

THỰC TRẠNG SƠ CẤP CỨU NGƯỜI ĐIỀU KHIỂN XE MÁY BỊ TAI NẠN GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ TRƯỚC BỆNH VIỆN KHU VỰC HÀ NỘI VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CAN THIỆP

**ĐỒNG NGỌC ĐỨC,
NGUYỄN QUỐC TRIỆU, TRẦN DANH LỢI**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thương tích giao thông đường bộ là một vấn đề lớn của y tế công cộng, trên toàn cầu ước tính hàng năm có khoảng 1,2 triệu người chết do tai nạn giao thông. Tổ chức y tế thế giới cảnh báo tai nạn giao thông là vấn đề sức khỏe công cộng chính ở Châu Á và Thái Bình Dương; với khoảng 10 triệu người bị chết và bị thương nặng hàng năm. Tại Việt Nam, mỗi ngày có khoảng 30 người chết và hàng trăm người bị chấn thương do tai nạn giao thông đường bộ. Tai nạn giao thông chủ yếu xảy ra ở những người trẻ, làm ảnh hưởng trực tiếp đến kinh tế do chi phí rất lớn mà còn là còn làm giảm sức lao động của xã hội. Ở Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về tai nạn giao thông; vì vậy

chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng sơ cấp cứu người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện và các cơ sở y tế khác trên địa bàn thành phố Hà Nội.

Từ mục tiêu trên đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả sơ cứu tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện khu vực Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ vào khám và điều trị tại các cơ sở y tế được chọn.

- Lãnh đạo trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội.

2. Địa điểm nghiên cứu.

- Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, bệnh viện Xanh Pôn, bệnh viện đa khoa Sóc Sơn- Hà Nội, phòng khám đa khoa khu vực Kim Anh - Sóc Sơn – Hà Nội, Trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội.

3. Thời gian nghiên cứu.

Từ 1/1/2007 đến 06/12/2008.

4. Phương pháp nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả.

+ Nghiên cứu định lượng:

Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu toàn bộ người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ được đưa tới các cơ sở y tế nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. Cụ thể:

Tại phòng khám khu vực và bệnh viện tuyến huyện: thời gian từ tháng 5/2007- tháng 5/2008.

Tại bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức: thời gian từ tháng 5- 10 năm 2007.

+ Nghiên cứu định tính: phỏng vấn sâu lãnh đạo trung tâm cấp cứu 115 về thực trạng nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị phục vụ cấp cứu và hoạt động cấp cứu của Trung tâm.

4.1 Kỹ thuật chọn mẫu: nghiên cứu toàn bộ người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ vào các cơ sở nghiên cứu được chọn.

4.2 Kỹ thuật thu thập thông tin: phỏng vấn kết hợp với quan sát, thăm khám trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng mẫu phiếu điều tra.

4.3 Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 13.0 để phân tích và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học.

KẾT QUẢ

1. Thực trạng sơ cứu người điều khiển xe máy bị TNGT đường bộ trước bệnh viện và cơ sở y tế khác khu vực Hà Nội.

1.1. Thực trạng sơ cứu ngay tại hiện trường nơi xảy ra TNGT

- Phân loại chấn thương của nạn nhân: Chấn thương phần mềm chiếm tỷ lệ cao nhất 85,1%, sau đó là gãy xương chiếm 20,4% và chấn thương sọ não là 12,9%.

- Về thực trạng sơ cứu người điều khiển xe máy bị TNGT đường bộ tại hiện trường, kết quả cho thấy trong tổng số 1.326 nạn nhân, tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu ngay tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn rất thấp (16,4%); 83,6% nạn nhân hoàn toàn không được sơ cứu.

Bảng 1. Thời gian từ khi xảy ra TNGT đến khi được sơ cứu:

Thời gian	Số lượng (n= 218)	Tỷ lệ %
< 5 phút	84	38,5
5-10 phút	66	30,3
>10- 15 phút	23	10,6
> 15-20 phút	5	2,3
>20-30 phút	18	8,3
>30 phút	22	10,2

Nhận xét: tại hiện trường, chỉ có 38,5% được sơ cứu trong vòng 5 phút kể từ khi xảy ra tai nạn; 30,3%

được sơ cứu trong vòng 5-10 phút; 10,6% được sơ cứu tại chỗ trong vòng 10-15 phút. Tuy nhiên vẫn còn 10,2% sau 30 phút mới được sơ cứu.

Bảng 2. Người đầu tiên tham gia sơ cứu nạn nhân tại hiện trường:

Người tham gia sơ cứu	Số lượng (n = 218)	Tỷ lệ %
Tự bản thân	21	9,6
Người đi cùng	120	55,0
Người gây tai nạn	8	3,7
Người xung quanh	36	16,5
Công an	0	0,0
Cán bộ y tế gần nơi xảy ra tai nạn	57	26,2
Khác	3	1,4

Nhận xét: tại hiện trường, người đầu tiên tham gia sơ cứu nạn nhân là người đi cùng (55%), người xung quanh tại nơi xảy ra tai nạn tham gia sơ cứu cho nạn nhân chiếm 16,5%; có 9,6% nạn nhân tự sơ cứu. Sự tham gia sơ cứu của nhân viên y tế tại nơi xảy ra tai nạn mới chỉ chiếm 26,2%. Không có trường hợp nào được công an giao thông tham gia sơ cấp cứu.

Bảng 3. Cách sơ cứu vết thương phần mềm tại nơi xảy ra tai nạn:

Cách sơ cứu	Số lượng (n=205)	Tỷ lệ %
Rửa vết thương	32	15,6
Băng vết thương	124	82,5
Garô cầm máu	3	1,5
Bất động tạm thời bằng băng treo	1	0,5

Nhận xét: sơ cứu vết thương phần mềm tại hiện trường chủ yếu là băng vết thương (82,5%), phương tiện sử dụng để băng là khăn, áo, vải là thứ có sẵn trên người nạn nhân hoặc người đi cùng; có 15,6% nạn nhân chỉ được rửa vết thương đơn thuần và 1,5% nạn nhân được garô cầm máu trước khi chuyển đến cơ sở y tế.

