

# THỰC TRẠNG SƠ CỨU VÀ VẬN CHUYỂN NẠN NHÂN TẠI NẠN GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ TỪ HIỆN TRƯỜNG TAI NẠN

PHẠM THỊ MỸ NGỌC, PHẠM VĂN LÌNH

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tai nạn giao thông là một loại "thảm họa do con người gây ra" gây ảnh hưởng trầm trọng đến sức khỏe con người, là gánh nặng cho toàn xã hội. Công tác sơ cứu ban đầu tại hiện trường và vận chuyển an toàn là rất cần thiết để đảm bảo khả năng sống cho nạn nhân

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng sơ cứu và vận chuyển các nạn nhân tai nạn giao thông đường bộ từ hiện trường tai nạn vào khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ năm 2011

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 364 nạn nhân bị tai nạn giao thông đường bộ từ tháng 4/2011 đến tháng 5/2011. Các nạn nhân được hỏi, quan sát và khám đánh giá về kỹ thuật sơ cứu tại hiện trường và kỹ thuật vận chuyển

**Kết quả:** 6.32% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường, với 65.22% được thực hiện bởi người dân xung quanh nơi tai nạn với các kỹ thuật đơn giản (rửa, băng vải, băng thun, đặt nẹp). Đa số bị chuyển bằng phương thức không phù hợp (84.48% trường hợp chuyển bằng xe không phù hợp, 34.05% nạn nhân tự đi lên xe, và 87.5% chuyển với tư thế ngồi).

**Kết luận:** Thực trạng sơ cứu và vận chuyển nạn nhân tai nạn giao thông còn nhiều bất cập; cần nâng cao kỹ năng sơ cứu, vận chuyển cho người dân trong cộng đồng, và cảnh sát giao thông; đây là những người tiếp cận nạn nhân sớm nhất.

**Từ khóa:** Tai nạn giao thông đường bộ, sơ cứu hiện trường, vận chuyển.

## SUMMARY

**Background:** Traffic accidents are a "human made disaster", severely impact on human health, a burden to society. The first aid at the scene and safety transport is essential to make sure the survival for victims.

**Objective:** This study aims to describe the status of first aid and transport victims of road traffic accidents from the accident scene to the Emergency Department of CanTho General Central Hospital in 2011.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 364 victims of road traffic accidents from April 2011 to May 2011. The transportation and first aid works were surveyed through history taking, clinical examination.

**Results:** 6.32% of victims received first aid at the scene, 65.22% were made by people surrounding the accident scene with the simple techniques (wash, bandages, fixed splints). Most were transferred by unsuitable modes (84.48% by Motorbike, 34.05% self-climbing, 87.5% with sitting position).

**Conclusion:** The situation of first aid and transport victims of traffic accidents is still inadequate; need to improve the first aid and transportation skills for people in the community, and police, they are first approaching.

**Keywords:** road traffic accidents, first aid, transportation

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo xếp hạng của Tổ chức Y tế thế giới dựa trên số năm mất sức khỏe của con người hiện nay, tai nạn giao thông được xếp thứ ba trên toàn thế giới sau bệnh tim mạch và bệnh trầm cảm đơn cực và xếp thứ năm tại khu vực Đông Nam Á [7]. Mỗi năm, thế giới có hơn 1.2 triệu người chết vì tai nạn giao thông đường bộ; khoảng 50 triệu người khác bị thương, và đặc biệt khu vực Đông Nam Á chiếm hết 25% [9]; trong đó, tỉ lệ chết do tai nạn giao thông ở hai nhóm tuổi 5- 14, 15- 29 đứng hàng thứ hai, nhóm tuổi 30- 44 đứng hàng thứ ba sau HIV và lao (WHO, 2004). Tại Việt Nam, mỗi ngày có khoảng 30 người chết do tai nạn giao thông đường bộ và hàng trăm người bị chấn thương để lại di chứng tàn phế [6], và theo một số nghiên cứu đã báo cáo, tai nạn giao thông ở Việt Nam là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm trong các vấn đề sức khỏe, xảy ra chủ yếu ở người trẻ độ tuổi 21- 50, đây là lực lượng lao động chính của xã hội [2].

