ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỎNG TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA TỪ THÁNG 7/2013 ĐẾN THÁNG 6/2014

Nguyễn Việt Hải¹, Nguyễn Thị Thu Hoài²

TÓM TẮT NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bỏng trẻ em điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa; Đánh giá kết quả bước đầu chăm sóc và điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ tháng 7/2013 đến tháng 6/2014.

Đối tượng và phương pháp: 264 bệnh nhân bỏng được điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 01/7/2013 đến 31/6/2014; Phương pháp: Mô tả cắt ngang, hồi cứu;

Kết quả: tuổi trung bình: $24,21 \pm 25,58$ tháng; max 221 tháng, min 04 tháng tuổi. tỷ lệ nam/nữ $\approx 1.5/1$; Thường gặp ở các tháng 1, 2, 3, 10, 12; Diện tích bỏng trung bình: $13,33 \pm 7,21\%$, max 35.0%; Bỏng độ I - II chiếm 63.64%, độ II - III chiếm 35.61%; Tác nhân gây bỏng chủ yếu là nước sôi 233 BN (88.26%); Ghép da tự thân 39 BN (14.8%); Thời gian nằm viện trung bình: $9,19 \pm 5,41$ ngày (01 - 27); Tai biến, biến chứng 36,74%, hầu hết là nhẹ, chủ yếu nhiễm trùng tại chỗ; Không có tử vong; BN khỏi bệnh và tiến triển tốt 88.26%, sẹo xấu 9.47%, chuyển tuyến trên 2.27%.

Kết luận: Bỏng trẻ em là một cấp cứu thường gặp, điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa cho kết quả tốt: không tử vong, biến chứng nhẹ.

Từ khóa: bỏng, nạn nhân bỏng, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, ghép da tự thân, vật liệu thay băng.

Abstract

RESULT EVALUATION OF BURN TREATMENT AT THE THANH HOA PEDIATRIC HOSPITAL FROM JULY 2013 TO JUNE 2014

Objectives: To describe some epidemiological characteristics of burns in children treated at Thanh Hoa Pediatric Hospital; Evaluation of initial results of burn care and treatment at Thanh Hoa Pediatric Hospital from July 2013 to June 2014.

¹ Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hải.

Ngày nhận bài: 22/12/2019; Ngày phản biện khoa học: 02/01/2020; Ngày duyệt bài: 15/02/2020

Materials and methods: 264 burn patients were treated at Thanh Hoa Pediatric Hospital from July 1, 2013 to June 31, 2014; *Methods:* Description of cross section, retrospective;

Results: Average age: 24.21 ± 25.58 months; max 221 months, min 04 months old. Male/female ratio $\approx 1.5/1$; Common in months 1, 2, 3, 10, 12; Average area of burns: $13.33 \pm 7.21\%$, max 35.0%; I - II degree burns accounted for 63.64%, II - III degree burns 35.61%; The main cause of burns is boiling water 233 patients (88.26%); Self-grafts skin 39 patients (14.8%); Average hospitalization time: 9.19 ± 5.41 days (01 - 27); Complications 36.74%, mostly mild, mainly local infections; There were no deaths; Patients recovered and progressed well 88.26%, bad scars 9.47%, referrals over 2.27%.

Conclusions: Child burns are a common emergency. Treatment at Thanh Hoa Pediatric Hospital was good results: no death, minor complications.

Keywords: burns, burn patient, Thanh Hoa Pediatric Hospital, autologous skin grafts, bandages

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tổn thương cấp tính mô tế bào gây nên bởi sức nhiệt, hoá chất, bức xạ [1, 4]. Bỏng là một tai nạn thường gặp trong sinh hoạt, trong đời sống hàng ngày và cả hoạt động vui chơi giải trí. Bỏng để lại hậu quả nặng nề về tính mạng, sức khỏe, chức năng, thẩm mỹ cho nạn nhân, để lại gánh nặng về tinh thần và kinh tế cho gia đình nạn nhân và xã hội. Ở Việt Nam, số bệnh nhân do tai nạn bỏng đứng hàng thứ hai chỉ sau tai nạn giao thông với 15.000-16.000 bệnh nhân hàng năm.

Bỏng trẻ em chiếm từ 38,6 – 65,8% tổng số nạn nhân bỏng. Diễn biến bỏng trẻ em nặng và phức tạp, tỷ lệ tử vong dao động từ 5 – 15%, tỷ lệ di chứng tương đối lớn từ 20 – 25% [3, 4].

