ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NHẬP KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NGOẠI KHOA 115 NGHỆ AN

Nguyễn Thị Hương Giang[1], Nguyễn Mạnh Hùng[1], Nguyễn Minh Tân[2]

[1]Trường Đại học Y khoa Vinh

[2]Bệnh viện Ngoại khoa 115 Nghệ An

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: phân tích các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân chấn thương nhập Khoa Cấp cứu tại Bệnh viện Ngoại khoa 115 (BVNK115) Nghệ An. Thông qua đánh giá các yếu tố, cơ chế tai nạn, thời gian tiếp cận y tế. Nghiên cứu nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu thực tiễn để tối ưu hóa quy trình cấp cứu và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân chấn thương tại BVNK115. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Độ tuổi trung bình 48,4 ± 19,9 tuổi, nam giới chiếm 60,5%. Tai nạn giao thông chiếm 46,5%, tai nạn sinh hoạt chiếm 36,4%. Trong đó 57,7% bệnh nhân được sơ cứu trước viện; phương tiện vận chuyển: ô tô (67,3%) và xe cấp cứu chiếm 31,7%. Thời gian nhập viện trung bình là 2,3 ± 3,4 giờ, chủ yếu vào ban ngày (70,6%). Tổn thương chi chiếm 49,7%, đầu và cổ chiếm 21,8%; 64,9% bệnh nhân chỉ bị thương một vùng đơn lẻ. Tổn thương mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số (83,9%). Kết quả điều trị 93% khỏi/đỡ bệnh; tỷ lệ nhập ICU là 9,1% và phẫu thuật cấp cứu là 1,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 6 ± 3,8 ngày.

Từ khóa: Bệnh nhân chấn thương, điểm ISS, khoa Cấp cứu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới, chiếm khoảng 8% tổng số tử vong toàn cầu, với hơn 4,4 triệu ca tử vong mỗi năm [1]. Không chỉ gây tổn thất về sức khỏe, chấn thương còn để lại gánh nặng kinh tế xã hội nặng nề, nhất là ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình [2].

Chấn thương cũng là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu tại Việt Nam, góp phần không nhỏ vào gánh nặng bệnh tật quốc gia [3]. Ở Việt Nam, trung bình mỗi năm có hàng triệu ca chấn thương, trong đó trên 20.000 trường hợp tử vong, chủ yếu liên quan đến tai nạn giao thông [4]. Chấn thương không đều giữa các quốc gia: hơn 90 % ca tử vong do chấn thương xảy ra ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [5]. Tiên lượng của một bệnh nhân chấn thương không đơn thuần chỉ phụ thuộc vào mức độ trầm trọng của tổn thương thực thể tại thời điểm nhập viện, mà còn phụ thuộc nhiều yếu tố. Các yếu tố này bao gồm độ tuổi, tiền sử bệnh lý nền, cơ chế gây chấn thương, cùng với tốc độ và hiệu quả của các can thiệp y tế trong "thời gian vàng". Việc nhận diện và đánh giá đúng các yếu tố nguy cơ giúp bác sĩ tiên lượng kết cục lâm sàng và đưa ra chiến lược xử trí phù hợp. Tuy nhiên, đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của chấn thương thường có sự khác biệt rõ rệt tùy thuộc vào điều kiện địa lý, hạ tầng giao thông và năng lực hệ thống y tế của từng địa phương. Cho đến nay, các dữ liệu cụ thể về đặc điểm bệnh nhân chấn thương vẫn chưa được hệ thống hóa đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích các đặc điểm của bệnh nhân chấn thương tại Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Ngoại khoa 115 Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân chấn thương đến cấp cứu tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Ngoại khoa 115 Nghệ An trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tuổi từ 16 trở lên. Bệnh nhân có chấn

Tác giả chính: *Nguyễn Thị Hương Giang*
Email: nguyengiang05112002@gmail.com

thương cấp tính và chưa được can thiệp ngoại khoa tại tuyến trước. Bệnh nhân có đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng để tính điểm ISS.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có chấn thương từ lâu hoặc có thời gian từ khi bị chấn thương đến khi nhập viện quá 24 giờ; Bệnh nhân tử vong trước khi đến bệnh viện hoặc không có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu;

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 11/2025 đến tháng 02/2026 tại Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Ngoại khoa 115 Nghệ An.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2.p.(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu cần tính.
- Z: với độ tin cậy 95%, Z = 1,96.
- p: Tỷ lệ sự kiện trong dân số nghiên cứu (ước tính trước khi tính cỡ mẫu). Nếu không có thông tin cụ thể, lấy p = 0,5 để đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập.
- d: Độ chính xác mong muốn (sai số chấp nhận được d = 0,05).

