doi:10.1155/2012/675984
5. **Ebeling PR. Osteoporosis in Men. N Engl J Med.** 2008;358(14): 1474-1482. doi:10.1056/NEJMcp0707217
6. **Trần Thị Mai Thắng.** Khảo Sát Tình Trạng Loãng Xương và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ ở Người Cao Tuổi Tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, p. tr57-61; 2012.
7. **Nguyễn Thị Mai Hương.** Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo gãy xương theo mô hình Frax ở nam giới từ 50 tuổi trở lên. Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2012.
8. **Nguyễn Thị Hoa.** Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới. VMJ. 2024;535(1). doi:10.51298/vmj.v535i1.8566
9. **Đặng Hồng Hoa, Đoàn Văn Đệ, Hoàng Đức Kiệt.** Nghiên cứu mật độ xương vùng cổ xương đùi của người bình thường bằng phương pháp đo hấp thu tia X năng lượng kép. Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội. Published online 2008.
10. **Kaptoge S, Da Silva JA, Brixen K, et al.** Geographical variation in DXA bone mineral density in young European men and women. Results from the Network in Europe on male osteoporosis (NEMO) study. Bone. 2008;43(2): 332-339. doi:10.1016/j.bone.2008.04.001

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỎNG KẾT GIÁC MẠC

Đoàn Kim Thành[1], Phan Hồng Phúc[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh nhân bỏng kết giác mạc được điều trị tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 43 trường hợp bỏng mắt, trong đó ghi nhận 61 mắt bị tổn thương được khám điều trị tại khoa Giác mạc và khoa Cấp cứu Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,19 ± 14,23 tuổi, tỉ số nam:nữ là 4,38:1. Nghề nghiệp liên quan lao động chân tay chiếm tỉ lệ 81,40%. Tai nạn lao động chiếm 67,44%, tai nạn sinh hoạt chiếm 32,56%. 90,70% trường hợp có xử trí ban đầu, trong đó có 66,67% trường hợp xử trí phù hợp. 71,79% trường hợp tự sơ cứu bằng nước sạch có sẵn tại chỗ. 100% trường hợp không mang kính bảo hộ. Tác nhân kiềm: a-xít là 3:1. Trong nhóm bỏng do kiềm, việc sơ cứu phù hợp ban đầu giúp làm giảm độ pH ($p < 0,05$). Các trường hợp vào viện sớm trước 24 giờ có thị lực ban đầu tốt hơn ($p < 0,05$). 65,57% có tổn thương biểu mô kết mạc, trong đó 87,50% có tổn thương ≤ 50% diện tích kết mạc cùng đồ và kết mạc nhãn cầu. 44,26% mắt có phù kết mạc. 48,18% có tổn thương vùng rìa, trong đó có 93,34% khiếm dưỡng từ 6 cung giờ trở xuống. 95,08% có tổn thương biểu mô giác mạc, trong đó có 59,01% tổn thương dưới 1/2 tổng diện tích giác mạc. 44,26% có phù đục nhu mô giác mạc. Vị trí tổn thương chủ yếu ở phía dưới đối với tổn thương kết mạc – vùng rìa, vị trí tổn thương chủ yếu ở trung tâm và phía dưới đối với tổn thương giác mạc. 4,92% trường hợp ghi nhận tăng nhãn áp, 9,84% trường hợp ghi nhận có bỏng da mi. Bảng phân độ Roper-Hall có khuynh hướng tiên lượng nhẹ hơn so với bảng phân độ Dua ($p < 0,05$). Các yếu tố có mối liên hệ với mức độ nặng của bỏng theo phân độ Roper-Hall là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, tổn thương biểu mô kết mạc, bỏng da mi. Các yếu tố có mối liên hệ với mức độ nặng của bỏng theo phân độ Dua là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, phù kết mạc, bỏng da mi. **Kết luận:** Bỏng kết giác mạc thường gặp ở nam, độ tuổi lao động, tác nhân thường gặp là kiềm, đa số trường hợp có tự sơ cứu tại chỗ, việc sơ cứu phù hợp ban đầu giúp làm giảm độ pH. Các yếu tố có ảnh hưởng đánh giá mức độ nặng của bỏng là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, tổn thương biểu mô kết mạc, bỏng da mi, phù kết mạc. ***Từ khoá:*** bỏng mắt, các yếu tố ảnh hưởng tiên lượng.

