

- chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn. 2014:11-12.
3. **Ahmad MA, Sivaraman A, Zia A, Rai A, Patel AD:** Percutaneous locking plates for fractures of the distal tibia: our experience and a review of the literature. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 2012, 72(2):E81-E87.
 4. **Avilucea FR, Triantafillou K, Whiting PS, Perez EA, Mir HR:** Suprapatellar intramedullary nail technique lowers rate of malalignment of distal tibia fractures. *Journal of orthopaedic trauma* 2016, 30(10):557-560.
 5. **Cheng W, Li Y, Manyi W:** Comparison study of two surgical options for distal tibia fracture—minimally invasive plate osteosynthesis vs. open reduction and internal fixation. *International orthopaedics* 2011, 35(5):737-742.
 6. **Collinge C, Protzman R:** Outcomes of minimally invasive plate osteosynthesis for metaphyseal distal tibia fractures. *Journal of orthopaedic trauma* 2010, 24(1):24-29.
 7. **Guo J, Tang N, Yang H, Tang T:** A prospective, randomised trial comparing closed intramedullary nailing with percutaneous plating in the treatment of distal metaphyseal fractures of the tibia. *The Journal of bone and joint surgery British volume* 2010, 92(7):984-988.
 8. **Hak DJ, Banegas R, Ipaktchi K, Mauffrey C:** Evolution of plate design and material composition. *Injury* 2018, 49:S8-S11.
 9. **Hessmann M, Nork S, Sommer C, Twaddle B:** Basic treatment techniques for distal tibia. *Ao foundation* 2018.
 10. **Imren Y, Desteli EE, Erdil M, Ceylan HH, Tuncay I, Sen C:** Mid-Term results of minimally invasive plate osteosynthesis and circular external fixation in the treatment of complex distal tibia fractures. *Journal of the American Podiatric Medical Association* 2017, 107(1):3-10.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SƠ CỨU BAN ĐẦU CHO TRẺ EM BỎNG DO NHIỆT CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Thị Thùy Dung¹, Phạm Lê An¹,
Nguyễn Thị Phương Lan¹, Diane Ernst²

TÓM TẮT

Bỏng nhiệt là một trong các tai nạn thường gặp ở trẻ em. Sơ cứu bỏng đúng cách đóng vai trò rất quan trọng trong việc giảm các biến chứng và tỷ lệ thương tật cho trẻ. Hiện tại, các nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh về kiến thức và thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của người chăm sóc còn hạn chế, do đó, việc quan tâm đến bỏng nhiệt ở trẻ em là một vấn đề cấp thiết và mang tính cộng đồng. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ người chăm sóc và sơ cứu ban đầu (NCSVSCBD) cho trẻ bỏng nhiệt có kiến thức, thực hành sơ cứu đúng và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả đã được thực hiện trên 130 NCSVSCBD trẻ em bị bỏng nhiệt tại hai bệnh viện Nhi đồng ở Thành phố Hồ Chí Minh, từ 11/2020 – 8/2021. Các biến nhân khẩu học phân tích bằng các phương pháp thống kê mô tả. Kiểm định Chi bình phương, Logistic đơn biến, đa biến được thực hiện cho các thống kê phân tích. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhi bỏng độ III, IV chiếm 20%. NCSVSCBD có kiến thức và thực hành đúng về sơ cứu bỏng nhiệt chiếm tỷ lệ lần lượt 61,5% và 48,5%. Có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế, kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đó và cơ sở y tế tiếp nhận đầu tiên với kiến thức sơ cứu bỏng ($p < 0,05$). Ngoài ra, mối liên quan giữa kiến thức sơ cứu

bỏng, trẻ đang sống cùng ai và quyết định sơ cứu bỏng của NCSVSCBD với thực hành sơ cứu bỏng cũng được tìm thấy ($p < 0,05$). **Kết luận:** Người chăm sóc trẻ có kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng nhiệt đúng chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên, cần duy trì giáo dục sức khỏe về kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng cho cộng đồng, đặc biệt là vùng nông thôn về thời gian làm mát vết bỏng nhằm giảm mức độ ảnh hưởng của bỏng gây ra cho trẻ.

