

ĐÁNH GIÁ SỚM KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỎNG NHIỆT NÔNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ EARLY

Nguyễn Đức Hạnh, Nguyễn Đức Anh Quân[✉],
Hò Mẫn Trường Phú, Nguyễn Trường An,
Hà Thị Quỳnh Thuận, Trần Thị Ngọc Thủy

Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Giới thiệu: Trẻ em là nhóm bệnh nhân thường gặp trong tổn thương bỏng. Việc đánh giá sớm kết quả điều trị về bỏng nhiệt nông ở trẻ em giúp nhận diện những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình phục hồi của trẻ, từ đó đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời và hiệu quả, giảm thiểu tối đa các biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ em.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá sớm kết quả điều trị bỏng nhiệt nông ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc không có đối chứng ở 36 bệnh nhân trẻ em bỏng nhiệt nông, nhập viện điều trị tại khoa Bỏng - Phẫu thuật Tạo hình di chứng, Trung tâm Chấn thương Chính hình - Phẫu thuật Tạo hình (Bệnh viện Trung Ương Huế) từ tháng 12 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024.

Kết quả: Số trẻ vào viện vì bỏng có độ tuổi từ 1 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ 83,3%. Bỏng nhiệt ướt chiếm 91,7%, không có biến chứng và tất cả bệnh nhi bỏng được biểu mô hóa hoàn toàn và lành bệnh. Sau 1 tháng tái khám, điểm Vancouver có giá trị trung bình là $1,65 \pm 1,81$ điểm, trong đó điểm tối thiểu là 0 điểm, tối đa là 8 điểm.

Kết luận: Bỏng nhiệt nông ở trẻ em có tiên lượng tốt nếu điều trị tích cực.

Từ khóa: Bỏng nhiệt nông, trẻ em, điểm Vancouver

ABSTRACT

Background: Children are a common patient group in burn injuries. Early evaluation of treatment outcomes for superficial thermal burns in children helps identify factors affecting recovery, thereby providing timely and effective interventions, minimizing complications and improving children's quality of life. The study aims to examine some clinical and subclinical characteristics and evaluate early treatment outcomes of superficial thermal burns in children.

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Anh Quân, Bệnh viện Trung ương Huế

Email: anhquan.10a1@gmail.com

Ngày gửi bài: 15/3/2025; Ngày nhận xét: 09/6/2025; Ngày duyệt bài: 26/6/2025

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2025.438>

Subjects and methods: A prospective longitudinal uncontrolled study was conducted on 36 pediatric patients with superficial thermal burns admitted for treatment at the Burn and Reconstructive Surgery Department, Center for Orthopedic Trauma and Reconstructive Surgery, Hue Central Hospital from December 2023 to August 2024.

Results: Children aged 1-5 years accounted for 83.3% of burn admissions. Moist thermal burns accounted for 91.7%, with no complications, and all burns achieved complete epithelialization and healed. After 1 month of follow-up, the mean Vancouver Scar Scale score was 1.65 ± 1.81 , with a minimum of 0 and maximum of 8 points.

Conclusion: Superficial thermal burns in children have a good prognosis with active treatment.

Keywords: Superficial thermal burns, children, Vancouver Scar Scale

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tổn thương cấp tính của cơ thể gây nên bởi sức nhiệt, hóa chất, điện năng, bức xạ. Hoàn cảnh dẫn đến loại tổn thương này khá đa dạng: Do tai nạn sinh hoạt (60 - 65%), do tai nạn lao động (5 - 10%), tai nạn giao thông (2%), thiên tai... Bỏng có thể bị đơn thuần hoặc phối hợp với các chấn thương hay tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc khác [2]. Trên toàn cầu vào năm 2019 có tổng cộng hơn 8,3 triệu trường hợp bỏng mới được xác định, hầu hết các trường hợp tập trung ở độ tuổi 10 - 19. Trong đó đáng chú ý số lượng ca bỏng mới ở châu Á có xu hướng tăng 19% so với 20 năm trước, gấp nhiều ở các quốc gia có thu nhập trung bình - thấp và tỷ lệ tử vong cao hơn gấp 11 lần so với các quốc gia phát triển [8], [12].