Trong nghiên cứu của chúng tôi chọn: Z = 1,96, p = 0,5 và d = 0,05

Cỡ mẫu cần thiết là 385.

Phương pháp chọn mẫu: các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Biến và chỉ số nghiên cứu

* Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh mạn tính.

* Đặc điểm tai nạn: thời gian tai nạn trong ngày (ban ngày: 6 giờ - 18 giờ cùng ngày; ban đêm: 18 giờ - 6 giờ sáng hôm sau), thời gian từ khi bị tai nạn đến khi vào viện, nguyên nhân tai nạn, địa điểm xảy ra tai nạn, uống rượu bia trước khi xảy ra tai nạn, tình trạng sơ cấp cứu tại chỗ sau khi tai nạn, phương tiện di chuyển đến bệnh viện, loại hình tai nạn giao thông, đội mũ bảo hiểm khi tham gia giao thông.

* Vùng tổn thương.

* Mức độ tổn thương theo ISS.

Bảng 1. Độ nặng của chấn thương phân loại theo điểm ISS

Độ nặng	Điểm ISS
Nhẹ	< 9
Trung bình	9 - 15
Nặng	16 - 24
Rất nặng, có nguy cơ tử vong	25 - 40
Nguy kịch, ít khả năng sống sót	> 40

Công thức tính: ISS = $A^2 + B^2 + C^2$ (với A,B,C là 3 điểm AIS cao nhất ở 3 vùng khác nhau)

* Kết cục của đối tượng nghiên cứu: Nhập viện, xuất viện, hồi sức tích cực (ICU), tử vong tại khoa, thời gian nằm viện, phẫu thuật cấp cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án điện tử, phiếu thu thập dữ liệu.

Quy trình thu thập số liệu

Điều tra thông tin bệnh nhân: Sau khi bệnh nhân được tiếp nhận tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân được thu thập các thông tin liên quan đến bệnh sử, triệu chứng và nguyên nhân chấn thương.

Kết quả hình ảnh học (X - quang, CT scan).

Đánh giá mức độ nặng theo thang điểm ISS: ISS sẽ được tính toán dựa trên tổn thương giải phẫu ở các vùng: đầu và cổ, ngực, bụng, và chi. Các vùng tổn thương sẽ được ghi nhận và đánh giá qua các thang điểm AIS.

Bảng 2. Thang điểm AIS

Điểm	Đặc điểm tổn thương
1	Tổn thương nhỏ
2	Tổn thương trung bình
3	Tổn thương nặng không đe dọa đến tính mạng
4	Tổn thương nặng đe dọa tính mạng, vẫn có khả năng sống sót
5	Tổn thương nặng đe dọa tính mạng, khó có khả năng sống sót
6	Tổn thương không thể sống sót

Phần mềm hỗ trợ thu thập số liệu: SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, khách quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Trong tổng số 385 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nam giới chiếm 60,5% (233 bệnh nhân, nữ giới chiếm 39,5% (152 bệnh nhân), 42 bệnh nhân ≤ 20 tuổi chiếm 10,9%, 126 bệnh nhân > 60 tuổi chiếm 32,7%, tuổi trung bình 48,4 ± 19,9 tuổi, 16,6% có bệnh mạn tính. Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện trung bình khoảng 2,3 ± 3,4 giờ.

2. Đặc điểm về tai nạn

Bảng 3: Đặc điểm về tai nạn

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian tai nạn trong ngày	Ban ngày	272	70,6
	Ban đêm	113	29,4
Nguyên nhân tai nạn	Tai nạn giao thông	179	46,5
	Tai nạn lao động	66	17,1
	Tai nạn sinh hoạt	140	36,4
Địa điểm xảy ra tai nạn	Đường quốc lộ	32	8,3
	Đường nội thị	59	15,3
	Đường ngoại thị	89	23,1
	Khác	205	53,2
Uống rượu bia trước khi xảy ra tai nạn	Có	17	4,4
	Không	368	95,6
Tình trạng sơ cấp cứu tại chỗ sau khi tai nạn	Có	222	57,7
	Không	163	42,3
Phương tiện đi chuyển đến bệnh viện	Xe cấp cứu	122	31,7
	Xe ô tô khác	259	67,3
	Xe máy	4	1,0
	Khác	0	0
Loại hình tai nạn giao thông	Xe máy và xe máy	54	30,2
	Xe máy và ô tô	39	21,7
	Xe máy và xe đạp	1	0,5
	Khác	85	47,6
Đội mũ bảo hiểm khi tham gia giao thông	Có	122	68,2
	Không	57	31,8