Việc sơ cấp cứu ban đầu hiệu quả, kịp thời cực kỳ quan trọng góp phần không nhỏ hạn chế tử vong và giảm thiểu những di chứng đáng tiếc gây tàn phế vĩnh viễn, tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội sau này. Điều tra của Cục Y tế dự phòng và môi trường, Bộ Y tế về thực trạng sơ, cấp cứu và vận chuyển cấp cứu tại Việt Nam cho thấy, phần lớn các nạn nhân thường được những người xung quanh đưa vào viện bằng bất cứ phương tiện gì sẵn có và rất ít người được sơ cứu tại chỗ đúng kỹ thuật: chỉ có 4% các ca tai nạn thương tích được đưa đến bệnh viện bằng xe cấp cứu, 52% nạn nhân không được cấp cứu ban đầu, chỉ có khoảng 5- 10% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường tương đối đúng kỹ thuật nhưng lại chuyển bằng phương tiện không an toàn như xe máy, xe lôi... thậm chí cả xe đạp, xe thô sơ khác... [4].

Tuy nhiên hiện nay, số liệu tai nạn giao thông và tình hình sơ cứu còn nhiều bất cập, không đầy đủ, chưa đảm bảo tính tin cậy [1],[8]. Để góp phần cung cấp những thông tin tin cậy về sơ cứu ban đầu trong tai nạn giao thông cho Việt Nam nói chung, thành phố Cần Thơ nói riêng, góp phần đưa ra những biện pháp giảm thiểu và hạn chế hậu quả tai nạn; cũng như là cơ sở để nhóm nghiên cứu thực hiện tiếp sâu hơn các lĩnh vực liên quan về vấn đề này, chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng sơ cứu và vận chuyển các nạn nhân tai nạn giao thông đường bộ từ hiện trường tai nạn vào khoa Cấp cứu bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ năm 2011*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu (NC) cắt ngang mô tả với cỡ mẫu là toàn bộ nạn nhân bị tai nạn giao thông (TNGT) đường bộ chuyển thẳng từ hiện trường vào cấp cứu tại Bệnh

viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (BVĐK TWCT) từ tháng 4/2011 đến tháng 5/2011 (n= 364, phù hợp tiêu chí chọn mẫu).

**Kỹ thuật thu thập thông tin:** Dữ liệu được thu thập bởi Bác sĩ khoa cấp cứu trực tiếp tiếp xúc đối tượng NC theo nội dung mẫu phiếu điều tra đã soạn sẵn qua hỏi lấy thông tin về sơ cứu và vận chuyển trước khi được đưa đến BVĐK TWCT; quan sát và thăm khám đánh giá kỹ thuật sơ cứu: Đánh giá kỹ thuật sơ cứu tại hiện trường theo từng thương tích: dựa vào thang điểm Likert' scale trong đánh giá kỹ năng, căn cứ trên: Các tài liệu về Kỹ thuật điều dưỡng của Bộ Y tế; và năm nội dung cơ bản người dân cần phải thực hiện trong sơ cứu hiện trường của WHO. Đánh giá chung kỹ thuật sơ cứu bằng điểm trung bình cộng của điểm đánh giá từng thương tích/ tổng số thương tích

**Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm Stata 8.0 để phân tích và xử lý số liệu theo phép thống kê Y học.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Thực trạng công tác sơ cứu hiện trường nạn nhân TNGT:

Bảng 1: Tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu ban đầu

Sơ cứu ban đầu	n	%
Được sơ cứu hiện trường	23	6.32
Được sơ cứu tại CSYT	132	36.26
Không được sơ cứu	209	57.42
Tổng	364	100%

Nhận xét: 6.32% được sơ cứu hiện trường (KTC 95%: 3.8; 8.81), 36.26% được sơ cứu tại các CSYT (KTC 95%: 31.32, 41.43), 57.42% BN không được sơ cứu (KTC 95%: 52.3, 62.5).

Bảng 2: Người sơ cứu nạn nhân tai nạn giao thông tại hiện trường.