Trẻ em là nhóm bệnh nhân thường gặp trong tổn thương bỏng. Chiếm gần một nửa trong số ca bỏng trên toàn thế giới [6]. Tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cho thấy có hơn 3500 trẻ vào viện vì bỏng, trong đó hơn một nửa có độ tuổi từ 1 đến 2 tuổi từ năm 2017 đến 2019 [1]. Tại Huế, nghiên cứu của Huỳnh Anh

Việt (2009) [5] chỉ ra rằng bỏng trẻ em chiếm 51,8% trong đó chủ yếu có độ tuổi từ 1 - 5 tuổi chiếm 65,7%. Tổn thương bỏng có thể để lại hậu quả nặng nề ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, gây nên những di chứng về chức năng, thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống trước mắt cũng như lâu dài. Trẻ có thể phải đối mặt với nguy cơ điều trị suốt đời, từ vật lý trị liệu đến những ca phẫu thuật tái tạo sau này [1], [4], [7], [9], [10], [11]. Ở trẻ em sự phát triển của hệ miễn dịch cũng chưa đầy đủ. Các quá trình tự bảo vệ, chống đỡ, miễn dịch đều chưa hoàn thiện nên bệnh bỏng thường tiến triển nặng [3].

Dù đã có nhiều nghiên cứu về điều trị bỏng, tuy nhiên việc đánh giá sớm kết quả điều trị về bỏng nhiệt nông ở trẻ em vẫn chưa được phổ biến. Nghiên cứu này đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá sớm kết quả điều trị những bệnh nhi bị bỏng nông. Điều này không chỉ giúp xác định hiệu quả của các phương pháp điều trị hiện tại, mà còn cung cấp dữ liệu để cải thiện và phát triển các chiến lược điều trị mới. Việc này cũng giúp nhận diện những yếu tố ảnh hưởng đến quá trình phục hồi của trẻ, từ

đó đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời và hiệu quả, giảm thiểu tối đa các biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho trẻ em.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bỏng trẻ em nhập viện điều trị tại Khoa Bỏng - Phẫu thuật Tạo hình di chứng, Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình - Phẫu thuật Tạo hình (Bệnh viện Trung Ương Huế) từ tháng 12 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh**

- Bệnh nhân là trẻ em dưới 16 tuổi theo quy định pháp luật Việt Nam.
- Được chẩn đoán bỏng độ II hoặc IIIA theo phân loại bỏng của Giáo sư Lê Thế Trung.
- Đối tượng và/hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu, ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân đã bị bỏng từ trước đó lâu và đến viện tái khám, hoặc điều trị di chứng bỏng.
- Bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo nặng như: suy dinh dưỡng nặng, bệnh lý cấp tính hoặc dị tật bẩm sinh.
- Bệnh nhân bỏng độ IIIB trở lên theo phân loại bỏng của Giáo sư Lê Thế Trung
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc rút khỏi nghiên cứu trong quá trình điều trị.

3. KẾT QUẢ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc không có đối chứng.

* **Phương pháp thu thập số liệu**

Tiến hành thu thập số liệu thông qua:

- Phỏng vấn: Phỏng vấn người giám hộ bệnh nhân để thu thập thông tin sơ cứu ban đầu, thời gian đến viện và tiền sử bệnh.
- Theo dõi lâm sàng: Ghi nhận các thông tin về tình trạng bỏng, diện tích bỏng và mức độ nghiêm trọng khi nhập viện.
- Phương tiện:

Các phương tiện, trang thiết bị tại phòng thay băng Khoa Bỏng - Phẫu thuật Tạo hình Di chứng (Bệnh viện Trung ương Huế).

Bộ dụng cụ thay băng, bộ dụng cụ cắt lọc, găng, gạc, các dung dịch như nước muối sinh lý, ô xy già, Betadin, vaseline.

Hệ thống lưu trữ thông tin: hồ sơ bệnh án, các phiếu điều tra.

* **Các bước tiến hành**

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu bằng cách thăm khám bệnh nhân trên lâm sàng, theo dõi tiến triển điều trị, đánh giá kết quả điều trị khi xuất viện, tái khám sau 1 tháng để đánh giá sớm kết quả.

Tất cả thông tin cần thu thập điền vào phiếu điều tra đã được xây dựng sẵn.

