

SƠ CỨU BAN ĐẦU VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TAI NẠN THƯƠNG TÍCH TRẺ EM TẠI THÀNH PHỐ BUÔN MA THUỘT, TỈNH ĐẮK LẮK

Nguyễn Văn Hùng¹, Võ Văn Thắng²

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tai nạn thương tích đã và đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng tại các nước đang phát triển. Trẻ em là đối tượng dễ bị tai nạn thương tích vì thiếu hiểu biết, môi trường sống đang tồn tại nhiều yếu tố nguy cơ và thường để lại những hậu quả lâu dài. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm về sơ cứu ban đầu và kết quả điều trị tai nạn thương tích trẻ em tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk trong năm 2014. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng thực hiện tại 2.273 hộ gia đình với 4.505 trẻ dưới 16 tuổi của 8 xã của thành phố Buôn Ma Thuột. Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi kết hợp quan sát, thu thập thông tin nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ được sơ cứu ban đầu là 75,9%, không sơ cứu 23,8% tử vong tại chỗ 0,3%. Đối tượng tham gia sơ cứu ban đầu: người đi đường 54,1%, cán bộ y tế 25,0%, tự sơ cứu 14,5%. Cách sơ cứu ban đầu chủ yếu là cầm máu 45,5% và băng bó 28,0%. Có 80% đến cơ sở y tế để cấp cứu, điều trị sau sơ cứu bằng các phương tiện xe máy 91,8%, ô tô 5,6%, xe cứu thương 0,4%. Thời gian đến viện trong vòng 6 giờ chiếm 86,7%. Hình thái tổn thương: tổn thương nông (trầy xước, trật khớp, bong gân...) 36,9%, tổn thương sâu (gãy xương, vết thương hở) 44,6%. Điều trị nội trú 23,9%, điều trị nội khoa 91,5%, phẫu thuật 8,2%. Kết quả điều trị: tốt 97,2%, di chứng/tàn tật 2,6%. **Kết luận và kiến nghị:** Sơ cứu ban đầu cho trẻ kịp thời và đúng ngay sau khi bị tai nạn thương tích sẽ mang lại hiệu quả, giúp ngăn ngừa và làm giảm đi những di chứng, tàn tật có thể xảy ra. Cần có một chương trình can thiệp phòng chống TNTT cho trẻ em tại địa điểm nghiên cứu với những mô hình phù hợp nhằm giảm thiểu các loại TNTT có thể xảy ra, nâng cao năng lực sơ cứu ban đầu cho cộng đồng và y tế cơ sở.

Từ khóa: Tai nạn thương tích, sơ cứu ban đầu, năng lực sơ cứu, trẻ em dưới 16 tuổi.

Abstract

FIRST AID AND TREATMENT FOR CHILDREN ACCIDENT INJURY IN BUON MA THUOT CITY, DAK LAK PROVINCE, 2014

Nguyen Van Hung¹, Vo Van Thang²

(1) PhD students of Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Accident injuries caused has been serious health problem in developing countries. Children is vulnerable group with accident injury because of lacking knowledge and exposing with risk factors in environmental household. The treatment outcome for accident injury of children usually has more serious than other groups. The aims of this study to describe some characteristics of first aid and the outcome of treatment for children accident in Buon Ma Thuot, Dak Lak province in 2014. **Methodology:** A cross-sectional study was conducted total 2,273 household which was 4,505 children aged under 16 in 8 communes, Buon Ma Thuot city, Daklak province. Interview technique with structural questionnaire and household observation methods were used for data collection. **Results:** The proportion of first aid was 75.9%; not received any first aid (23.8%); mortality at accident place (0.3%). At the time accident: The highest personal involving first aid was pedestrians 54.1%; 25% of health staff, self- first aid was 14.5%. Two main of first aid methods were hemostasis and banded with 45.5%; 28% respectively. After first aid, there was 80% delivering to health care facilities. The transport methods were motorcycle (91.8%), car (5.6%) and ambulance (0.4%). The rate of approach health care facilities around early 6 hours were 86.7%. The characteristics of damages: sub-damages (scratches, dislocations, sprains ...) were 36.9 %, deep damages (fractures, open wounds) accounted for

44.6%. Inpatient treatment was 23.9%; 91.5% medical therapy, surgery of 8.2%. The outcome of treatment were good (97.2%), sequelae/disability 2.6%. **Conclusion:** First aid activities for children at time and properly right were demonstrated effectively for prevented seriously outcome. There should be an intervention program for children with the appropriate models to reduce accident injuries in children; improvement first aid to communities and health care worker.

