

6. van de Wiel A. The effect of alcohol on postprandial and fasting triglycerides. *Int J Vasc Med*. 2012;2012:862504.
7. Donohue TM Jr. Alcohol-induced steatosis in liver cells. *World J Gastroenterol*. 2007;13(37):4974–4978.
8. Jophlin LL, Singal AK, Bataller R, et al. ACG Clinical Guideline: Alcohol-Associated Liver Disease. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(1):30–54.
9. Whitfield JB. Gamma glutamyl transferase. *Crit Rev Clin Lab Sci*. 2001;38(4):263–355.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẸO DI CHỨNG BỎNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC NĂM 2024

Nguyễn Đoàn Tiến Linh^{1*}, Trần Văn Anh¹, Tống Thanh Hải¹, Phan Thị Thục Trang¹,
Đỗ Trung Quyết¹, Nguyễn Tuấn Anh¹, Trần Thị Diện²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bỏng và di chứng sau bỏng ở trẻ em tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, trên 108 lượt điều trị/phẫu thuật sẹo di chứng bỏng ở bệnh nhi dưới 18 tuổi tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024.

Kết quả: Tuổi trung bình $6,9 \pm 4,9$ năm; trẻ dưới 6 tuổi chiếm 54,6%; nam 61,1%. Bỏng nhiệt ướt là nguyên nhân hàng đầu (51,9%). Trung vị thời gian từ bỏng đến điều trị 30,0 tháng; 41,7% điều trị sau trên 36 tháng. Sẹo co kéo là di chứng thường gặp nhất (77,8%), chủ yếu ở bàn – ngón tay (69,4%). Ghép da dày toàn lớp chiếm 66,7%, chuyển vạt tại chỗ chiếm 23,1%, ghép da mỏng chiếm 10,2%; mục tiêu giải phóng co kéo chiếm 82,4%. Da ghép/vạt sống hoàn toàn 85,2%; không biến chứng sớm 91,7%. Kết quả: tốt 81,5%, khá 14,8%, trung bình 3,7%, không có kém. Thời gian nằm viện $10,2 \pm 4,1$ ngày.

Kết luận: Bỏng chất lỏng/nhiệt ướt ở trẻ nhỏ là hình thái phổ biến, để lại di chứng sẹo co kéo vùng bàn – ngón tay, thường điều trị muộn. Phẫu thuật đạt kết quả tốt cao với biến chứng thấp, khẳng định hiệu quả quy trình điều trị.

Từ khóa: bỏng trẻ em, di chứng bỏng, sẹo co kéo, ghép da, kết quả điều trị.

SUMMARY

¹ Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

² Trường Y dược Phenikaa - Đại học Phenikaa
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đoàn Tiến Linh
Email: drlinhvbbq@gmail.com

Mã bài: N719

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF POST-BURN SEQUELAE IN CHILDREN AT THE NATIONAL BURN HOSPITAL LE HUU TRAC IN 2024

Objective: To describe clinical characteristics and evaluate surgical outcomes of burns and post-burn sequelae in children at the National Burn Hospital Le Huu Trac in 2024.

Subjects and methods: A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted. The unit of analysis was treatment/surgical episode. A total of 108 eligible episodes in patients under 18 years of age with burns or post-burn sequelae who underwent surgery at the National Burn Hospital Le Huu Trac in 2024 were included.

Results: Mean age was 6.9 ± 4.9 years; children under 6 years accounted for 54.6%; males comprised 61.1%. Scalds were the most common cause (51.9%). Median time from burn to treatment was 30.0 months; 41.7% were treated more than 36 months after injury. Burn scar contracture was the most frequent sequela (77.8%), predominantly affecting the hand and fingers (69.4%). Full-thickness skin grafting was the main technique (66.7%); release of contracture to restore range of motion was the primary objective (82.4%). Complete graft/flap survival was achieved in 85.2%; no early complications were recorded in 91.7%. Overall outcomes at discharge: good 81.5%, fair 14.8%, moderate 3.7%; no poor outcomes. Mean postoperative hospital stay was 10.2 ± 4.1 days.