Hình ảnh diện bỏng của trẻ được thu thập lúc vào viện, ra viện và tái khám.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới tính, nơi sống, nơi xảy ra bỏng

Nhóm tuổi		Nam	Nữ	Tổng
		n (%)	n (%)	n (%)
1 - 5		18 (50)	12 (33,3)	30 (83,3)
> 5 - 10		2 (5,6)	3 (8,3)	5 (13,9)
> 10 - 15		1 (2,8)	0 (0)	1 (2,8)
Nơi sống	Nông thôn	9 (25)	7 (19,4)	16 (44,4)
	Thành thị	12 (33,3)	8 (22,2)	20 (55,6)
Nơi xảy ra bỏng	Tại nhà	18 (50)	13 (36,1)	31 (86,1)
	Nơi công cộng	1 (2,8)	1 (2,8)	2 (5,6)
	Trường học	2 (5,6)	1 (2,8)	3 (8,3)
Tổng số		21 (58,3)	15 (41,7)	36 (100)

Nhận xét: Số trẻ vào viện vì bỏng có độ tuổi từ 1 đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ 83,3%. Tuổi trung bình là $2,81 \pm 2,97$ tuổi. Tối thiểu là 1 tuổi và tối đa là 12 tuổi. Trong số các trẻ bị bỏng số trẻ nam chiếm nhiều hơn với 58,3%, số trẻ nữ chiếm 41,7%. Có 55,6% số trẻ bị bỏng là dân cư sinh sống ở vùng thành thị. Phần lớn nạn nhân bị bỏng tại nhà với 86,1%.

Bảng 3.2. Tác nhân gây bỏng

Tác nhân bỏng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiệt ướt	33	91,7
Nhiệt khô	3	8,3
Tổng	36	100

Nhận xét: Phần lớn tác nhân gây bỏng ở trẻ tham gia nghiên cứu là nhiệt ướt chiếm 91,7%, nhiệt khô chiếm 8,3%.

Bảng 3.3. Thời gian từ lúc bị bỏng đến khi vào viện

Thời gian từ lúc bị bỏng đến khi vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 giờ	33	91,7
Từ 6 giờ đến dưới 24 giờ	1	2,7
Từ 24 giờ đến 72 giờ	2	5,6
Tổng	36	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được đưa vào viện từ rất sớm dưới 6 giờ với 91,7%, tiếp theo là từ giờ thứ 24 đến dưới 72 giờ với 5,6% và từ giờ thứ 6 tới dưới 24 giờ với 2,8%, không có trường hợp nào có

thời gian từ khi bị bỏng đến khi vào viện trên 72 giờ.

Bảng 3.4. Độ sâu bông

Độ sâu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ độ II	8	22,2
Chỉ độ IIIA	3	8,3
Phối hợp độ II và IIIA	25	69,5
Tổng	36	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân bị bông phối hợp cả độ II và IIIA chiếm 69,5%. Bệnh nhân chỉ bông độ II chiếm 22,2% và chỉ độ III chiếm 22,2%.

Bảng 3.5. Diện tích bông

Diện tích (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 - < 5	17	47,2
5 - < 10	16	44,4
10 - < 15	2	5,6
15 - 20	1	2,8
Tổng	36	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có diện tích bông dưới 10% chiếm tỷ lệ 91,6%.

Bảng 3.6. Số ca bông ở mỗi vị trí bông trên tổng số vị trí bông

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu mặt cổ	4	7,8
Bộ phận sinh dục	1	2
Thân trước	10	19,6
Thân sau	3	5,9
Chi trên	14	27,4
Chi dưới	19	37,3

Nhận xét: Vị trí bị bông phổ biến nhất là chi dưới với tỉ lệ 37,3%, tiếp theo đó là chi trên với 27,4%, thân trước với 19,6%, đầu mặt cổ với 7,8%, thân sau với 5,9% và ít nhất là bộ phận sinh dục với 2%.

Bảng 3.7. Thang điểm ABSI

Điểm ABSI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
2 - 3	33	91,7
3 - 4	3	8,3
Tổng	36	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (chiếm 91,7%) có điểm ABSI từ 2 đến 3. Chỉ một số ít bệnh nhân (chiếm 8,3%) có điểm ABSI từ 3 đến 4. Điểm ABSI trung bình là $2,5 \pm 0,65$ điểm, điểm tối thiểu là 2 điểm, điểm tối đa là 4 điểm.

