

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ BỎNG ĐẦU MẶT CỔ Ở TRẺ EM

ĐẶNG XUÂN QUANG

Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương Tp. HCM

TÓM TẮT

Giới thiệu: nghiên cứu tiến cứu 120 bệnh nhi nhập viện tại Viện Bỏng Quốc Gia. Xác định tần suất, cơ chế và tác nhân gây bỏng. Tần suất bỏng ở trẻ cao nhất do nhiệt ướt chiếm 83,33%, kế đến là bỏng do nhiệt khô chiếm 16,67%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá một số đặc điểm dịch tễ bỏng đầu mặt cổ ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trẻ ở nhóm tuổi từ 1 - 5 bị bỏng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 71,66%. Trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Bỏng nhiệt ướt chiếm tỷ lệ cao 83,33%, bỏng lửa chiếm tỷ lệ 16,67%. Thời gian trẻ bị bỏng từ 11 giờ - 13 giờ và 17 giờ - 22 giờ là cao nhất. **Kết luận:** Nghiên cứu dịch tễ bỏng trẻ em đóng vai trò rất quan trọng trong vấn đề phòng ngừa và có hướng chẩn đoán - điều trị sớm tránh để lại những thương tật không đáng có cho trẻ.

Từ khóa: bỏng, trẻ em

SUMMARY

STUDY CHARACTERISTICS OF HEAD AND NECK BURNS IN CHILDREN

Introduction: prospective study. of 120 pediatric patients admitted to National institute of burns was undertaken to identify the incidence, mechanism, and agents of pediatric burn. The highest incidence of pediatric burn was hot water (83,33%), followed by fireburn (16,67). **Objectives:** Evaluate some characteristics of epidemiology in head and neck burn. **Study design:** prospective, cross section study. **Results:** Children in age of 1 - 5 year was burnt at highest rate with 71,66%. Male > female. **Conclusion:** Study of epidemiological burn is very important to prevention and treatment in early stage in order to avoid the morbidity which may not be happened for children.

Keywords: pediatric burn, Children

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi con người biết tạo ra lửa và sử dụng lửa (khoảng 500,000 năm trước công nguyên) thì bỏng luôn là tai nạn song hành cùng với sự tồn tại và phát triển của loài người. Mặc dù nhân loại luôn cố gắng tìm hiểu, nghiên cứu về bỏng, đưa ra các biện pháp cứu chữa nhằm hạn chế thương tổn do bỏng gây ra, song số tỷ lệ tai nạn bỏng và tỷ lệ tử vong do bỏng gây ra vẫn còn cao.

Di chứng bỏng đầu mặt cổ làm cho trẻ thiếu tự tin, lúng túng, ngại ngùng che dấu những khuyết tật khi tiếp xúc cộng đồng trong sinh hoạt, học tập. Di chứng bỏng và tử vong do bỏng là mất mát lớn với gia đình, cộng đồng và xã hội.

Xuất phát từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ bỏng đầu mặt cổ ở trẻ em" với những mục tiêu sau:

Mục tiêu tổng quát: Phân tích một số đặc điểm dịch tễ bỏng đầu mặt cổ ở trẻ em.

Mục tiêu chuyên biệt:

Phân tích về tuổi, giới tính trẻ bị bỏng.

Phân tích về địa điểm, thời điểm, hoàn cảnh, nguyên nhân xảy ra tai nạn bỏng.

Phân tích về thời gian nhập viện sau bỏng, công tác sơ cấp cứu.

TỔNG QUAN

Tình hình nghiên cứu dịch tễ bỏng ở trẻ em trên thế giới và Việt Nam

Nhiều dự án về phòng chống bỏng ở trẻ em đã cho thấy: tai nạn bỏng ở trẻ em có thể giảm thấp và có thể phòng tránh được. Tại Mỹ, theo Viện Trao Đổi Thông Tin Bỏng Quốc Gia (National Information Exchange - NBIE), sau khi thực hiện 3 dự án Quốc gia về phòng chống bỏng thì tỷ lệ bỏng ở trẻ em giảm 50 - 65%.

Theo Lara B, bỏng là một trong những nguyên

nhân hàng đầu dẫn tới tử vong ở trẻ em do tai nạn tại nhà và là nguyên nhân hàng đầu về hậu quả nặng nề sau bỏng do thời gian nằm viện kéo dài, di chứng nặng nề, tỷ lệ tàn phế cao.

Tỷ lệ trẻ em bị bỏng chiếm từ 32% tới 65,8% tổng số nạn nhân bỏng đến điều trị tại viện. Hàng năm ở Pháp khoảng 40000 trẻ em bị bỏng cần chăm sóc y tế và 4000 cần nhập viện.