Người Sơ cứu	n	%
Người đi cùng	4	17.39
Người xung quanh	15	65.22
CB Y tế gần nơi tai nạn	4	17.39
Tổng	23	100%

Bảng 6: Đánh giá Công tác sơ cứu các thương tích tại hiện trường (n=23)

Đánh giá Thương tích	Rất tốt		Tốt	
	n	%	n	%
V. thương p. mềm	0	0	3	21.43
Gãy xương	0	0	2	20.0
V. thương đầu	0	0	1	12.5
V. thương m. máu	0	0	0	0

(\*: Thương tích không được sơ cứu, BN được sơ cứu thương tích khác)

Nhận xét: Vết thương phần mềm: 11.11% không tốt (không sơ cứu); gãy xương: 90% đánh giá tốt hoặc tạm được. Vết thương đầu: 25% trường hợp không tốt.

Nhận xét: 65.52% trường hợp do người dân xung quanh nơi tai nạn sơ cứu (KTC 95%: 42.73- 83.62)

Bảng 3: Kỹ thuật sơ cứu vết thương phần mềm

Kỹ thuật sơ cứu	n	%
Không xử lý	93	87.74
Rửa, băng	13	12.26
Tổng	106	100%

Nhận xét: 12.26% VT phần mềm/hiện trường là (KTC 95%: 6.6, 20.05) băng rửa, băng

Bảng 4: Kỹ thuật sơ cứu gãy xương

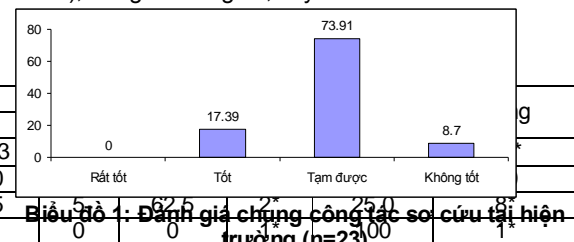
Kỹ thuật Xương gãy	Không sơ cứu		Cố định bằng băng		Cố định bằng nẹp		$\chi^2, p$
	n	%	n	%	N	%	
Chi trên	15	32.61	2	40	2	40	$\chi^2=1.0,$ $p=0.9,$ Fisher's exact=0.87
Chi dưới	20	43.48	2	40	3	60	
X. đòn	9	19.57	1	20	0	0	
X. hàm	1	2.17	0	0	0	0	
X.sườn	1	2.17	0	0	0	0	
Gãy xương	46	82.14	5	8.93	5	8.93	
Tổng	56 (100%)						

Nhận xét: Tỷ lệ BN gãy xương không được sơ cứu là 82.14% (KTC 95%: 71.79, 92.49), trong đó gãy xương chi trên và chi dưới chiếm tỉ lệ 32.61% và 43.48%. Tỷ lệ xương gãy được cố định bằng băng hoặc nẹp là 8.93%

Bảng 5: Kỹ thuật sơ cứu vết thương đầu

Kỹ thuật sơ cứu Thương tích	Không xử lý		Rửa+ băng vết thương		$\chi^2, p$
	n	%	N	%	
Rách da, cơ	36	32.43	1	16.67	$\chi^2=2.1,$ $p=0.35$ Fisher's exact=0.3
Sưng nề, xây xát	70	63.06	4	66.67	
Chảy máu mũi, tai...	5	4.5	1	16.67	
Vết thương đầu	111	94.87	6	5.13	
Tổng	117 (100%)				

Nhận xét: 94.97% trường hợp vết thương đầu không được sơ cứu, chuyển thẳng (KTC 95%: 90.81, 98.92), trong đó sưng nề, xây xát chiếm 63.06%.



Nhận xét: 17.39% tốt (KTC 95%: 13.6, 21.4), không có trường hợp nào là rất tốt.