Bảng 3.8. Tình trạng thiếu máu theo tuổi

Tuổi	Thiếu máu		Bình thường		Tổng		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
1 đến dưới 5 tuổi	8	22,2	22	61,1	30	83,3	0,98
5 tuổi đến dưới 12 tuổi	1	2,8	4	11,1	5	13,9	
12 tuổi đến 16 tuổi	0	0	1	2,8	1	2,8	
Tổng	9	25	27	75	36	100	

Nhận xét: Trong những trẻ tham gia nghiên cứu có 25% số trẻ có tình trạng thiếu máu.

Bảng 3.9. Tình trạng rối loạn điện giải

	Giảm		Bình thường		Tăng		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Na ⁺	4	11,1	32	88,9	0	0	36	100
K ⁺	0	0	36	100	0	0	36	100
Cl ⁻	0	0	35	97,2	1	2,8	36	100

Nhận xét: Trong những trẻ tham gia nghiên cứu có 4 trẻ giảm Na chiếm 11,1% và 1 trẻ tăng Cl chiếm 2,8%.

lần, tối thiểu 4 lần, tối đa 6 lần. Số lần thay băng trung bình ở trẻ bỏng phối hợp độ II và độ IIIA $5,2 \pm 2,4$ lần, tối thiểu 2 lần, tối đa 12 lần.

Bảng 3.10. Phương pháp băng vết thương

Phương pháp băng vết thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kín	35	97,2
Bán hở	1	2,8
Tổng cộng	36	100

Nhận xét: Hầu hết trẻ đều được băng vết thương theo phương pháp băng kín (tỷ lệ 97,2%). Không có trẻ nào được dùng phương pháp hở hoặc cần thay băng gây mê.

Bảng 3.11 Số lần thay băng

Độ sâu	Số lần thay băng trung bình	Tối thiểu	Tối đa
Chung	$5 \pm 2,19$	2	12
Chỉ độ II	$4,25 \pm 1,75$	2	7
Chỉ độ IIIA	$5,33 \pm 1,16$	4	6
Phối hợp độ II, IIIA	$5,2 \pm 2,4$	2	12

Nhận xét: Số lần thay băng trung bình chung là $5 \pm 2,19$ lần, tối thiểu 2 lần, tối đa 12 lần. Số lần thay băng trung bình ở trẻ chỉ bỏng độ II là $4,25 \pm 1,75$ lần, tối thiểu 2 lần, tối đa 7 lần. Số lần thay băng trung bình ở trẻ chỉ bỏng độ IIIA là $5,33 \pm 1,16$

Bảng 3.12. Thời gian điều trị

Thời gian (ngày)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 - 7	8	22,2
8 - 14	20	55,6
15 - 21	3	8,3
22 - 28	5	13,9
Tổng	36	100

Nhận xét: Tất cả trẻ nhập viện đều lành bệnh và xuất viện trong vòng 28 ngày điều trị với số ngày điều trị trung bình là $11,94 \pm 6,02$ ngày.

Bảng 3.13 Đánh giá màu sắc diện bỏng lúc tái khám

Màu sắc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ đậm màu	6	17,6
Chỉ nhạt màu	9	26,5
Xen kẽ	6	17,6
Giống da lành	13	38,2
Tổng cộng	34	100

Nhận xét: Chỉ 38,2% số trẻ có màu da ở diện bỏng cũ giống với da lành.

Bảng 3.14 Các triệu chứng khác

Màu sắc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ngứa	5	55,6
Hạn chế vận động	1	11,1
Biến chứng khác	3	33,3

Nhận xét: 14,7% số trẻ có triệu chứng ngứa tại diện bỏng, 2,9% bị hạn chế vận động, 3 trẻ có biến chứng khác bao gồm: 2 trẻ có sẹo lồi và 1 trẻ bị loạn dưỡng da tại chỗ bỏng cũ.

Bảng 3.15 Thang điểm Vancouver

Điểm Vancouver	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
0 – 4	29	85,3
5 – 8	5	14,7
Tổng	34	100

Nhận xét: Điểm Vancouver chủ yếu nằm trong khoảng 0 - 4 điểm với tỷ lệ 85,3%. Điểm trung bình là $1,65 \pm 1,81$ điểm, trong đó tối thiểu là 0 điểm, tối đa là 8 điểm.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- **Về độ tuổi:** Trong những trẻ tham gia nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phần lớn nằm ở nhóm từ 1 đến 5 tuổi chiếm 83,3%. Điều này là hợp lý vì đây là lứa tuổi còn rất nhỏ, thường xuyên có xu hướng khám phá, hiếu động, tuy nhiên hoạt động tay chân vẫn chưa có kiểm soát, chưa ý thức được sự nguy hiểm của tác nhân gây bỏng. Đồng thời sự chủ quan thiếu quan tâm của các bậc phụ huynh cũng góp phần gây nên bệnh bỏng ở trẻ em.

