Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 8, 126-129

CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC BURNS AND INITIAL FIRST AID AMONG CHILDREN TREATED AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Nguyen Thi Minh Hang[1], Nguyen Nam Giang[1], Le Thanh Tung[2]

[1]*Saint Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Nam Dinh University of Nursing - No. 257 Han Thuyen, Nam Dinh Ward, Ninh Binh Province, Vietnam*

Received: 10/07/2026
Reviced: 22/07/2026; Accepted: 21/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe burn characteristics and initial first-aid practices among pediatric burn patients treated at the Burn Department of Saint Paul General Hospital, Hanoi, from June to August 2025.

Methods: A prospective descriptive cross-sectional study included 50 pediatric burn patients aged 0–15 years. Epidemiological characteristics, burn injuries, and first aid at the injury scene were summarized using frequencies and percentages.

Results: Children aged 1–3 years accounted for 42%, and boys for 64%. Scalds accounted for 92%, and all recorded injuries occurred at home. Lower limbs were the most frequent site (28.9% of recorded sites). Total burn surface area was available for 48/50 children: 24/48 (50.0%) had <10% and 4/48 (8.3%) had ≥30% total body surface area burned. Deep burn area <5% (including 0%) accounted for 50.0%; no deaths were recorded. Water cooling was reported in 52%, while 38% received no first aid and 10% received inappropriate first aid.

Conclusion: In this three-month, single-department series of 50 patients, burns clustered among young children, were predominantly scalds, and occurred at home. Household prevention and guidance on cooling burns with cool running water should be strengthened.

Keywords: pediatric burns; burn first aid; scald; Saint Paul General Hospital.

*Corresponding author
Email: hungdm.nip@gmail.com **Phone**: (+84) 934 978 378 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6306

ĐẶC ĐIỂM BỎNG VÀ THỰC TRẠNG SƠ CỨU BAN ĐẦU Ở TRẺ EM BỊ BỎNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2025

Nguyễn Thị Minh Hằng[1], Nguyễn Nam Giang[1], Lê Thanh Tùng[2]

[1]Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, phường Ba Đình, thành phố Hà Nội, Việt Nam
[2]Đại học Điều dưỡng Nam Định - Số 257 Hàn Thuyên, phường Nam Định, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/07/2026
Ngày chỉnh sửa: 22/07/2026; Ngày duyệt đăng: 21/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bỏng và thực trạng sơ cứu ban đầu ở trẻ em bị bỏng điều trị tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội, từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhi từ sơ sinh đến 15 tuổi. Các đặc điểm dịch tễ, tổn thương bỏng và cách sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Kết quả: Nhóm 1–3 tuổi chiếm 42%; nam chiếm 64%. Bỏng nhiệt ướt chiếm 92% và toàn bộ tai nạn ghi nhận xảy ra tại nhà. Chi dưới là vị trí thường gặp nhất (28,9% số vị trí tổn thương). Dữ liệu diện tích bỏng chung có ở 48/50 trẻ: 24/48 trẻ (50,0%) có diện tích dưới 10% và 4/48 trẻ (8,3%) có diện tích từ 30% trở lên. Nhóm diện tích bỏng sâu dưới 5% (bao gồm 0%) chiếm 50,0%; không ghi nhận tử vong. Có 52% trường hợp được ngâm/rửa bằng nước, 38% không được xử trí và 10% xử trí sai.

Kết luận: Trong 50 bệnh nhi điều trị tại một khoa trong ba tháng, bỏng tập trung ở trẻ nhỏ, chủ yếu do nhiệt ướt và xảy ra tại nhà. Cần tăng cường dự phòng tại hộ gia đình và hướng dẫn làm mát vết bỏng bằng nước mát sạch đang chảy.

Từ khóa: bỏng trẻ em; sơ cứu bỏng; nhiệt ướt; Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một vấn đề y tế công cộng có thể gây tử vong, tàn tật, biến dạng và ảnh hưởng kéo dài đến chất lượng sống. Tổ chức Y tế thế giới ghi nhận bỏng xảy ra chủ yếu tại nhà và nơi làm việc; trẻ em là nhóm đặc biệt dễ bị tổn thương [1]. Báo cáo của WHO–UNICEF về phòng chống thương tích trẻ em cho thấy bỏng là một nguyên nhân quan trọng của thương tích ở trẻ, trong đó bỏng do chất lỏng nóng thường gặp ở trẻ nhỏ và nhiều tai nạn xảy ra trong môi trường gia đình [2].

Sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn có thể ảnh hưởng đến mức độ tổn thương và kết quả chăm sóc tiếp theo. Khuyến cáo hiện hành nhấn mạnh làm mát vùng bỏng càng sớm càng tốt bằng nước mát sạch đang chảy trong 20 phút; không dùng đá và không bôi kem, dầu mỡ, thực phẩm hoặc các chất dân gian lên vết bỏng [1,3]. Tuy nhiên, thực hành sơ cứu trong cộng đồng còn không đồng đều và có thể bao gồm những biện pháp không phù hợp.

Từ thực tiễn chăm sóc bệnh nhi bỏng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm bỏng và thực trạng sơ cứu ban đầu ở trẻ em bị bỏng điều trị tại Khoa Bỏng từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhi từ sơ sinh đến 15 tuổi điều trị tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội, từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025. Theo đề cương ban đầu, nghiên cứu không đưa vào phân tích các trường hợp đã được điều trị tại cơ sở khác trước khi chuyển đến và các trường hợp chuyển viện sau khi nhập khoa. Cỡ mẫu thực tế gồm toàn bộ 50 bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Dữ liệu hiện có không ghi nhận đầy đủ tổng số trẻ được sàng lọc, số bị loại theo từng lý do hoặc số người chăm sóc từ chối tham gia.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Biến số và nội dung nghiên cứu

Các biến số gồm tuổi, giới, tác nhân, địa điểm và thời điểm xảy ra bỏng, nghề nghiệp cha mẹ, vị trí tổn thương, diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu, tử vong và cách sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn. Diện tích bỏng được tính theo tỷ lệ phần trăm diện tích bề mặt cơ thể; ở trẻ em ưu tiên bảng Lund–Browder, kết hợp quy tắc số 9 và phương pháp gan bàn tay khi phù hợp [4]. Cách sơ cứu được phân loại theo thông tin người chăm sóc cung cấp thành: ngâm/rửa bằng nước, không xử trí hoặc xử trí sai. Do không thu thập đầy đủ nhiệt độ nước, nước chảy hay không và thời gian làm mát, nhóm ngâm/rửa bằng nước không được đồng nhất với sơ cứu đạt khuyến cáo.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng Stata 12.0. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; mẫu số được nêu riêng khi có dữ liệu thiếu. Dữ liệu diện tích bỏng hiện chỉ còn ở dạng nhóm nên không thể tính chính xác trung bình, trung vị hoặc khoảng dao động.

*Tác giả liên hệ
Email: hungdm.nip@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 934 978 378 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6306

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, không can thiệp ngoài phác đồ điều trị thường quy. Thông tin người bệnh được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tác giả cần bổ sung số chấp thuận hoặc văn bản miễn chấp thuận của hội đồng đạo đức trước khi nộp bản thảo.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học và hoàn cảnh xảy ra bỏng

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, tác nhân và địa điểm xảy ra bỏng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Dưới 1 tuổi	13	26
1-3 tuổi	21	42
4-10 tuổi	9	18
11-15 tuổi	7	14
Giới		
Nam	32	64
Nữ	18	36
Tác nhân gây bỏng		
Bỏng nhiệt ướt	46	92
Bỏng nhiệt khô	1	2
Bỏng điện	1	2
Tác nhân khác	2	4
Địa điểm xảy ra bỏng		
Địa điểm xảy ra tại nhà	50	100

Trong 50 bệnh nhi, nhóm 1–3 tuổi có 21 trường hợp (42,0%), tiếp theo là nhóm dưới 1 tuổi với 13 trường hợp (26,0%). Nam chiếm 64,0%. Bỏng nhiệt ướt chiếm 92,0%; toàn bộ 50 tai nạn được ghi nhận xảy ra tại nhà.