Viết tắt: biểu mô (BM), giác mạc (GM), kết mạc (KM), Roper-Hall (RH)

[1]*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Hồng Phúc
Email: phanhongphuc310@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 22.01.2025

SUMMARY

A STUDY ON THE CLINICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH CORNEO-CONJUNCTIVAL BURNS

Purpose: To investigate the clinical characteristics and factors affecting the severity of corneal burn patients treated at Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 43 cases of eye burns, of which 61 damaged eyes were examined and treated at the Cornea Department and the Emergency Department of Ho Chi Minh City Eye Hospital from January 2024 to August 2024. **Results:** The average patient age was 43.19 ± 14.23 years, with a male-to-female ratio of 4.38:1. Manual labor occupations accounted for 81.40%. Work-related accidents made up 67.44%, while domestic accidents accounted for 32.56%. Of the cases, 90.70% had initial management, with 66.67% receiving appropriate first aid. Self-rinsing with available tap water was reported in 71.79% of cases. None of the patients wore protective eyewear.

The ratio of alkali to acid agents was 3:1. For alkali burns, proper initial first aid helped reduce pH levels ($p < 0.05$). Patients presenting within 24 hours had better initial visual acuity ($p < 0.05$). Conjunctival epithelial injury was present in 65.57% of cases, with 87.50% affecting less than half of the conjunctiva area. Conjunctival edema was noted in 44.26% of cases. Limbal ischaemia occurred in 48.18% of cases, with 93.34% showing damage to six clock-hours or less. Injury sites were mainly inferior. Corneal epithelial damage was observed in 95.08% of cases, with 59.01% involving less than half of the corneal area. Corneal stromal edema affected 44.26% of cases. The main injury site for conjunctival-limbal damage was inferior, while central and inferior regions were the primary sites for corneal injuries. Intraocular pressure elevation occurred in 4.92%, and eyelid burns in 9.84%. The Roper-Hall grading system tended to yield a milder prognosis compared to the Dua grading system ($p < 0.05$). Factors associated with burn severity according to Roper-Hall included time to presentation, initial visual acuity, corneal epithelial damage, conjunctival epithelial damage, and eyelid burns. For the Dua grading system, factors included time to presentation, initial visual acuity, corneal epithelial damage, conjunctival edema, and eyelid burns. Conclusions: Corneal conjunctival burns are common in men of working age, the common agent is alkali, most cases have first aid at the scene, appropriate initial first aid helps reduce pH. Factors affecting the severity of burns are time of admission, visual acuity at admission, corneal epithelial damage, conjunctival epithelial damage, eyelid burns, and chemosis. ***Keywords:*** eye burns, ocular burn, factors affecting prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng kết giác mạc là tình trạng tổn thương do tiếp xúc với hóa chất, nhiệt, tia xạ và các tác nhân khác, có thể dẫn đến giảm thị lực tạm thời hoặc vĩnh viễn[1]. Trước sự phát triển của công nghiệp và đời sống xã hội, số ca bỏng kết giác mạc vẫn gia tăng. Cập nhật nguyên nhân và đặc điểm dịch tễ học là điều cần thiết vì nguyên nhân của bỏng hóa chất thay đổi tùy theo dân số, vị trí địa lý, ngành công nghiệp xung quanh và môi trường xã hội[2].