Thời gian tai nạn ban ngày 70,6%. Tai nạn giao thông 46,5%, sinh hoạt 36,4%. Tai nạn giữa xe máy và xe máy 30,2%, 4,4% có sử dụng rượu bia, 68,2% người tham gia giao thông có đội mũ bảo hiểm, 57,7% bệnh nhân được sơ cứu tại chỗ trước khi nhập viện, 67,3% được vận chuyển bằng xe ô tô khác, 31,7% bằng xe cấp cứu chuyên dụng.

2. Đặc điểm về vùng tổn thương của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Đặc điểm về vùng tổn thương của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vùng tổn thương	Đầu và cổ	123	21,8
	Mặt	85	15,1
	Ngực	33	5,9
	Bụng	32	5,7
	Chi	280	49,7
	Ngoài da	10	1,8
Tổng số tổn thương		563	100

Tổn thương chi chiếm 49,7%, tổn thương vùng đầu và cổ chiếm 21,8% và vùng mặt chiếm 15,1%. Các tổn thương nội tạng như ngực và bụng lần lượt là 5,9% và 5,7%, tổn thương ngoài da 1,8%.

Bảng 5: Đặc điểm về số vùng tổn thương trên một bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số vùng tổn thương	1 vùng tổn thương	250	64,9
	2 vùng tổn thương	96	24,9
	3 vùng tổn thương	35	9,1
	4 vùng tổn thương	4	1,1

Tổn thương tại 1 vùng duy nhất chiếm 64,9%, tổn thương 2 vùng chiếm 24,9%, 3 vùng chiếm 9,1% và thấp nhất là tổn thương 4 vùng với chỉ 1,1%.

3. Đặc điểm phân bố đối tượng theo thang điểm ISS

Bảng 6: Đặc điểm về phân bố đối tượng theo thang điểm ISS

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố đối tượng theo thang điểm ISS	Nhẹ (< 9)	144	37,4
	Trung bình (9 - 15)	179	46,5
	Nặng (16 - 24)	39	10,1
	Rất nặng (25 - 40)	21	5,5
	Nguy kịch (> 40)	2	0,5

Mức độ trung bình và nhẹ lần lượt chiếm 46,5% và 37,4%. Các trường hợp nặng và rất nặng chiếm tổng cộng khoảng 15,6%, nguy kịch 0,5%.

4. Đặc điểm kết cục

Bảng 7: Đặc điểm kết cục của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhập viện	Có	378	98,2
	Không	7	1,8
Xuất viện	Khỏi bệnh/Đỡ bệnh	358	93
	Chuyển viện ngang tuyến	12	3,1
	Chuyển viện dưới tuyến	7	1,8
	Chuyển viện trên tuyến	7	1,8
	Tử vong	1	0,3

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hồi sức tích cực (ICU)	Có	35	9,1
	Không	350	90,9
Tử vong tại khoa	Có	1	0,3
	Không	384	99,7
Phẫu thuật cấp cứu	Có	5	1,3
	Không	380	98,7

98,2% bệnh nhân nhập viện, 93% bệnh nhân xuất viện trong tình trạng khỏi hoặc đỡ bệnh. Tỷ lệ chuyển viện các tuyến chiếm tổng cộng 6,7%. Có 9,1% cần điều trị tích cực tại khoa ICU và 1,3% bệnh nhân phải thực hiện phẫu thuật cấp cứu. Tỷ lệ tử vong tại khoa chỉ chiếm 0,3%. Thời gian nằm viện trung bình khoảng 6 ± 3,8 ngày, ít nhất là 6 giờ, nhiều nhất là 24 ngày.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Giới tính