#### 2. Thực trạng vận chuyển nạn nhân TNGT

Bảng 7: Phương tiện vận chuyển nạn nhân

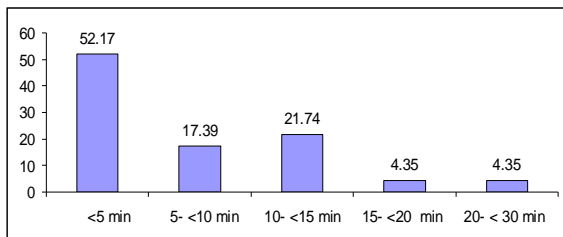
Phương tiện	n	%
Xe cấp cứu	1	0.43
Taxi	26	11.21
Ô tô	5	2.16
Mô tô	196	84.48
Xe thô sơ	3	1.29
Xe cảnh sát	1	0.43
Tổng	232	100%

Nhận xét: 84.48% chuyển bằng xe máy (KTC 95%: 79.17, 88.89)

Bảng 9: Tư thế vận chuyển nạn nhân

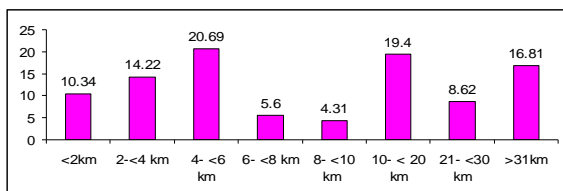
Tư thế	n	%
Nằm ngửa	21	9.05
Fowler	8	3.45
Ngồi	203	87.5
Tổng	232	100%

Nhận xét: 87.5% chuyển với tư thế ngồi (KTC 95%: 82.54, 91.46)



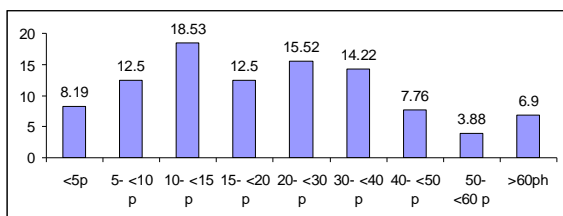
Biểu đồ 2: Khoảng thời gian từ khi tai nạn đến khi được sơ cứu hiện trường (n=23)

Nhận xét: 52.17% được sơ cứu trong vòng 5 phút đầu. Không có trường hợp nào >30 phút mới được sơ cứu (trung vị = 5 phút, tối thiểu = 3 phút, tối đa = 25 phút).



Biểu đồ 3: Khoảng cách từ hiện trường đến BVĐK TWCT

Nhận xét: 16.81% trường hợp xảy ra cách xa BV >31km



Biểu đồ 4: Khoảng thời gian di chuyển từ hiện trường đến BVĐK TWCT

Nhận xét: 6.9% trường hợp chuyển từ hiện trường đến BV > 60 phút (trung vị=20 ph, độ lệch tứ vị: 12.5 ph, tối thiểu = 3ph, tối đa= 100 ph). Có mối tương quan giữa khoảng cách và thời gian chuyển ( $\chi^2 = 496.09, p < 0.001$ )

## BÀN LUẬN

### 1. Thực trạng công tác sơ cứu hiện trường nạn nhân TNGT.

Chỉ có 6.32% nạn nhân được sơ cứu hiện trường, hình ảnh vệt vã "hốt" nạn nhân chuyển đi ngay sau

TNGT hầu như bắt gặp hàng ngày trên đường phố. Tỷ lệ sơ cứu tại hiện trường tương đồng với NC của Đ.N.Đức (2008)[2]: 6.2% (tại phòng khám đa khoa khu vực tại Hà Nội, n= 305, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p=0.74), và 8.7% (tại BV Xanh-Pôn Việt Đức, n=413, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p=0.2). Sự tương đồng này phù hợp có thể do đây đều là các tuyến Y tế trung tâm của khu vực, và tỉ lệ này phản ánh thực trạng chung về tình hình sơ cứu hiện trường trong cả nước. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng theo điều tra của Cục Y tế dự phòng và môi trường, Bộ Y tế về thực trạng sơ, cấp cứu và vận chuyển cấp cứu tại Việt Nam: có khoảng 5% - 10% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường [5]