Từ khóa: Bỏng do nhiệt, kiến thức sơ cứu bỏng, sơ cứu ban đầu

SUMMARY

CAREGIVER KNOWLEDGE AND PRACTICE OF FIRST AID FOR THERMAL BURNS IN CHILDREN AND RELATED FACTORS

Thermal burns are one of the most common accidents in children. Proper first aid for burns plays an important role in reducing complications and injury rates for children. Currently, studies in Ho Chi Minh City on the knowledge and practice of first aid for children with heat-related burns by caregivers are limited, so the interest in thermal burns in children is an important issue. urgent and community issues. **Objective:** To determine the current level of knowledge and practice regarding burn first aid among caregivers of burn-injured children and its related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from November 2020 to August 2021 on 130 caregivers of children with thermal burns at two Children's hospitals in Ho Chi Minh City. Descriptive statistics were undertaken to summarise the demographic and outcome measures. Bivariate statistical testing (i.e. T-test or Chi-square) and a logistic regression model were applied for analytical

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Regis, Mỹ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thùy Dung

Email: tranthithuydung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

procedures. **Results:** The third-degree and fourth-degree burns among the children of the are 20%. The majority of caregivers had good knowledge (61,5%) and practice (48,5%) on first aid for thermal burn. There was a relationship between economic conditions, previous burn first aid experience of caregivers and first receiving medical facility and first aid knowledge ($p < 0.05$). In addition, a relationship between understanding burn first aid, caregivers' first aid decisions, and with whom caregivers live with first aid practice were also found ($p < 0,05$). **Conclusion:** There was a high proportion of caregivers having good first-aid knowledge and practice of thermal burn in the sample. However, it is still necessary to maintain health education on first aid for burns for the community, especially for those in the countryside and regarding information about cooling burn time to reduce the extent of the burn's impact on children.

Keywords: Thermal burn, first aid knowledge, first aid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tai nạn phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là trẻ từ 1- 5 tuổi⁽¹⁾ và là nguyên nhân đứng thứ ba gây tử vong cho trẻ em tại nhà. Bỏng ở trẻ em có thể gây mất muối, nước, huyết tương... dẫn đến sốc, nhiễm trùng, ngộ độc và tử vong. Sơ cứu ban đầu đúng cách và kịp thời sẽ có thể cứu trẻ hoặc giúp trẻ trong trường hợp bỏng nặng, giảm thiểu các biến chứng về sau cho trẻ. Tuy nhiên, NCSVSCBĐ thường sử dụng các biện pháp dân gian và không đảm bảo thời gian vàng làm cho tổn thương bỏng khó lành hơn.

Mặc dù có sự tiến bộ trong chăm sóc, bỏng là một trong những dạng thương tích nặng nhất, chiếm 3.9 trẻ tử vong/100.000 trẻ em⁽²⁾. Tác giả Fatima Naumari cho thấy chỉ 13,2% cha mẹ làm mát vết bỏng của trẻ khi sơ cứu, 30% cha mẹ sử dụng phương pháp dân gian để sơ cứu và chỉ 4,5% cha mẹ có kiến thức sơ cứu bỏng cho trẻ. Tác giả Erika Juškauskienė, Vilma Raškeliene⁽³⁾ cho thấy có 1/3 cha mẹ có kiến thức đúng về sơ cứu cho trẻ bị bỏng. Tác giả Wallace và cộng sự cho kết quả 30%- 50% có kiến thức về sơ cứu bỏng.

Tại Việt Nam, theo Viện Bỏng quốc gia, cứ 100 nạn nhân bị bỏng phải nhập viện có khoảng 2/3 là trẻ em, trẻ dưới 5 tuổi chiếm 72,13%⁽⁴⁾. NCSVSCBĐ đóng vai trò quan trọng trong việc giảm thiểu các tổn thương và biến chứng do bỏng gây ra. Một số nghiên cứu về kiến thức và thực hành đã được công bố: Tác giả Hoàng Kim Yến Thi⁽⁵⁾ có 34% người sơ cứu có kiến thức đúng và 31,4% có thực hành đúng. Tác giả Nguyễn Thị Như Tú có kết quả NCSVSCBĐ có kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng đúng lần lượt là 54,1%, 23%. Tác giả Vũ Mạnh Độ có tỷ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức sơ cứu đúng và

thực hành sơ cứu đúng cho trẻ bị bỏng lần lượt là 20,8% và 20,8%. Các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam đa số đánh giá sơ cứu bỏng cho người lớn, các nghiên cứu khảo sát về sơ cứu bỏng cho trẻ em vẫn còn hạn chế, đặc biệt là tại Tp.Hồ Chí Minh. Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Khảo sát kiến thức và thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng do nhiệt của người chăm sóc*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng do nhiệt của người chăm sóc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức tỷ lệ, dựa trên các thông số sau: mức ý nghĩa 95%, tỷ lệ ước tính ($p = 0,32$), độ chính xác mong muốn ($d = 8\%$). Theo công thức, cỡ mẫu của nghiên cứu là 130.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Bỏng của Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bệnh viện Nhi Đồng 2, TP.HCM từ 11/2020 - 5/2021.