Tại Việt Nam, theo Lê Thế Trung tại Viện Bỏng cho thấy số lượng bệnh nhi bỏng hàng năm có xu hướng tăng. Trong 13 năm (từ 1985 tới 1998), Viện Bỏng Quốc Gia điều trị 5721 bệnh nhi bỏng. Nhưng trong khoảng 3 năm (từ 2005 tới 2007), số lượng này đã lên tới 3703 bệnh nhi.

Theo Lê Thế Trung 2003 tỉ lệ nam/nữ = 1,5. Nghiên cứu tại khoa Ngoại Bệnh Viện Nhi Đồng Cần Thơ thấy nhóm tuổi bị bỏng cao nhất là 1 - 5 tuổi chiếm tỷ lệ 63%, trong đó nhóm tuổi < 1 tuổi chiếm 11,9% nhóm tuổi bị bỏng thấp nhất là 11 - 15 tuổi chiếm 5,3%, nam chiếm 57,3%, nữ chiếm 42,7%. Theo Đinh Trọng Khang (1994), trẻ em bị bỏng ở lứa tuổi < 15 chiếm 18,95%, còn ở người cao tuổi > 60 chiếm 1,86%, nam chiếm 54,9%, nữ chiếm 45,1%. Theo Hồ Thị Xuân Hương (2001), số bệnh nhân bỏng trẻ em chiếm 49,2%, trong đó trẻ < 5 tuổi chiếm 55,9%, nam chiếm 60,03%, nữ chiếm 39,97%.

Theo nghiên cứu Hồ Thị Xuân Hương (2001), trẻ em bỏng do nhiệt ướt chiếm tỉ lệ cao: 75,7%.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu:

Số lượng mẫu: 120 bệnh nhân trẻ em bỏng đầu mặt cổ điều trị tại Viện Bỏng Quốc Gia từ 01/01/2007 - 4/2009

Phương tiện nghiên cứu: Tiến hành theo phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân có bỏng ở đầu mặt cổ điều trị tại Viện Bỏng Quốc Gia.

Bệnh nhân vào viện trong vòng 72 giờ đầu sau khi bị bỏng.

Tuổi bệnh nhân nghiên cứu: từ 6 tháng đến 15 tuổi.

Các bệnh án đều được lưu trữ tại kho lưu trữ của Viện Bỏng Quốc Gia.

Các bước tiến hành

Hỏi bệnh: Hoàn cảnh bị tai nạn, xử lý tại nơi xảy ra tai nạn, xử lý kỹ đầu.

Khám vết bỏng lâm sàng.

Thử cảm giác da bỏng.

Chẩn đoán diện tích và độ sâu của bỏng được bổ sung hằng ngày, khi thay băng căn cứ vào diện biến hoại tử, sự hình thành mô hạt, phẫu thuật ghép da và sự liền vết bỏng. Nếu bỏng nông vết bỏng tự liền nhờ quá trình biểu mô hoá, nếu là bỏng sâu khi hoại tử rụng, mô hạt được hình thành liền được ghép da che phủ mô hạt.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Cách tính diện tích, độ sâu bỏng trẻ em:

Tuỳ từng trường hợp, chúng tôi chọn một hoặc

phối hợp nhiều phương pháp sau:

Phương pháp số 9 của Wallace A (1951):

÷ Đầu, mặt, cổ: 9%.

÷ Một chi trên: 9%.

÷ Thân trước: $9 \times 2 = 18\%$

÷ Thân sau (gồm cả lưng, mông): $9 \times 2 = 18\%$

÷ Một chi dưới: $9 \times 2 = 18\%$

÷ Tầng sinh môn: 1%

Phương pháp số 1 - 3 - 6 - 9 - 18 của Lê Thế Trung (1965):

– Diện tích 1%: Cổ, gáy, một gan tay, một mu tay, tầng sinh môn

– Diện tích 3%: Da đầu có tóc, mặt, một cánh tay, một cẳng tay, một bàn chân.

– Diện tích 6%: Hai mông, một cẳng chân.

– Diện tích 9%: Đầu, mặt, cổ, một chi trên, một đùi.

– Diện tích 18%: Thân trước, thân sau.

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm dịch tễ bỏng ĐMC ở trẻ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
<1	18	15
1 - 5	86	71,66
6 - 10	5	4,16
11 - 15	11	9,18
1 - 15	120	100

Nhận xét: trẻ ở nhóm tuổi từ 1 - 5 bị bỏng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 71.66%

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số BN	Tỷ lệ (%)	P
Nam	68	56,66	<0.05
Nữ	52	43,34	
Tổng cộng	120	100	

Nhận xét: Trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ.

