

# THỰC TRẠNG LOÉT TỖ ĐỀ Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CÓ LIỆT TỦY TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH VÀ CỘT SỐNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ 9/2017 - 9/2018

Lê Thị Trang  
Phạm Thị Kim Thoa  
Hoàng Gia Du  
Vũ Xuân Phước  
Nguyễn Văn Trung  
Nguyễn Đức Hoàng

*Khoa Chấn thương chỉnh hình và  
Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai*

**Tác giả chịu trách nhiệm:**  
Vũ Xuân Phước

*Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột  
sống, Bệnh viện Bạch Mai  
Email: xuanphuoc.hmu@gmail.com*

**Ngày nhận bài:** 26/03/2021  
**Ngày phản biện:** 03/04/2021  
**Ngày đồng ý đăng:** 28/04/2021

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng loét tỳ đè ở người bệnh chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống bệnh viện Bạch Mai.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 30 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy điều trị tạo khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2018.

**Kết quả:** Tỷ lệ loét tỳ đè là 7/30 trường hợp (23,3%). Thời gian xuất hiện loét trung bình là  $2,4 \pm 0,7$  ngày. Loét tỳ đè hay gặp nhất ở vị trí cùng cụt và gót chân với tỷ lệ tương ứng 46,6% và 26,6%. Loét tỳ đè ở các bệnh nhân CTCS cổ và CTCS ngực chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 27,2% và 20%. Các bệnh nhân có phân độ liệt theo ASIA (A) và ASIA (B) bị loét tỳ đè cao nhất là 50% và 33,3%.

**Kết luận:** Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi lưu ý một số biện pháp đánh giá và phòng ngừa loét tỳ đè thích hợp như đánh giá nguy cơ loét ngay từ khi bệnh nhân nhập viện và tập trung chăm sóc và phòng ngừa ở những phần cơ thể có nguy cơ cao loét tỳ đè như cùng cụt và gót chân.

**Từ khóa:** Loét tỳ đè, cùng cụt, thang điểm Braden

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đè là một vấn đề sức khỏe có ảnh hưởng lớn đến người bệnh cả về thể chất và tinh thần. Đây là hậu quả của quá trình kéo dài sự tỳ nén lên phần mô mềm giữa xương với bề mặt bên ngoài cơ thể gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào. Kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí chăm sóc y tế, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và thậm chí tử vong là những hệ

quả tất yếu của loét tỳ đè. Beckrich và Aronovich thống kê trong năm 1999 cho thấy chi phí hàng năm khi điều trị loét tỳ đè nội trú từ 2,2 đến 3,6 tỷ đô la Mỹ [1]. Mặc dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong công tác chăm sóc người bệnh cũng như phát hiện các yếu tố nguy cơ nhưng việc phòng ngừa và điều trị loét tỳ đè vẫn là vấn đề thách thức với các bệnh viện. Nó vẫn đang xảy ra với một tần suất đáng phải quan tâm. Các nghiên

cứu ở Châu Âu, Mỹ, Canada và Úc đã ước tính mức độ loét tỳ đè thay đổi từ 8,3% đến 25,1% [5]. Trong khi đó, tỷ lệ loét tỳ đè ở các nước Châu Á cao hơn, biến đổi từ 2,1% đến 31,3%. Trong nghiên cứu của Fife C, Otto G và cộng sự trên các bệnh nhân tại một đơn vị hồi sức thần kinh cho kết quả có 12,4% bệnh nhân xuất hiện ít nhất một vết loét sau trung bình 6,4 ngày và thang điểm Braden được chứng minh là một yếu tố dự đoán căn bản cho sự xuất hiện vết loét [7].

Bệnh viện Bạch Mai trong những năm gần đây đang tập trung xây dựng và phát triển các chuyên ngành ngoại khoa. Do đó, việc điều trị và chăm sóc các bệnh nhân có các bệnh cần can thiệp ngoại khoa cũng đang được bệnh viện hết sức chú trọng và quan tâm. Vấn đề dự phòng chăm sóc loét tỳ đè đã và đang là một ưu tiên trong công tác điều dưỡng của bệnh viện. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu đánh giá về loét tỳ đè. Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống là nơi điều trị chuyên sâu nhiều bệnh nhân có các bệnh về cột sống, xương khớp, có nhiều bệnh nhân mất/hạn chế vận động do vậy có nguy cơ loét tỳ đè cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng loét tỳ đè trên người bệnh chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai năm 2017" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm loét tỳ đè và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có liệt tủy điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2018 tuân thủ đúng liệu trình chăm sóc loét tỳ đè mẫu, không bị loét trước khi vào khoa, không bị loét do các nguyên

nhân khác (bỏng, tai nạn, bệnh lý...), nằm điều trị nội trú trên 24 giờ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu quan sát mô tả tiến cứu, ghi nhận các thông tin, đặc điểm trên bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt, mô tả các yếu tố nguy cơ và phân tích mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ gây loét tỳ đè. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất.