Đối tượng nghiên cứu: 130 NCSVSCBĐ cho trẻ bị bỏng do nhiệt.

- **Tiêu chí chọn vào:**

+ NCSVSCBĐ cho vết thương bỏng nhiệt của trẻ em.

+ Có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn bằng tiếng Việt

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã được giải thích mục đích của nghiên cứu.

+ Tuổi từ 18 tuổi trở lên.

- **Tiêu chí loại ra:**

+ Trẻ bị bỏng do các nguyên nhân khác, không phải do nhiệt, như bỏng do điện, bỏng do hóa chất, bỏng do tia lửa điện...

+ NCSVSCBĐ cho trẻ có vấn đề tâm thần.

Công cụ thu thập dữ liệu. Bộ công cụ sử dụng cho nghiên cứu được xây dựng dựa trên Hướng dẫn thực hành sơ cứu lâm sàng của Hiệp hội bỏng Anh (2018)⁽⁶⁾, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Tú (2019)⁽⁷⁾, tác giả Hoàng Kim Yến Thi (2015)⁽⁵⁾. Bộ công cụ có 4 phần: phần A (15 câu) thông tin của trẻ bị bỏng do nhiệt, phần B (17 câu) thông tin của người chăm sóc và sơ cứu ban đầu, phần C (21 câu) là các câu hỏi liên quan thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng nhiệt của NCSVSCBĐ, phần D (36 câu) gồm các câu hỏi liên quan kiến thức sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng nhiệt của NCSVSCBĐ.

Bộ câu hỏi về thực hành sơ cứu bỏng nhiệt có 2 giá trị là "Có", "Không". Cách tính điểm

phần thực hành: 1 điểm- trả lời đúng, 0 điểm- trả lời sai. Tổng điểm thực hành sẽ được tính bằng cách cộng điểm của 21 câu. Thang điểm thực hành dao động từ 0 - 21 điểm. Thực hành đúng khi điểm thực hành ≥ 18 câu (hoặc $\geq 80\%$).

Bộ câu hỏi về kiến thức sơ cứu bỏng nhiệt có 3 giá trị là "Đồng ý", "Không đồng ý" và "Không biết". Cách tính điểm phần thực hành: 2 điểm- Đồng ý, 1 điểm- Không đồng ý, 0- Không biết. Sau đó thang điểm sẽ được mã hóa lại: 1 điểm- đúng, 0 điểm- sai. Thang điểm kiến thức dao động từ 0 - 36 điểm. Kiến thức sơ cứu đúng khi điểm kiến thức ≥ 28 câu (hoặc $\geq 80\%$).

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (Phê duyệt đạo đức số: 769 / HĐĐĐ-ĐHYD), Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Đồng 1 (Bản phê duyệt đạo đức số: 239 / GCN- BVNĐ1) và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhi Đồng 2 (Bản phê duyệt đạo đức số: 1520 / BVNĐ2- CĐT).

Kinh phí nghiên cứu được tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp phân tích dữ liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả: tần số, phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích: phép kiểm Chi- bình phương hoặc phép kiểm Fisher exact, phép kiểm hồi quy Logistic đơn biến hoặc đa biến. Tính tỉ số chênh (OR) với khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm của NCSVSCBĐ cho trẻ em bỏng do nhiệt

Trong 130 NCSVSCBĐ được khảo sát, tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là 35,49 (SD 10,2). Hầu hết có trình độ học vấn từ cấp III trở lên (trung học phổ thông) (66,9%). Tỷ lệ có việc làm chiếm 66,2%. Điều kiện kinh tế đủ chi tiêu (90%). Đa số là nữ (68,5%) và có hơn 50% không tìm hiểu về kiến thức sơ cứu bỏng nhiệt (xem Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của NCSVSCBĐ cho trẻ em bỏng do nhiệt (n= 130)

Đặc điểm		Tần số (%)
Nhóm tuổi	Dưới 35 tuổi	73 (56,2)
	Trên 35 tuổi	57 (43,8)
Nơi cư trú	Tp.Hồ Chí Minh	56 (43,1)

Bảng 2. Liên quan giữa các đặc điểm của NCSVSCBĐ với kiến thức sơ cứu ban đầu bỏng nhiệt