Đánh giá hình thái lâm sàng của bỏng kết giác mạc rất quan trọng vì nó ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp điều trị, giúp giảm thiểu các biến chứng và cải thiện thị lực của bệnh nhân. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã tập trung vào yếu tố tổn thương kết mạc như một yếu tố tiên lượng quan trọng[3,4,5]. Ngoài khảo sát yếu tố khiếm dưỡng rìa và đục nhu mô giác mạc thường được sử dụng để đánh giá tiên lượng bỏng trên lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi khảo sát những yếu tố tiên lượng khác giúp gợi ý phân độ, chuẩn hóa chẩn đoán[3,4].

Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh là nơi phù hợp để thực hiện nghiên cứu này do có lượng bệnh nhân dồi dào và công cụ sẵn có. Nghiên cứu "Khảo sát đặc điểm hình thái lâm sàng ở bệnh nhân bỏng kết giác mạc" nhằm tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp khảo sát đặc điểm lâm sàng và xác định các yếu tố có ảnh hưởng đến tiên lượng cho bệnh nhân, từ đó giúp bệnh nhân được phân độ tiên lượng chính xác và được lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả tối ưu, đồng thời tạo cơ sở dữ liệu cho các nghiên cứu tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bỏng kết giác mạc đến khám và điều trị tại khoa Cấp cứu và khoa Giác mạc bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024. Bệnh nhân phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: trên 16 tuổi, bỏng kết giác mạc trong thời gian từ 7 ngày trở xuống, do hóa chất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

43 bệnh nhân (61 mắt)

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

Phiếu thu thập số liệu, bảng đo thị lực, thiết bị nhãn áp không tiếp xúc, máy sinh hiển vi, thuốc tê, thuốc nhuộm fluorescein.

2.2.4. Các biến số khảo sát

Biến số nền: Tuổi, giới, nghề nghiệp, phân loại tai nạn, sơ cứu ban đầu, đeo kính bảo hộ, tác nhân gây bỏng, số lượng mắt bị bỏng, mắt bị bỏng, thời gian từ lúc bỏng đến lúc điều trị tại bệnh viện Mắt, thị lực ban đầu, pH lúc vào.

Biến số lâm sàng:

- Tổn thương kết mạc – khiếm dưỡng vùng rìa: diện tích, vị trí tổn thương, mức độ.
- Tổn thương biểu mô, đục nhu mô giác mạc: mức độ, diện tích, vị trí.
- Hoại tử củng mạc, nhuyễn củng mạc.
- Tổn thương khác: bỏng mi, phản ứng tiền phòng, tăng nhãn áp.
- Mức độ tổn thương thị lực: Dưới 1/10, 1/10-2/20, 3/10-4/10, từ 5/10 trở lên.
- Tiên lượng nặng: phân độ RH và Dua.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS. Kiểm định Chi bình phương, Mann-Whitney, Anova, Kruskal-Wallis được sử dụng trong nghiên cứu, với ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$. Kết quả trình bày qua bảng, biểu đồ, phân phối tần số, tỉ lệ %, trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nền

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,19 ± 14,23 tuổi, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 9,52%, nam giới chiếm đa số với tỉ số nam:nữ là 4,38:1. Nghề nghiệp liên quan lao động chân tay chiếm tỉ lệ 81,40%, chủ yếu là công nhân và nông dân. Tai nạn lao động chiếm tỉ lệ cao nhất là 67,44%

- 90,70% trường hợp có xử trí ban đầu, trong đó 66,67% trường hợp xử trí phù hợp, 10/13 trường hợp xử trí chưa phù hợp do bỏng tác nhân vôi bột nhưng bệnh nhân chưa được loại bỏ dị vật vôi bột trước khi rửa mắt, 71,79% trường hợp tự sơ cứu bằng nước sạch có sẵn tại chỗ. 79,49% trường hợp được sơ cứu trong vòng 30 phút kể từ lúc bị bỏng mắt. 100% trường hợp không mang kính bảo hộ. Tỉ lệ bỏng 1 mắt chiếm 58,10%.

- Bỏng do kiềm chiếm tỉ lệ 55,81%, trong đó vôi bột thường gặp nhất. Bỏng do a-xít chiếm tỉ lệ thấp nhất 18,60%, trong đó a-xít sunfuric thường gặp nhất.