Bảng 4. Cách sơ cứu gãy xương tại nơi xảy ra tai nạn (n =271).

Không sơ cứu	72,3%
Rửa vết thương	2,6%
Băng vết thương	13,7%
Cố định xương gãy bằng băng	11,4%
Cố định xương gãy bằng nẹp	4,8%

Nhận xét: tỷ lệ nạn nhân bị gãy xương không được sơ cứu rất cao (72,3%), tỷ lệ được cố định bằng nẹp rất thấp (4,8%), 11,4% nạn nhân được cố định xương gãy bằng băng, có 13,7% nạn nhân chỉ được băng vết thương rồi chuyển đến cơ sở y tế.

Bảng 5. Cách sơ cứu chấn thương sọ não tại nơi xảy ra tai nạn (n = 171)

Cách sơ cứu	Không xử lý		Rửa+ Băng vết thương	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Chấn động não	93	54,4	11	6,4
Chấn thương sọ não kín	49	28,7	15	8,7
Vết thương sọ não	2	1,2	1	0,6
Tổng	144	84,2	27	15,8

Nhận xét: Hầu hết nạn nhân chấn thương sọ não không được sơ cấp cứu mà chuyển thẳng đến cơ sở y tế (84,2%), chỉ có 15,8% trường hợp được xử trí sơ

cấp cứu trước khi chuyển đến cơ sở y tế bằng rửa vết thương hoặc băng vết thương phần mềm.

1.2 Thực trạng sơ cứu đến thời điểm nạn nhân được chuyển đến phòng khám đa khoa khu vực

Bảng 6. Thực trạng sơ cứu cấp cứu đến thời điểm nạn nhân được chuyển đến PKKV:

Sơ cấp cứu	Số lượng	Tỷ lệ %
Được sơ cứu tại hiện trường	19	6,2
Trạm y tế xã	1	0,3
Bệnh viện tuyến huyện	5	1,7
Không được sơ cứu chuyển thẳng đến PKKV	273	89,5
Không rõ	7	2,3
Tổng số	305	100,0

Nhận xét: 89,5% nạn nhân hoàn toàn không được sơ cứu mà chuyển thẳng đến PKKV. Có 6,2% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn; 0,3% được sơ cứu bởi trạm y tế xã, có 1,7% nạn nhân được sơ cứu tại bệnh viện tuyến huyện trước khi đến PKKV.

Bảng 7. Khoảng cách và thời gian vận chuyển nạn nhân đến PKKV(n=266)

	≤ 2km	> 2-4km	>4-6 km	>6km
≤10 phút	6,8	0	0	0,4
10-20 phút	12	4,9	0,8	0,4
>20-40 phút	39,5	10,9	1,5	0
>40-60 phút	7,2	5,6	1,5	0
> 60 phút	3,4	2,3	2,3	0,8

Nhận xét: Thời gian nạn nhân được vận chuyển từ nơi xảy ra tai nạn đến phòng khám đa khoa khu vực chủ yếu là 30- 40 phút (30,5%) và 20-30 phút (21,4%). Tuy nhiên có 8,8% nạn nhân sau một giờ mới tiếp cận được với phòng khám đa khoa khu vực.

Bảng 8. Phương tiện vận chuyển nạn nhân từ nơi xảy ra tai nạn đến PKKV.

	Vết thương phần mềm	Gãy xương	Chấn thương sọ não
Tự đi bộ	3%	8,6%	0%
Xe đạp	1,1%	2,9%	0%
Xe máy	89,6%	71,4%	93,8%
Ô tô	5,9%	17,1%	6,3%
Xe taxi	0%	0%	0%
Xe CC115	0,4%	0%	0%

Nhận xét: Phương tiện vận chuyển nạn nhân chủ yếu là xe máy, trong đó nạn nhân chấn thương phần mềm được vận chuyển bằng phương tiện này chiếm 89,6%, gãy xương chiếm 71,4%, chấn thương sọ não là 93,8%. Tỷ lệ nạn nhân được vận chuyển bằng phương tiện xe ô tô của người đi đường rất thấp: 5,9-17,1%. Tỷ lệ nạn nhân được can thiệp vận chuyển bởi xe cấp cứu 115 rất hiếm. Không thấy có xe tắc xi tham gia vận chuyển nạn nhân.

Bảng 9. Phương pháp vận chuyển nạn nhân vào PKKV

	Vết thương phần mềm	Gãy xương
Khiêng cáng	2,8%	4,2%

Khiêng tay	8,6%	33%
Công	4,8%	12,5%
Người khác bế	6,6%	4,2%
Điu	55,2%	45,8%
Tự đi	22,1%	0%

Nhận xét: Khi được đưa đến PKKV, nạn nhân được vận chuyển từ phương tiện vận chuyển vào phòng khám chủ yếu là điu bởi người đi cùng hoặc người nhà: chấn thương phần mềm 55,2%; gãy xương 45,8%. Tỷ lệ được khiêng bằng cáng rất thấp: 2,8-4,2%. Tỷ lệ nạn nhân được khiêng bằng tay khá lớn (8,6-33,3%).

1.3 Thực trạng sơ cứu nạn nhân TNGT đường bộ đến thời điểm nạn nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện

Bảng 10. Tình hình sơ cứu trước khi nạn nhân được chuyển đến bệnh viện huyện.