	Tỉnh/thành khác	74 (56,9)
Tôn giáo	Không theo tôn giáo	89 (68,5)
	Theo tôn giáo	41 (31,5)
Tình trạng hôn nhân	Sống với vợ/chồng	119 (91,5)
	Khác	11 (8,5)
Mối quan hệ với trẻ bị bỏng	Ông	4 (3,1)
	Bà	17 (13,1)
	Cha	18 (13,8)
	Mẹ	89 (68,5)
	Khác	2 (1,5)
Quyết định sơ cứu có bị tác động	Có	22 (16,9)
	Không	108 (83,1)
Thời gian từ lúc trẻ bị bỏng đến khi sơ cứu	Trong vòng 10 phút	120 (92,3)
	Lâu hơn 10 phút/không sơ cứu	10 (7,7)
Cơ sở y tế tiếp nhận bé đầu tiên sau khi bé bị bỏng	Bv Nhi Đồng 1	42 (32,3)
	Bv Nhi Đồng 2	3 (2,3)
	Khác	85 (65,4)
Đã từng sơ cứu bỏng trước đó	Có	21 (16,2)
	Không	109 (83,8)
Tìm hiểu kiến thức về bỏng	Không tìm hiểu	75 (57,7)
	Có tìm hiểu và tìm hiểu từ:	55 (42,3)
	Cơ sở y tế, nhân viên y tế	11 (20)
	Gia đình	5 (9,1)
	Bạn bè	9 (16,4)
	Sách báo	15 (27,3)
	Tivi	11 (25,6)
	Internet	42 (76,4)
	Khác	1 (1,8)
Đặc điểm	Trung bình (SD)	Lớn nhất- Nhỏ nhất
Tuổi	35,49 (10,2)	20 - 69

Kiến thức sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan

Kiến thức sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ

Tỷ lệ NCSVSCBĐ có kiến thức sơ cứu đúng là 61,5%. Thời gian làm mất đúng và đủ thời gian chiếm tỷ lệ thấp (13,8%).

Kiến thức sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan

Kết quả hồi quy logistic cho thấy điều kiện kinh tế, kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đó của NCSVSCBĐ và cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận trẻ có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với kiến thức sơ cứu bỏng (xem Bảng 2).

Đặc điểm	Kiến thức sơ cứu vết thương bỏng		p (-2)	OR (KTC 95%)	p(OR)	aOR (KTC 95%)	P (aOR)
	Đúng N (%)	Chưa đúng N (%)					
Điều kiện kinh tế							
Không đủ chi tiêu	4 (5,0)	9 (18)	0,016*	4,2 (1,0- 6,7)	0,037*	5,9(1,6- 21,7)	0,007*
Đủ chi tiêu	76 (95)	41 (82)					
Cơ sở y tế tiếp nhận đầu tiên							
BV Nhi Đồng 1, 2	21 (26,2)	24 (48)	0,011*	2,79 (1,2- 6,3)	0,013*	2,61(1,17-5,79)	0,018*
Cơ sở y tế khác	59 (73,8)	26 (52)					
Đã từng sơ cứu bỏng trước đó?							
Có	8 (10)	13 (26)	0,016*	2,68 (0,94 – 7,6)	0,065	3,0 (1,09- 8,4)	0,032*
Không	72 (90)	37 (74)					

(*): có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; (a) Kiểm định Fisher Exact ; KTC: Khoảng tin cậy

OR: tỷ số chênh; aOR: tỷ số chênh hiệu chỉnh
Thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan

Thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ

Hầu hết những người tham gia nghiên cứu làm mát vết bỏng dưới 20 phút (96,9%). Ngoài ra, người chăm sóc trẻ cũng sử dụng một số cách sơ cứu dân gian để sơ cứu trẻ bị bỏng nhiệt (xem Bảng 3).

Bảng 3. Thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ

Đặc điểm		Tần số (%)
Làm mát vết bỏng dưới vòi nước hoặc vải sạch nhúng nước	Có	110 (84,6)
	Không	20 (15,4)
Làm mát vết bỏng bằng cách ngâm người bé trong chậu/ chậu/ bồn nước sạch	Có	17 (13,1)
	Không	113 (86,9)
Thời gian làm mát vết bỏng	Ít hơn 20 phút	126 (96,9)
	Từ 20 phút đến 30 phút	3 (2,3)
	Nhiều hơn 30 phút	1 (0,8)
Dùng đá cục hoặc nước đá làm mát vết bỏng	Có	15 (11,5)
	Không	115 (88,5)
Giữ ấm cho bé sau khi làm mát vết bỏng để tránh bé bị lạnh cóng	Có	96 (73,8)
	Không	34 (26,2)
Sơ cứu vết bỏng bằng cách không bôi bất kỳ chất gì	Có	101 (77,7)
	Không	29 (22,3)

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm của NCSVSCBĐ với thực hành sơ cứu vết thương bỏng

Đặc điểm	Thực hành sơ cứu vết thương bỏng		p (-2)	OR (KTC 95%)	p(OR)	aOR (KTC 95%)	P (aOR)
	Đúng	Chưa đúng					