Conclusion: Scald burns in young children are the predominant injury pattern. Post-burn contracture scar of the hand and fingers is the most common sequela and is often treated late. Surgery achieved high rates of good outcomes with low complication rates, confirming the effectiveness of the current treatment protocol.

Keywords: pediatric burns, burn sequelae, scar contracture, skin grafting, local flaps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một trong những tai nạn thường gặp và để lại hậu quả nặng nề nhất ở trẻ em. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, trẻ em chiếm tỷ lệ đáng kể trong gánh nặng bỏng toàn cầu, với nguyên nhân chủ yếu là bỏng nhiệt xảy ra tại gia đình [1]. Tại các nước đang phát triển, bỏng chất lỏng và hơi nóng ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm ưu thế do đặc thù sinh hoạt và thiếu sự giám sát của người lớn [2]. Bỏng ở trẻ em không chỉ đe dọa tính mạng trong giai đoạn cấp cứu mà còn để lại di chứng sẹo co kéo, sẹo dính và biến dạng chức năng kéo dài, ảnh hưởng sâu sắc đến sự phát triển thể chất và tâm lý của trẻ. Di chứng vùng bàn – ngón tay gây hạn chế vận động, ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng sinh hoạt, học tập và hòa nhập xã hội. Điều trị di chứng bỏng ở trẻ em là thách thức lớn do sự phát triển liên tục của cơ thể, tính chất co kéo tái phát của sẹo và yêu cầu phục hồi chức năng lâu dài [3].

Tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, điều trị bỏng và di chứng sau bỏng ở trẻ em là một trong những hoạt động chuyên môn trọng tâm. Tuy nhiên, chưa có phân tích hệ thống về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trong giai đoạn gần đây. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bỏng và di chứng sau bỏng ở trẻ em tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng gồm các bệnh nhi dưới 18 tuổi được chẩn đoán sẹo di chứng bỏng và điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật tạo hình - Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong năm 2024. Đơn vị phân tích là lượt điều trị/phẫu thuật; một bệnh nhi có nhiều lượt điều trị trong thời gian nghiên cứu được ghi nhận theo từng lượt độc lập.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhi dưới 18 tuổi, được chẩn đoán bỏng hoặc di chứng sau bỏng; có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về tuổi, giới, nguyên nhân bỏng, đặc điểm tổn thương, phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị sớm khi ra viện.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** hồ sơ bệnh án không đủ thông tin; bệnh nhi không điều trị phẫu thuật; tổn thương da không liên quan đến bỏng hoặc di chứng sau bỏng; bệnh nhi xin ra viện hoặc

chuyển viện khi chưa đánh giá được kết quả điều trị sớm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu từ hồ sơ bệnh án. Cỡ mẫu thuận tiện, toàn bộ 108 lượt điều trị/phẫu thuật đủ tiêu chuẩn trong năm 2024 được đưa vào phân tích.

* **Thu thập số liệu:** Lập phiếu thu thập thống nhất, rà soát hồ sơ bệnh án, phiếu phẫu thuật, phiếu gây mê hồi sức, diễn biến điều trị và giấy ra viện. Các biến số thu thập gồm 5 nhóm: đặc điểm chung (tuổi, giới, nơi cư trú), nguyên nhân và thời gian từ bỏng đến điều trị, đặc điểm tổn thương/di chứng, đặc điểm phẫu thuật và kết quả điều trị sớm khi ra viện.

* **Phân loại nguyên nhân bỏng:** bỏng chất lỏng/nhiệt ướt (nước sôi, cháo, dầu ăn nóng, nước phở...), bỏng hơi nóng, bỏng lửa/nhiệt khô, bỏng điện, bỏng hóa chất, nguyên nhân khác và không ghi rõ.