Sơ cứu	Số lượng	Tỷ lệ %
Được sơ cứu tại hiện trường	165	27,1
Được sơ cứu tại trạm y tế, y tế cơ quan	63	10,4
Được sơ cứu tại phòng khám khu vực	18	3,0
Được sơ cứu tại các cơ sở y tế khác	2	0,3
Không được sơ cứu	360	59,2
Tổng số	608	100,0

Nhận xét: Trước khi nạn nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện, tỷ lệ không được sơ cứu rất cao (59,2%), chỉ có 27,1% được sơ cứu tại hiện trường, 10,4% nạn nhân được sơ cứu tại trạm y tế, y tế cơ quan; có 3% nạn nhân được sơ cứu tại PKKV và 0,3% được sơ cứu tại các cơ sở y tế khác.

Bảng 11. Khoảng cách và thời gian nạn nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện

	≤ 2km	> 2-4km	>4-6 km	>6km
≤10 phút	6,8%	0%	0%	0,4%
10-20 phút	12%	4,9%	0,8%	0,4%
>20-40 phút	39,5%	10,9%	1,5%	0%
>40-60 phút	7,1%	5,6%	1,5%	0%
> 60 phút	3,4%	2,3%	2,3%	0,8%

Nhận xét: Khoảng cách từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện tuyến huyện chủ yếu là trong vòng 6 km, trong đó khoảng cách 4-6 km chiếm tỷ lệ cao nhất (27,9%); sau đó là 2-4 km (26,3%) và trong vòng 2 km (20,9%). Thời gian vận chuyển nạn nhân từ nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện huyện chiếm tỷ lệ cao nhất là khoảng thời gian trên 20- 40 phút: 19,5% (khoảng cách 4-6 km); 11,2% (khoảng cách 2-4 km); 8,5% (khoảng cách 6-8 km). Tỷ lệ nạn nhân được vận chuyển đến bệnh viện huyện trong vòng 10 phút chủ yếu nằm trong khoảng cách trong vòng 2 km (11,4%). Có 3,7 % nạn nhân có khoảng cách 2 km phải mất 20-40 phút mới được vận chuyển đến bệnh viện tuyến huyện.

Bảng 12. Phương tiện vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện tuyến huyện:

	Vết thương phần mềm	Gãy xương	Chấn thương sọ não
Tự đi bộ	1%	1,5%	1%
Xe đạp	1,1%	3,7%	1%
Xe máy	91,9%	85,4%	85%
Ô tô	5,3%	8,8%	13%

Xe taxi	0,6%	0,7%	0%
Xe CC115	0,2%	0%	0%

Nhận xét: Phương tiện vận chuyển nạn nhân từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện tuyến huyện hầu hết là xe máy: 85,4-91,9%. Phương tiện ô tô của người đi đường hoặc chính người gây tai nạn tham gia vào việc vận chuyển nạn nhân rất ít: 5,3-13%. Rất hiếm xe tắc xi tham gia vào việc vận chuyển nạn nhân. Hầu như không có sự tham gia của xe cấp cứu 115 vào việc sơ cứu và vận chuyển nạn nhân.

Bảng 13. Phương pháp vận chuyển nạn nhân từ phương tiện vận chuyển vào phòng khám bệnh viện tuyến huyện.

	Vết thương phần mềm	Gãy xương	Chấn thương sọ não
Khiêng cáng	12,9%	23,1%	32%
Khiêng tay	14,6%	12,7%	30,9%
Cồng	8,5%	6,7%	5,2%
Người khác bế	7,9%	14,9%	0,3%
Điêu	44,2%	38,1%	21,7%
Tự đi	11,9%	4,5%	0%

Nhận xét: Tỷ lệ nạn nhân được vận chuyển vào phòng khám bằng cáng còn thấp: 12,9- 32%. Tỷ lệ nạn nhân được điêu vào phòng khám chiếm tỷ lệ cao: 21,7-44,2%. Tỷ lệ nạn nhân được khiêng bằng tay cũng khá lớn (12,7-30,9%) và tỷ lệ nạn nhân được bế vào phòng khám còn cao (10,3-14,9%).

1.4 Thực trạng sơ cứu nạn nhân tại nạn giao thông đường bộ đến thời điểm nạn nhân được chuyển đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức

Trước khi nạn nhân được chuyển đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức, có 8,7% được sơ cứu tại hiện trường; tỷ lệ được sơ cứu ở các cơ sở y tế rất thấp (7,2%). Còn lại 84% nạn nhân không được sơ cứu mà chuyển thẳng vào bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức.

Bảng 14. Khoảng cách và thời gian vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức(n =385).

	≤ 2km	> 2-4km	>4-6 km	>6-8km	>8km
≤10 phút	0,8%	0%	0%	0,2%	0%
10-20 phút	3,4%	2,9%	0,7%	0%	0,5%
>20-40 phút	7,3%	19,5%	8,6%	3,6%	2,6%
>40-60 phút	6,5%	6,2%	4,4%	1,8%	3,7%
> 60 phút	3,9%	6,2%	6,2%	2,9%	8,1%

Nhận xét: thời gian vận chuyển nạn nhân trong vòng 10 phút chỉ có 1%; khoảng thời gian 10-20 phút rất thấp, chỉ chiếm 7,3%. Thời gian vận chuyển nạn nhân từ trên 20 phút trở lên chiếm hầu hết (91,4%), trong đó khoảng thời gian 20-40 phút chiếm tỷ lệ cao nhất (41,6%), tập trung chủ yếu ở khoảng cách 2-4 km (19,5%). Thời gian vận chuyển nạn nhân trên 60 phút chiếm 27,3%.

Bảng 15. Phương tiện vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức.