Bảng 2. Thời điểm xảy ra tai nạn và nghề nghiệp cha mẹ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời điểm xảy ra tai nạn		
5-8 giờ	6	12
8-11 giờ	10	20
11-13 giờ	9	18
13-17 giờ	8	16
17-20 giờ	12	24
20-22 giờ	2	4
22-5 giờ	3	6
Nghề nghiệp của bố		
Bố làm ruộng	8	16
Bố công nhân	7	14
Bố viên chức	4	8
Bố nghề tự do	31	62
Nghề nghiệp của mẹ		
Mẹ làm ruộng	10	20
Mẹ công nhân	3	6
Mẹ viên chức	4	8
Mẹ nghề tự do	33	66

Ghi chú: Trong nghiên cứu, 'nghề tự do' là nhóm còn lại không được xếp vào làm ruộng, công nhân hoặc viên chức; đây là phân loại rộng và chỉ dùng để mô tả.

Khoảng 17–20 giờ có số trường hợp cao nhất (12/50; 24,0%), tiếp theo là 8–11 giờ (10/50; 20,0%) và 11–13 giờ (9/50; 18,0%). Nhóm nghề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả bố (62,0%) và mẹ (66,0%); kết quả này chỉ mô tả phân bố trong mẫu, không phản ánh mối liên quan với nguy cơ bỏng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của tổn thương bỏng

Bảng 3. Vị trí tổn thương bỏng

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đầu-mặt-cổ	8	8,5
Ngực-bụng	19	20,2
Lưng-mông	7	7,4
Chi trên	20	21,3
Chi dưới	27	28,9
Bàn tay	5	5,3
Tầng sinh môn	8	8,5

Ghi chú: Một bệnh nhi có thể có nhiều vị trí tổn thương; tỷ lệ tại Bảng 3 được tính trên tổng số 94 vị trí ghi nhận.

Trong 94 vị trí tổn thương ghi nhận, chi dưới chiếm 28,9%, chi trên 21,3% và ngực–bụng 20,2%.

Bảng 4. Diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu và tử vong

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Diện tích bỏng chung (n=48)		
<10%	24	50,0
10–<20%	14	29,2
20–<30%	6	12,5
≥30%	4	8,3
Diện tích bỏng sâu (n=50)		
<5% (bao gồm 0%)	25	50,0
5–10%	15	30,0
11–20%	7	14,0
21–30%	2	4,0
>30%	1	2,0
Tử vong	0	0

Ghi chú: Diện tích bỏng chung thiếu ở 2 trường hợp. Nhóm bỏng sâu <5% bao gồm cả 0%; dữ liệu gốc không tách riêng số trẻ không có bỏng sâu. Dữ liệu diện tích chỉ còn ở dạng nhóm nên không thể tính trung bình, trung vị hoặc khoảng dao động chính xác.

Diện tích bỏng chung có dữ liệu ở 48/50 trẻ: 24/48 (50,0%) dưới 10%; 14/48 (29,2%) từ 10–<20%; 6/48 (12,5%) từ 20–<30%; và 4/48 (8,3%) từ 30% trở lên. Trong 50 trẻ có dữ liệu bỏng sâu, 25 (50,0%) thuộc nhóm dưới 5% (bao gồm 0%). Không ghi nhận tử vong trong mẫu nghiên cứu.

3.3. Sơ cứu ban đầu tại nơi xảy ra tai nạn

Bảng 5. Công tác xử lý sơ cứu tại nơi xảy ra tai nạn

Cách sơ cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngâm/rửa bằng nước	26	52
Không xử trí	19	38
Xử trí sai	5	10

Ghi chú: Nhóm ngâm/rửa bằng nước phản ánh hành vi được báo cáo; không đủ dữ liệu về nhiệt độ, dòng chảy và thời gian để xác định mức độ phù hợp với khuyến cáo.

Có 26/50 trường hợp (52,0%) được ngâm/rửa bằng nước tại nơi xảy ra tai nạn; 19/50 (38,0%) không được xử trí và 5/50 (10,0%) được ghi nhận xử trí sai.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả 50 bệnh nhi điều trị tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong ba tháng (6–8/2025). Vì đây là loạt bệnh viện quy mô nhỏ, các tỷ lệ phản ánh cơ cấu người bệnh được tiếp nhận trong thời gian nghiên cứu, không phải tỷ lệ mắc bỏng trẻ em tại Hà Nội hoặc trong cộng đồng.