Bôi kem đánh răng	Có	6 (4,6)
	Không	124 (95,4)
Bôi nước mắt	Có	3 (2,3)
	Không	127 (97,7)
Bôi trứng gà	Có	1 (0,8)
	Không	129 (99,2)
Bôi dầu/mỡ	Có	2 (1,5)
	Không	128 (98,5)
Bôi mỡ trăn	Có	6 (4,6)
	Không	124 (95,4)
Bôi kem nghệ	Có	2 (1,5)
	Không	128 (98,5)
Bôi kem nha đam/lô hội	Có	6 (4,6)
	Không	124 (95,4)
Bôi chất khác	Có	30 (21,1)
	Không	100 (76,9)
Băng vết bỏng bằng gạc sạch hoặc vải sạch	Có	40 (30,8)
	Không	90 (69,2)
Thực hiện cách sơ cứu khác	Có	1 (0,8)
	Không	129 (99,2)
Người thân có gây gỗ, đổ lỗi cho nhau khi trẻ bị bỏng	Có	11 (8,5)
	Không	119 (91,5)
Đổ dành trẻ để trẻ bớt sợ hãi và bớt khóc	Có	125 (96,2)
	Không	5 (3,8)
Thực hành sơ cứu ban đầu bỏng nhiệt	Đúng	63 (48,5)
	Chưa đúng	67 (51,5)

Thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan

Kết quả hồi quy logistic cho thấy các yếu tố như NCSVSCBĐ và trẻ sống cùng với ai, quyết định sơ cứu của NCSVSCBĐ và kiến thức sơ cứu có mối liên hệ độc lập có ý nghĩa thống kê với thực hành sơ cứu bỏng (xem Bảng 4).

	N (%)	N (%)					
NCSVSCBĐ đang sống cùng ai?							
Có sống chung với người ngoài	33 (52,4)	23 (34,3)	0,038*	2,7 \ (1,2- 6,0)	0,016*	2,4 (1,11- 5,26)	0,025*
Không sống chung với người ngoài	30 (47,6)	44 (65,7)					
Quyết định sơ cứu có bị tác động hay không?							
Có	4 (6,3)	18 (26,9)	0,002*	5,95 (1,69- 14,28)	0,005*	5,8 (1,7- 20)	0,005*
Không	59 (93,7)	49 (73,1)					
Kiến thức sơ cứu bỏng							
Đúng	47 (74,6)	33 (49,3)	0,003*	2,1 (0,9- 4,89)	0,071	2,88 (1,3- 6,3)	0,009*
Chưa đúng	16 (25,4)	34 (50,7)					

(*): có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; (^a) Kiểm định Fisher Exact; KTC: Khoảng tin cậy
OR: tỷ số chênh ; aOR: tỷ số chênh hiệu chỉnh

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ NCSVSCBĐ có kiến thức đúng về sơ cứu cho trẻ bỏng nhiệt là 61,5%. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Bỏng Anh (2018) ⁽⁶⁾ và Hiệp hội chăm sóc vết thương Canada (2018) ⁽⁸⁾ thời gian làm mát vết bỏng nên kéo dài ít nhất 20 phút. Tỷ lệ làm mát vết bỏng đủ thời gian trong nghiên cứu này khá thấp 13,8% (18/130), thời gian làm mát (tính bằng phút) là 10 (\pm 5-15). Làm mát bằng nước giúp giảm mức độ nghiêm trọng của vết bỏng, có tác dụng giảm đau, giảm viêm, giảm phù nề, hạn chế tế bào chết. Làm mát vết bỏng còn thúc đẩy quá trình lành vết thương, rút ngắn thời gian hồi phục, giảm tỷ lệ nạn nhân cần cấy ghép da và giảm các biến chứng nặng như sẹo xấu, sẹo co rút ảnh hưởng đến thẩm mỹ ⁽⁹⁾. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều kiện kinh tế, kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đây và cơ sở y tế tiếp nhận trẻ đầu tiên có mối liên hệ độc lập có ý nghĩa thống kê với kiến thức sơ cứu bỏng của người chăm sóc và sơ cứu ban đầu cho trẻ bỏng nhiệt.