Phương tiện vận chuyển	Xích lô		Xe máy		Ô tô		Xe tắc xi		Xe cấp cứu 115	
	SI	%	SI	%	SI	%	SI	%	SI	%
Vết thương	5	1,4	296	82,7	5	1,4	27	7,5	25	7,0

phần mềm (n= 358)										
Gãy xương (n= 99)	0	0	61	61,6	6	6,1	16	16,2	16	16,2
Chấn thương sọ não (n= 54)	5	9,3	25	46,3	4	7,4	5	9,3	15	27,8

Nhận xét: Phương tiện vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức chủ yếu vẫn là xe máy: 46,3-82,7%. Xe ô tô của người đi đường tham gia vào vận chuyển nạn nhân rất ít, chỉ có 1,4% (chấn thương phần mềm), nạn nhân gãy xương (6,1%) và 7,4% nạn nhân chấn thương sọ não. Đặc biệt đã thấy xuất hiện xe tắc xi tham gia vận chuyển nạn nhân nhưng rất thấp (7,5-16,2%). Có 1,4% nạn nhân chấn thương phần mềm và 9,3% nạn nhân chấn thương sọ não được vận chuyển bằng xích lô. Xe cấp cứu 115 tham gia vận chuyển nạn nhân còn ít (7,0-27,8%).

Bảng 16. Phương pháp vận chuyển nạn nhân vào bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức.

	Vết thương phần mềm	Gãy xương	Chấn thương sọ não
Khiêng cáng	10,5%	31,3%	38%
Khiêng tay	0,3%	3%	2%
Cồng	3,8%	10,1%	20%
Người khác bế	3,5%	2%	6%
Điêu	74%	50,5%	32%
Tự đi	7,9%	3%	2%

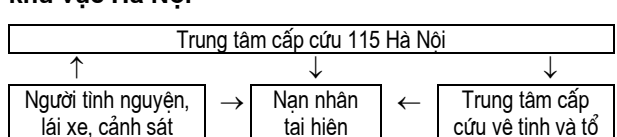
Nhận xét: vận chuyển nạn nhân từ phương tiện vận chuyển vào phòng khám vẫn chủ yếu là phương pháp điêu: 32-74%. Tỷ lệ được khiêng bằng cáng rất thấp: chấn thương sọ não (38%), gãy xương (31,3%) và chấn thương phần mềm (10,5%). Tỷ lệ vận chuyển bằng phương pháp công nạn nhân còn khá cao (10,1-20%). Có 3% nạn nhân gãy xương được vận chuyển bằng phương pháp khiêng bằng tay và 2% nạn nhân được bế vào phòng khám.

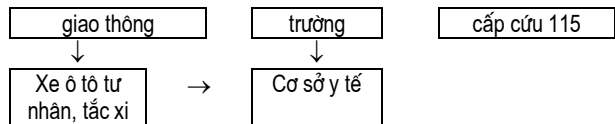
Bảng 17. Thực trạng sơ cấp cứu tai nạn giao thông trên địa bàn Hà Nội của trung tâm cấp cứu 115.

Năm Loại bệnh nhân	2007 (n= 21.299)		6 tháng đầu năm 2008 n= 10.518	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Nội khoa	14856	69,8	6741	64,1
Ngoại khoa	3449	16,2	1613	15,3
Sân khoa	471	2,2	220	2,1
Nhi khoa	991	4,7	460	4,4
Khác	1243	7,2	1482	14,1
Tai nạn giao thông	1739	8,2	724	6,9

Nhận xét: Kết quả cho thấy hoạt động sơ cứu, cấp cứu của trung tâm cấp cứu 115 chủ yếu là các bệnh nội khoa (64,1-69,8%), tỷ lệ sơ cấp cứu tai nạn giao thông từ trung tâm cấp cứu 115 rất thấp (6,9- 8,2%).

2. Mô hình sơ cấp cứu TNGT trước bệnh viện khu vực Hà Nội





Mô hình sơ cấp cứu TNGT trước bệnh viện khu vực Hà Nội

BÀN LUẬN

1. Thực trạng sơ cấp cứu người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện và cơ sở y tế khác

1.1 Thực trạng sơ cấp cứu tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn rất thấp (16,4%), hầu hết nạn nhân không được sơ cấp cứu (83,6%). Trong số nạn nhân được sơ cấp cứu tại hiện trường, người đầu tiên tham gia sơ cấp cứu nạn nhân chủ yếu là do người đi cùng chiếm 55%, người xung quanh tại nơi xảy ra tai nạn tham gia sơ cấp cứu nạn nhân rất ít (chỉ có 16,5%), có 9,6% trường hợp do bản thân người bị tai nạn tự sơ cứu cho mình. Tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu bởi cán bộ y tế gần nơi xảy ra tai nạn mới chỉ chiếm 26,2%. Điều chú ý ở đây chính người gây tai nạn tham gia sơ cứu cho nạn nhân chiếm tỷ lệ rất thấp (3,7%) và không có trường hợp nào được cảnh sát giao thông sơ cấp cứu, những thành phần này là người có mặt tại hiện trường từ rất sớm, nhất là người gây tai nạn.

Về cách sơ cứu nạn nhân tại hiện trường:

Sơ cứu vết thương phần mềm: kết quả bảng 3 cho thấy cách sơ cứu vết thương phần mềm hầu hết là băng vết thương chiếm 82,4%, trong đó phương tiện được sử dụng để băng vết thương là những thứ có sẵn trên người nạn nhân hoặc người xung quanh như khăn, áo, vải. Có 15,6% trường hợp chỉ rửa vết thương đơn thuần, đặc biệt có 3 trường hợp được ga rô cầm máu khi thấy vết thương chảy máu nhiều. Trong sơ cứu ban đầu, việc làm này hết sức quan trọng, bởi vì nếu không sơ cứu kịp thời có thể dẫn đến mất máu nhanh chóng và có thể đe dọa đến tính mạng của nạn nhân.