- **Về giới tính:** Ở những trẻ tham gia nghiên cứu số trẻ nam bị bỏng chiếm tỷ lệ cao hơn với 58,3% so với nữ giới với 41,7%. Sự chênh lệch này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố. Trẻ nam thường có xu hướng tham gia vào các hoạt động mạo hiểm và tò mò hơn, dẫn đến nguy cơ bị bỏng cao hơn. Ngoài ra, sự khác biệt về hành vi và môi trường sống cũng có thể góp phần vào tỷ lệ này. Trẻ nam thường được khuyến khích tham gia vào các hoạt động ngoài trời và thể thao, trong khi trẻ nữ thường được bảo vệ và giám sát kỹ lưỡng hơn. Điều này dẫn đến việc trẻ nam dễ tiếp xúc với các tác nhân gây bỏng như lửa, nước sôi, và các vật nóng.

- **Khu vực sinh sống:** Theo tính toán có 44,4% trẻ em đến từ vùng nông thôn và 55,6% trẻ em đến từ khu vực thành thị. Sự khác biệt về tỷ lệ có thể được giải thích bởi thực tế rằng trẻ em ở nông thôn thường xuất thân từ các gia đình có hoàn cảnh khó khăn hơn. Cha mẹ của các em phải tập trung vào việc kiếm sống, do đó ít có thời gian để quan tâm và chăm sóc con cái một cách chu đáo. Điều này dẫn đến việc trẻ em ở nông thôn không nhận được sự chăm sóc và hỗ trợ cần thiết từ gia đình, ảnh hưởng đến sự phát triển toàn diện của các em. Trong khi đó, trẻ em ở khu vực thành thị thường có điều kiện sống tốt hơn, cha mẹ có nhiều thời gian và điều kiện để chăm sóc con cái, giúp các em tiếp cận sự chăm sóc y tế nhiều hơn.

- **Nơi xảy ra bỏng:** Thống kê cho thấy tai nạn bỏng ở trẻ em thường xảy ra tại nhà với tỷ lệ cao, lên đến 86,1%. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm cả độ tuổi và môi trường sống của trẻ em tham gia

ngiên cứu. Ví dụ, trẻ em ở các khu vực đô thị có thể có nguy cơ bỏng tại nhà cao hơn do tiếp xúc nhiều hơn với các thiết bị điện và nấu nướng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tác nhân gây bỏng: Phần lớn tác nhân gây bỏng ở trẻ tham gia nghiên cứu là nhiệt ướt chiếm 91,7%, nhiệt khô chiếm 8,3%. Nguyên nhân chính dẫn đến bỏng nhiệt ướt ở trẻ em thường là do trẻ tự làm đổ nước sôi hoặc thức ăn đang nóng lên người. Đây là những tình huống phổ biến trong gia đình khi trẻ em tò mò và chưa nhận thức được nguy hiểm.

- Thời gian từ lúc bị bỏng đến khi vào viện: Phần lớn bệnh nhân bỏng được đưa vào viện rất sớm, trong vòng 6 giờ đầu tiên, chiếm tỷ lệ 91,7%. Điều này là do đa phần trẻ bị bỏng nhập viện ở trên địa bàn tỉnh Thừa Thiên Huế. Khi xảy ra tai nạn, bệnh nhân và người nhà đã nhanh chóng đưa bệnh nhân đến bệnh viện để được điều trị kịp thời. Việc nhập viện sớm giúp bệnh nhân nhận được chế độ điều trị thích hợp, từ đó hạn chế các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra sau này.

