

Công Thành (2020)[9] và Phạm Thị Minh Hồng (2004) [5].

Tỷ lệ phát hiện vi khuẩn đồng nhiễm trong nghiên cứu thấp, do chỉ 22% trẻ được nuôi cấy dịch tỵ hầu, trong đó 94,4% âm tính và chỉ 1 ca (5,6%) dương tính với *Staphylococcus coagulase negative*. Điều này khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang (2021), ghi nhận 40,4% có vi khuẩn đồng nhiễm, chủ yếu là *Streptococcus pneumoniae* và *Haemophilus influenzae* [7]. Trong khi đó, xét nghiệm virus đồng nhiễm chỉ được thực hiện ở 8,5% số trẻ và đều âm tính. So với nghiên cứu của Lu L và cộng sự, tỷ lệ này tương đương với 8,02% đồng nhiễm virus trong nhóm bệnh nhân RSV tại Trung Quốc [3], cho thấy đồng nhiễm virus có thể xảy ra nhưng khó phát hiện nếu không xét nghiệm thường quy.

Kết quả điều trị. Trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV tại khoa sơ sinh bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn có tỷ lệ khỏi và đỡ được ra viện chiếm 100%, không có bệnh nhân tử vong, xin về và chuyển viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Vũ Công Thành (năm 2020) [9], ghi nhận không có trường hợp nào tử vong hoặc xin về, 100% bệnh nhân điều trị khỏi ra viện hoặc đỡ được chuyển tuyến dưới điều trị tiếp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp dưới có nhiễm RSV ở trẻ sơ sinh có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đối điển hình, với triệu chứng hô hấp chiếm ưu thế. Hầu hết các chỉ số huyết học, vi sinh và hình ảnh học đều nằm trong giới hạn nhẹ đến trung bình. Việc

điều trị chủ yếu khỏi và đỡ, cho thấy sự thành công của phác đồ hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Avendaño Carvajal L, Perret Pérez C.** Epidemiology of Respiratory Infections. *Pediatr Respir Dis*. Published online February 1, 2020;263-272. doi:10.1007/978-3-030-26961-6_28 1
2. **Piedimonte G, Perez MK.** Respiratory Syncytial Virus Infection and Bronchiolitis. *Pediatr Rev*. 2014;35(12):519-530. doi:10.1542/pir.35-12-519 3
3. **Lu L, Yan Y, Yang B, et al.** Epidemiological and clinical profiles of respiratory syncytial virus infection in hospitalized neonates in Suzhou, China. *BMC Infect Dis*. 2015;15(1):431. doi:10.1186/s12879-015-1155-x 5
4. **Do LAH, Bryant JE, Tran AT, et al.** Respiratory Syncytial Virus and Other Viral Infections among Children under Two Years Old in Southern Vietnam 2009-2010: Clinical Characteristics and Disease Severity. *PLOS ONE*. 2016;11(8):e0160606. doi:10.1371/journal.pone.0160606 7
5. **Phạm Thị Minh Hồng.** Tình hình nhiễm vi rút hợp bào hô hấp tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2001-2002. *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2005;9(1). 8
6. **Lưu Thị Hoa.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của trẻ sơ sinh viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương. In: *Luận văn thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội*; 2017. 9
7. **Nguyễn Thị Trang.** Một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh nặng có nhiễm virus hợp bào hô hấp tại trung tâm sơ sinh bệnh viện nhi trung ương năm 2020-2021. In: *Luận văn thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội*; 2021. 10
8. **Đỗ Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tiểu phế quản do nhiễm RSV tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. In: *Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*; 2022. 11
9. **Vũ Công Thành.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của viêm phổi có nhiễm virus hợp bào hô hấp ở trẻ em. In: *Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*; 2020. 12

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN CÓ NGƯỜI CHỨNG KIẾN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tiên Anh^{1,2}, Trần Hữu Thông^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) có người chứng kiến tại Trung tâm Cấp cứu

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 121 bệnh nhân OHCA từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: ngừng tuần hoàn xảy ra ngoài cơ sở y tế, có người chứng kiến, bệnh nhân ≥ 18 tuổi, tình trạng được xác nhận bởi nhân viên y tế. Dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người chứng kiến. Kết cục thần kinh được đánh giá theo thang điểm CPC tại thời điểm ra viện. **Kết quả:** Nam giới chiếm 70,2%, tuổi trung bình $57,6 \pm 17,3$. CPR bởi người chứng kiến chỉ đạt 22,1%, chủ yếu là người thân hoặc nhân viên y tế. Tỷ lệ tái lập tuần hoàn trước viện và sống sót khi xuất viện cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có CPR sớm. **Kết luận:** CPR sớm do người chứng kiến có vai