Sơ cứu gãy xương tại hiện trường: tỷ lệ không được sơ cứu tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn rất cao (72,3%). Trong số được sơ cứu, tỷ lệ được cố định tạm thời xương gãy bằng nẹp rất thấp (4,8%), cố định tạm thời xương gãy bằng băng chiếm 11,4%; còn lại là chỉ rửa vết thương đơn thuần (2,6%) hoặc băng vết thương (13,7%).

Sơ cứu chấn thương sọ não tại hiện trường: theo nghiên cứu của Guha A (2004), White et al (2006): đối với chấn thương sọ não nặng, cấp cứu chuyên sâu trước bệnh viện làm giảm nguy cơ chết do bít tắc đường thở, do tăng áp lực nội sọ, tổn thương não thứ phát do tụt huyết áp. Kết quả nghiên cứu bảng 4, trong tổng số 171 trường hợp chấn thương sọ não, có 144 trường hợp (84,2%) hoàn toàn không được sơ cứu mà chuyển thẳng đến các cơ sở y tế; chỉ 15,8% được sơ cứu đơn giản bằng rửa và băng vết thương rồi chuyển đến cơ sở y tế.

Thời gian từ khi xảy ra tai nạn đến khi được sơ cứu: kết quả nghiên cứu bảng 1, tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu trong vòng 10 phút tính từ khi xảy ra tai nạn là 68,8%, trong đó có 38,5% nạn nhân được sơ cứu trong thời gian dưới 5 phút và 30,3% được sơ cứu trong khoảng 5-10 phút kể từ khi xảy ra tai nạn. Như vậy chưa đề cập đến chất lượng sơ cấp cứu tại hiện trường, có 31,2% nạn nhân sau khi bị tai nạn phải có thời gian trên 10 phút đến 80 phút mới được sơ cứu và vượt quá quy định về thời gian xử trí tại hiện trường là 10 phút “10 phút bạch kim”.

1.2 Thực trạng sơ cứu đến thời điểm nạn nhân được đưa vào PKKV:

Kết quả bảng 6 cho thấy, có 89,5% nạn nhân được chuyển thẳng từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn vào thẳng PKKV theo kiểu “xúc và chạy”, hoàn toàn không được sơ cấp cứu. Tỷ lệ được sơ cứu rất thấp: có 6,2% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường; 1,7% được sơ cứu ở bệnh viện tuyến huyện và có 1 trường hợp sơ cứu tại trạm y tế xã. Phương tiện dùng để vận chuyển nạn nhân đến PKKV hầu hết là xe máy, trong đó nạn nhân chấn thương phần mềm được vận chuyển bằng xe máy chiếm 89,6%, gãy xương là 71,4%, chấn thương sọ não 15/16 (93,8%). Phương tiện ô tô của người đi đường hoặc người gây tai nạn tham gia vận chuyển nạn nhân rất ít: chỉ có 5,9% (chấn thương phần mềm), 6/35 (17,1%) vận chuyển nạn nhân gãy xương; chấn thương sọ não chỉ có 1 trường hợp được vận chuyển bằng xe ô tô. Điều chú ý ở đây là không có trường hợp nào được vận chuyển bằng xe tắc xi. Thực trạng này đã phản ánh việc xã hội hoá công tác y tế trong công tác sơ cấp cứu tai nạn giao thông của khu vực Hà Nội còn rất kém. Trong số 305 nạn nhân được vận chuyển đến PKKV, chỉ duy nhất có một trường hợp được vận chuyển bằng xe cấp cứu 115; thực trạng này cũng hoàn toàn phù hợp vì hiện nay trên địa bàn Hà Nội, khu vực Sóc Sơn và Đông Anh hoạt động của Trung tâm cấp cứu 115 chưa bao phủ tới.

Về khoảng cách và thời gian vận chuyển nạn nhân từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế đến PKKV

Kết quả bảng 7: khoảng cách từ nơi xảy ra tai nạn đến PKKV hầu hết nằm trong vòng 2 km (68,8%), sau đó là khoảng cách từ 2- 4 km (23,7%), khoảng cách 4-6 km (6%) và trên 6 km chỉ chiếm 1,5%. Phương tiện sử dụng để vận chuyển nạn nhân chủ yếu là xe máy, nếu tính theo tốc độ trung bình của xe máy là 40 km/ giờ thì thời gian trung bình đi được một km phải mất 1,5 phút. Với khoảng cách trên, thời gian vận chuyển nạn nhân đến PKKV ngược lại quá chậm; với khoảng thời gian vận chuyển nạn nhân từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn đến PKKV chủ yếu là trong vòng 4 km (92,5%). Vì vậy ước tính việc vận chuyển nạn nhân được 1 km phải mất từ 10 phút trở lên

Phương pháp vận chuyển nạn nhân từ phương tiện vận chuyển vào PKKV: kết quả bảng 9 cho thấy hầu hết nạn nhân được chuyển vào phòng khám bằng phương pháp diu: chấn thương phần mềm (55,2%), gãy xương (45,8%). Tỷ lệ được khiêng bằng

cánh rất thấp: vết thương phần mềm (2,8%), gãy xương 1/24(4,2%). Tuy nhiên có tới 33,3% nạn nhân gãy xương được khiêng bằng tay và 12,5% được công vào phòng khám. Đối với gãy xương, phương pháp khiêng tay, bế, cõng rất nguy hiểm, nhất là trường hợp gãy cột sống nếu không cẩn thận, vận chuyển không đúng phương pháp có thể gây di lệch thứ phát dẫn đến biến chứng chèn ép tuỷ làm đe dọa đến tính mạng của nạn nhân hoặc gây biến chứng dẫn đến hậu quả chèn ép tuỷ gây liệt dẫn tới tàn phế suốt đời.