- Độ sâu bỏng: Chúng tôi chia độ sâu bỏng của những trẻ tham gia nghiên cứu thành 3 nhóm gồm: Chỉ độ II, chỉ độ IIIA, và phối hợp độ II và độ IIIA. Cụ thể, có 8 bệnh nhân (22,2%) bị bỏng chỉ độ II, 3 bệnh nhân (8,3%) bị bỏng chỉ độ IIIA, và 25 bệnh nhân (69,5%) bị bỏng phối hợp cả độ II và IIIA. Như vậy phần lớn bệnh nhân bị bỏng phối hợp cả độ II và IIIA chiếm 69,5%. Điều này cho thấy sự phức tạp của tổn thương bỏng, có thể do sự phối hợp của hoàn cảnh dẫn tới bỏng, thời gian tiếp xúc với nguồn nhiệt hay các

chấn thương khác kèm theo. Những vết bỏng này không chỉ đòi hỏi sự can thiệp y tế ngay lập tức mà còn cần có kế hoạch chăm sóc dài hạn để giảm thiểu tổn thương và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Việc nhận biết và phân loại độ sâu bỏng một cách chính xác sẽ giúp các bác sĩ lập ra kế hoạch điều trị phù hợp, bao gồm sử dụng thuốc giảm đau, chăm sóc vết thương, và các phương pháp điều trị tái tạo da, đảm bảo quá trình hồi phục diễn ra thuận lợi nhất có thể.

- Diện tích bỏng: Phân tích diện tích bỏng của bệnh nhân cho thấy phần lớn các trường hợp bỏng có diện tích dưới 10%, với 47,2% bệnh nhân có diện tích bỏng từ 1 - 5% và 44,4% bệnh nhân có diện tích bỏng từ 5 - 10%. Tỷ lệ bệnh nhân có diện tích bỏng từ 10 - 15% và 15 - 20% lần lượt là 5,6% và 2,8%. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể xuất phát từ môi trường và tính chất của các tai nạn gây bỏng. Các tai nạn bỏng nhỏ thường xảy ra trong các hoạt động hàng ngày như nấu ăn, sử dụng nước nóng hoặc tiếp xúc với các thiết bị điện gia dụng.

- Vị trí bị bỏng: Về vị trí bị bỏng được mô tả trong bảng 3.11, vị trí phổ biến nhất là chi dưới với tỷ lệ 37,3%, tiếp theo đó là chi trên với 27,4%. Khu vực thân trước chiếm 19,6% các trường hợp, trong khi đầu, mặt, cổ chiếm 7,8%, thân sau 5,9%, và chỉ có 2% bệnh nhân bị bỏng ở bộ phận sinh dục. Các chi trên và chi dưới của trẻ em thường là những vị trí đầu tiên tiếp xúc trực tiếp với tác nhân gây bỏng, do bản năng phản xạ tự nhiên của cơ thể khi gặp nguy hiểm, tay và chân thường được đưa ra trước để bảo vệ các bộ phận khác của cơ thể.

- Công thức máu: Phân tích tình trạng thiếu máu ở trẻ em theo các nhóm tuổi, cho thấy có 25% số trẻ tham gia nghiên cứu bị thiếu máu. Điều này cho thấy tình trạng thiếu máu ở trẻ em bỏng cần được quan tâm đặc biệt, vì thiếu máu có thể làm trầm trọng thêm tình trạng sức khỏe chung và ảnh hưởng đến quá trình phục hồi.

- Điện giải đồ: Trong các trường hợp trẻ bị bỏng, điện giải đồ sẽ dẫn đến tình trạng thoát dịch do sự mất lớp thượng bì, gây ảnh hưởng đến kết quả điện giải đồ. Cụ thể, theo kết quả nghiên cứu, có 19,4% trường hợp thiếu Natri (Na) và 5,6% số trường hợp thừa Clo (Cl), không có trường hợp nào thiếu Kali (K).

4.3. Đánh giá sớm kết quả điều trị

- Thời gian điều trị: Thời gian điều trị trung bình là $11,94 \pm 6,02$ ngày. Tất cả trẻ đều được xuất viện trong vòng 28 ngày, cho thấy hiệu quả của phương pháp điều trị được áp dụng. Việc phân lớn các trường hợp lành bệnh trong vòng 2 tuần đầu (77,8%) phản ánh rằng mức độ bỏng ở phần lớn bệnh nhân không quá nghiêm trọng, và các biện pháp điều trị đã được thực hiện hiệu quả. Sự khác biệt về thời gian điều trị giữa các trường hợp cũng có thể phản ánh mức độ tổn thương và khả năng hồi phục của từng bệnh nhân, cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi và điều chỉnh kế hoạch điều trị phù hợp cho từng trường hợp cụ thể. Đáng chú ý trong số những trẻ tham gia nghiên cứu có 1 trẻ bị bỏng ở bộ phận sinh dục, đây là vị trí nhạy cảm, bị bỏng độ IIIA khó chăm sóc. Vì vậy mà số ngày điều trị của trẻ cũng dài hơn số ngày điều trị trung bình chung (22 ngày).