* **Phân loại tổn thương/di chứng:** theo giải phẫu gồm sẹo co kéo, sẹo dính/dính co kéo, sẹo phì đại và nhóm khác. Vị trí tổn thương xác định theo vùng giải phẫu can thiệp chủ yếu. Thời gian từ bỏng đến điều trị tính bằng tháng, phân nhóm: ≤6 tháng, 7–12 tháng, 13–36 tháng và >36 tháng.

* **Đánh giá kết quả điều trị sớm:** Tình trạng sống của da ghép/vạt khi ra viện phân thành: sống hoàn toàn; sống phần lớn, bong/hoại tử rìa nhẹ; hoại tử/bong một phần cần chăm sóc kéo dài, tham khảo cách đánh giá tỷ lệ diện tích da ghép bám sống so với diện tích ghép ban đầu [3]. Nhiễm khuẩn vết mổ nông được ghi nhận khi có biểu hiện nhiễm khuẩn da và tổ chức dưới da vùng vết mổ/vết ghép trong thời gian nằm viện, theo tiêu chí của CDC/NHSN [4]. Mức độ biến chứng sau phẫu thuật được xác định theo hình thức điều trị cần thiết để xử trí biến chứng, theo nguyên tắc của phân loại Clavien-Dindo [5]. Kết quả chung khi ra viện xếp loại: tốt (da ghép/vạt sống hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn, vết thương khô liền tốt, không biến chứng đáng kể); khá (bong rìa nhỏ, chậm liền nhẹ, không cần phẫu thuật lại); trung bình (hoại tử/bong một phần, nhiễm khuẩn nông hoặc cần can thiệp bổ sung nhỏ); kém (da ghép/vạt thất bại nhiều, biến chứng nặng hoặc cần phẫu thuật lại).

* **2.3. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập, kiểm tra và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng trình bày

bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy đặc điểm phân bố.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác và tuân thủ các quy định đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 108)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi, trung bình $\pm$ SD (năm)	6,9 $\pm$ 4,9	
Tuổi, trung vị (IQR) (năm)	5,3 (2,8–10,0)	
Nhóm tuổi		
1–<3 tuổi	31	28,7
3–<6 tuổi	28	25,9
6–<12 tuổi	28	25,9
12–17 tuổi	21	19,4
Giới tính		
Nam	66	61,1
Nữ	42	38,9

Tuổi trung bình 6,9 $\pm$ 4,9 năm, trung vị 5,3 năm. Trẻ dưới 6 tuổi chiếm 54,6% (nhóm 1–<3 tuổi 28,7%, nhóm 3–<6 tuổi 25,9%). Trẻ nam chiếm 61,1%.

Bảng 2. Nguyên nhân bỏng và thời gian từ bỏng đến điều trị (n = 108)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Nguyên nhân/tác nhân gây bỏng		
Bỏng nhiệt ướt (nước sôi, cháo, dầu...)	56	51,9
Bỏng hơi nóng	20	18,5
Bỏng lửa/nhiệt khô	20	18,5
Bỏng điện	4	3,7
Tổn thương da sau tai nạn/sinh hoạt khác	4	3,7
Bỏng hóa chất	1	0,9
Không ghi rõ/khác	3	2,8
Thời gian từ bỏng đến điều trị		
$\leq$ 6 tháng	13	12,0
7–12 tháng	26	24,1
13–36 tháng	20	18,5
>36 tháng	45	41,7
Không rõ	4	3,7
Trung vị (IQR) (tháng)	30,0 (10,0–75,0)	
Trung bình $\pm$ SD (tháng)	52,3 $\pm$ 53,3	

Bỏng do nhiệt ướt là nguyên nhân thường gặp nhất (51,9%), tiếp theo là bỏng hơi nóng và bỏng lửa/nhiệt khô (mỗi loại 18,5%). Thời gian từ bỏng đến điều trị có trung vị 30,0 tháng; nhóm

điều trị sau trên 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%).