1.3 Thực trạng sơ cứu trước khi nạn nhân được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện:

Kết quả bảng 6, trong tổng số 608 người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ được chuyển đến bệnh viện tuyến huyện, tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường trước khi chuyển đến bệnh viện là 27,1%. Tỷ lệ nạn nhân được sơ cứu tại các cơ sở y tế trước khi được chuyển đến bệnh viện rất thấp: chỉ có 10,4% nạn nhân được sơ cứu tại trạm y tế, y tế cơ quan; 3,3% nạn nhân được sơ cứu tại PKKV và cơ sở y tế khác. Còn lại 59,2% nạn nhân không được sơ cứu mà chuyển thẳng đến bệnh viện tuyến huyện. Kết quả nghiên cứu đã phản ánh sự tham gia của các trạm y tế cơ sở vào hoạt động sơ cấp cứu chấn thương do tai nạn giao thông còn rất thấp. Về khoảng cách và thời gian nạn nhân được chuyển từ nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện tuyến huyện: bảng 11 cho thấy khoảng cách từ nơi xảy ra tai nạn hoặc từ cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện tuyến huyện chủ yếu nằm trong vòng 6 km (chiếm 75,1%), trong đó khoảng cách 4-6 km chiếm tỷ lệ cao nhất (27,9%), sau đó là 2- 4 km (26,3%), khoảng cách dưới 2 km là 20,9%. Trong khi đó thời gian vận chuyển nạn nhân từ trên 20 phút trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%), thời gian trong vòng 20 phút chỉ chiếm 45,8%. Đối chiếu giữa thời gian và khoảng cách từ nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện, tốc độ trung bình vận chuyển nạn nhân một km mất khoảng 4-5 phút, vì vậy sẽ kéo dài thời gian của nạn nhân ở giai đoạn trước bệnh viện.

Về phương tiện vận chuyển nạn nhân từ nơi xảy ra tai nạn hoặc từ cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận nạn nhân đến bệnh viện tuyến huyện: bảng 12 cho thấy, đối với cả ba loại chấn thương, phương tiện vận chuyển bằng xe máy chiếm hầu hết: chấn thương phần mềm (91,9%), gãy xương (85,4%), chấn thương sọ não (85%). Tỷ lệ nạn nhân được vận chuyển bằng phương tiện ô tô của người thân và của người đi đường rất thấp: 5,3% (chấn thương phần mềm); 8,8% (gãy xương) và 13% (chấn thương sọ não); sự tham gia của xe tắc xi rất hiếm (chỉ có một trường hợp vận chuyển nạn nhân gãy xương và 3 trường hợp vận chuyển nạn nhân chấn thương phần mềm). Sự tham gia của cấp cứu 115 hầu như không có (chỉ có một trường hợp vận chuyển nạn nhân chấn thương phần mềm).

Phương pháp vận chuyển nạn nhân từ phương tiện vận chuyển vào phòng khám bệnh viện huyện: bảng 13 cho thấy tỷ lệ nạn nhân được khiêng bằng cáng chưa cao, đối với gãy xương là 23,1%, chấn thương sọ não 32% và chấn thương phần mềm

12,9%; trong khi đó tỷ lệ được khiêng bằng tay cũng khá lớn: gãy xương 12,7%, chấn thương sọ não (30,9%) và chấn thương phần mềm là 14,6%. Do thực tiễn hiện nay, các bệnh viện liên tục quá tải, biên chế của các bệnh viện chưa đáp ứng được nhu cầu của người bệnh trong chăm sóc toàn diện; vì thế nhiều công việc vẫn phải có sự trợ giúp của người nhà nạn nhân. Vì vậy cần phải có sự giám sát chặt chẽ trong giai đoạn này để có những phương pháp vận chuyển phù hợp nhằm đảm bảo an toàn cho nạn nhân, tránh những tai biến đáng tiếc xảy ra.

1.4 Thực trạng sơ cứu trước khi nạn nhân được đưa đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức

Kết quả cho thấy, có 8,7% nạn nhân được sơ cứu tại hiện trường, tỷ lệ được sơ cứu tại các cơ sở Y tế rất thấp (7,3%). Tỷ lệ rất lớn (84%) nạn nhân hoàn toàn không được sơ cứu mà chuyển thẳng đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức. Về khoảng cách và thời gian vận chuyển nạn nhân từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn hoặc cơ sở y tế tuyến trước đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức: bảng 14, khoảng cách từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn hoặc từ cơ sở y tế tuyến trước tới bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức là 2-4 km chiếm tỷ lệ cao nhất (34,8%), khoảng cách trong vòng 2 km chiếm 21,8% và 4-6 km là 20%; khoảng cách trên 6 km chiếm 23,4%. Đối chiếu với thời gian vận chuyển nạn nhân thấy rằng, thời gian vận chuyển nạn nhân từ trên 20 phút trở nên chiếm hầu hết (91,4%); còn lại thời gian vận chuyển nạn nhân trong vòng 20 phút chỉ chiếm 8,6%. Trong khoảng thời gian vận chuyển nạn nhân từ trên 20 phút trở lên, thời gian vận chuyển trong khoảng thời gian 20-40 phút chiếm tỷ lệ cao nhất (41,6%); tiếp sau đó là khoảng thời gian trên 60 phút (27,3%). Điều đáng chú ý ở đây có 3,9% nạn nhân được vận chuyển trong khoảng cách từ nơi xảy ra tai nạn đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức chỉ có dưới 2 km mà thời gian vận chuyển nạn nhân phải mất trên 60 phút. Như vậy khác với khu vực ngoại thành việc vận chuyển nạn nhân trong khu vực nội thành gặp nhiều khó khăn hơn do ách tắc giao thông xảy ra trên các tuyến đường của Hà Nội, nhất là vào các giờ cao điểm. Vì vậy, trong khu vực nội thành, việc thực hiện quy định “một giờ vàng” trong chăm sóc chấn thương là hết sức khó khăn.