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm ưu thế (60,5%), cao gấp 1,5 lần nữ giới. Sự khác biệt về tỷ lệ chấn thương giữa hai giới chủ yếu do đặc thù hành vi, lối sống và lao động. Nam giới thường tham gia các hoạt động thể chất cường độ cao hoặc thể thao mạo hiểm, làm gia tăng nguy cơ rủi ro. Trong giao thông, nhóm này có xu hướng chạy quá tốc độ và ít tuân thủ quy định an toàn, dẫn đến tỷ lệ chấn thương sọ não và tử vong cao. Bên cạnh đó, việc chiếm đa số trong các ngành nghề nguy hiểm như xây dựng, công nghiệp nặng khiến nam giới dễ gặp tai nạn lao động hơn. Cuối cùng, thói quen sử dụng rượu bia và các hành vi nguy cơ phổ biến cũng là những yếu tố then chốt đẩy cao tỷ lệ chấn thương ở nam giới. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn [6], Kim Duy Tùng [7] và Kaya [8].

Tuổi

Bệnh nhân chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (20 - 60 tuổi) với tuổi trung bình là 48,4 ± 19,9 tuổi, nhóm này cũng chiếm ưu thế trong số 62 ca chấn thương nặng (ISS ≥ 16). Tỷ lệ cao ở nhóm 20 - 60 tuổi được giải thích bởi cường độ tham gia giao thông và lao động sản xuất cao. Ngược lại, nhóm < 20 tuổi và > 60 tuổi có tỷ lệ thấp hơn do tần suất tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và cường độ hoạt động thể lực hạn chế hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy [9], Kim Duy Tùng [7], Đỗ Ngọc Sơn [6], Kaya [8].

Tiền sử bệnh mạn tính

Kết quả nghiên cứu cho thấy , đa số bệnh nhân không có bệnh lý mạn tính (83,4%). Tỷ lệ bệnh nền thấp do mẫu nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (20 - 60 tuổi) với thể trạng tốt. Nhóm có tiền sử bệnh (16,6%) tập trung chủ yếu ở người trên 60 tuổi với các bệnh phổ biến như tăng huyết áp, đái tháo đường và tim mạch. Kết quả này phản ánh đúng đặc điểm dịch tễ học và cơ cấu tuổi của nhóm nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim Duy Tùng (16,3% có bệnh nền) [7].

2. Đặc điểm chấn thương

Nguyên nhân chấn thương

Tai nạn giao thông (TNGT) là nguyên nhân hàng đầu (46,5%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt (36,4%) và tai nạn lao động (17,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim Duy Tùng [7] và Nguyễn Thị Thúy [9], cho thấy TNGT vẫn là nguyên nhân chính. Trong nhóm TNGT, xe

máy chiếm đa số, chủ yếu do va chạm xe máy - xe máy (30,2%). Việc tuân thủ các biện pháp an toàn khi tham gia giao thông, đặc biệt là đội mũ bảo hiểm và không sử dụng đồ uống có cồn, có vai trò quan trọng trong việc hạn chế mức độ chấn thương. Tỷ lệ đội mũ bảo hiểm đạt 68,2% và sử dụng rượu bia chiếm 4,4%, cho thấy vẫn còn một số trường hợp không đội mũ hoặc sử dụng mũ không đạt tiêu chuẩn, làm gia tăng nguy cơ chấn thương sọ não khi xảy ra tai nạn và việc sử dụng đồ uống có cồn làm suy giảm khả năng phản xạ và phán đoán, từ đó làm tăng nguy cơ tai nạn cũng như mức độ nghiêm trọng của chấn thương. Đối với tai nạn sinh hoạt, gần một nửa (47,1%) xảy ra ở 126 người trên 60 tuổi do suy giảm thể lực và các yếu tố môi trường nhà ở, dễ dẫn đến té ngã

Tình trạng sơ cứu và phương tiện di chuyển đến bệnh viện

Tỷ lệ bệnh nhân được sơ cứu trước khi đến viện chiếm 57,7%, cao hơn so với nghiên cứu của Kim Duy Tùng (48,9%) [7]. Sơ cứu đúng cách đóng vai trò then chốt trong việc duy trì chức năng sống và hạn chế biến chứng nặng. Về phương tiện vận chuyển, 31,7% bệnh nhân đến viện bằng xe cấp cứu và 67,3% bằng ô tô khác; tỷ lệ sử dụng xe máy rất thấp (1%). Sự gia tăng sử dụng ô tô và xe cấp cứu so với các nghiên cứu trước đây phản ánh sự phát triển của hệ thống cấp cứu trước viện và điều kiện kinh tế xã hội. Việc tối ưu hóa vận chuyển chuyên dụng là cần thiết để rút ngắn thời gian tiếp cận y tế, đặc biệt với các ca chấn thương nặng.