### 2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- *Đặc điểm chung, đặc điểm loét tỳ đè:* mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, chỉ số BMI, vị trí tổn thương tủy, mức độ liệt theo phân loại ASIA. Mô tả các tỷ lệ loét tỳ đè, thời gian xuất hiện loét, số lượng vết loét, vị trí vết loét, phân độ loét theo phân loại của NPUAP (2016), tình trạng loét khi ra viện.

- *Các yếu tố liên quan tới loét tỳ đè:* tuổi, giới, vị trí tổn thương tủy, ASIA trước mổ, thể trạng (BMI), số ngày nằm viện, các biện pháp dự phòng và chăm sóc loét: lăn trở, cho người bệnh nằm đệm hơi hoặc đệm nước, xyt thuốc Sanyrene, vệ sinh vết loét bằng nước muối và bôi thuốc Catelani.

- *Liên quan loét tỳ đè với thang điểm Braden:* gồm các nguy cơ đầu vào, nhận thức cảm giác, độ ẩm da, khả năng vận động, khả năng tự xoay trở, tình trạng dinh dưỡng, yếu tố ma sát dịch chuyển.

### 2.4. Phân tích số liệu

Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm loét tỳ đè

Tỷ lệ loét tỳ đè chiếm 23,3% (7/30 bệnh nhân), thời gian xuất hiện loét trung bình là

2,4 ± 0,7 ngày sau khi vào viện (2 đến 4 ngày). Vị trí loét hay gặp nhất là cùng cụt chiếm tỷ lệ 46,6%, đứng thứ 2 là gót với 26,6 %. Ngoài ra còn ghi nhận được tổn thương loét ở các vị trí khác với tỷ lệ thấp hơn như nẹp cổ chiếm 20%, mào chậu chiếm 6%. Loét độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3%, còn lại là loét độ I với 26,7%, không có vết loét độ III và IV.

**Bảng 3.1. Tỷ lệ loét tỳ đè**

Loét	n	Tỷ lệ (%)
Có	7	23,3
Không	23	76,7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Bảng 3.2. Vị trí loét và độ loét**

Vị trí loét	Mức độ loét			Tổng số	Tỷ lệ
	Độ I	Độ II	Độ III, IV		
Cùng cụt	2	5	0	7	46,7%
Gót	1	3	0	4	26,7 %
Mào chậu	1	0	0	1	6,6 %
Nẹp cổ	0	3	0	3	20%
Tổng số	4	11	0	15	100%
Tỷ lệ	26,6%	73,4%	0%	100%	

**3.2. Một số yếu tố liên quan tới loét tỳ đè**

Tỷ lệ loét ở nhóm nam là 85,7%, cao hơn tỷ lệ loét ở nhóm nữ (14,3%). Tỷ lệ loét tỳ đè của nhóm tuổi 41-60 là cao nhất với 57,1% sau đó là nhóm tuổi 19 – 40 với 16,7%. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất (27,2%),

tiếp theo là CTCS ngực (20%), không có trường hợp CTCS thắt lưng nào bị loét tỳ đè. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân có phân loại liệt tủy ASIA (A) là cao nhất (50%) tiếp theo là ASIA (B) và ASIA (C) lần lượt là 33,3% và 20%, ASIA (D) không có trường hợp nào bị loét tỳ đè.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ loét theo phân loại ASIA**

Phân loại	Không loét		Có loét		Tổng		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
ASIA (A)	3	50	3	50	6	100	<0,05
ASIA (B)	4	66,7	2	33,3	6	100	
ASIA (C)	8	80	2	20	10	100	
ASIA (D)	8	100	0	0	8	100	

(Tỷ lệ % theo hàng)

Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân có thể trạng gầy (25%). Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng trung bình là thấp nhất (17,4%).