Về phương tiện vận chuyển nạn nhân từ nơi xảy ra tai nạn hoặc từ cơ sở y tế đầu tiên tiếp nhận nạn nhân đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức: kết quả bảng 7, cũng giống ở PKKV và bệnh viện tuyến huyện, phương tiện sử dụng để vận chuyển nạn nhân chủ yếu vẫn là xe máy (46,3-82,7%). Xe ô tô của người đi đường hoặc bản thân người có liên quan đến tai nạn tham gia vận chuyển nạn nhân rất ít: 1,4% (chấn thương phần mềm); 6,1% (gãy xương) và 7,4% (chấn thương sọ não). Việc vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức đã thấy xuất hiện sự tham gia của xe tắc xi, nhưng còn rất ít: 7,5% (chấn thương phần mềm), 16,2% (gãy xương) và 9,3% (chấn thương sọ não). Sự tham gia của cấp cứu 115 chưa nhiều, chỉ có 7,5% xe cấp cứu vận chuyển nạn nhân chấn thương phần mềm, 16,2% vận chuyển nạn nhân

gãy xương và 27,8% xe cấp cứu 115 vận chuyển nạn nhân chấn thương sọ não. Kết quả nghiên cứu hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu thực trạng sơ cấp cứu tai nạn giao thông của Trung tâm cấp cứu 115 (bảng 8), tỷ lệ nạn nhân bị tai nạn giao thông được sơ cấp cứu năm 2007 là 8,2% và 6 tháng đầu năm 2008 là 6,9%. Phương pháp vận chuyển nạn nhân từ phương tiện vận chuyển vào phòng khám bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức: bảng 16 cho thấy phương pháp chủ yếu vận chuyển nạn nhân vào phòng khám là diu nạn nhân: chấn thương phần mềm (74%), gãy xương (50,5%) và chấn thương sọ não (32%). Tỷ lệ được khiêng bằng cáng chưa cao: gãy xương (31,3%), chấn thương sọ não (38%) và vết thương phần mềm (10,5%). Tuy nhiên có 3 phương pháp vận chuyển nạn nhân chấn thương cần hết sức chú ý, nhất là đối với trường hợp gãy xương như cồng (10,1%), bế (2%) và khiêng bằng tay (3%); mặc dù tỷ lệ này ở bệnh viện Xanh Pôn và Việt Đức không nhiều như ở PKKV và bệnh viện tuyến huyện, nhưng những trường hợp đưa vào hai bệnh viện này thường là nạn nhân trong tình trạng nặng và đa chấn thương. Vì vậy những phương pháp vận chuyển không an toàn có thể gây tai biến đáng tiếc lẽ ra không đáng có ở giai đoạn này làm ảnh hưởng đến tính mạng hoặc để lại di chứng tàn phế cho nạn nhân.

2. Giải pháp nâng cao hiệu quả sơ cấp cứu tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện khu vực Hà Nội.

2.1 Giải pháp nâng cao chất lượng sơ cấp cứu tại hiện trường nơi xảy ra tai nạn

+ Nâng cao nhận thức cho người dân (người thực hiện sơ cấp cứu ban đầu cơ bản): cần có một chương trình được thiết kế đơn giản, dễ hiểu để tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng qua nhiều kênh của các phương tiện thông tin đại chúng như đài, báo, truyền hình, tranh, áp phích hoặc tuyên truyền trực tiếp... Cũng qua chương trình này, cung cấp cho người dân những số điện thoại thống nhất cho tất cả các vùng trong cả nước và hướng dẫn người dân cách gọi điện thoại cấp cứu khi cần thiết, để khi cần họ có thể liên lạc nhanh chóng và thuận lợi nhất, thậm chí có thể gọi miễn phí.

+ Đào tạo kỹ năng sơ cấp cứu tai nạn thương tích (người thực hiện cấp cứu ban đầu chuyên sâu): ngoài những kiến thức thông thường như những người hỗ trợ đầu tiên, cần huấn luyện cho đối tượng này làm các công việc ở mức cấp cứu ban đầu. Trong hoàn cảnh của nước ta hiện nay không thể thực hiện dàn trải mà trước mắt tập trung vào một số đối tượng ưu tiên thường xuyên tham gia giao thông như lái xe, cảnh sát giao thông và những người tình nguyện như đoàn thanh niên, lực lượng thanh niên xung kích...

2.2 Đối với hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện khu vực Hà Nội

+ Thành phố Hà Nội cần phải bổ sung thêm nhân lực, tăng thêm số lượng xe với đầy đủ trang thiết bị phục vụ cấp cứu cho trung tâm cấp cứu 115. Đồng thời mở rộng địa bàn hoạt động ra các khu vực mà

phạm vi hoạt động của trung tâm chưa bao phủ tới như: Đông Anh, Sóc Sơn và các quận huyện của Hà Nội mở rộng.

+ Hoàn thiện việc thành lập và triển khai hoạt động của các tổ cấp cứu ngoài bệnh viện (tổ cấp cứu 115) của các bệnh viện tuyến quận, huyện, thị xã theo quy định tại Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT để hỗ trợ và giảm tải cho Trung tâm cấp cứu 115.

+ Điều hành hệ thống cấp cứu ngoài bệnh viện: hệ thống điều hành trung tâm được đặt tại Trung tâm cấp cứu 115 của Hà Nội, mạng lưới là các trạm cấp cứu 115 vệ tinh và các tổ cấp cứu 115 của các bệnh viện tuyến huyện, phòng y tế các quận, các phòng khám đa khoa khu vực. Toàn bộ hệ thống này phải bố trí lực lượng thường trực 24/24 giờ để nhận, xử lý thông tin và điều hành toàn bộ mạng lưới cấp cứu ngoài bệnh viện trên địa bàn Hà Nội.