Thời gian bị tai nạn, địa điểm tai nạn và thời gian nhập viện sau tai nạn

Thời gian nhập viện trung bình là 2,3 ± 3,4 giờ, tương đồng với Kim Duy Tùng (2,43 ± 2,7 giờ) [7]. Tai nạn xảy ra chủ yếu vào ban ngày (70,6%) do mật độ giao thông và hoạt động lao động cao. Về địa điểm, tai nạn trên đường ngoại thị chiếm tỷ lệ cao nhất (21,3%), tiếp theo là nội thị (15,3%) và quốc lộ (8,3%). Khoảng cách địa lý tại đường quốc lộ/ngoại thị làm kéo dài thời gian tiếp cận y tế, trong khi khu vực nội thị có lợi thế về mạng lưới cấp cứu dày đặc nhưng lại dễ bị ảnh hưởng bởi tắc nghẽn giao thông. Bên cạnh đó, địa điểm xảy ra tai nạn khác chiếm tỷ lệ cao (53,2%) cho thấy nhiều trường hợp tai nạn ở nhà, tại nơi làm việc và tại trường học.

3. Đặc điểm về vùng tổn thương

Bệnh nhân tổn thương từ 1 đến 4 vùng giải phẫu, trong đó chấn thương chi chiếm tỷ lệ cao nhất (49,7%), kế đến là đầu và cổ (21,8%); các vùng mặt, ngực, bụng chiếm tỷ lệ thấp hơn. Việc chi là bộ phận dễ chấn thương nhất do tần suất hoạt động cao và phản xạ tự vệ đưa ra đỡ lực nhằm bảo vệ các vùng trọng yếu. Tuy nhiên, trong các tai nạn mức độ mạnh như tai nạn giao thông hay ngã cao, vùng đầu và cổ lại chiếm ưu thế do va chạm trực tiếp với bề mặt cứng, dẫn đến chấn thương sọ não. Điều này cho thấy cơ chế và cường độ lực tác động quyết định vị trí tổn thương, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bảo vệ vùng đầu và chi để giảm thiểu rủi ro và cải thiện tiên lượng điều trị. Đáng chú ý, 64,9% bệnh nhân chỉ tổn thương một vùng đơn thuần; tỷ lệ đa chấn thương (2 đến 4 vùng) thấp hơn nhưng có tiên lượng nặng do chịu lực tác động lớn. Số vùng tổn thương là chỉ số then chốt quyết định mức độ nghiêm trọng và tiên lượng ở bệnh nhân, đặc biệt trong các trường hợp đa chấn thương. Yếu tố này tỷ lệ thuận với cơ chế và cường độ lực tác động; khi số vùng tổn thương tăng lên, đồng nghĩa với việc cơ thể đã chịu một lực sang chấn rất mạnh khiến các tổn thương tại mỗi vị trí sẽ trở nên phức tạp, nặng nề và đa dạng hơn. Việc xác định số vùng tổn thương là yếu tố then chốt để phân loại, dự báo kết cục và huy động nguồn lực cấp cứu kịp thời.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kim Duy Tùng [7] và Kaya [8].

4. Đặc điểm về phân bố đối tượng theo thang điểm ISS

Thang điểm ISS ghi nhận sự chiếm ưu thế của nhóm chấn thương nhẹ (37,4%) và trung bình (46,5%). Các tổn thương này thường khu trú hoặc phối hợp ít vùng, chủ yếu do tai nạn sinh hoạt hoặc giao thông va chạm nhẹ. Nhóm chấn thương mức độ trung bình thường có tổn thương ở một đến hai vùng cơ thể, trong đó hay gặp sự phối hợp giữa chấn thương chi với chấn thương đầu và cổ, chấn thương ngực hoặc chấn thương bụng mức độ vừa. Cơ chế chấn thương ở nhóm này thường liên quan đến tai nạn giao thông hoặc tai nạn lao động có lực tác động trung bình. Mặc dù mức độ tổn thương chưa quá nghiêm trọng, nhưng các bệnh nhân trong nhóm này vẫn cần được theo dõi sát để phát hiện sớm các biến chứng tiềm ẩn.