- Số lần thay băng: Vết bỏng độ II thường nông hơn và có thể lành nhanh hơn, do đó số lần thay băng trung bình thấp hơn (4,25 lần). Vết bỏng độ IIIA sâu hơn, cần nhiều thời gian và chăm sóc hơn để lành, dẫn đến số lần thay băng trung bình cao hơn (5,33 lần). Khi vết bỏng có sự phối hợp giữa độ II và IIIA, số lần thay băng trung bình là 5,2 lần, gần tương đương với số lần thay băng cho vết bỏng độ IIIA. Điều này có thể do sự phức tạp trong việc chăm sóc và điều trị các vết bỏng có độ sâu khác nhau trên cùng một bệnh nhân. Số lần thay băng tối thiểu và tối đa cho thấy sự biến thiên lớn, đặc biệt là trong nhóm phối hợp độ II, IIIA. Điều này có thể do nhiều yếu tố như tình trạng sức khỏe của trẻ, khả năng phục hồi, và phương pháp điều trị cụ thể.

Sau khi được điều trị lành bệnh, nhóm nghiên cứu khảo sát, đánh giá lại 34/36 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu 1 tháng kể từ ngày ra viện và cho thấy những điều sau.

- Đánh giá màu sắc diện bỏng lúc tái khám: Về màu sắc của diện bỏng khi tái khám, chúng tôi phân chia thành các nhóm chỉ đậm màu, nhóm chỉ nhạt màu, xen kẽ giữa đậm màu và nhạt màu và nhóm có màu giống da lành. Trong số 34 trẻ được khảo sát, 38,2% (13 trẻ) có màu da giống da lành, cho thấy quá trình hồi phục tốt và da đã trở lại trạng thái bình thường. Đây là dấu hiệu tích cực, cho thấy phương pháp điều trị hiệu quả và cơ thể trẻ có khả năng tự phục hồi tốt. 26,5% (9 trẻ) có màu da chỉ nhạt màu, cho thấy da vẫn đang trong quá trình hồi phục nhưng chưa hoàn toàn trở lại bình thường. Màu da nhạt có thể do sự tái tạo

da mới chưa hoàn thiện hoặc do thiếu sắc tố melanin. 17,6% (6 trẻ) có màu da chỉ đậm màu, có thể do sự tăng sắc tố sau viêm hoặc do quá trình lành vết thương không đều. Điều này có thể cần thêm thời gian để da trở lại bình thường hoặc cần các biện pháp điều trị bổ sung. 17,6% (6 trẻ) có màu da xen kẽ, cho thấy sự không đồng đều trong quá trình hồi phục. Điều này có thể do nhiều yếu tố như mức độ bỏng, vị trí bỏng, và cách chăm sóc sau điều trị. Việc có một tỷ lệ lớn trẻ có màu da giống da lành là dấu hiệu tích cực, nhưng vẫn cần chú ý đến những trường hợp có màu da không đồng đều để đảm bảo quá trình hồi phục hoàn toàn.

- Các triệu chứng khác: Trong số các biến chứng, ngứa là phổ biến nhất với tỷ lệ 55,6%, tiếp theo là các biến chứng khác chiếm 33,3%, hạn chế vận động chiếm 11,1%, và không có trường hợp nào báo cáo đau. Ngứa là biến chứng phổ biến nhất do quá trình lành vết thương thường gây ra sự tái tạo da mới, dẫn đến cảm giác ngứa. Điều này có thể khiến trẻ khó chịu và cần được kiểm soát bằng các biện pháp chăm sóc da thích hợp. Các biến chứng khác bao gồm 1 trẻ bị loạn dưỡng vết thương tại diện bỏng phải nhập viện chăm sóc vết thương và 2 trường hợp ghi nhận có sẹo lồi, chiếm tỷ lệ 33,3%. Hạn chế vận động, mặc dù ít gặp hơn, nhưng vẫn là một vấn đề cần chú ý vì nó có thể ảnh hưởng đến sự phát triển và hoạt động hàng ngày của trẻ. Việc không có trường hợp nào báo cáo đau là một dấu hiệu tích cực, cho thấy các biện pháp điều trị và chăm sóc đã được thực hiện hiệu quả. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi và hỗ trợ

trẻ để đảm bảo quá trình hồi phục diễn ra thuận lợi và giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra trong tương lai.