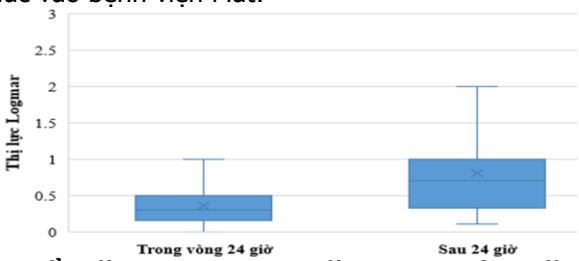
- Tác nhân gây bỏng và độ pH của mắt trước khi rửa dẫn lưu tại bệnh viện Mắt

Bảng 1. Tác nhân và độ pH trước khi rửa dẫn lưu tại bệnh viện Mắt

	pH trung bình khi vào viện		
	Bỏng a-xít	**Bỏng kiềm**	**Không xác định**
Sơ cứu phù hợp	6,63 ± 0,90	7,31 ± 0,82	7,06 ± 0,23
Không hoặc sơ cứu chưa phù hợp	Không có trường hợp	7,85 ± 0,83	7,10 ± 0,10
p		<0,001	0,892

Trong nhóm bỏng do kiềm, việc sơ cứu phù hợp ban đầu giúp làm giảm độ pH (p < 0,05).

- Thị lực lúc vào và thời gian từ lúc bỏng đến lúc vào bệnh viện Mắt:



Biểu đồ 1. Thị lực ban đầu giữa nhóm đến bệnh viện trong vòng 24 giờ và sau 24 giờ

Nhóm đến sớm trước 24 giờ có thị lực logMAR trung bình là 0,36 ± 0,04 (khoảng 4/10 – 5/10) tốt hơn so với nhóm đến sau 24 giờ là 0,81 ± 0,12 (khoảng 1/10-2/10). Các trường hợp vào viện sớm trước 24 giờ có thị lực ban đầu tốt hơn (p = 0,004).

3.2. Đặc điểm các tổn thương và phân độ bỏng

- Kết mạc: 65,57% tổn thương biểu mô kết mạc, trong đó 87,50% tổn thương ≤ 50% diện tích kết mạc cùng đồ và kết mạc nhãn cầu. 44,26% phù kết mạc. Vị trí tổn thương chủ yếu ở phía dưới.

- Vùng rìa: 48,18% tổn thương vùng rìa, trong đó 93,34% khiếm dưỡng từ 6 cung giờ trở xuống. Vị trí tổn thương chủ yếu ở phía dưới.

- Giác mạc: 95,08% tổn thương biểu mô giác mạc, trong đó 59,01% tổn thương dưới 1/2 tổng diện tích giác mạc. 44,26% phù đục nhu mô giác mạc. Vị trí tổn thương chủ yếu ở trung tâm và phía dưới.

- Các yếu tố khác: có 4,92% tăng nhãn áp, 9,84% bỏng da mi, không có trường hợp hoại tử củng mạc, nhuyễn củng mạc, phản ứng tiền phòng.

- So sánh mức độ tiên lượng giữ 2 bảng phân độ:

Bảng 2. Mức độ tiên lượng giữa hai bảng phân độ

	Roper Hall	**Dua**
Điểm trung bình	1,92±0,95	2,07±1,03
Tiên lượng		
Nhẹ (Độ I, II)	46(75,41%)	44(72,13%)
Trung bình (Độ III)	10(16,39%)	12(19,67%)
Nặng (Độ IV trở lên)	5(8,20%)	5(8,20%)
Chi bình phương	p<0,001	

Phân độ bỏng: Bảng phân độ RH có khuynh hướng tiên lượng nhẹ hơn so với bảng phân độ Dua (p < 0,001).