**Người sơ cứu hiện trường:** tại hiện trường, người đầu tiên tham gia sơ cứu đa số là những người dân xung quanh (65.22%), phù hợp với điều tra nghiên cứu tại các địa phương của Bộ Y tế (gần 70% nạn nhân nhận được cấp cứu ban đầu bởi người dân cộng đồng); tỉ lệ người đi cùng sơ cứu cho nạn nhân là 17.39%. Trái ngược với NC của Đ.N.Đức (2008) [2], tỉ lệ người đi cùng sơ cứu cho nạn nhân (55%), tỉ lệ được người xung quanh sơ cứu (16.5%). Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa việc sơ cứu bởi người đi cùng với số người bị thương trong cùng vụ tai nạn, vì vậy không phải do người đi cùng cũng bị thương nên không thể sơ cứu cho nhau được. Có thể do sự khác nhau về văn hóa giữa hai vùng miền. Cả hai NC đều không có sự tham gia sơ cứu của công an giao thông.

### Kỹ thuật sơ cứu:

**Vết thương phần mềm:** Có 12.26% vết thương phần mềm được sơ cứu bằng rửa, băng vết thương đơn thuần với các dụng cụ có sẵn (khăn, áo.. trên người nạn nhân), tương đồng với NC của Đ.N.Đức (2008) [2] là 15.46% (n= 1326, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p=0.3). Vết thương phần mềm là dạng vết thương dễ nhận diện, nhưng thường dễ bị bỏ qua, chỉ khi nào chảy máu nhiều hoặc vết thương sâu rộng mới được quan tâm sơ cứu

**Gãy xương:** Tại hiện trường, tỉ lệ nạn nhân bị gãy xương không được sơ cứu rất cao (82.14%) (n=56) tương đồng với NC của Đ.N.Đức (2008) [2] (n= 271, 72.3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p=0.09), trong đó đa phần là gãy xương chi trên và chi dưới, là hai bộ phận rất dễ bị biến chứng trong quá trình chuyển nếu không bất động vững. Tỷ lệ cố định xương gãy bằng băng, hoặc nẹp rất thấp (8.93%). Tỷ lệ cố định xương gãy bằng băng và nẹp tương đồng với NC của Đồng Ngọc Đức [2] (băng băng: 11.4%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, p=0.59, băng nẹp: 4.8%, p= 0.2).

**Vết thương đầu:** Chỉ có 5.13% trường hợp được sơ cứu bằng rửa vết thương hoặc băng vết thương bên ngoài, thấp hơn NC của Đồng Ngọc Đức (15.8%, p=0.06) [2] (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p=0.0016). Hầu hết các trường hợp có vết thương đầu đều không được sơ cứu, chuyển thẳng (94.97%). Tỷ lệ không sơ cứu vết thương đầu trong NC chúng tôi cao hơn trong NC của Đ.N.Đức (2008) (84.2%) [2] (sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p=0.0016$ ); có thể do sự khác biệt về liên quan kinh nghiệm từng trải trong chiến tranh của hai miền Nam Bắc

**Đánh giá kỹ thuật sơ cứu:** Vết thương phần mềm được đánh giá khá tích cực (21.43%- tốt, 71.43%- tạm được), nghĩa là các vết thương phần mềm đều được rửa và băng tạm bằng bất kỳ vật dụng có sẵn; nhưng 11.11% trường hợp nhận định không tốt, nghĩa là không xử lý mà chỉ sơ cứu thương tích khác. Trong khi vết thương phần mềm là đơn giản; việc bỏ qua có thể do tình trạng tổn thương khác "có vẻ" nặng hơn, cần chuyển nhanh. Không có trường hợp nào nhận định là rất tốt (được rửa- băng bằng vật tự y tế). Gãy xương có 90% trường hợp được nhận xét sơ cứu là tốt hoặc tạm được, có 10% trường hợp nhận xét là không tốt nghĩa là không xử lý mà chỉ sơ cứu thương tích khác. Vết thương đầu có 62.5% trường hợp được nhận xét sơ cứu là tốt, 12.5% tạm được, có 02 trường hợp không sơ cứu, chỉ sơ cứu các tổn thương khác đính kèm nhận xét là không tốt. Vết thương mạch máu có 1 trường hợp, là thương tích đi kèm, không được sơ cứu- không tốt