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương/di chứng bỏng (n = 108)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại tổn thương/di chứng		
Sẹo co kéo	84	77,8
Sẹo dính/dính co kéo	13	12,0
Sẹo phì đại	8	7,4
Khuyết hổng da/khác	3	2,8
Vị trí tổn thương chính		
Bàn – ngón tay	75	69,4
Chi trên khác	17	15,7
Tổn thương phối hợp nhiều vùng	14	13,0
Mặt/cổ	1	0,9
Chi dưới	1	0,9
Bên tổn thương		
Trái	57	52,8
Phải	41	38,0
Hai bên/đa vùng	9	8,3

Sẹo co kéo chiếm tỷ lệ cao nhất (77,8%), tiếp theo là sẹo dính/dính co kéo (12,0%) và sẹo phì đại (7,4%). Vị trí tổn thương chủ yếu là bàn – ngón tay (69,4%), tiếp theo là chi trên khác (15,7%) và tổn thương phối hợp nhiều vùng (13,0%).

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật (n = 108)

Đặc điểm phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Tính chất phẫu thuật		
Phẫu thuật theo chương trình	104	96,3
Phẫu thuật bán cấp/cấp cứu	4	3,7
Phương pháp phẫu thuật chính		
Ghép da dày toàn lớp	72	66,7
Chuyển vật tại chỗ	25	23,1
Ghép da mỏng tự thân	3	2,8
Phối hợp $\geq$ 2 phương pháp	8	7,4
Mục tiêu can thiệp chính		
Giải phóng co kéo, phục hồi chức năng vận động	89	82,4
Che phủ khuyết hổng da/mô mềm	9	8,3
Chỉnh sửa sẹo phì đại/sẹo xấu	8	7,4
Xử trí tổn thương khác	2	1,9
Thời gian phẫu thuật (phút)		
<60 phút	23	21,3
60–120 phút	69	63,9
>120 phút	16	14,8
Trung bình $\pm$ SD (phút)	87,5 $\pm$ 31,6	

Phần lớn phẫu thuật được thực hiện theo chương trình (96,3%). Ghép da dày toàn lớp là phương pháp thường gặp nhất (66,7%), tiếp theo là chuyển vật tại chỗ (23,1%) và ghép da mỏng (10,2%). Mục tiêu chủ yếu là giải phóng co kéo, phục hồi tầm vận động (82,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình $87,5 \pm 31,6$ phút.

Bảng 5. Kết quả điều trị sớm khi ra viện ($n = 108$)

Kết quả điều trị sớm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tình trạng sống của da ghép/vật khi ra viện		
Sống hoàn toàn	92	85,2
Sống phần lớn, bong/hoại tử rìa nhẹ	12	11,1
Hoại tử/bong một phần cần chăm sóc kéo dài	4	3,7
Tình trạng vết mổ/vết thương khi ra viện		
Liên tốt, khô, không nhiễm khuẩn	96	88,9
Chậm liền nhẹ	9	8,3
Nhiễm khuẩn nông tại chỗ	3	2,8
Biến chứng sớm sau phẫu thuật		
Không biến chứng	99	91,7
Tự dịch/tự máu nhẹ	3	2,8
Nhiễm khuẩn nông	3	2,8
Bong/hoại tử một phần da ghép hoặc vật	3	2,8
Can thiệp bổ sung trong thời gian nằm viện		
Không cần can thiệp bổ sung	101	93,5
Thay băng, chăm sóc vết thương kéo dài	5	4,6
Khâu tăng cường/cắt lọc nhỏ	2	1,9
Kết quả chung khi ra viện		
Tốt	88	81,5
Khá	16	14,8
Trung bình	4	3,7
Kém	0	0,0
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)		
≤ 7 ngày	37	34,3
8–14 ngày	59	54,6
> 14 ngày	12	11,1
Trung bình $\pm$ SD (ngày)	$10,2 \pm 4,1$	