Nhóm chấn thương nặng ($16 \leq ISS \leq 24$) chiếm 10,1%, trong khi nhóm rất nặng và nguy kịch ($ISS \geq 25$) chiếm 6%. Các ca này thường liên quan đến tai nạn năng lượng cao (ngã cao, va chạm tốc độ lớn), gây đa tổn thương và đe dọa tính mạng. Các trường hợp này đòi hỏi can thiệp hồi sức tích cực, phối hợp đa chuyên khoa và theo dõi chặt chẽ. Kết quả này tương đồng với Đỗ Ngọc Sơn (90,6% nhẹ đến trung bình) [6] và Kim Duy Tùng [7], phản ánh xu hướng chấn thương tập trung ở mức độ từ nhẹ đến vừa trong cộng đồng.

5. Đặc điểm kết cục

Nghiên cứu ghi nhận kết cục điều trị khả quan với tỷ lệ khỏi/đỡ bệnh đạt 93%, cho thấy tiên lượng chung tương đối tốt. Kết quả này có thể giải thích bởi đa số bệnh nhân có điểm ISS ở mức nhẹ đến trung bình, phản ánh tổn thương không quá nặng. Chỉ ghi nhận 1 trường hợp tử vong (0,3%). Trường hợp tử vong duy nhất này nằm trong nhóm có $ISS \geq 16$ (nhóm chấn thương nặng). Đa số bệnh nhân nhập viện nội trú (98,2%), nhưng chỉ 9,1% nhập ICU và 1,3% cần phẫu thuật cấp cứu. Những trường hợp cần phẫu thuật cấp cứu là các ca có điểm ISS ở mức độ trung bình đến rất nặng (đa chấn thương: chấn thương sọ não, thấn thương ngực, chấn thương cột sống) cần phẫu thuật cấp cứu trong 2 giờ kể từ khi nhập viện, cần can thiệp ngoại khoa khẩn để kiểm soát tổn thương đe dọa tính mạng. Các trường hợp chuyển viện chiếm tỷ lệ thấp, bao gồm chuyển viện ngang tuyến (3,1%), chuyển tuyến trên (1,8%) và chuyển tuyến dưới (1,8%). Chuyển tuyến trên và ngang tuyến chủ yếu áp dụng cho các bệnh nhân có tổn thương nặng, điểm ISS cao, cần can thiệp chuyên sâu hoặc điều trị tại cơ sở có năng lực cao hơn, hoặc theo nguyện vọng của gia đình. Ngược lại, các trường hợp chuyển tuyến dưới thường là những bệnh nhân ổn định về lâm sàng, không còn nguy cơ biến chứng nặng, cho phép tiếp tục điều trị hoặc theo dõi tại tuyến phù hợp hơn. Thời gian nằm viện trung bình là $6 \pm 3,8$ ngày. Thời gian nằm viện tương đối ngắn phản ánh hiệu quả điều trị và đáp ứng tốt của phần lớn bệnh nhân. Những trường hợp có thời gian nằm viện kéo dài liên quan đến bệnh nhân có ISS cao, tổn thương phức tạp, cần theo dõi lâu hơn, điều trị hồi sức tích cực hoặc can thiệp ngoại khoa. Do đó, thời gian nằm viện cũng là một chỉ số gián tiếp phản ánh mức độ nặng của chấn thương và giá trị tiên lượng của ISS. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Kim Duy Tùng [7].

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn chi tiết về đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân chấn thương, tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế cần được xem xét. Trước hết, do thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang và thời gian nằm viện trung bình ngắn, kết quả thu được chủ yếu phản ánh tình trạng cấp tính và kết cục

