất cao, với 97,1% tỷ lệ người bệnh đạt kết quả ghép da dính ngay từ lần đầu tiên. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Văn Hiếu (2024) với tỷ lệ thành công ngay từ lần đầu cũng đạt cao (100%) [4]. Việc ghép da chỉ cần thực hiện một lần giúp giảm thiểu thời gian điều trị và giảm chi phí y tế, đồng thời giảm sự can thiệp của phẫu thuật, từ đó giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu. Những trường hợp phải ghép lại lần thứ hai (chiếm 2,9%) có thể do yếu tố như vết thương rộng, không đạt chất lượng ghép da ban đầu hoặc bệnh lý nền của người bệnh. Trước khi ghép da, 72,5% người bệnh có vết thương bị nề nhiều, cho thấy tình trạng viêm tấy tại khu vực bị tổn thương. Sau khi ghép da tự thân, tỷ lệ người bệnh có tình trạng nề ít tăng lên đáng kể, lên tới 75,4%. Điều này phản ánh hiệu quả của phẫu thuật ghép da trong việc giảm viêm và thúc đẩy quá trình hồi phục vết thương, đồng thời làm giảm sự phù nề và tạo điều kiện thuận lợi cho việc bám dính của mảnh ghép. Đồng thời, có 94,2% người bệnh đạt mức che phủ vết thương từ 96-100%, trong khi chỉ có 5,8% người bệnh có mức che phủ từ 90–95%. Không có người bệnh nào có mức che phủ dưới 90%. Điều này cho thấy phương pháp ghép da tự thân mang lại hiệu quả che phủ vết thương rất cao, khôi phục khả năng bảo vệ da của người bệnh, giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng, mất dịch và các biến chứng khác. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó ghép da tự thân là phương pháp tiêu chuẩn vàng trong điều trị các vết thương sâu và bỏng nặng [8].

Kết quả điều trị trong nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh đạt kết quả tiến triển tốt. Không ghi nhận trường hợp sẹo xấu, chuyển tuyến hoặc tử vong. Kết quả này phản ánh hiệu quả cao của phương pháp ghép da tự thân. Một số nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ thất bại ghép da hoặc các biến chứng như nhiễm trùng, thải mảnh ghép, hoặc tử vong, đặc biệt ở những người bệnh có diện tích bỏng lớn hoặc bệnh lý nền nghiêm trọng [5, 6]. Trong nghiên cứu này, nhờ vào việc lựa chọn chỉ định ghép hợp lý, kết hợp với chăm sóc hậu phẫu chặt chẽ, cùng với đó là thời gian theo dõi đánh giá sớm,

bệnh nhân thường là có diện tích tổn thương nhỏ nên kết quả điều trị ghi nhận đạt thành công cao.

Thời gian nằm viện sau ghép da tự thân trung bình trong nghiên cứu là 12 ± 3,58 ngày. So với nghiên cứu của Đào Văn Hiếu (2024) (6), thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu này cao hơn (9,42 ± 6,801 ngày). Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm tổn thương, bệnh lý kèm theo và điều kiện điều trị tại từng cơ sở.

Nghiên cứu có một số hạn chế: thiết kế hồi cứu phụ thuộc vào mức độ đầy đủ của hồ sơ bệnh án; cỡ mẫu còn hạn chế; nghiên cứu gộp chung nhóm bỏng và nhóm vết thương mất da; thời gian theo dõi chủ yếu đánh giá kết quả sớm, chưa phản ánh đầy đủ kết quả chức năng, thẩm mỹ và biến chứng muộn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ghép da tự thân cho kết quả sớm thuận lợi trong điều trị vết thương mất da và bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Phần lớn người bệnh chỉ cần ghép một lần, đạt mức che phủ cao và tiến triển tốt sau ghép. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá kết quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Vũ Đồng Hoàng Hạnh, Nguyễn Thế May, Nguyễn Đức Thành, Nguyễn Trọng Đức. Kết quả điều trị khuyết tổ chức phần mềm bằng ghép da dày toàn lớp lấy từ nếp lằn bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Tạp chí Y học Thảm hoạ và Bỏng. 2024(1):25-9. https://doi.org/10.54804/yhthvb.1.2024.256.

[2] Trịnh Văn Thông. Tình hình thu dung và điều trị nội trú bệnh nhân bỏng tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong 2 năm 2021 - 2022. Tạp chí Y học Thảm hoạ và Bỏng. 2024(1):18-24. https://doi.org/10.54804/yhthvb.1.2024.303.

[3] Nguyễn Dương Phi, Phan Anh Vũ, Lý Khoa Nam, Nguyễn Thụy Anh Thư, Nguyễn Hồng Nhân. 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 Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1B). https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8304.

[4] Đào Văn Hiếu, Nguyễn Đức Chính, Nguyễn Huy Phương, Trần Tuấn Anh. Vá da mỏng tự thân điều trị khuyết hổng phần mềm chi dưới do chấn thương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024;34(6):121-7. https://doi.org/10.51403/0868-2836/2024/1930.

[5] Wen YZ, Zhang PH, Ren LC, Zhang MH, Zeng JZ, Zhou J, et al. Clinical characteristics and repair effect of 136 patients with electric burns of upper limb. Zhonghua Shao Shang Za Zhi. 2019;35(11):784-9. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2019.11.004.

[6] Mai Xuân Thảo, Ngô Minh Đức, Chu Anh Tuấn, Lê Quốc Chiểu. Đặc điểm bỏng người lớn và thách thức trong điều trị. Tạp chí Y học Thảm hoạ và Bỏng. 2021(4):19-29. https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2021.47.

[7] Lip HTC, Idris MAM, Imran F-H, Azmah TN, Huei TJ, Thomas M. Predictors of mortality and validation of burn mortality prognostic scores in a Malaysian burns intensive care unit. BMC Emergency Medicine. 2019;19(1):66. https://doi.org/10.1186/s12873-019-0284-8.

[8] Kenny EM, Lagziel T, Hultman CS, Egro FM. Skin Substitutes and Autograft Techniques: Temporary and Permanent Coverage Solutions. Clin Plast Surg. 2024;51(2):241-54. https://doi.org/10.1016/j.cps.2023.12.001.

[9] Serra R, Rizzuto A, Rossi A, Perri P, Barbetta A, Abdalla K, et al. Skin grafting for the treatment of chronic leg ulcers - a systematic review in evidence-based medicine. Int Wound J. 2017;14(1):149-57. https://doi.org/10.1111/iwj.12575.