3.3. Các yếu tố có mối liên hệ với mức độ nặng của bỏng

- Thị lực logMar lúc vào: Ở các độ bỏng nặng hơn thì thị lực dao động càng lớn. Ở những mắt bỏng tiên lượng nặng hơn có thị lực ban đầu thấp hơn so với những mắt có tiên lượng tốt hơn (p < 0,05). Thị lực lúc vào có ảnh hưởng nhiều hơn đến mức độ nặng theo phân loại RH nhiều hơn Dua.

- Các yếu tố ảnh hưởng mức độ nặng của bỏng kết giác mạc:

Bảng 3. Mối tương quan các yếu tố tiên lượng và mức độ nặng (đơn biến)

Yếu tố ảnh hưởng	**Có ý nghĩa thống kê (p<0,05)**	
	Phân loại RH	**Phân loại Dua**
Tuổi	Không	Không
Giới tính	Không	Không

Tai Nạn	Không	Không
Sơ cứu	Không	Không
Thời gian vào viện	Có (OR=6,29; p=0,006)	Có (OR=3,93; p=0,023)
Tác nhân	Không	Không
Thị lực lúc vào	Có (OR=18,42; p<0,001)	Có (OR=3,93; p=0,023)
Tổn thương BMGM	Có (OR=24,56; p<0,001)	Có (OR=19,25; p<0,001)
Phù kết mạc	Không	Có (OR=6,97; p=0,003)
Mức độ đục nhu mô		Không
Tổn thương BMKM	Có (OR=7,17; p=0,012)	
Diện tích đục nhu mô	Không	Không
Bỏng mi	Có (OR=16,36; p=0,017)	Có (OR=13,23; p=0,026)
Nhãn áp tăng	Không	Không

Áp dụng hồi quy logistic đơn biến, các yếu tố có mối liên hệ với tiên lượng nặng theo phân độ RH gồm: Thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, tổn thương BMKM, bỏng da mi. Các yếu tố có mối liên hệ với tiên lượng nặng theo phân độ Dua: Thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương BMGM, phù KM, bỏng da mi.

Bảng 4. Mối tương quan các yếu tố tiên lượng và mức độ nặng (đa biến)

Đặc điểm (giá trị biến)		**Phân độ RH**		**Phân độ Dua**	
		Hệ số hồi quy	**p**	**Hệ số hồi quy**	**p**
Thời gian	≤ 24 giờ; > 24 giờ	0,90	0,400	1,27	0,218
Thị lực	≥ 3/10; < 3/10	2,40	0,034	0,44	0,646
Tổn thương BMGM	≤ 50%, > 50%	3,14	0,002	2,84	0,002
Bỏng mi	Không; Có	2,33	0,401	2,33	0,114
Tổn thương BMKM	≤ 50%; > 50%	0,80	0,567		
Phù kết mạc	Không; Có			-2,17	0,026

Áp dụng mô hình hồi quy logistic đa biến, phương trình hồi quy logistic các yếu tố ảnh hưởng mức độ nặng của bỏng kết giác mạc: Phân độ RH là: log[p/(1-p)] = -11,342 + 2,40 x Thị lực lúc vào + 3,14 x Diện tích tổn thương BMGM. Phân độ Dua là: log[p/(1-p)] = -4,971 - 2,17 x Phù KM + 2,84 x Diện tích tổn thương BMGM. Phù KM đóng vai trò làm giảm mức độ nặng của bỏng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nền. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,19 ± 14,23 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu gần đây như của Allen[6] và Lu[5]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Ghosh[7] và Phan Thị Bảo Vi[8] thấp hơn. Độ tuổi lao động và có xu hướng gia tăng ở các nghiên cứu gần đây. Tỉ lệ nam cao hơn nữ, tương đồng với các nghiên cứu của Eroz[3], Quesada[9], Ghosh[7]. Sự khác biệt được giải thích do đặc điểm nghề nghiệp, tình hình kinh tế và vị trí địa lý của các quốc gia.