Key words: accident injury, first aid, capacity first care, children under 16 years old

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích (TNTT) ngày càng có xu hướng gia tăng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, Tổ chức Y tế thế giới cho rằng với những cải thiện về thu thập số liệu, tốc độ phát triển nhanh về đô thị hóa, cơ giới hóa tại các nước đang phát triển là những yếu tố làm cho tỷ suất TNTT ở trẻ tăng lên. Các khảo sát về TNTT ở trẻ em tại 6 tỉnh năm 2003[5], tại Đà Nẵng năm 2008[2] và Khảo sát Quốc gia về TNTT tại Việt Nam năm 2010 (VNIS 2010)[1] đã cho thấy TNTT đã và đang là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Việt Nam, đặc biệt là nhóm tuổi dưới 18.

TNTT đang trở thành một yếu tố quan trọng tác động đến sức khỏe cộng đồng người Việt Nam. Đặc biệt mô hình TNTT trẻ em cũng có những đặc điểm khác biệt so với các nhóm tuổi khác. Trẻ em là lứa tuổi có những phát triển đặc biệt về cả thể chất, nhận thức xã hội và tâm sinh lý. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả công tác sơ cấp cứu ban đầu và điều trị cho trẻ bị TNTT tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 2.1. Đặc điểm chung của trẻ bị TNTT

Đặc điểm	Dân tộc Kinh		Dân tộc thiểu số		Cộng	
	n	%	n	%	n	%
Giới tính						
* Nam	111	63,8	101	61,2	212	62,5
* Nữ	63	36,2	64	38,8	127	37,5
Nhóm tuổi						
* 0 - 4	59	33,9	52	31,5	111	32,7
* 5 - 10	65	37,4	68	41,2	133	39,2
* 11 - 15	50	28,7	45	27,3	95	28,0
Cộng	174	100,0	165	100,0	339	100,0

Tỷ lệ trẻ nam và nữ: 62,5% - 37,5%. Phân bố nhóm tuổi khá đồng đều từ 32,7% ở nhóm 0-4 tuổi; 39,2% nhóm 5-10 tuổi và 28% ở nhóm 11-15 tuổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Hộ gia đình có trẻ < 16 tuổi bị TNTT trong năm 2014. Có hộ khẩu thường trú, đang sinh sống tại 8 xã: Cư Bur, Ea Tu, Hòa Thuận, Hòa Thắng, Hòa Xuân, Hòa Phú, Hòa Khánh và Ea Kao của TP. Buôn Ma Thuột trong thời gian ít nhất 12 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

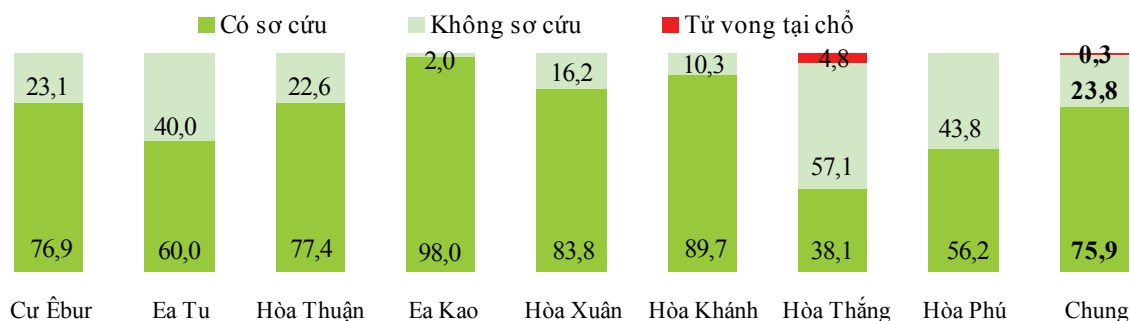
Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu theo 2 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: xác định trẻ bị TNTT bằng công thức công thức ước lượng một tỷ lệ:

Tổng cộng $n = Z_{\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$ gia nghiên cứu, trong đó có 339 trẻ mắc/352 lần mắc TNTT và 1 trẻ tử vong do TNTT.