2.3 Xã hội hoá về chăm sóc chấn thương: huy động các cơ quan, ban ngành, các đoàn thể, lực lượng lái xe tư nhân, các tổ chức kinh tế xã hội cùng tham gia vào công tác sơ cấp cứu thương tích giao thông đường bộ.

2.4 Giải quyết ách tắc giao thông trong khu vực nội thành: là nhiệm vụ hết sức cấp bách, góp phần rút ngắn thời gian ngoài bệnh viện của nạn nhân.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng sơ cấp cứu người điều khiển xe máy bị tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện và cơ sở y tế khác: hoạt động sơ cấp cứu tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện ở khu vực Hà Nội còn nhiều bất cập.

+ Chưa có một hệ thống hoạt động thống nhất từ trung tâm đến hiện trường nơi xảy ra tai nạn.

+ Lực lượng tham gia cấp cứu chấn thương còn quá mỏng, chưa đáp ứng được nhu cầu thực tiễn xảy ra hàng ngày. Tỷ lệ nạn nhân được cấp cứu tại hiện trường rất thấp (16,5%); trong số được sơ cứu, tỷ lệ được cán bộ y tế tham gia sơ cấp cứu rất thấp (26,2%).

+ Các phương tiện, trang thiết bị phục vụ cấp cứu còn nghèo nàn, chưa đáp ứng được nhu cầu thực tiễn; hoạt động cấp cứu ngoài bệnh viện của Trung tâm cấp cứu 115 chưa bao phủ tới khu vực Đông Anh và Sóc Sơn. Vận chuyển nạn nhân từ hiện trường nơi xảy ra tai nạn đến các cơ sở y tế chủ yếu bằng xe máy.

+ Các hoạt động sơ cấp cứu ngoài bệnh viện chủ yếu mang tính tự phát, do người dân đảm nhiệm, chưa được huấn luyện và đào tạo về kỹ năng sơ cấp cứu: tỷ lệ nạn nhân được cấp cứu tại hiện trường chủ yếu là người đi cùng, người xung quanh và tự bản thân và người gây tai nạn sơ cứu (73,8%).

+ Công tác xã hội hóa trong cấp cứu chấn thương của Hà Nội còn yếu, chưa huy động được lực lượng xe ô tô tư nhân vào công tác sơ cấp cứu tai nạn giao thông.

2. Giải pháp nâng cao hiệu quả sơ cấp cứu tai nạn giao thông đường bộ trước bệnh viện khu vực Hà Nội:

+ Nâng cao nhận thức cho người dân.

+ Đào tạo kỹ năng sơ cấp cứu tai nạn thương tích cho người điều khiển xe cơ giới, cảnh sát giao thông, cán bộ điều hành giao thông, lực lượng tình nguyện viên (đoàn viên, thanh niên xung kích...).

+ Giải quyết ách tắc giao thông trong khu vực nội thành.

+ Hoàn thiện hệ thống cấp cứu trước bệnh viện khu vực Hà Nội.

KIẾN NGHỊ

1. Kiểm tra xe lưu thông trên đường, những xe cũ nát không cho lưu thông; những xe hệ thống phanh nhất là phanh chân không tốt, hệ thống xy nhan không hoạt động, đèn pha không bật hoặc hỏng phải xử phạt thật nặng.

2. Khu vực ngoại thành, đặc biệt chú ý các tuyến đường có nhiều phương tiện tham gia giao thông, cần phải tăng cường kiểm tra, giám sát phân luồng giao thông để tránh xảy ra tai nạn.

3. Cấm sử dụng điện thoại di động trong khi điều khiển xe máy.

4. Cần đào tạo kỹ thuật sơ cấp cứu ban đầu chấn thương cho lái xe, coi đây là chứng chỉ bắt buộc trước khi cấp bằng lái xe.

5. Tổ chức các khóa huấn luyện đào tạo về sơ cấp cứu tai nạn thương tích cho cảnh sát giao thông và cán bộ tham gia điều hành giao thông, thanh niên tình nguyện. Cần nghiên cứu đưa nội dung huấn luyện sơ cấp cứu tai nạn thương tích lồng ghép vào chương trình giáo dục quốc phòng cho học sinh THPT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Mai Anh, Nguyễn Thị Thu Huyền và CS (2008), " Kết quả mô hình nâng cao nhận thức cộng

đồng về phòng chống tai nạn giao thông tại huyện Từ Liêm, Hà Nội", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr. 91.

2. Bộ y tế- Tổ chức y tế thế giới (2006), *Các hệ thống chăm sóc chấn thương ngoài bệnh viện*, Hà Nội.

3. Margie P (2008), "an toàn giao thông: giải pháp và thách thức", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr. 22.

4. Nguyễn Thị Hồng Tú và CS (2008), " Đánh giá mô hình điều phối thông tin cho cộng đồng về vận chuyển cấp cứu và chăm sóc chấn thương tại Hà Nội", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr. 92.

5. Nguyễn Thị Hồng Tú và CS (2008), " Đánh giá mô hình điều phối thông tin cho cộng đồng về vận chuyển cấp cứu và chăm sóc chấn thương tại Huế", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr. 93

6. Woodyard D (2008), "Chăm sóc chấn thương trước bệnh viện ở Srilanka", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu Á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr.29.

7. Waduge W N, Ekanayake M (2008), " Giám sát chấn thương tại Srilanka: mở rộng mạng lưới lái xe xích lô trong chăm sóc chấn thương trước bệnh viện", *Báo cáo tóm tắt Hội nghị Châu á- Thái Bình Dương lần thứ hai về phòng chống tai nạn thương tích*, Hà Nội, 4-6/11/2008, tr. 95.