**Bảng 3.4. Tỷ lệ loét theo thể trạng**

Chỉ số BMI	Không loét		Có loét		Tổng		Giá trị p
	n	%	n	%	n	%	
Gầy	3	75	1	25	4	100	>0,05
Bình thường	19	82.6	4	17.4	23	100	
Thừa cân	1	33.3	2	66.4	3	100	

(Tỷ lệ % theo hàng)

### 3.3. Loét tỳ đờ và thang điểm Braden

Nhóm bệnh nhân có điểm nhận thức cảm giác là 1 (không đáp ứng với kích thích đau) có tỷ lệ loét cao nhất với 50%. Nhóm bệnh nhân có tình trạng da luôn luôn ẩm ướt (1 điểm) tỷ lệ loét 25%. Nhóm bệnh nhân có khả năng vận động đạt 1 điểm (nằm liệt giường) có tỷ lệ loét cao chiếm 41,6%. Nhóm bệnh nhân có khả năng tự xoay trở đạt 1 điểm (không thể thay đổi tư thế dù

nhỏ khi không được giúp đỡ) có tỷ lệ loét rất cao chiếm 41,6%. Nhóm có tình trạng dinh dưỡng đạt 1 điểm và 2 điểm (không ăn được một bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/3 thức ăn, nhịn đói kéo dài hay nuôi dưỡng tĩnh mạch >5 ngày và hiếm khi ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/2 thức ăn hoặc nhận được ít lượng dịch/sữa nuôi dưỡng tối ưu) có tỷ lệ loét chiếm 50%. Nhóm có tình trạng ma sát dịch chuyển đạt 1 điểm (cần giúp đỡ tối đa khi di chuyển, thường xuyên bị trượt xuống, tình trạng liệt hay co cứng), tỷ lệ loét chiếm 41,6%.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ loét theo các yếu tố Braden**

STT	Vấn đề	Chỉ số	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	Giá trị p
1	Nhận thức cảm giác	Có loét	3	2	2	0	p<0,05
		Không loét	3	4	16	0	
		Tỷ lệ loét	50%	33,3%	11,1%	0%	
2	Độ ẩm da	Có loét	2	2	2	0	p>0,05
		Không loét	6	1	8	8	
		Tỷ lệ loét	25%	75%	20%	0%	
3	Khả năng vận động	Có loét	5	0	2	0	p>0,05
		Không loét	7	0	16	0	
		Tỷ lệ loét	41,6%	0%	11.1%	0%	
4	Khả năng tự xoay trở	Có loét	5	0	2	0	p<0,05
		Không loét	7	0	8	8	
		Tỷ lệ loét	41,6%	0%	25%	0%	
5	Tình trạng dinh dưỡng	Có loét	1	3	3	0	p>0,05
		Không loét	1	3	19	0	
		Tỷ lệ loét	50%	50%	13.6%	0	
6	Ma sát dịch chuyển	Có loét	5	2	0		p<0,05
		Không loét	7	8	8		
		Tỷ lệ loét	41,6%	20%	0%		

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm loét tỳ đè

Có tất cả 7 trường hợp bị loét chiếm 23,3%, Hiện nay công tác theo dõi, phòng tránh và kiểm soát các yếu tố liên quan đến loét tỳ đè đang rất được quan tâm và đẩy mạnh nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế, do đó tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện loét thấp dần. Loét tỳ đè xuất hiện sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 4 ngày sau khi bệnh nhân vào khoa, trong đó 71,4% xuất hiện trước ngày thứ 2. Thời gian xuất hiện loét trung bình là  $2,4 \pm 0,7$  ngày. Vị trí xuất hiện loét khá đa dạng, theo thứ tự xuất hiện từ nhiều đến ít là cùi chỏ (23,4%), gót chân (13,3%), nếp cổ (10%), mào chấu (3,3%). Trong các vị trí, cùi chỏ là vị trí bị loét chiếm tỷ lệ cao nhất, tới 23,4%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Reuler và Cooney (1981), tỷ lệ này là 42%, của Phan Thị Dung và cộng sự (2015) là 54,1%. Vị trí cùi chỏ thường bị loét vì một số lý do: vùng này có xương cùi chỏ nhô lên nhưng chỉ có một lớp da và cơ rất mỏng bao phủ, nhiều bệnh nhân nặng rối loạn đại tiểu tiện hoặc không tự chủ nên vùng này dễ bị ẩm ướt, bẩn và dễ loét, nhiều bệnh nhân hạn chế vận động, thời gian nằm ngửa nhiều, trọng lượng cơ thể đè lên vùng cùi chỏ là rất lớn.