Việc điều trị và cấp cứu nạn nhân bỏng, nhất là bỏng trẻ em trong những năm gần đây có rất nhiều tiến bộ nhờ ứng dụng các kỹ thuật mới trong cấp cứu, chăm sóc và điều trị. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào có tính khái quát về dịch tễ và đánh giá kết quả điều trị bỏng tại Thanh Hóa.

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài “**Đánh giá kết quả điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, từ tháng 7/2013 đến tháng 6/2014**” nhằm các mục tiêu sau:

+ Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bỏng trẻ em điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa;

+ Đánh giá kết quả bước đầu chăm sóc và điều trị bỏng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ tháng 7/2013 đến tháng 6/2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: 264 bệnh nhân bỏng được điều trị tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 01/7/2013 đến 31/6/2014.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu; tất cả bệnh nhân được nghiên cứu theo một mẫu bệnh án thống nhất.

III. KẾT QUẢ

- Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2013 đến tháng 6/2014, có 264 bệnh nhân được nhập viện điều trị, tuổi trung bình: $24,21 \pm 25,58$ tháng (221 - 04); Nam 155; nữ 109; tỷ lệ nam/nữ $\approx 1.5/1$; tất cả các tháng

trong năm đều có bệnh nhân, nhiều ở tháng 3,4,10,12. Thời gian từ khi bị tai nạn đến lúc vào viện chủ yếu trước 6h: 186 (70.45%), sau 24h có 49 BN (18.56%).

- Diện tích bỏng trung bình: $13,33 \pm 7,21\%$ (35- 01), bỏng dưới 16% diện tích cơ thể chiếm 77.0% tổng số BN (177); có 7 BN diện tích bỏng trên 30% (2,7%).

- Độ bỏng: Hầu hết là bỏng nông Độ I - II: 168BN (63.64%); Độ II - III: 94BN (35.61%); Độ IV: 2BN (0.76%).

- Có 55 BN có biểu hiện sốc trên lâm sàng khi vào viện, trong đó không có sốc nặng, có

- Thời gian nằm viện:

Biểu đồ 1. Thời gian nằm viện trung bình: $9,19 \pm 5,41$ ngày (27-1)

- Kết quả điều trị:

Biểu đồ 2. Kết quả điều trị

IV. BÀN LUẬN

Thống kê ở nghiên cứu này cho thấy trong vòng một năm số bệnh nhi bị tai nạn bỏng chiếm tỷ lệ 11.27% tổng số bệnh nhân điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Nhi Thanh Hóa (2.341 BN).

Tuổi trung bình $24,21 \pm 25,58$ tháng, dưới 60 tháng có 249 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 94,3%, riêng nhóm bệnh nhân dưới 24 tháng chiếm tỷ lệ 71,6%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Hồ Thị Xuân Hương [1, 7]. Nam/nữ tương ứng là 58,7% và 41,3%. Số liệu này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về bỏng trẻ em, phù hợp với đặc điểm tâm lý trẻ và giới tính, trẻ trai thường hiếu động hơn các trẻ gái [1, 4].

Thời gian từ khi bị bỏng cho đến khi nhập viện trước 6h có 186 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 70.5%, có 49 bệnh nhân (18,5%) vào viện sau 24h kể từ khi bị tai nạn. Thời gian nhập viện sau bỏng trước 24h theo báo cáo của Hồ Thị Xuân Hương là 45,11% [1], của Nguyễn Tuấn Khanh và Tạ Văn Trầm trước 6h là 78%, trước 24h là 88,6% [3].

Đối với bỏng trẻ em theo phân loại của hội bỏng Hoa Kỳ thì khi diện tích bỏng > 10% độ II là bỏng nặng và có nguy cơ sốc. Ở nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện sốc chiếm 20,8% (55 BN), trong đó chủ yếu là biểu hiện sốc nhẹ, chỉ có 4,2% số BN có biểu hiện sốc trung bình và nặng (trong đó có 5 BN thở máy). Việc đánh giá và phân loại mức độ sốc chúng tôi dựa vào phân loại của Paris (1967-1969) trên cơ sở 8 triệu chứng, gồm: rối loạn bài niệu, Hb niệu, tăng ni tơ máu, nôn, áp lực TM trung ương, HA động mạch, thân nhiệt, bụng chướng [2]. Công tác hồi sức, chống sốc được triển khai tốt, có sự phối hợp giữa các khoa HSCC và khoa Chấn thương chỉnh hình, bỏng, vì vậy tất cả các BN đều qua giai đoạn sốc không để lại di chứng sớm. Trong nghiên

cứu này chúng tôi chưa có điều kiện để tìm hiểu kỹ về điều trị sốc bỏng, hy vọng sẽ được trình bày ở các nghiên cứu tiếp theo.