Điều kiện kinh tế: Nhóm NCSVSCBĐ có kinh tế đủ chi tiêu có kiến thức cao hơn 5,9 lần so với nhóm NCSVSCBĐ có kinh tế không đủ chi tiêu. Khi điều kiện kinh tế không đủ chi tiêu, cha mẹ của các em sẽ tập trung vào việc kiếm tiền, vì vậy họ không có nhiều thời gian chăm sóc con cái và không có thời gian tìm hiểu các thông tin về kiến thức sức khỏe trong nói chung và những kiến thức về sơ cứu vết bỏng nói riêng. Ngược lại, nhóm có đủ điều kiện kinh tế để chi tiêu, sẽ có thời gian tìm hiểu thông tin về sức khỏe, cách sơ cứu bỏng và dành nhiều thời gian hơn cho việc chăm sóc trẻ. Tác giả Fatima Naumeri và cộng sự (2019) cho thấy nghèo đói, điều kiện kinh tế không đủ chi tiêu là một trong những

nguyên nhân gây ra bỏng cho trẻ. Vì vậy, điều kiện kinh tế cũng là một yếu tố góp phần ảnh hưởng đến kiến thức sơ cứu bỏng của NCSVSCBĐ cho trẻ và cũng là yếu tố tạo nguy cơ bị bỏng cho trẻ.

NCSVSCBĐ có kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đó hay không: Nhóm NCSVSCBĐ chưa từng có kinh nghiệm trước đó có kiến thức cao gấp 3 lần so với nhóm NCSVSCBĐ có kinh nghiệm sơ cứu trước đó. Tác giả Erika Juškauskienė, Vilma Raškelienė (2017) ⁽³⁾ có kết quả điểm kiến thức ở những bố mẹ không có kinh nghiệm sơ cứu cho trẻ bị bỏng do nhiệt cao hơn so với những bố mẹ có kinh nghiệm sơ cứu cho trẻ bỏng nhiệt ($5,34 \pm 1,94$ so với $4,53 \pm 2,0$). Điều này có thể được hiểu rằng những người đã có kinh nghiệm sơ cứu bỏng, họ thường sẽ sử dụng kiến thức trước đó để sơ cứu cho trẻ em bị bỏng. Đối với người tham gia nghiên cứu chưa từng có kinh nghiệm sơ cứu bỏng, kiến thức họ có là những gì họ học được từ các nguồn như internet, sách báo, tivi,... và họ không bị ảnh hưởng bởi kinh nghiệm dân gian. Vì vậy, khi trẻ bị bỏng, người chăm sóc sẽ vận dụng những kiến thức đã học để sơ cứu cho trẻ, từ đó trẻ sẽ được sơ cứu đúng cách và hạn chế được các biến chứng do sơ cứu không đúng gây ra.

Cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận trẻ: NCSVSCBĐ đưa trẻ đến cơ sở y tế khác sau khi sơ cứu hiểu biết gấp 2,61 lần so với người NCSVSCBĐ đưa trẻ đến hai bệnh viện Nhi đồng TP.HCM sau khi sơ cứu. Theo Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng Sơ cấp cứu của Hiệp hội Bỏng Anh (2018) ⁽⁶⁾ và Hiệp hội chăm sóc vết thương Canada (2018) ⁽⁸⁾ mức độ tổn thương bỏng sẽ tăng lên theo thời gian. Do đó, cần đưa trẻ bị bỏng đến cơ sở y tế gần nhất càng sớm càng tốt để trẻ được cấp cứu hiệu quả, hạn chế mức độ nghiêm trọng của vết thương.

Thực hành sơ cứu ban đầu cho trẻ em bỏng do nhiệt của NCSVSCBĐ và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ thực hành đúng là 48,5%. Thời gian làm mát vết bỏng theo Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng Sơ cứu của Hiệp hội Bỏng Anh (2018) ⁽⁶⁾ and Hiệp hội chăm sóc vết thương Canada (2018) ⁽⁸⁾ là ít nhất 20 phút. Thời gian NCSVSCBĐ làm mát vết bỏng cho trẻ em trong nghiên cứu hầu hết dưới 20 phút (96,9%). Vì vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy việc hướng dẫn người dân thời gian làm mát vết bỏng đảm bảo nguyên tắc giờ vàng trong cấp cứu là rất quan trọng sẽ giúp trẻ giảm đáng kể tổn thương và di chứng do bỏng gây ra.

NCSVSCBĐ sống cùng ai: Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy sự khác biệt mà các nghiên cứu trước đây chưa đề cập đến. Người NCSVSCBĐ sống chung với người khác (gia đình nhiều thành viên) có thực hành sơ cấp cứu tốt hơn 2,4 lần so với NCSVSCBĐ không sống chung với các thành viên khác. Trong gia đình có nhiều thành viên, NCSVSCBĐ sẽ cần sự giúp đỡ của các thành viên khác để việc sơ cứu cho trẻ nhanh chóng và thuận tiện nhất. So với việc NCSVSCBĐ không sống chung với các thành viên khác trong gia đình, khi trẻ bị bỏng.