Trẻ 1–3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,0%) và 68,0% bệnh nhi dưới 4 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phát triển của trẻ nhỏ: tăng vận động và khám phá môi trường nhưng khả năng nhận biết nguy hiểm, phản xạ tự bảo vệ và sự độc lập trong sinh hoạt còn hạn chế. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia trên trẻ dưới 6 tuổi cũng ghi nhận nhóm 1–2 tuổi thường gặp nhất [5].

Nam chiếm 64,0%, tỷ số nam/nữ là 1,78/1, gần với tỷ số 1,68/1 trong nghiên cứu của Trần Đình Hùng và Ngô Minh Đức [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại không có nhóm so sánh và không đo lường mức độ phơi nhiễm; do đó, giới nam chỉ nên được xem là đặc điểm phân bố của mẫu, không phải yếu tố nguy cơ đã được chứng minh.

Bỏng nhiệt ướt chiếm 92,0%, tương đồng với mô hình bỏng do nước nóng thường gặp ở trẻ nhỏ trong nghiên cứu trong nước [5] và báo cáo về phòng chống thương tích trẻ em [2]. Kết quả định hướng nội dung dự phòng vào việc kiểm soát nước và thức ăn nóng, ấm đun, phích nước và các vật chứa nóng trong tầm với của trẻ.

Toàn bộ tai nạn ghi nhận xảy ra tại nhà. WHO cho biết bỏng nói chung xảy ra chủ yếu tại nhà và nơi làm việc [1]; tài liệu của Royal Children's Hospital Melbourne cũng nhấn mạnh nguy cơ ở bếp và phòng tắm, đặc biệt ở trẻ mới biết đi [3]. Tuy vậy, tỷ lệ 100% trong nghiên cứu có thể chịu ảnh hưởng của quy mô mẫu, thời gian thu thập và đặc điểm chuyển tuyến của cơ sở.

Khoảng 17–20 giờ có số trường hợp cao nhất (24,0%), nhưng chênh lệch giữa các khung giờ không lớn và nghiên cứu không đo thời gian trẻ hiện diện gần nguồn nhiệt hoặc mức độ giám sát. Vì vậy, kết quả chỉ gợi ý ưu tiên nhắc lại biện pháp an toàn khi chuẩn bị bữa tối, không đủ để xác định đây là khung giờ nguy cơ độc lập.

Nghề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất ở cha và mẹ. Do nhóm 'nghề tự do' được định nghĩa rộng, không có dữ liệu về thu nhập, điều kiện nhà ở, thời gian chăm sóc hoặc nhóm trẻ không bị bỏng, nghiên cứu không cho phép suy luận nghề nghiệp cha mẹ liên quan đến nguy cơ bỏng.

Chi dưới, chi trên và ngực–bụng là các vị trí được ghi nhận nhiều nhất. Một trẻ có thể tổn thương nhiều vùng nên các tỷ lệ được tính trên 94 vị trí, không phải 50 bệnh nhi. Với bỏng sâu ở mặt, tay, chân, sinh dục, tầng sinh môn hoặc qua khớp lớn, American Burn Association khuyến nghị hội chẩn và cân nhắc chuyển tuyến; mọi trường hợp bỏng ở trẻ ≤14 tuổi hoặc <30 kg có thể hưởng lợi từ hội chẩn trung tâm bỏng tùy nhu cầu lâm sàng và nguồn lực [6].

Dữ liệu diện tích bỏng chung chỉ có ở 48 trẻ; một nửa số có dữ liệu thuộc nhóm dưới 10% và 8,3% thuộc nhóm từ 30% trở lên. Dữ liệu bỏng sâu không tách riêng trường hợp 0%, nên không thể xác định số trẻ không có bỏng sâu. Không ghi nhận tử vong, nhưng không thể quy kết kết quả này cho diện tích bỏng vì cỡ mẫu nhỏ, không có phân tích liên quan và đề cương đã loại các trường hợp chuyển viện. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia cho thấy tử vong bỏng trẻ em liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng, không chỉ diện tích bỏng [7].

Có 52,0% trường hợp được ngâm/rửa bằng nước, trong khi 38,0% không được xử trí và 10,0% xử trí sai. Tuy nhiên, nghiên cứu không ghi nhận đầy đủ nhiệt độ, nước chảy hay không và thời gian làm mát; vì vậy không thể kết luận 52,0% đã được sơ cứu đúng. Khuyến cáo thực hành là làm mát bằng nước mát sạch đang chảy trong 20 phút càng sớm càng tốt; bằng chứng ở bệnh nhi cho thấy việc thực hiện đủ thời gian vẫn thường chưa đạt ngay cả trong cơ sở y tế [3,8].