Về tác nhân gây bỏng, bỏng nước sôi chiếm 88,3% và đều do tai nạn sinh hoạt, do thiếu cẩn thận khi chăm sóc trẻ gây ra. Tỷ lệ này phù hợp với nhiều nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Diện tích bỏng trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $13,33 \pm 7,21\%$ (35-1), nhóm bệnh nhân có diện tích bỏng từ 16 đến dưới 30% diện tích da chiếm tỷ lệ tương đối cao 40,5%. Nhóm bệnh nhân có diện tích bỏng > 30% diện tích da chiếm 33%. Như vậy về tổng thể hầu hết bệnh nhân vào viện là trong nhóm có thể phân loại là nặng, tuy nhiên trong thực tế một bệnh nhân bị bỏng thì diện tích bỏng không thuần nhất về độ sâu vì vậy tương đối nhiều bệnh nhân biểu hiện lâm sàng không quá nặng. Tỷ lệ bệnh nhân có diện tích bỏng <16% chỉ có 26,5%. Ở các báo cáo của các tác giả khác tỷ lệ dưới 10% diện tích da chiếm tỷ trọng lớn (gần 61%) [5]. Về độ sâu bỏng, có 168 bệnh nhân bỏng độ I - II chiếm 63,6%, chỉ có 2 trường hợp bỏng sâu độ IV là do bỏng lửa, một nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Khanh và Tạ Văn Trầm tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang cho đối tượng cả người lớn và trẻ em bỏng độ I, II là 85.4% [3]. Như vậy ở nhóm BN nghiên cứu chủ yếu là bỏng nông, phù hợp với tác nhân gây bỏng hầu hết là nước sôi dự trữ trong các phương tiện sinh hoạt trong gia đình có nhiệt độ dưới 100°C.

Có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có biểu hiện sốc với 55 BN (20.8%), trong đó có 5 BN thở máy cần hồi sức và chống sốc tích cực, số BN có biểu hiện sốc được xử trí bằng giảm đau, truyền dịch, che phủ vết bỏng tốt là bệnh nhân đã ổn định. Chúng tôi cho rằng số BN có biểu hiện sốc này chủ yếu do sơ cứu ban đầu chưa tốt, đặc biệt là công tác chống đau cho BN bỏng không được quan tâm đúng mức.

Tỷ lệ bệnh nhân phải ghép da tự thân che phủ vết bỏng là 14.8%, số BN phải ghép da là do độ sâu bỏng từ độ III và các bệnh nhân đến viện muộn, có biến chứng nhiễm trùng tại chỗ nặng. Việc thực hiện ghép da tự thân làm ngắn quá trình điều trị và hạn chế các di chứng sau bỏng như sẹo xấu, co kéo. Có một số ít bệnh nhân được sử dụng trung bì da lợn che phủ vết bỏng ngay từ đầu đối với các bệnh nhân bỏng nông có kết quả tốt với một lần che phủ không phải thay băng nhiều lần. Việc che phủ vết bỏng bằng trung bì da lợn có tác dụng hạn chế viêm nề vết thương, giảm tiết dịch và giảm đau, phù hợp với các nghiên cứu của Hồ Thị Xuân Hương và Nguyễn Viết Lượng [1, 4].

- Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 9.19 ± 5.41 ngày. Nghiên cứu của Hồ Thị Xuân Hương khi sử dụng trung bì da lợn bảo quản lạnh sâu là 7.5 ± 1.4 ngày [2], nghiên cứu của Nguyễn Viết Lượng ở nhóm bệnh nhân bỏng trung bì và bỏng sâu thì thời gian nằm viện trung bình là 14.06 ± 0.36 ngày [5].

- Tai biến, biến chứng: chủ yếu là các biến chứng nhẹ như nhiễm trùng tại chỗ, viêm hô hấp, viêm tiết niệu. Chỉ có 02 BN có biến chứng chảy máu tiêu hóa do sốc và diện tích bỏng rộng, cấp cứu và điều trị tích cực cả 2 BN đều hồi phục tốt. Chúng tôi cho rằng việc các biến chứng ở nhóm BN nghiên cứu chủ yếu là biến chứng nhẹ có 2 nguyên nhân: thứ nhất, đa số các bệnh nhân có diện tích bỏng nông và được sơ cứu cấp cứu tương đối hợp lý. Thứ hai, việc triển khai cấp cứu, điều trị toàn thân và tại chỗ cho từng bệnh nhân được thực hiện theo đúng quy trình kỹ thuật, các kỹ thuật mới được áp dụng, phối hợp giữa các bộ phận trong quá trình điều trị tương đối đồng bộ.