Bảng 3. Hoàn cảnh, địa điểm, tác nhân gây bỏng

Hoàn cảnh, địa điểm, tác nhân	Tuổi			
	< 1 tuổi	1 - 5 tuổi	6 - 10 tuổi	11 - 15 tuổi
Quơ tay làm đổ phích nước	2BN			
Kéo đồ bát cháo nóng, ngã vào canh nóng	8BN			
Không để ý va vào người khác đang bê nước sôi, canh nóng		16BN	2BN	5BN
Chạy ngã vào nước sôi, canh nóng		33BN		
Vòi nước nóng trong buồng tắm		3BN	2BN	1BN
Hơi nổi áp suất				2BN
Do người khác	8BN	17BN		1BN
Nướng mực, lửa ga		4BN		1BN
Sưởi lửa trong mùa đông bị bỏng			1BN	
Cháy màn		3BN		
Ngã vào bếp củi, đồng lửa, đồng rác cháy		10BN		1BN

Nhận xét: Bồng nhiệt ướt chiếm tỷ lệ cao 83,33%.
Bồng lửa chiếm tỷ lệ 16,67%.

Bảng 4. Nơi xảy ra bồng

	Bồng Tại Nhà			Bồng ngoài nhà	Tổng cộng
	Bồng trong nhà ở	Bồng trong bếp	Bồng trong buồng tắm		
Số BN	88	13	7	12	
Tổng cộng	108			12	120
Tỷ lệ %	90			10	100

Nhận xét: Bồng trong nhà có tỷ lệ cao 90%.

Bảng 5. Thời gian bị bồng trong ngày

6h - 11h	11h - 13h	13h - 17h	17h - 22h	22h - 6h	Tổng
14	38	6	58	4	120
11,66%	31,66%	5%	48,33%	3,33%	100%

Nhận xét: Thời gian trẻ bị bồng từ 11 giờ - 13 giờ và 17 giờ - 22 giờ là nhiều nhất.

Bảng 6. Thời gian nhập viện sau khi bị bồng

Thời gian	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 24 giờ	104	86,67
24 - 48 giờ	14	11,67
48 - 72 giờ	2	1,66
Tổng cộng	120	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện ngay sau bồng (104/120) chiếm tỷ lệ 86,67%.

Bảng 7. Phân bố bồng trẻ em theo khu vực địa dư

	Thành phố, thị xã	Nông thôn	Tổng cộng
Số lượng bệnh nhân	57	63	120
Tỷ lệ %	47,5	52,5	100

Nhận xét: Trẻ em ở thành phố bị bồng chiếm tỷ lệ 47,5%.

Trẻ em ở nông thôn bị bồng chiếm tỷ lệ 52,5%.

Bảng 8. Tỷ lệ trẻ em bị bồng vào viện theo địa phương

	Hà Nội	Các tỉnh khác (21 tỉnh)*	Tổng số
Số lượng bệnh nhân	47	73	120
Tỷ lệ %	39,17	60,83	100

Nhận xét: số bệnh nhân ở Hà Nội chiếm tỷ lệ cao.

* Bệnh nhân ở các tỉnh khác (15 tỉnh): Hải Phòng, Quảng Ninh, Thái Bình, Lạng Sơn, Tuyên Quang, Yên Bái, Sơn La, Thanh Hóa, Nghệ An, Hà Giang, Ninh Bình, Hòa Bình, Hà Giang, Quảng Bình, Hà Tĩnh, Hà Bắc.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm dịch tễ

Tuổi của trẻ bị bồng:

Bệnh nhi nhập viện ở mọi lứa tuổi từ 1 - 15 tuổi, nhóm tuổi 1 - 5 chiếm tỷ lệ bồng cao nhất 71.66%, có thể do:

÷ Đây là độ tuổi hiếu động, nghịch, tò mò.

÷ Chưa hiểu hết các nguy hiểm.

÷ Động tác các chi chưa được thuần thục.

÷ Việc trông nom chăm sóc của gia đình chưa được chu đáo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả: Phạm Văn Kiểm, Hoàng Cao Nhã, Hồ Thị Xuân Hương, Lê Thế Trung đều nhận xét bồng trẻ em tuổi từ 1 - 5 là cao nhất.