Đánh giá chung kỹ thuật sơ cứu hiện trường của 23 trường hợp: tốt là 17.39%, 73.91% được đánh giá ở mức độ tạm được, không tốt là 8.7%. Dựa trên tiêu chí đánh giá cho sơ cứu hiện trường, về mặt hiệu quả sơ cứu thì chỉ chấp nhận được ở mức tốt và rất tốt, vì thế sơ cứu hiệu quả tại hiện trường chỉ là 17.39% (KTC 95%: 13.6, 21.4%), thấp hơn so với BV Việt - Đức: "Tại bệnh viện Việt Đức, chỉ có 5-10% nạn nhân tai nạn giao thông được sơ cứu tại chỗ. Một nửa số người được sơ cứu nhưng lại sai kỹ thuật và vận chuyển không an toàn" (Giáo sư Vũ Văn Đĩnh, 2010)

## 2. Tình hình vận chuyển:

**Phương tiện vận chuyển:** Thực tế cho thấy ở Việt Nam, sau TNGT, phần lớn các nạn nhân thường được những người xung quanh đưa vào viện bằng bất cứ phương tiện gì sẵn có và chủ yếu thường là xe máy. Trong NC chúng tôi tỉ lệ chuyển bằng xe honda từ hiện trường đến BV là 84.48%, tương đồng với NC của Đồng Ngọc Đức (2008) [2] ( $n=321$ , 87.85%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p=0.2$ ). Việc tham gia vận chuyển của xe cấp cứu (mặc dù không gọi 115) và xe của cảnh sát (1 trường hợp/ loại), tuy tỉ lệ rất nhỏ, nhưng cũng có thể xem là bước khởi đầu tốt trong sơ cứu hiện trường của 2 loại xe này

**Tư thế BN trong lúc chuyển:** tư thế ngồi chiếm tỉ lệ cao nhất 87.5%, về nguyên tắc vận chuyển thương tích tai nạn: không vận chuyển ở tư thế ngồi dù là thương tích nhẹ, ngoài trừ một số trường hợp đặc biệt mà thôi

**Thời gian được sơ cứu hiện trường:** Trong 23 trường hợp, 52.17% được người giúp đỡ sơ cứu trong vòng 5 phút đầu, 17.39% được sơ cứu trong 5-10 phút, 21.71% được sơ cứu tại chỗ trong vòng 10-15 phút. Việc sơ cứu hiện trường hầu như được tiến hành nhanh ngay sau khi tai nạn (tối thiểu là 3 phút), không có trường hợp nào >30 phút mới được sơ cứu (tối đa là 25 phút). Trong NC của Đồng Ngọc Đức (2008) [2], tỉ lệ sơ cứu trong 5 phút đầu không có sự

khác biệt với NC chúng tôi (38.4%,  $n=218$ , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê,  $p=0.2$ ) nhưng có 10.2% trường hợp sau 30 phút mới được sơ cứu. Về nguyên tắc xử trí ban đầu cần tiến hành ngay. Nên tỉ lệ cao thời gian sơ cứu cho nạn nhân <5 phút là tốt; thực tế người dân cộng đồng không biết điều này mà chủ yếu từ lòng tốt.