NCSVSCBĐ có/không bị tác động khi sơ cứu: Những NCSVSCBĐ không bị tác động bởi người khác có thực hành sơ cứu bỏng đúng cao hơn 5,8 lần so với những NCSVSCBĐ bị tác động bởi người khác. Đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi là những người ra quyết định sơ cứu 100%, tuy nhiên, khi quyết định sơ cứu này bị tác động bởi sự hướng dẫn của những người khác như hàng xóm hoặc thành viên trong gia đình, những NCSVSCBĐ sẽ giảm tỷ lệ thực hành sơ cứu đúng. Nét văn hóa của Việt Nam là tình làng xóm láng giềng, vì vậy, khi trẻ em trong gia đình bị bỏng, có khả năng NCSVSCBĐ bị những người khác tác động lên cách sơ cứu. Trong trạng thái mất bình tĩnh, NCSVSCBĐ có thể quên đi những kiến thức đã học, đã tìm hiểu trước đó, cộng với sự tác động từ những người sơ cứu bên ngoài, có thể dẫn đến việc sơ cứu không đúng cách, từ đó ảnh hưởng đến tình trạng bỏng của trẻ. Đây cũng là một sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi, các nghiên cứu trước đây chưa đề cập đến vấn đề này.

Kiến thức sơ cứu bỏng: NCSVSCBĐ có kiến thức sơ cứu bỏng đúng có thực hành sơ cứu bỏng đúng cao hơn 2,88 lần so với NCSVSCBĐ có kiến thức sơ cấp cứu không đúng. Người chăm sóc sơ cứu ban đầu có kiến thức tốt về sơ cấp cứu ban đầu thì họ sẽ thực hành sơ cứu tốt hơn

cho trẻ và hạn chế các biến chứng do bỏng gây ra cho trẻ. Ngoài ra, với kiến thức sơ cấp cứu tốt, người chăm sóc sơ cứu ban đầu sẽ ít bị ảnh hưởng bởi tác động từ người ngoài và trẻ bị bỏng sẽ được sơ cứu đúng cách ⁽⁵⁾.

V. KẾT LUẬN

NCSVSCBĐ cho trẻ bỏng nhiệt có kiến thức sơ cứu đúng là 61,5%, tỷ lệ thực hành sơ cứu đúng là 48,5%. Điều kiện kinh tế, kinh nghiệm sơ cứu bỏng trước đây của đối tượng tham gia nghiên cứu và cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận trẻ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức sơ cứu của người chăm sóc. Người chăm sóc và sơ cứu ban đầu cho trẻ sống cùng ai, quyết định sơ cứu có bị tác động hay không và kiến thức về sơ cứu bỏng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành sơ cứu của NCSVSCBĐ.

Lời cảm ơn. Nghiên cứu này nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Chúng tôi chân thành cảm ơn sâu sắc.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần thực hiện khảo sát trên cỡ mẫu lớn hơn nữa ở nhiều địa phương, đặc biệt là ở các vùng sâu, vùng xa để đánh giá cụ thể hơn về kiến thức và thực hành sơ cứu bỏng của người dân. Cần thực hiện thêm nghiên cứu can thiệp để nâng cao kiến thức thực hành sơ cứu ban đầu của người chăm sóc và sơ cứu ban đầu cho trẻ. Để nâng cao kiến thức dự phòng, thực hành sơ cứu bỏng cho trẻ bỏng nhiệt cần phải có những chương trình giáo dục sức khỏe tại cộng đồng như: sử dụng các tờ rơi, banner để tăng cường tuyên truyền hướng dẫn phòng tránh và sơ cứu ban đầu tai nạn thương tích ở trẻ. Ngoài ra, bệnh viện cũng cần đẩy mạnh và phát triển hơn nữa các buổi giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc trẻ tại các khoa bệnh của bệnh viện để phòng tránh tai nạn bỏng xảy ra với trẻ lần tiếp theo. Bên cạnh đó, cần phát triển hơn nữa hệ thống y tế ở các vùng nông thôn, vùng sâu vùng xa, để người dân ở đó được tiếp cận với dịch vụ y tế nhanh nhất khi tai nạn thương tích ở trẻ xảy ra, từ đó hạn chế các tổn thương, biến chứng do tai nạn bỏng gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rybarczyk MM, Schafer JM, et al. (2017). A systematic review of burn injuries in low- and middle-income countries: Epidemiology in the WHO-defined African Region. *Afr J Emerg Med*, 7(1):30-7.
2. Kim LK, Martin HC, et al. (2012). Medical management of paediatric burn injuries: best practice. *J Paediatr Child Health*, 48(4):290-5.