Công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (37,21%), tương đồng với của Lu (62,91%), Quesada (62,08%). Tỉ lệ nông dân đứng thứ hai (27,91%), tương đồng với Lu (12,58%)[5], ngược lại với Quesada (4,96%)[9]. Sự khác biệt này có thể do sự phát triển mạnh mẽ của ngành nông nghiệp tại Việt Nam, nơi nông dân thường tiếp xúc với vôi bột. Tỉ lệ tai nạn lao động cao (67,44%), tương đồng với Allen (70,89%)[6], Phan Thị Bảo Vi (75,76%)[8]. Tỉ lệ bệnh nhân được sơ cứu ban đầu là 90,70%, thấp hơn Ghosh (92,9%)[7], Allen (98,2%)[6].

Tác nhân do kiềm chiếm ưu thế (tỉ số kiềm:a-xít = 3:1), tương đồng với Ghosh (5,34 : 1)[7]. Phân độ tổn thương thị lực lúc vào có sự tương đồng với Allen[6] khi chia 4 nhóm, các mốc thường được chọn ở các nghiên cứu là 1/10, 3/10, 5/10. Các trường hợp vào viện sớm trước 24 giờ có thị lực ban đầu tốt hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Các đặc điểm lâm sàng chiếm đa số là tróc biểu mô giác mạc (> 90%), diện tích tróc < 50% (87,50%), tổn thương kết mạc (65,57%), tỉ số có rìa: không khiếm dưỡng = 1:1, tương đồng với Phan Thị Bảo Vi[8], Wang[4]. Tỉ lệ phù đục nhu mô (44,26%) ít hơn so với không phù đục, ngược lại với Phan Thị Bảo Vi (60,44%)[8]. Vị trí tổn thương chủ yếu ở phía dưới do phản xạ Bell và hóa chất có xu hướng chảy xuống. Phân độ RH có khuynh hướng tiên lượng nhẹ hơn so Dua trong cùng 1 nhóm đối tượng bệnh nhân (p < 0,001), tương đồng với Bizrah[10] và Wang[4].

Các yếu tố liên quan tiên lượng nặng (p < 0,05): Theo cả 2 bảng phân độ bao gồm thời gian từ lúc bỏng đến lúc vào viện, thị lực lúc vào, diện tích tổn thương biểu mô giác mạc, bỏng mi. Theo phân độ RH có yếu tố diện tích tổn thương biểu mô kết mạc. Theo phân độ Dua có yếu tố

phù kết mạc. Các yếu tố trên có mối liên quan đến mức độ nặng, tương đồng với nghiên cứu của Wang [4] và Phan Thị Bảo Vi[8].

Giới tính nam, tai nạn lao động, sơ cứu chưa phù hợp/không sơ cứu, tác nhân kiềm, diện tích đục nhu mô, tăng nhãn áp dù chiếm tỉ lệ tiên lượng trung bình – nặng cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, tăng nhãn áp có ảnh hưởng đến mức độ bỏng theo Wang[4], giới tính, tác nhân có ảnh hưởng đến mức độ bỏng theo Eroz[3], sơ cứu ban đầu có ảnh hưởng đến mức độ bỏng theo Allen[6]. Tuổi không có mối liên hệ với mức độ nặng, tương đồng với Enoz[3] và Wang[4].

V. KẾT LUẬN

Bỏng thường xảy ra ở giới tính nam, độ tuổi lao động, tai nạn lao động, có tự sơ cứu ban đầu bằng nước sạch, tác nhân do kiềm. Ngoài 2 yếu tố đục nhu mô giác mạc và khiếm dưỡng rìa có giá trị tiên lượng mức độ nặng của bỏng, yếu tố nền (thời gian vào viện, thị lực lúc vào) và yếu tố lâm sàng (tổn thương kết mạc, bỏng mi) có thể gợi ý mức độ nặng của bỏng kết giác mạc.