### 4.2. Một số yếu tố liên quan tới loét tỳ đè

Trong tổng số 15 tổn thương loét chúng tôi ghi nhận được, loét độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,3%, còn lại là loét độ I với 26,7%, không có vết loét độ III và IV. Tỷ lệ loét ở nhóm nam là 25%, cao hơn tỷ lệ loét ở nhóm nữ (16,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ loét tỳ đè giữa các nhóm tuổi 19 - 40, 41 - 60 dao động trong khoảng 16,7% - 36,4%, tỷ lệ loét ở nhóm tuổi  $\geq 61$  là thấp nhất với 14,3%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng

tuổi có ảnh hưởng tới loét, những người trên 70 tuổi trở lên có nguy cơ loét cao hơn người trẻ từ 50 - 75%. Nghiên cứu của Young và Dobrzanski, khoảng 70% loét xảy ra ở những người trên 70 tuổi, nghiên cứu của Nguyễn Thị Giang tỷ lệ loét ở nhóm tuổi  $>60$  là 29,2%. Điều này cũng không khó lý giải bởi phần mô mỡ và cơ chống đỡ áp lực của cơ thể giảm đi khi con người về già, khả năng cung cấp dinh dưỡng cho da và hệ thống mạch máu cũng không còn tốt nữa dẫn đến da người già rất dễ bị tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66,7%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân có thể trạng gầy (25%) và nhóm bệnh nhân bình thường (17,4%). Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nhưng điều này cũng gợi ý rằng dù bệnh nhân có thể trạng bất thường hay bình thường đều rất cần sự đánh giá tổng thể về nguy cơ loét tỳ đè. Những bệnh nhân có thể trạng bình thường vẫn có nguy cơ loét cao khi không loại bỏ được những yếu tố nguy cơ khác. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất (27,3%), tiếp theo là CTCS ngực (20%). Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân có phân loại liệt tủy ASIA (A) là cao nhất (50%) tiếp theo là ASIA (B) và ASIA (C) lần lượt là 33,3% và 20%, ASIA (D) không có trường hợp nào bị loét tỳ đè. Tuy nhiên, số liệu không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

### 4.3. Loét tỳ đè và thang điểm Braden

Thang điểm Braden được xây dựng với tổng điểm dao động từ 6 đến 23 dựa trên 6 yếu tố.

*Khả năng nhận biết cảm giác:* Nhóm bệnh nhân có điểm nhận biết cảm giác càng thấp thì tỷ lệ loét tỳ đè càng cao. Ở nhóm đạt 1 điểm, 2 điểm, 3 điểm, 4 điểm có tỷ lệ loét tương ứng là: 50% - 33,3% - 11,1% - 0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này gợi ý rằng cần chú ý đặc biệt đến những bệnh nhân suy

giảm cảm giác, không đáp ứng với kích thích đau hoặc chỉ đáp ứng với kích thích đau trong công tác chăm sóc dự phòng loét tỳ đè.

**Độ ẩm da:** Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân nào có độ ẩm da 1 điểm (da luôn luôn ẩm ướt), 2 điểm (da thường xuyên ẩm ướt), đạt 3 điểm (da thỉnh thoảng ẩm ướt), đạt 4 điểm (da hiếm khi ẩm ướt) tương ứng là: 25% - 75% - 20% - 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Chính vì thế, các công việc như lau khô mồi hôi thường xuyên, vệ sinh sạch sẽ nhanh chóng các trường hợp có phân và nước tiểu để giảm độ ẩm ướt và nguy cơ nhiễm khuẩn da cho bệnh nhân, từ đó giảm thiểu nguy cơ loét.

**Vận động:** Nhóm bệnh nhân có khả năng vận động đạt 1 điểm, tức là nằm liệt giường, có tỷ lệ loét cao với 41,7%, 3 điểm, tức là đi lại ít chiếm 11,1%. Các nhóm còn lại có tỷ lệ loét bằng 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là những bệnh nhân di chuyển bằng xe lăn, đi lại ít không có khả năng xuất hiện loét vì còn có rất nhiều yếu tố nguy cơ khác dẫn đến loét tỳ đè.

**Khả năng tự xoay trở:** Nhóm bệnh nhân có khả năng tự xoay trở đạt 1 điểm, tức là không thể thay đổi tư thế dù nhỏ khi không được giúp đỡ, có tỷ lệ loét rất cao chiếm 41,2%; nhóm 3 điểm là 20%; nhóm đạt 2 điểm và 4 điểm có tỷ lệ loét là 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này cho thấy việc thường xuyên lăn trở, thay đổi tư thế cho những bệnh nhân liệt tỳ là rất quan trọng trong việc phòng loét.