Hàm ý thực hành chính là tăng cường hướng dẫn ngắn gọn, thống nhất cho người chăm sóc: loại bỏ nguồn gây bỏng; tháo bỏ quần áo hoặc trang sức không dính vào da; làm mát bằng nước mát sạch đang chảy trong 20 phút; không dùng đá, kem đánh răng, dầu mỡ hoặc chất dân gian; che phủ sạch và đưa trẻ đến cơ sở y tế phù hợp [1,3,9]. Các thông điệp dự phòng nên tập trung vào khu vực bếp, phòng tắm và việc để đồ nóng ngoài tầm với của trẻ.

Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại một khoa của một bệnh viện trong ba tháng nên khả năng khái quát hạn chế. Thông tin sơ cứu dựa vào lời kể của người chăm sóc, có nguy cơ sai số nhớ lại; chưa có định nghĩa vận hành đầy đủ để xác định sơ cứu đúng. Việc loại các trường hợp đã được xử trí ở cơ sở khác và các trường hợp chuyển viện có thể gây sai lệch chọn mẫu, đặc biệt làm giảm đại diện của ca nặng. Nghiên cứu không lưu đầy đủ số trẻ sàng lọc, số bị loại hoặc từ chối; thiếu dữ liệu diện tích bỏng chung ở hai trường hợp; dữ liệu diện tích chỉ còn ở dạng nhóm và không tách riêng trẻ không có bỏng sâu.

5. KẾT LUẬN

Trong 50 bệnh nhi bỏng điều trị tại Khoa Bỏng, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 6 đến tháng 8 năm 2025, nhóm 1–3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất; bỏng nhiệt ướt là tác nhân chủ yếu và toàn bộ tai nạn ghi nhận xảy ra tại nhà. Có 52,0% trường hợp được ngâm/rửa bằng nước nhưng chưa đủ thông tin để đánh giá đạt khuyến cáo; 48,0% không được xử trí hoặc xử trí sai. Kết quả ủng hộ việc tăng cường dự phòng bỏng trong gia đình và hướng dẫn làm mát vết bỏng bằng nước mát sạch đang chảy, đồng thời cần nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thu thập đầy đủ quy trình sơ cứu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Burns. 13 October 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns. Accessed 10 August 2026.

[2] Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, et al., editors. World report on child injury prevention. Geneva: World Health Organization and UNICEF; 2008. ISBN: 978-92-4-156357-4.

[3] The Royal Children's Hospital Melbourne. Burns and scalds – prevention and first aid. Reviewed June 2025; updated July 2025. Available from: https://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Burns_prevention_and_first_aid/. Accessed 10 August 2026.

[4] Hettiaratchy S, Papini R. Initial management of a major burn: II—assessment and resuscitation. BMJ. 2004;329(7457):101–103. doi:10.1136/bmj.329.7457.101.

[5] Tran DH, Ngo MD. Characteristics of burns in children under six-years-old admitted to the National Burn Hospital. Journal of Disaster Medicine and Burn Injuries. 2020;(4):7–14. Available from: https://jbdmp.vn/index.php/yhthvb/article/view/118.

[6] American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines: Advice on Transfer and Consultation. 2022. Available from: https://www.ameriburn.org/burn-care-team/resources/guidelines-for-burn-patient-referral. Accessed 10 August 2026.

[7] Lam NN, Hung NT, Duc NM, Luong NV. Epidemiology and risk factors for death of pediatric burns in a developing country: an experience from the National Burn Hospital. Ann Burns Fire Disasters. 2021;34(3):213–217. PMID: 34744535; PMCID: PMC8534302.

[8] Frear CC, Griffin B, Kimble R. Adequacy of cool running water first aid by healthcare professionals in the treatment of paediatric burns. Emerg Med Australas. 2021;33(4):615–622. doi:10.1111/1742-6723.13686.

[9] Hudspith J, Rayatt S. First aid and treatment of minor burns. BMJ. 2004;328(7454):1487–1489. doi:10.1136/bmj.328.7454.1487.