Da ghép/vật sống hoàn toàn đạt 85,2%; 91,7% không có biến chứng sớm. Kết quả chung khi ra viện: tốt 81,5%, khá 14,8%, trung bình 3,7%; không có trường hợp kém. Thời gian nằm viện trung bình $10,2 \pm 4,1$ ngày, nhóm 8–14 ngày chiếm 54,6%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ và nguyên nhân bỏng, trẻ dưới 6 tuổi chiếm 54,6% đây là nhóm tuổi dễ bị bỏng nhất do khả năng nhận thức nguy hiểm và kiểm soát vận động còn hạn chế trong khi tiếp xúc thường xuyên với nguồn nhiệt trong bếp, nhà bếp và môi trường sinh hoạt gia đình [1]. Nam giới chiếm ưu thế (61,1%) phù hợp với đặc điểm hành vi hiếu động và mức độ tiếp xúc với nguy hiểm cao hơn so với trẻ nữ cùng tuổi, như ghi nhận trong nhiều nghiên cứu về bỏng trẻ em tại khu vực châu Á [2].

Bỏng chất lỏng/nhiệt ướt là nguyên nhân hàng đầu với 51,9%, phản ánh thực tế sinh hoạt tại nhà với các nguồn nhiệt như nước sôi, cháo, dầu ăn nóng, đây là các yếu tố nguy cơ phổ biến tại các hộ gia đình Việt Nam. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại châu Á, trong đó bỏng nhiệt ướt chiếm 50–70% bỏng ở trẻ em, chủ yếu xảy ra tại nhà và thường liên quan đến thiếu giám sát [2]. Bỏng hơi nóng và bỏng lửa/nhiệt khô cùng chiếm 18,5%, phần lớn liên quan đến tai nạn trong môi trường sinh hoạt và lao động gia đình. Bỏng điện chiếm 3,7%, tuy ít về số lượng nhưng thường gây tổn thương sâu và phức tạp hơn, đặc biệt ở trẻ lớn.

Về đặc điểm tổn thương và di chứng, sẹo co kéo là dạng di chứng chiếm ưu thế với 77,8%, và bàn – ngón tay là vị trí tổn thương chủ yếu (69,4%). Đây là hệ quả tự nhiên của bỏng nhiệt ướt vùng chi trên trong tư thế phản xạ phòng thủ của trẻ, khi bị đổ nước nóng, trẻ thường dùng tay che chắn và co rút chi trên, khiến bàn tay trở thành vùng bị tổn thương trực tiếp và nặng nhất [6]. Sẹo co kéo vùng bàn – ngón tay ở trẻ em có đặc điểm co kéo tiến triển theo thời gian do sự phát triển xương và sự thiếu hụt da tương đối so với tốc độ tăng trưởng, gây ra hạn chế vận động ngày càng nặng nếu không được điều trị [7].

Một điểm nổi bật của nghiên cứu là thời gian từ bỏng đến điều trị có trung vị lên đến 30,0 tháng; 41,7% bệnh nhi điều trị sau hơn 36 tháng. Điều này phản ánh thực tế bệnh nhân đến viện chủ yếu để điều trị di chứng chứ không phải bỏng cấp tính, đây là một đặc thù của tuyến bệnh viện chuyên ngành bỏng tuyến cuối. Việc điều trị muộn sau bỏng làm sẹo co kéo đã trở nên cố định và tổ chức sẹo xơ hoá nhiều hơn, đòi hỏi kỹ thuật phẫu thuật phức tạp hơn và nguy cơ co kéo tái phát cao hơn sau điều trị [7]. Đây là lý do khuyến nghị can thiệp phẫu thuật di chứng sớm lý tưởng trong

vòng 6–12 tháng sau khi sẹo ổn định để giảm thiểu tổn thương chức năng tích lũy.