Giới của trẻ bị bồng:

Trong 120 bệnh nhân nghiên cứu số trẻ trai là 68 chiếm tỷ lệ 56,66% cao hơn so với nữ là 52 chiếm tỷ lệ là 43,34%, tỷ lệ nam/nữ = 56,66/43,34 = 1,31. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Tỷ lệ này gần tương đương với số liệu các tác giả trong và ngoài nước công bố như:

÷ Nguyễn Như Chiến và CS (1995) là 1,7

÷ Nguyễn Đăng Doanh và CS (1998) là 1,9

÷ Y - Ông - Niê (1996) là 1,7

÷ Hồ Thị Xuân Hương là 1,67

÷ Wai - Sun - Ho và CS là 1,7

÷ Wassermann D (2001) là 1,7

Sự phân bố bồng trẻ em theo giới cho thấy điểm nổi bật nói tính cách nam nữ: tuy cùng lứa tuổi nhưng trẻ trai xông xáo, mạnh bạo, nghịch ngợm hơn nên dễ bị bồng hơn.

Hoàn cảnh nơi xảy ra bồng:

Bồng trẻ em chủ yếu do trẻ tự gây ra với tỷ lệ là 78,33% (94/120 trẻ), có thể do:

÷ Trẻ năng động và nghịch ngợm.

÷ Các tác nhân gây bồng không được cách ly đủ tầm xa hoặc không để ở nơi an toàn.

÷ Sự tất bật và thời gian có hạn của phụ huynh trong giờ tan tầm, tan ca.

÷ Giờ bị bồng thường là giờ cao điểm sinh hoạt của phụ huynh

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả:

÷ Hoàng Cao Nhã tỷ lệ bồng tại nhà là 94,8%

÷ Phạm Văn Kiểm tỷ lệ bồng tại nhà là 83,32%

÷ Hồ Thị Xuân Hương tỷ lệ bồng tại nhà là 88,76%.

÷ B. Vilasco và A. Bondurand (1995) ở Abidijan Bờ Biển Ngà tỷ lệ bồng tại nhà là 94,5%

÷ Subranhammyam. M (1996) tại bệnh viện miền tây Ấn Độ thấy tỷ lệ bồng tại nhà là 92%.

Tác nhân gây bồng:

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy hai tác

nhân chính là nhiệt ướt và nhiệt khô. Tác nhân nhiệt ướt chiếm tỷ lệ cao 83,33%, nhiệt khô chiếm tỷ lệ là 16,67%. Đây là điểm nổi bật của bỏng trẻ em.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả:

÷ Hoàng Cao Nhã tác nhân nhiệt ướt chiếm tỷ lệ 91%

÷ Hồ Thị Xuân Hương tác nhân nhiệt ướt chiếm tỷ lệ 84,79%.

Tác nhân nhiệt ướt trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nước sôi, thức ăn nóng thường xuyên có trong sinh hoạt của mỗi gia đình nên tai nạn bỏng dễ xảy ra ở phạm vi trẻ chơi đùa, nghịch ngợm. Ngày nay đời sống sinh hoạt của người dân được nâng cao, tiện nghi sinh hoạt đầy đủ, vòi nước nóng trong buồng tắm là một trong những nguyên nhân gây bỏng ĐMC ở trẻ em Vì vậy chúng tôi nghĩ rằng tỷ lệ bỏng do nhiệt ướt ở trẻ em có thể giảm thiểu nếu công tác giáo dục tuyên truyền cách phòng chống bỏng tốt hơn đối với phụ huynh, điều này hoàn toàn có thể thực hiện được và đây là một trong những tiêu chí phòng chống bỏng của Viện Bỏng Quốc Gia.

Tác nhân nhiệt khô 16,67% xảy ra trong trường hợp bỏng lửa, thường gây bỏng sâu, bỏng diện rộng ở trẻ em.

Thời gian bị bỏng trong ngày

Theo nghiên cứu của chúng tôi thời gian trẻ bị bỏng khoảng 17 - 22 giờ là cao nhất với tỷ lệ 48,33%, thứ đến là 11 - 13 giờ chiếm tỷ lệ 31,66%. Gộp chung 2 nhóm tỷ lệ là 80%. Điều này cho thấy thời gian bị bỏng của trẻ thường vào giờ cao điểm sinh hoạt tại nhà.

Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Xuân Hương là 78,64%.

Thời gian nhập viện sau bỏng

Bệnh nhân được đưa đến cơ sở y tế sớm trước 24 giờ là 104 trẻ chiếm tỷ lệ là 86,67%. Như vậy, thời gian vào viện ở ngày thứ 1 sau tổn thương chiếm tỷ lệ rất cao. Trong số này gồm có số bệnh nhân ở gần Viện Bỏng và ở các tỉnh xa.