VI. HẠN CHẾ

Phương tiện đo pH còn chưa chuẩn xác và kết quả chủ quan của người đọc. Tỉ lệ bệnh nhân không xác định được loại hóa chất còn cao. Chưa khảo sát được thị lực trước khi tai nạn xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Merle H, Gérard M, Schrage N. Ocular burns.** J Fr ophtalmol. 2008;31(7):723-734.
2. **Xie Y, Tan Y, Tang S.** Epidemiology of 377 patients with chemical burns in Guangdong province. Burns. 2004;30(6):569-572.
3. **Eröz P, Özer Ö, Güçlü ES, Baysal Z, Doğan L.** Evaluation of Prognostic Factors in Adult Chemical Corneal Injury. Journal of Craniofacial Surgery. 2024:10.1097.
4. **Wang F, Cheng J, Zhai H, Dong Y, Li H, Xie L.** Correlation analysis of the clinical features and prognosis of acute ocular burns—exploration of a new classification scheme. Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology. 2020;258:147-155.
5. **Lu Z, Chu T, Yang Z-H, et al.** Epidemiological features and management of eye burn patients in Wuxi, China. BMJ Open Ophthalmology. 2023;8(1):e001171.
6. **Allen NE, Crawford AZ, McGhee CN, Meyer JJ.** Chemical eye injuries: a 10 year retrospective review of acute presentations and clinical outcomes in Auckland, New Zealand. Scientific reports. 2024;14(1):8264.
7. **Ghosh S, Salvador-Culla B, Kotagiri A, et al.** Acute chemical eye injury and limbal stem cell deficiency—a prospective study in the United Kingdom. Cornea. 2019;38(1):8-12.
8. **Phan Thị Bảo V.** Khảo sát đặc điểm tổn thương bề mặt nhãn cầu và thị lực ở bệnh nhân bỏng mắt do hóa chất. 2016;
9. **Quesada JM-A, Lloves JM, Delgado DV.** Ocular chemical burns in the workplace: Epidemiological characteristics. Burns. 2020;46(5):1212-1218.
10. **Bizrah M, Yusuf A, Ahmad S.** Adherence to treatment and follow-up in patients with severe chemical eye burns. Ophthalmology and therapy. 2019;8:251-259.

ĐẶC ĐIỂM CHUYỂN VIỆN VÀ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU Ở TRẺ TỬ VONG TRONG 24 GIỜ ĐẦU TẠI KHOA CẤP CỨU, BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phùng Nguyễn Thế Nguyên[1,2], Nguyễn Huy An[1,3], Trần Thanh Thức[1,2], Nguyễn Thị Mai Anh[1,2], Đinh Tấn Phương[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng chuyển viện và mô tả các biện pháp điều trị cấp cứu ban đầu ở bệnh nhi tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 116 bệnh nhi (<16 tuổi) tử vong trong 24 giờ đầu tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1, từ 01/01/2021 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Có 58/116 bệnh nhi (50%) được chuyển đến từ các cơ sở y tế. Trong đó, 58/58 trường hợp (100%) được can thiệp điều trị trước khi chuyển viện, 57/58 trường hợp (98,3%) có nhân viên y tế đi cùng, 35/58 trường hợp (60,3%) có tình trạng lâm sàng ổn định trước chuyển viện, tỉ lệ chuyển viện an toàn là 43,1%. Các vấn đề thường gặp tại thời điểm nhập viện ở Khoa Cấp cứu là suy hô hấp (94,8%), sốc (90,5%) và rối loạn tri giác (87,1%). Tất cả 116 bệnh nhi được hỗ trợ hô hấp tại thời điểm nhập viện, trong đó 87,9% cần hỗ trợ thông khí xâm lấn qua nội khí quản và có 60,3% bệnh nhân cần hồi sức tim phổi. **Kết luận:** Tỷ lệ chuyển viện an toàn còn thấp, do đó cần tập trung ổn định tình trạng lâm sàng trước khi chuyển viện và huấn luyện kỹ năng xử trí biến cố trong quá trình chuyển viện cho nhân viên y tế. Đồng thời, cần tăng

[1]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh Viện Nhi Đồng 1*
[3]*Bệnh Viện Đại học Y Dược – Hoàng Anh Gia Lai*
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên
Email: nguyenphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 22.01.2025