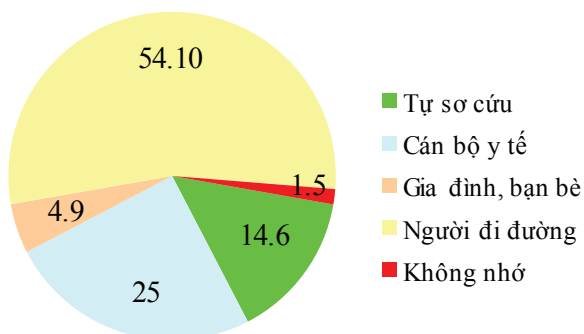
- Giai đoạn 2: chọn toàn bộ trẻ bị TNTT vào nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp tại hộ gia đình kết hợp quan sát để thu thập thông tin. Sử dụng phần mềm SPSS 19.0 để xử lý số liệu với các thống kê mô tả và kiểm định các giả thuyết nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm sơ cấp cứu ban đầu



Biểu đồ 2.1. Phân bố tỷ lệ sơ cứu ban đầu tại 8 xã nghiên cứu (n=353)

Tỷ lệ được sơ cứu ban đầu là 75,9%, không sơ cứu 23,8%, tử vong tại chỗ 0,3%. Ba xã có tỷ lệ không sơ cứu ban đầu cao nhất là Hòa Thắng, Hòa Phú và Ea Tu (57,1%, 43,8% và 40,0%).



Biểu đồ 2.2. Phân bố đối tượng tham gia sơ cấp cứu ban đầu

Đối tượng tham gia sơ cứu ban đầu chủ yếu là người đi đường 54,1%, Sơ cứu ban đầu do cán bộ y tế chiếm 25,0% và tự sơ cứu là 14,5%.

Bảng 2.2. Phương pháp sơ cứu ban đầu và vận chuyển sau tai nạn thương tích

Phương pháp sơ cứu và vận chuyển sau tai nạn thương tích (n=268)	n	%
Phương pháp sơ cứu		
- Cầm máu	122	45,5
- Băng bó	75	28,0
- Cố định xương, khớp	25	9,3
- Khác, không nhớ	46	17,2
Phương tiện vận chuyển sau sơ cứu		
- Xe máy	246	91,8
- Ô tô	15	5,6
- Xe cứu thương	1	0,4
- Khác (đi bộ, xe đạp, công,...)	6	2,2
Thời gian đến cơ sở y tế sau sơ cứu		
- < 1 giờ	173	64,5
- 1 - <6 giờ	59	22,2
- 6 - <24 giờ	14	5,1
- ≥24 giờ	12	4,3
- Không xác định	10	3,9
Cộng	268	100,0

Cầm máu và băng bó là cách sơ cứu ban đầu thường gặp (45,5% và 28,0%). Phương tiện vận chuyển cấp cứu sau TNTT chủ yếu là xe máy 91,8%, xe cứu thương chỉ có 1 trường hợp 0,4%. Thời gian đến viện trong vòng

6 giờ chiếm 86,7%

Bảng 2.3. Cơ sở y tế tiếp nhận điều trị, cấp cứu sau sơ cứu và hình thái tổn thương

Địa điểm điều trị sau sơ cứu ban đầu	n	%
Cơ sở y tế tiếp nhận điều trị, cấp cứu		
- Bệnh viện công, tư	149	42,4
- Phòng khám tư, đông Y	88	25,0
- Trạm y tế	42	11,9
- Khác	73	20,7
Hình thái tổn thương		
- Gãy xương, vết thương hở	157	44,6
- Trầy xước, tổn thương nông, trật khớp, bong gân	130	36,9
- Đa chấn thương, tổn thương dập nát, chấn thương bụng	14	4,0
- Chấn thương sọ não	6	1,7
- Bỏng, ngộ độc	31	8,8
- Khác	14	4,0
Cộng	352	100,0

Có 80% trẻ được đưa đến cơ sở y tế để điều trị sau sơ cứu ban đầu. Trong đó bệnh viện công/tư 42,4%, các phòng khám 25,0% và Trạm y tế 11,9%.