So sánh tỷ lệ này với số liệu của các tác giả khác:

÷ Chu Anh Tuấn tỷ lệ này là 76%.

÷ Phan Thúc Long tỷ lệ này là 80,3%

Điều này chứng minh rõ ràng bỏng là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa, sự hiểu biết ở cộng đồng về bỏng hiện nay tốt hơn, việc vận chuyển bệnh nhân dễ dàng hơn và mạng lưới y tế phát triển hơn.

Phân bố bỏng trẻ em theo khu vực địa dư

Tỷ lệ bỏng trẻ em ở thành thị 47,5%, ở nông thôn 52,5%. 2 tỷ lệ này tương đương nhau. lý do có thể ở thành phố, thị xã môi trường nhà ở chật chội, trang thiết bị sinh hoạt dễ gây bỏng cho trẻ trong nhà nhiều nên nguy cơ gây ra bỏng là lớn. Còn ở nông thôn, nhà cửa rộng rãi hơn nhưng do điều kiện trong nom

trẻ có hạn và việc bảo vệ an toàn của người lớn đối với các vật dụng gây ra bỏng cũng chưa chu đáo nên cũng dễ gây cho trẻ bị bỏng.

Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Kiểm tỷ lệ này là 50,82% - 49,18%. Như vậy kết quả của chúng tôi là tương đồng.

Mối liên quan giữa tác nhân và hoàn cảnh gây bỏng

Bỏng trẻ em chủ yếu do trẻ tự gây ra nhưng quan trọng van la do người lớn không chú ý trông nom trẻ hoặc công tác bảo vệ, an toàn những vật dụng gây bỏng chưa được chu đáo. Bỏng trẻ em xảy ra chủ yếu tại nhà (nhà ở, trong bếp, buồng tắm có nước sôi...) chiếm tỷ lệ rất lớn là 90%.

Theo Lê Thế Trung, Nguyễn Thế Hiệp, Trương Quang Dũng tác nhân gây bỏng ở người lớn chủ yếu là do nhiệt khô dao động từ 51,9% - 69,3%. Sự khác biệt này càng khẳng định bỏng trẻ em gặp chủ yếu trong sinh hoạt còn bỏng người lớn gặp cả trong sinh hoạt lẫn lao động, sản xuất.

KẾT LUẬN

Lứa tuổi bị bỏng từ 1 - 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao 71,66%, nam nhiều hơn nữ.

Tác nhân gây bỏng ĐMC ở trẻ em chủ yếu là bỏng nhiệt ướt chiếm tỷ lệ 83,33%,

Tai nạn xảy ra hầu hết ở trong nhà với tỷ lệ 90%.

Thời gian trẻ bị bỏng trong ngày từ 11 giờ - 13 giờ và 17 giờ - 22 giờ cao nhất (80%) với phần lớn trường hợp bỏng là do trẻ tự gây ra (78,33%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Như Chiến, Nguyễn Anh Tuấn (1995), "Tình hình bỏng tại Bệnh Viện Đa Khoa Thái Bình". Thông tin bỏng số 4/1995, tr. 19 - 21.
2. Hồ Thị Xuân Hương, "Dịch tễ bỏng trẻ em 23 năm (01/1985 - 12/2007)" tại Viện Bỏng Quốc Gia.
3. Hồ Thị Xuân Hương, Lê Thế Trung, Lê Năm (2001), "Dịch tễ học bỏng trẻ em 14 năm (1985 - 1998) tại Viện Bỏng Quốc Gia". Tạp chí y học thăm hợa và bỏng số 2 - 2001, tr. 82 - 88.
4. Phạm Văn Kiểm (1996) "Nghiên cứu tình hình bỏng trẻ em và kết quả điều trị trong 5 năm (1991 - 1995) tại Viện Bỏng Quốc Gia".
5. Ashraf F. Attia, and another (1997), "Epidemiological and sociocultural study of burn patients in Alexandria, Egypt". Publicatipns/EMHJ volume 3, issue 3, pp. 452 - 461.
6. Cavajal H.F.: Burns; Pediatric intensive care; 1987
7. Dedovic. Z; Brychta. P; Koupilova.I and Suchanek.I (1996), "Epidemiology of childhood burns at the Burn Centre in Brno, Czech Republic". Burns journal of the International society for burn injuries. V.22, N.2. March 1996, pp: 125 - 129.
8. East M.K., Jones C.A. and another (1998), "Epidemiology of burns in children", Burns in children: pp. 3 - 10.