**Dinh dưỡng:** Trong nhóm có tình trạng dinh dưỡng đạt 1 và 2 điểm, tỷ lệ bệnh nhân bị loét chiếm 50%; trong nhóm 3 điểm là 13,6%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Điều này có thể được lý giải là do các bệnh nhân bị loét hầu hết là bệnh nhân tình trạng nặng được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, đường sonde dạ dày, nhưng do hội

tụ nhiều yếu tố nguy cơ khác nên dù được cung cấp năng lượng khá đầy đủ thì bệnh nhân vẫn bị loét. Từ đó, ta thấy công tác chăm sóc dự phòng loét phải được thực hiện toàn diện trên tất cả các yếu tố nguy cơ.

**Ma sát dịch chuyển:** Nhóm 1 điểm tỷ lệ bị loét là 41,7%; 2 điểm là 20%; 3 điểm là 0,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Do đó, việc giảm thiểu ma sát tác động lên da bệnh nhân như giữ ga giường luôn phẳng là rất quan trọng.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2018, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nội trú loét tỳ đè là 23,3%. Thời gian xuất hiện loét sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất là 4 ngày, trung bình là  $2,42 \pm 0,78$  ngày sau khi nhập viện. Vị trí loét gặp nhiều nhất là cùng cụt chiếm 23,4%. Có 26,6% bệnh nhân loét độ I, 73,4% bệnh nhân loét độ II, không có loét độ III và IV. Tỷ lệ loét cao ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66,7%) ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất với 27,3%. Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân liệt tủy ASIA (A) là cao nhất với 50%. Thang điểm Braden giúp đánh giá sát nguy cơ loét ngay từ khi nhập viện với điểm trung bình là  $14,16 \pm 5,38$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WA Beckrich and Aronovitch SA. Hospital-acquired pressure ulcers: a comparison of costs in medical. *Nurs Econ*, 1999; 17 (5): 263-271.
2. Brem H and Lyder C. Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. *American Journal of Surgery*, 2004; 188(1A Suppl):9-17.

3. Barratt E. Pressure sores. Putting risk calculators in their place. *Nursing Times*, 1987; 83(7):65–70.
4. Harris CL, Fraser C. Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing. *Ostomy Wound Manage*, 2004; 50(10):54-63.
5. Hulsenboom M.A., Bours G.J.J.W., and Halfens R.J.G. Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. *BMC Nurs*, 2007; 6:2.
6. Suriadi, Sanada H., Sugama J., et al. Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia. *Int Wound J*, 2007; 4 (3): 208-215.
7. Fife C, Otto G, Capsuto EG, et al. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. *Crit Care Med*, 2001; 29(2):283-90.
8. Phan Thị Dung, Phạm Đan Thanh, Ngô Thị Huyền và cộng sự. Nhận xét phòng loét tỳ đè của điều dưỡng qua trường hợp nghiên cứu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. *Tạp chí Y học thảm họa và Bông*, 2015.
9. Trường Đại học Y Hà Nội. *Mô học*, 1998. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Trang 265-274.
10. Trần Thị Thuận. *Điều dưỡng cơ bản II*, 2007. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Trang 144-178.

#### ABSTRACT

#### THE SITUATION OF PRESSURE ULCER ON PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY AT THE ORTHOPEDIC AND SPINE DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL 9/2017 – 9/2018

**Objectives:** To describe the situation of pressure ulcer on patients with spinal cord injury at the Orthopedic and Spine Department of Bach Mai Hospital 9/2017-9/2018.

**Material and Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 30 patients in accordance with the selection criteria from September 2017 to September 2018.

**Results:** The rate of pressure sores recorded in 7/30 cases (23.3%). The average time of ulcer appearance is  $2.4 \pm 0.7$  days. Pressure ulcers are most common in the same sacrum and heel of the feet area, respectively: 46.6% and 26.6%. Pressure sore in cervical and thoracic spinal injury patients had the highest rates, respectively, at 27.2% and 20%. Patients with ASIA (A) and ASIA (B) paralysis were the highest at 50% and 33.3%, respectively.

**Conclusion:** From the above research results, the Orthopedic and Spine Department has a basis to carry out appropriate measures to assess and prevent pressure ulcers such as: assessing the risk of ulcers right after the patient were admitted to hospital and focus on care and prevention on high risk body parts like the sacrum and the heel.

**Keywords:** *pressure ulcer, sacrum, Braden scale*