**Thời gian chuyển và khoảng cách chuyển:** góp phần ảnh hưởng không nhỏ đến "thời gian vàng" trong sơ cấp cứu. Trong NC chúng tôi, việc vận chuyển nạn nhân có khuynh hướng chọn lựa BV lớn hơn là BV gần: 16.81% trường hợp xảy ra cách xa BV >31km, phù hợp với khảo sát nhu cầu người dân trong chọn lựa CSYT để cấp cứu (49.6% chọn BV tuyến tỉnh hoặc trung ương) [3]. Có 6.9% có thời gian chuyển > 60 phút, có mối tương quan giữa khoảng cách và thời gian chuyển ( $p<0.001$ ), phù hợp với tình hình giao thông của các tuyến đường liên tỉnh, ngoại thành, nội thành tại Cần Thơ hiện nay, hầu như rất ít tình trạng ùn tắc giao thông.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu có thể thấy tỉ lệ sơ cứu hiện trường chưa cao (6.32%). Công tác sơ cứu hiện trường được thực hiện đa số bởi người dân xung quanh nơi tai nạn (65.22%); với các kỹ thuật đơn giản (rửa, băng vải, băng thun, đặt nẹp). Về thời gian từ khi bị tai nạn đến khi được sơ cứu: 52.17% được người giúp đỡ sơ cứu trong vòng 5 phút đầu, 17.39% được sơ cứu trong 5-10 phút, 21.71% được sơ cứu tại chỗ trong vòng 10- 15 phút. Về vận chuyển: đa số đều chuyển bằng phương tiện không phù hợp (xe honda: 84.48%), và nạn nhân được chuyển với tư thế ngồi (87.5%), có 6.9% có thời gian chuyển > 60 phút. Đánh giá chung kỹ thuật sơ cứu hiện trường của 23 trường hợp còn rất khiêm tốn: tốt (7.39%), tạm được (73.91%), không tốt (8.7%).

## KIẾN NGHỊ

Để nâng cao tỉ lệ và chất lượng sơ cứu hiện trường, vận chuyển nạn nhân TNGT hiệu quả, cần phải: tổ chức tập huấn kỹ thuật sơ cứu ban đầu cơ bản cho các người dân ở gần các điểm đen, và người dân trong cộng đồng; triển khai xây dựng đội ngũ tình nguyện viên với các chốt sơ cứu dọc theo các tuyến đường trọng điểm; từng bước thay đổi và nâng cao nhận thức cộng đồng về sơ cứu và an toàn giao thông qua tập huấn cho học sinh trong các trường cấp II, III. Bên cạnh đó, giáo dục truyền thông về vận chuyển an toàn cho tai nạn thương tích trong toàn dân

Công an thường là người người tiếp cận nạn nhân sớm hơn, nhưng không có trường hợp nào do công an sơ cứu trong NC chúng tôi, vì vậy về phía công an: bước đầu đưa công tác sơ cứu vào trong hoạt động ngành.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban An toàn Giao Thông (2004), "Chiến lược phát triển hệ thống Y tế".
2. Đồng Ngọc Đức, Nguyễn Quốc Triệu, Trần Danh Lợi, (2008), "Thực trạng sơ cấp cứu giao thông ngoài bệnh viện Hà Nội năm 2007- 2008", Y học thực hành (650) số 3/2009.

3. Trần Thiện Thuận, Đặng Hải Nguyên (2004), "Khảo sát yếu tố sức khỏe ảnh hưởng tai nạn tại cộng đồng huyện Dĩ An, tỉnh Bình Dương", Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản của số 01.
4. Trần Xuân Quảng (2010), "Báo cáo tình hình thực hiện nhiệm vụ công tác 6 tháng đầu năm, những nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2010, thành phố Pleiku".
5. Tạ Văn Trâm (2009), "Tình hình tai nạn thương tích tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang".
6. Nguyễn Thị Hồng Tú (2005), "Chương trình phòng chống tai nạn thương tích ở Việt Nam và các vấn đề xây dựng chính sách", Hội nghị Khoa học Quốc gia về phòng chống tai nạn thương tích lần thứ nhất Hà Nội 11/2005, pp. 639- 669.
7. Ogunrin OA, Adeyekun AA (2010), "Profile of Post-traumatic Epilepsy in Benin City-Nigeria", West Afr J Med. 2010 May-Jun;29(3):153-7.
8. Uli Schmucker, Caspar Ottersbach, Matthias Frank, Luong Xuan Hien, Lajos Bogar, Axel Ekkernkamp, Dirk Stengel and Gerrit Matthes (2005), "A new approach and first steps to strengthen trauma management", Journal of Trauma Management & Outcomes.
9. Xiaoyu Zhu, Sivaramakrishnan Srinivasan (2010), "A comprehensive analysis of factors influencing the injury severity of large-truck crashes", Accident Analysis & Prevention 43(1), pp. 49-57.