- Thang điểm Vancouver: Điểm Vancouver chủ yếu nằm trong khoảng 0 - 4 điểm với tỷ lệ 85,3%. Điểm trung bình là $1,65 \pm 1,81$ điểm, trong đó tối thiểu là 0 điểm, tối đa là 8 điểm. Việc sử dụng thang điểm chi tiết hơn giúp phát hiện sớm các vấn đề tiềm ẩn và điều chỉnh phương pháp điều trị kịp thời, thang điểm Vancouver cũng được khuyến cáo sử dụng cho trẻ em. Điều này đặc biệt quan trọng trong việc chăm sóc trẻ, vì sẹo có thể ảnh hưởng đến sự phát triển và chất lượng cuộc sống của trẻ. Do đó, việc áp dụng thang điểm Vancouver không chỉ giúp cải thiện chất lượng đánh giá mà còn hỗ trợ quá trình điều trị hiệu quả hơn. Ngoài ra cũng cần nghiên cứu nhiều hơn về mối liên quan giữa thời gian điều trị và khả năng hình thành sẹo bỏng ở trẻ thông qua đánh giá thang điểm này.

KẾT LUẬN

Bỏng nhiệt nông ở trẻ em là một tổn thương cần được xử trí kịp thời và tích cực ngay từ giai đoạn đầu. Quá trình điều trị đòi hỏi phải đánh giá chính xác diện tích vùng bỏng, xác định mức độ tổn thương (độ sâu của bỏng), đồng thời cân nhắc các yếu tố liên quan như tuổi của trẻ, vị trí tổn thương... Việc xử lý đúng cách, kết hợp chăm sóc vết thương phù hợp và theo dõi sát sao sẽ giúp trẻ giảm thiểu nguy cơ biến chứng, thúc đẩy quá trình lành thương nhanh chóng, từ đó rút ngắn thời gian nằm viện và sớm trở về sinh hoạt bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Đình Hùng, Ngô Minh Đức (2020). Nghiên cứu một số đặc điểm bỏng ở trẻ em dưới 6 tuổi tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Tạp chí Y học thảm họa và Bỏng, 4 (2020), tr. 7-14.
2. Lê Năm (2006). Sơ cấp cứu và điều trị Bỏng, Nhà xuất bản Y học, tr. 1-183.
3. Lê Thế Trung (2003). Bỏng - Những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học, tr. 17-537.
4. Cao Huy Trình và cộng sự (2020). Khảo sát kiến thức sơ cấp cứu và dự phòng tai nạn bỏng cho trẻ em của người nhà bệnh nhân tại khoa điều trị bỏng trẻ em, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2020, Tạp chí Y học thảm họa và Bỏng, 5 (2020), tr. 64-72.
5. Huỳnh Anh Việt (2009). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm trong điều trị bỏng trẻ em, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Jordan, K. C., et al (2022). Global trends in pediatric burn injuries and care capacity from the World Health Organization Global Burn Registry. *Frontiers in pediatrics*, (10): 954995.
7. Kelli N. Patterson, et al (2023). Evaluating effects of burn injury characteristics on quality of life in pediatric burn patients and caregivers, *Burns*, pp. 1311 - 1320.
8. Korzeniowski T, et al (2022), The Role of the Immune System in Pediatric Burns: A Systematic Review. *J Clin Med*, 11(8): 2262.
9. Shai Stewart, et al (2022). Pediatric burn review. *Seminars in Pediatric Surgery*, (35): 151217.
10. Stone J, et al (2016). Outcomes in adult survivors of childhood burn injuries as compared with matched controls. *J. Burn Care Res*, pp. 166-173
11. Storey, K., et al (2021). The Management of Burn Pain in a Pediatric Burns-Specialist Hospital. *Paediatric drugs*, 23(1), pp. 1-10.
12. Yakupu et al (2022). The epidemiological characteristic and trends of burns globally. *BMC Public Health*, 22:1596.