Về hình thái tổn thương: chủ yếu là gãy xương 44,6% và vết thương hở, tổn thương nông, trật khớp, bong gân 36,9%

3.3. Đặc điểm kết quả điều trị

Bảng 2.4. Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội trú		
- Không	268	76,1
- Có	84	23,9
Phương pháp điều trị		
- Điều trị nội khoa	322	91,5
- Điều trị ngoại khoa (phẫu thuật)	29	8,2
- Không rõ (chuyển tuyến trên)	1	0,3
Kết quả điều trị		
- Tốt: Bình phục, có di chứng có thể phục hồi	342	97,2
- Xấu: Có di chứng, tàn tật vĩnh viễn, đang điều trị	9	2,6
- Không rõ (chuyển tuyến trên)	1	0,3
Cộng	352	100,0

Có 23,9% được điều trị nội trú tại cơ sở y tế. Phương pháp điều trị: nội khoa 91,5%, ngoại khoa 8,2%. Trẻ bị TNTT có kết quả điều trị tốt chiếm 97,2%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình sơ cấp cứu ban đầu

Một yếu tố có tác động lớn đến kết quả điều trị TNTT là công tác sơ cứu ban đầu, việc làm này rất quan trọng nhằm hạn chế những tác hại do TNTT gây ra, đó là sự hỗ trợ ngay tại địa điểm có người bị TNTT bằng cách sử dụng những phương tiện sẵn có tại chỗ. Sơ cứu ban đầu có thể do một hoặc nhiều người thực hiện, khi có nhiều người bị TNTT trong tình huống phức tạp hơn thì đòi hỏi có sự can thiệp của đội cấp cứu chuyên nghiệp với những trang bị, phương tiện cấp cứu chuyên dụng. Biểu đồ 2.1 cho thấy: sau khi bị TNTT có 75,9% trẻ được sơ cứu ban đầu, 23,8% không được sơ cứu và 1 trường hợp tử vong tại chỗ chiếm 0,3%. Tỷ lệ được sơ cứu ban đầu tập trung cao nhất tại xã Ea Kao 98%, Hòa Khánh 89,7%. Bên cạnh

đó, một số xã có tỷ lệ sơ cứu ban đầu thấp như: Hòa Thắng 38,1%, Hòa Phú 56,2% và Ea Tu 60,0%. So với nghiên cứu về TNTTTE tại 6 tỉnh của Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và Phòng chống chấn thương (2003) [5] thì tỷ lệ sơ cứu ban đầu chỉ có 57,3% hoặc nghiên cứu của Phạm Việt Cường tại Đà Nẵng[2] thì tỷ lệ này chỉ đạt 67,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ sơ cứu ban đầu ở các nghiên cứu, tại mỗi địa phương có lẽ phụ thuộc đến nhiều vấn đề về điều kiện kinh tế, dân tộc, dân trí, học vấn, ý thức chăm sóc sức khỏe ban đầu và khả năng đáp ứng của dịch vụ y tế tại địa phương

Ba đối tượng tham gia sơ cứu ban đầu gồm người đi đường, cán bộ y tế và tự sơ cứu chiếm đến 95%, trong đó người đi đường là 54,1% (Biểu đồ 2.2). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng[3] cho thấy TNTT xảy ra ngoài nhà 56,7%, trong đó ngã và TNGT

thường xảy ra trên đường đi lại và các địa điểm công cộng, như vậy người đi đường là đối tượng duy nhất tham gia sơ cứu cho người bị nạn. Cán bộ y tế không phải là đối tượng ưu tiên, không thể sẵn sàng tham gia sơ cứu ban đầu mọi lúc, mọi nơi cho nạn nhân. Vấn đề sơ cứu ban đầu cần có sự tham gia của nhiều đối tượng khác trong cộng đồng, việc truyền thông, tập huấn nâng cao kiến thức về thực hành sơ cứu ban đầu đối với các TNTT thường gặp trong cộng đồng là vô cùng quan trọng. Khi có TNTT xảy ra, các phương pháp sơ cứu ban đầu tại hiện trường chủ yếu là cầm máu 45,5%, băng bó vết thương 28% và cố định xương, khớp 9,3% (Bảng 2.2). Các tỷ lệ này có liên quan đến hình thái tổn thương mà trẻ gặp phải đó là: gãy xương, vết thương hở, trầy xước, tổn thương nông, trật khớp, bong gân... chiếm đến 81,5% (Bảng 2.3) và mức độ phổ biến của nguyên nhân TNTT do ngã, TNGT có thể giải thích cho đặc điểm này.