- Kết quả điều trị: không có bệnh nhân tử vong trong tổng số 264 BN điều trị tại bệnh

viện trong suốt 01 năm, báo cáo của Hồ Thị Xuân Hương tử vong tại viện bỏng quốc gia năm 2007 là 1,56%, số liệu của chúng tôi tương tự như báo cáo của Nguyễn Viết Lượng, Nguyễn Tuấn Khanh [3, 5, 6]. Chỉ có 6 BN (2,27%) chuyển tuyến trên điều trị, trong đó có 03 BN chuyển tuyến theo yêu cầu và do BN là người Hà Nội. Việc tỷ lệ chuyển tuyến thấp đã gián tiếp khẳng định khả năng cấp cứu, điều trị bỏng trẻ em của các bác sĩ, điều dưỡng của bệnh viện. Số BN có tổ chức hạt mọc tốt do xin ra viện sớm ở ngày thứ 3, thứ 4 và số BN điều trị ngoại trú chúng tôi xếp và nhóm BN khỏi, liền sẹo tốt, chiếm tỷ lệ 88,25%, có 25 BN (9,47%) liền sẹo xấu có khả năng để lại di chứng sau bỏng, phần lớn là bỏng ở vùng bàn tay, bàn chân, các nếp gấp.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân bỏng điều trị tại khoa Ngoại Chấn thương chỉnh hình bằng 11.27% tổng số BN điều trị hàng năm và bằng 0.88% tổng số BN nội trú toàn viện hàng năm;

- Tuổi BN dưới 5 tuổi là chủ yếu trong đó dưới 2 tuổi 71.6%; Tỷ lệ BN nam/nữ là 1,5/1; Tất cả các tháng trong năm đều có BN bỏng, tập trung nhiều ở các tháng mùa lạnh;

- Tác nhân gây bỏng hầu hết là nhiệt uớt, trong đó nước sôi là nguyên nhân chính với 88,26%;

- Tỷ lệ ghép da tự thân che phủ tổn thương bỏng là 14.8%;

- Thời gian nằm viện trung bình 9.19 ± 5.41 ngày; tỷ lệ biến chứng 36.74% nhưng chủ yếu là biến chứng nhẹ: nhiễm trùng tại chỗ, viêm hô hấp...;

- Không có tử vong; BN khỏi bệnh và tiến triển tốt 88.26%, sẹo xấu 9.47%, chuyển tuyến trên 2.27%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hồ Thị Xuân Hương (2009). Dịch tễ bỏng trẻ em 23 năm (01/1985-12/2007) tại Viện bỏng Quốc gia Việt Nam; *Tạp chí Y học thực hành* số 562+563-2009, tr 14-19;
2. Hồ Thị Xuân Hương (2010). Nghiên cứu tác dụng của trung bì da lợn bảo quản lạnh sâu trên vết thương bỏng nông trẻ em; *Tạp chí Y học thẩm họa & Bỏng* số 2/2010; tr 45-52
3. Nguyễn Tuấn Khanh, Tạ Văn Trầm (2009). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang năm 2007; *Tạp chí Y học thực hành* số 562+563-2009, tr 27-29;
4. Nguyễn Viết Lượng (2009). Tình hình bỏng tại Việt Nam trong 3 năm (2005 – 2007); *Tạp chí Y học thực hành* số 562+563-2009, tr 9-13;
5. Nguyễn Viết Lượng, Nguyễn Hồng Thái (2009). Đánh giá tác dụng của trung bì da lợn bảo quản lạnh sâu trong điều trị tại chỗ tổn thương bỏng trung bì và bỏng sâu toàn bộ lớp da tại Viện bỏng Quốc gia; *Tạp chí Y học thực hành* số 562+563-2009, tr 121-131;
6. Lê Thế Trung (2003). *Bỏng, những kiến thức chuyên ngành*. NXB Y học.
7. Viện Bỏng Quốc gia (2006). *Sơ cứu, cấp cứu và điều trị bỏng*, NXB Y học, tr 9-42;