Về phương pháp phẫu thuật, ghép da dày toàn lớp chiếm 66,7%, là kỹ thuật ưu tiên cho vùng bàn – ngón tay ở trẻ em vì mảnh da dày hơn có khả năng co thứ phát ít hơn so với da mỏng, bền hơn về cơ học và đáp ứng tốt hơn với sự tăng trưởng của cơ thể, đặc biệt quan trọng ở bệnh nhi đang trong giai đoạn phát triển [6]. Chuyển vật tại chỗ chiếm 23,1%, được lựa chọn trong các trường hợp cần phủ mô mềm có nguồn cấp máu tốt hơn, hoặc khi thiếu da vùng lân cận đủ chất lượng cho ghép da. Phối hợp từ hai phương pháp trở lên chiếm 7,4%, áp dụng cho tổn thương phức tạp đa vùng [8].

Kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật cho thấy da ghép/vật sống hoàn toàn đạt 85,2%, đây kết quả khả quan và tương đồng với các nghiên cứu từ trung tâm bỏng chuyên sâu khác trên thế giới [8]. Tỷ lệ sống phần lớn kèm bong/hoại tử rìa nhẹ (11,1%), kết quả này phản ánh thực tế kỹ thuật trong mổ đôi khi gặp khó khăn ở vùng đốt ngón có hình thể phức tạp và vận động nhiều sau mổ. Nhiễm khuẩn nông và tụ dịch/tụ máu mỗi loại chỉ gặp 2,8% kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo nhiễm khuẩn sau ghép da bỏng ở một số trung tâm (5–15%) [8], có sự khác biệt này có thể do nhờ quá trình kiểm soát vô khuẩn nghiêm ngặt và theo dõi sát trong giai đoạn hậu phẫu. Tỷ lệ kết quả chung loại tốt 81,5%, loại khá 14,8%, không có trường hợp kém khẳng định tính hiệu quả và an toàn của quy trình điều trị tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Qua 108 lượt điều trị phẫu thuật bỏng và di chứng sau bỏng ở trẻ em tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác năm 2024, bỏng chất lỏng/nhiệt ướt là nguyên nhân hàng đầu (51,9%);

trẻ dưới 6 tuổi và giới nam chiếm ưu thế. Sẹo co kéo vùng bàn – ngón tay là dạng di chứng phổ biến nhất (77,8% và 69,4%), thường được điều trị muộn với trung vị 30,0 tháng từ bỏng đến can thiệp. Ghép da dày toàn lớp là phương pháp phẫu thuật chính (66,7%), đạt tỷ lệ sống hoàn toàn 85,2% và kết quả tốt khi ra viện 81,5%. Tỷ lệ biến chứng sớm thấp (8,3%) khẳng định tính an toàn của quy trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peck MD.** (2011). Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*, 37(7):1087-1100.
2. **Ho WS, Ying SY, Chan HH.** (2001). A study of burn injuries in the elderly in a regional burn centre. *Burns*, 27(4):382-385.
3. **Keshavarzi A, Ayaz M, Dehghankhalili M.** (2016). Ultra-early versus early excision and grafting for thermal burns up to 60% total body surface area: A historical cohort study. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 4(4):197-201.
4. **Centers for Disease Control and Prevention.** (2026). National Healthcare Safety Network: Surgical Site Infection Event. *Patient Safety Component Manual, Chapter 9*. Atlanta, GA: CDC.
5. **Dindo D, Demartines N, Clavien PA.** (2004). Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of Surgery*, 240(2):205-213.
6. **Sheridan RL.** (2002). Burns. *Critical Care Medicine*, 30(11 Suppl):S500-S514.
7. **Cubison TCS, Pape SA, Parkhouse N.** (2006). Evidence for the link between healing time and the development of hypertrophic scars in paediatric burns due to scald injury. *Burns*, 32(8):992-999.
8. **Toon MH, Maybauer DM, Arceneaux LL, et al.** (2011). Children with burn injuries: Assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *Journal of Injury and Violence Research*, 3(2):98-110.