điều trị nội trú mà chưa đánh giá được các biến chứng muộn cũng như quá trình phục hồi chức năng của bệnh nhân sau khi xuất viện. Bên cạnh đó, các số liệu về hành vi nguy cơ như việc sử dụng rượu bia (4,4%) hay tuân thủ đội mũ bảo hiểm (68,2%) có thể chịu ảnh hưởng của sai số do thông tin được khai thác gián tiếp từ người nhà hoặc bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu, dẫn đến khả năng thấp hơn so với thực tế. Cuối cùng, nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở y tế đơn lẻ với đặc thù địa phương về giao thông và lao động, vì vậy kết quả về cơ chế chấn thương và tỷ lệ bệnh lý có thể chưa mang tính đại diện hoàn toàn cho các quần thể dân cư khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về đặc điểm của bệnh nhân chấn thương cho thấy nam giới trong độ tuổi lao động (20 - 60 tuổi) là nhóm đối tượng chịu ảnh hưởng chủ yếu, với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế rõ rệt (60,5%). Phần lớn bệnh nhân có thể trạng tốt và không có bệnh lý mạn tính kèm theo. Tai nạn giao thông, đặc biệt là va chạm xe máy, vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây chấn thương (46,5%), tiếp sau đó là tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động. Các yếu tố nguy cơ như không tuân thủ đội mũ bảo hiểm và sử dụng rượu bia vẫn tồn tại, làm gia tăng mức độ nghiêm trọng của tổn thương. Về mặt lâm sàng, đa số bệnh nhân bị tổn thương đơn thuần ở một vùng giải phẫu với mức độ chấn thương nhẹ và trung bình theo thang điểm ISS. Tuy nhiên, các vùng chi, đầu và cổ vẫn là những vị trí dễ bị tổn thương nhất do cơ chế va chạm trực tiếp. Hệ thống sơ cứu và vận chuyển đã có bước cải thiện với hơn một nửa số trường hợp được xử trí trước khi nhập viện, chủ yếu bằng xe cứu thương và ô tô. Kết quả điều trị nhìn chung rất khả quan với tỷ lệ hồi phục đạt 93%, thời gian nằm viện trung bình ngắn (6 ± 3,8 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] **World Health Organization**. *Injuries and violence.* Geneva: WHO, 2024.

[2] **Norton R**, **Kobusingye O**. *Injuries*. N Engl J Med, 2013, 368(18): 1723 - 1730.

[3] **Nguyen H**, **Ivers R**, **Jan S**, et al. *The economic burden of road traffic injuries in a provincial hospital in Vietnam*. Vietnam J Public Health, 2019, 7(2): 18 - 25.

[4] **Ủy ban An toàn Giao thông Quốc gia**. *Báo cáo thường niên an toàn giao thông Việt Nam*. Nhà xuất bản Hà Nội, 2020, Hà Nội.

[5] **The Lancet Global Health**. *Injury: a neglected global health challenge in low - income and middle - income countries*. Lancet Glob Health, 2025, 13(4): 613 - 615.

[6] **Đỗ Ngọc Sơn**, **Phạm Quang Anh**, **Trần Hiếu Học**. *Nghiên cứu áp dụng các bảng điểm ISS và RTS trong đánh giá mức độ nặng bệnh nhân cấp cứu chấn thương tại Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2017, 7(2): 91 - 92.

[7] **Kim Duy Tùng**, **Đào Xuân Thành**, **Hoàng Bùi Hải**. *Thang điểm ISS trong phân loại cấp cứu bệnh nhân chấn thương tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2023, 170(9): 125 - 126.

[8] **Kaya M, Yildirim H**, **Toprak M, Ulu M**. *Comparison of Trauma Scoring Systems for Predicting Mortality in Emergency Department Patients with Traffic Related Multiple Trauma*. Diagnostics (Basel), 2025, 15(12): 1563.

[9] **Nguyễn Thị Thúy**, **Nguyễn Anh Tuấn**. *Nhận xét kết quả phân loại người bệnh chấn thương bằng thang điểm RTS tại Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 532(2): 163.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TRAUMA PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT AT 115 NGHE AN SURGICAL HOSPITAL

This study was conducted to analyze the epidemiological and clinical characteristics, as well as the treatment outcomes, of trauma patients admitted to the Emergency Department at Nghe An 115 General Hospital. By evaluating factors such as accident mechanisms and time to medical access, the study aims to provide a practical database to optimize emergency protocols and enhance the quality of care for trauma patients at the hospital. Results: The average age of patients was 48.4 ± 19.9 years, with males predominance (60.5%). Road traffic accidents were the leading cause of injury (46.5%), followed by domestic accidents (36.4%). Notably, 57.7% of patients received pre - hospital first aid. Regarding transportation, automobiles accounted for 67.3%, while ambulances accounted for 31.7%. The mean time to hospital admission was 2.3 ± 3.4 hours, with the majority of admissions occurring during daytime (70.6%).

In terms of injury site, extremity injuries accounted for 49.7%, followed by head and neck injuries at 21.8%; 64.9% of patients sustained injuries to a single anatomical region. Most cases were classified as mild or moderate in severity (83.9%). Regarding treatment outcomes, 93% of patients recovered or showed improvement; the ICU admission rate was 9.1%, and emergency surgery was required in 1.3% of cases. The average length of hospital stay was 6 ± 3.8 days.

Keywords: Trauma patients, ISS score, Emergency Department.