Phương tiện vận chuyển sau TNTT chủ yếu là xe máy 92,8%, xe ô tô 5,6% và xe cứu thương chỉ có 1 trường hợp 0,4% (Bảng 2.2). Hầu hết các nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu đặc điểm TNTT điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải phòng (2007)[10] có 80% nạn nhân được vận chuyển bằng xe máy, xe cứu thương chỉ có 2,6%. Cho đến nay, xe máy vẫn là phương tiện vận chuyển phổ biến nhất vì gia đình nào cũng có, cơ động. Hơn nữa để gọi được các phương tiện khác hơn (ô tô) hoặc tốt hơn (xe cứu thương) thì thường chậm trễ, tốn kém hơn và cũng tùy thuộc vào sự đáp ứng của hệ thống cấp cứu tại mỗi địa phương. Ở các nước có thu nhập thấp và trung bình thì hệ thống chăm sóc trước viện đang phải đối mặt với rất nhiều khó khăn và chỉ có thể đáp ứng được một phần rất nhỏ nhu cầu cấp cứu của người dân. Theo đại diện của TCYTG tại Việt Nam thì một trong những hạn chế của hệ thống cấp cứu 115 là yếu tố gây trở ngại trong việc tăng cường tiếp cận và hiệu quả của cấp cứu đặc biệt là với nạn nhân TNTT[6]. Đây chính là lý do mà người dân sử dụng xe máy nhiều nhất để vận chuyển nạn nhân.

Sau sơ cứu ban đầu, có 42,4% nạn nhân được chuyển đến bệnh viện, 25% đến phòng khám tư và 11,9% đến trạm y tế xã (Bảng 2.3). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đến trạm y tế là thấp nhất, có thể do địa bàn nghiên cứu ở gần trung tâm thành phố nên sự tiếp cận với các bệnh viện và dịch vụ y tế tư nhân có nhiều thuận lợi hơn, người dân có sẽ chọn lựa ngay khi có điều kiện. Hơn nữa, khi trình độ chuyên môn ở trạm y tế hạn chế, hoạt động chủ yếu vào giờ hành chính, nếu có đến trạm rồi cũng chuyển viện, nên thân nhân, nạn nhân quyết định đến những nơi gần nhất, yên tâm nhất để khỏi mất thời gian.

Theo Cục Y tế Dự phòng và Môi trường - Bộ Y tế[8] về thực trạng sơ cứu, vận chuyển cấp cứu tại Việt Nam cho thấy: có 55,4% nạn nhân TNTT chưa được xử lý trước khi chuyển đến bệnh viện, 10% nạn nhân được sơ cứu tại chỗ nhưng một nửa trong số này sơ cứu không đúng quy trình kỹ thuật. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương[7], mỗi tháng có khoảng 2.000 trường hợp cấp cứu, trong đó có 3% số trẻ cấp cứu bị tử vong do sai sót của y tế cơ sở và người dân trong quá trình sơ cứu ban đầu, vận chuyển bệnh nhi lên tuyến trên. Một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng trên là do mạng lưới y tế thôn buôn, tình nguyện viên, người dân chưa được đào tạo và hạn chế kiến thức về sơ cứu ban đầu. Ngoài ra, chúng ta chưa có được hệ thống cung cấp thông tin cho cộng đồng về các vấn đề liên quan tới phòng chống TNTT cũng như cách xử lý ban đầu, vận chuyển người bệnh đến cơ sở y tế[9]. Thời gian từ khi trẻ bị TNTT đến khi được cấp cứu, điều trị chính thức đa số là sớm, trong vòng giờ đầu là 64,5%, dưới 6 giờ là 86,7% (bảng 2.2), đây có thể do địa bàn nghiên cứu nằm ven thành phố, có phương tiện/đường sá giao thông thuận lợi nên có điều kiện giúp trẻ được điều trị sớm.

4.2. Kết quả điều trị

Bảng 2.4 cho thấy tỷ lệ điều trị nội trú chiếm 23,9%, chủ yếu là điều trị nội khoa 91,5%; tỷ lệ bình phục sau điều trị là 97,2%, để lại di chứng tàn tật vĩnh viễn chiếm 2,6%. Kết quả khảo sát TNTT Việt Nam năm 2010[1] cho thấy tỷ lệ tàn tật vĩnh viễn chung cho các loại TNTT là 6% và tùy từng nguyên nhân thì tỷ lệ tàn tật vĩnh viễn lại khác nhau. Điều tra VMIS 2001[4] thì có đến 80% các trường hợp bỏng ở trẻ là bỏng nước và chủ yếu xảy ra ở nhà, 27% nạn nhân phải nhập viện điều trị, 45% nạn nhân có di chứng trên cơ thể mặc dù đã điều trị khỏi, đây là nguyên nhân có tỷ lệ nhập viện cao và số ngày điều trị trung bình cũng cao hơn so với nguyên nhân TNTT khác.