3. **Juškauskienė E, Raškeliene V** (2017). Assessment of Parents' Knowledge about the Provision of First Aid to Their Children after Thermal Burn Injuries. 7(1):15-20.
4. **Ministry of Health** (2017). Prevention of burn accidents in children 2017 [https://www.moh.gov.vn/en/web/phong-chong-tai-nan-thuong-tich/tin-noi-bat/-/asset_publisher/iinMRn208ZoI/content/phong-ngua-tai-nan-bong-o-tre--1?inheritRedirect=false].
5. **Kim Yen Thi Hoang** (2015). Knowledge and practice of burn first aid of the first responders to the patients before being hospitalized to the Burn and Plastic surgery Department, Cho Ray Hospital.
6. **British Burn Assosiation** (2018). First Aid Clinical Practice Guidelines [http://www.cbtrust.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/BBA-First-Aid-Guideline-24.9.18.pdf].
7. **Thi Nhu Tu Nguyen** (2019). Survey on knowledge and practice of first aid for burns of caregivers at Binh Dinh Provincial General Hospital.
8. **Jeschke M MC, Baron D, Godleski M, Knighton J, Shahrokhi S** (2018). Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. Best practice recommendations for the prevention and management of burns Canadian Association of Wound Care:4- 67.
9. **Baldwin A, Xu J, et al.** (2012). How to cool a burn: a heat transfer point of view. J Burn Care Res, 33(2):176-87.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ VI SINH VẬT GÂY BỆNH ĐỊNH DANH BẰNG PHƯƠNG PHÁP REAL-TIME PCR TRONG BỆNH LÝ VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG

Nguyễn Hồng Cường¹, Bùi Trần Thành Sơn²,
Nguyễn Thị Thu Hoài^{2,3}, Đỗ Văn Chiến⁴, Phạm Nguyễn Sơn⁴.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khảo sát vi sinh vật gây bệnh bằng phương pháp real-time PCR ở bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (VNTMNT). **Đối tượng và phương pháp:** 108 bệnh nhân được chẩn đoán VNTMNT theo tiêu chuẩn Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) năm 2015 được thu thập tại Viện Tim mạch Quốc gia - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2019. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm tiền sử bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, các đặc điểm tổn thương trên siêu âm tim và trên phẫu thuật. Tiến hành định danh các loài vi sinh vật gây bệnh bằng phương pháp cấy máu và bằng phương pháp real-time PCR tại tổ chức sùi và mô tim nhiễm trùng được sinh thiết qua phẫu thuật tim mở. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 47,12. Tỷ lệ nam giới của đối tượng nghiên cứu là 65,7%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sốt/rét run (70,4%), khó thở (63%), mệt mỏi (43,5%). Tổn thương van hai lá và van động mạch chủ đơn thuần hay gặp với tỷ lệ 33,3% và 21,3% trên siêu âm tim, 36,1% và 18,6% trên phẫu thuật. Cấy máu dương tính phát hiện trên 39,8% số bệnh nhân và định danh vi sinh vật gây bệnh bằng phương pháp real-time PCR dương tính với 67,6% bệnh nhân. Trong đó, vi khuẩn gây bệnh gặp

nhất là các loài *Streptococcus* spp., chiếm 39,0% trường hợp PCR. **Kết luận:** Nghiên cứu này chỉ ra đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh của bệnh nhân VNTMNT ở Việt Nam với nguyên nhân phổ biến nhất là *Streptococcus* spp. Phương pháp real-time PCR có giá trị cao trong xác định vi sinh vật gây bệnh VNTMNT.

Từ khóa: Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, siêu âm tim, cấy máu, Real-time PCR

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS IDENTIFIED BY REAL-TIME PCR IN INFECTIOUS ENDOCARDITIS

Objectives: To investigate the clinical and subclinical features and the characteristics of pathogenic microorganisms by real-time PCR in patients with infective endocarditis (IE). **Subjects and methods:** a total of 108 patients diagnosed with IE according to ESC in 2015 were collected at Viet Nam Heart Institute - Bach Mai Hospital from 1/2016 to 1/2019. Clinical and subclinical features including historical diseases, clinical symptoms, characteristics of lesions on echocardiography and surgery and identification of pathogenic microorganisms by blood culture method and by real-time PCR method in the infected heart tissue biopsied through open heart surgery. **Results:** The rate of men in the study was 65.7% with the average age was 47.12 years. The most common clinical symptoms were fever/chills (70.4%), dyspnea (63.0%), fatigue (43.5%). Heart valve damage on echocardiography and surgery is the most common for the mitral valve and the aortic valve, accounting for 33.3% and 21.3% on echocardiography and 36.1%, 18.6% on surgery, respectively. Positive blood cultures were detected in 39.8% of the patients and real-time PCR identified for 67.6% of the

¹Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh Viện Bạch Mai

³Trường Đại Học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

⁴Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Cường

Email: cuongvinh79@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023