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ được sơ cứu ban đầu là 75,9%, không sơ cứu 23,8% tử vong tại chỗ 0,3%. Đối tượng tham gia sơ cứu ban đầu: người đi đường 54,1%, cán bộ y tế 25,0%, tự sơ cứu 14,5%. Cách sơ cứu ban đầu chủ yếu là cầm máu 45,5% và băng bó 28,0%. Có 80% đến cơ sở y tế để cấp cứu, điều trị sau sơ cứu bằng các phương tiện xe máy 91,8%, ô tô 5,6%, xe cứu thương 0,4%. Thời gian đến viện trong vòng 6 giờ chiếm 86,7%. Hình thái tổn thương: tổn thương nông (trầy xước, trật khớp, bong gân...) 36,9%, tổn thương sâu (gãy xương, vết thương hở) 44,6%. Điều trị nội trú 23,9%, điều trị nội khoa 91,5%, phẫu thuật 8,2%. Kết

quả điều trị: tốt 97,2%, di chứng/tàn tật 2,6%

Cần có một chương trình can thiệp phòng chống TNTT cho trẻ em tại địa điểm nghiên cứu với những mô hình phù hợp nhằm giảm thiểu các loại TNTT có

thể xảy ra, tăng cường năng lực sơ cứu ban đầu tại cộng đồng khi có TNTT xảy ra để mang lại kết quả điều trị tốt hơn và làm giảm những di chứng/tàn tật cho trẻ sau khi bị TNTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Lao động - Thương binh - Xã hội, UNICEF (2012), Tổ chức Y tế thế giới, Trường Đại học Y tế Công cộng (2012) - *Khảo sát về Tai nạn thương tích tại Việt Nam năm 2010 (VNIS 2010)* - Báo cáo kết quả 2012.

2. Phạm Việt Cường, Lê Vũ Anh, Nguyễn Thúy Quỳnh (2009), *Mô hình TNTT trẻ em tại thành phố Đà Nẵng*, Tạp chí Y học dự phòng, XXIII (6), tr. 43 - 49.

3. Nguyễn Văn Hùng (2014) *Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích và các yếu tố ảnh hưởng đến trẻ em dưới 16 tuổi tại TP. Buôn Ma Thuột, Đắk Lắk*. Đề tài nghiên cứu thuộc Viện Nghiên cứu sức khỏe Cộng đồng – Trường Đại học Y Dược Huế.

4. Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và Phòng chống chấn thương - Trường Đại học Y Tế Công cộng (2003) *Điều tra Liên trường Chấn thương ở Việt Nam (VMIS – 2001)*

5. Trung tâm Nghiên cứu Chính sách và Phòng chống chấn thương (2005), *Điều tra cơ bản tình hình chấn thương và các yếu tố ảnh hưởng ở trẻ dưới 18 tuổi tại 6 tỉnh Hải Phòng, Hải Dương, Quảng Trị, Thừa Thiên Huế,*

Cần Thơ, Đồng Tháp 2003, Trường Đại học Y tế công cộng.

6. Bộ Y tế, UNICEF (2010), *Báo cáo đánh giá Chính sách quốc gia Phòng chống Tai nạn Thương tích 2006 - 2009*

7. Chính Phủ (2001), *Quyết định của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chính sách Quốc gia phòng chống tai nạn thương tích giai đoạn 2002- 2010*, Quyết định số 197/2001/QĐ-TTg ngày 27 tháng 12 năm 2001.

8. Cục Quản lý Môi trường - Bộ Y tế (2009), *Dự án “Tăng cường dịch vụ chăm sóc chấn thương trước khi đến bệnh viện tại Việt Nam từ 2009-2011*.

9. Phạm Lê Tuấn (2006), *Khả năng đáp ứng vận chuyển cấp cứu TNGT đường bộ trên địa bàn Hà Nội*. Tạp chí Y học dự phòng, 2006, tập XVI, 2(80)

10. Trần Văn Nam (2007), *Phân tích một số đặc điểm tai nạn thương tích ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ 8.2005 đến 2.2007*. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 7, số 02/2007, trang 65-71