trò quan trọng trong cải thiện tỷ lệ ROSC và sống sót sau OHCA. Tỷ lệ người chứng kiến hồi sinh tim phổi cho bệnh nhân vẫn còn thấp. Việc đào tạo CPR cộng đồng và cải thiện hệ thống cấp cứu trước viện là cần thiết để nâng cao hiệu quả xử trí OHCA tại Việt Nam.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF WITNESSED OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST PATIENTS AT THE A9 EMERGENCY DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the characteristics and evaluate treatment outcomes of out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) patients witnessed by bystanders at the A9 Emergency Department – Bach Mai Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 121 OHCA patients admitted between June 2024 and June 2025. Inclusion criteria were: cardiac arrest occurring outside a medical facility, witnessed by a bystander, patient aged ≥ 18 years, and cardiac arrest confirmed by emergency medical staff. Data were collected from medical records and interviews with bystanders. Neurological outcomes at discharge were assessed using the Cerebral Performance Categories (CPC) Scale. **Results:** Male patients accounted for 70.2%, with a mean age of 57.6 ± 17.3 years. CPR was performed by bystanders in only 22.1% of cases, mostly by family members or healthcare providers. Patients who received bystander CPR had significantly higher rates of pre-hospital ROSC and survival to discharge compared to those who did not. **Conclusions:** Early bystander CPR was strongly associated with improved ROSC and survival outcomes in OHCA patients. The proportion of patients receiving cardiopulmonary resuscitation (CPR) from bystanders remains relatively low. Promoting community CPR training and strengthening prehospital emergency response systems are crucial to improving OHCA management in Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn ngoại viện (Out-of-Hospital Cardiac Arrest – OHCA) là tình trạng cấp cứu tối khẩn, chiếm tỷ lệ tử vong cao và là nguyên nhân hàng đầu của đột tử tim mạch trên toàn cầu. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong hồi sức cấp cứu và chăm sóc sau hồi sinh, tỷ lệ sống sót đến khi ra viện của bệnh nhân OHCA vẫn còn thấp, đặc biệt tại các quốc gia có hệ thống cấp cứu trước viện chưa hoàn thiện. Theo Berdowski và cộng sự (2010), mỗi năm có khoảng 375.000–700.000 ca OHCA tại châu Âu và Bắc Mỹ, trong đó chỉ khoảng 8–12% số bệnh nhân sống sót và xuất viện¹. Hiệu quả điều trị phụ thuộc chặt chẽ vào chất lượng và thời gian khởi đầu của chuỗi phản ứng cấp cứu, trong đó CPR do người chứng kiến đóng vai trò then chốt trong việc duy trì tưới máu cơ quan và cải thiện chức năng thần kinh. Tại các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, tỷ lệ người chứng kiến thực hiện CPR vẫn còn

thấp do hạn chế về đào tạo và nhận thức cộng đồng. Dữ liệu từ nghiên cứu mạng lưới PAROS (Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study) cũng cho thấy tỷ lệ CPR do người xung quanh thực hiện tại hiện trường trong khu vực châu Á – Thái Bình Dương còn hạn chế². Tại Việt Nam, hệ thống cấp cứu ngoại viện đang từng bước được cải thiện, song dữ liệu nghiên cứu về đặc điểm và kết quả điều trị OHCA, đặc biệt ở nhóm có người chứng kiến, vẫn còn thiếu hụt. Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai là cơ sở tuyến cuối tiếp nhận nhiều trường hợp OHCA tại miền Bắc. Việc phân tích đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị ở nhóm bệnh nhân có người chứng kiến sẽ góp phần làm rõ vai trò của CPR sớm và cung cấp bằng chứng thực tiễn để định hướng các chiến lược can thiệp y tế và đào tạo cộng đồng.

Từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân OHCA có người chứng kiến tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai, qua đó góp phần cung cấp dữ liệu y học thực chứng phục vụ công tác tổ chức cấp cứu và nâng cao hiệu quả hồi sức tại cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được đưa vào trung tâm cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tình trạng ngừng tuần hoàn xảy ra ngoài cơ sở y tế có người chứng kiến.

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi

+ Tình trạng ngừng tuần hoàn (mất mạch, hôn mê và ngừng thở) được xác nhận bởi nhân viên y tế của cấp cứu 115 Hà Nội hoặc trung tâm cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được chuyển từ cơ sở y tế khác tới

+ Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đủ thông tin, không theo dõi được kết cục đến khi xuất viện

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai và dữ liệu ngừng tuần hoàn tại trung tâm cấp cứu 115 Hà Nội.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu. Dữ liệu tiến cứu từ tháng 6/2024 đến hết tháng 6/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3.3. Thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Khi bệnh nhân nhập viện, thu thập thông tin qua phỏng vấn từ người thân, người chứng kiến, người tiến hành hồi sinh tim phổi cho bệnh nhân, nhân viên cấp cứu 115. Thông tin thu thập dựa vào bản dữ liệu nghiên cứu soạn sẵn. Tại bệnh viện Bạch Mai, bệnh nhân được khám lâm sàng, chỉ định các thăm dò cận lâm sàng, được chẩn đoán và điều trị. Kết quả điều trị của bệnh nhân dựa trên thang điểm Cerebral Performance Categories Scale (CPC) tại thời điểm ra viện, với kết cục thần kinh tốt là CPC 1 – 2: bệnh nhân có cuộc sống bình thường hoặc tàn tật nhẹ, vẫn có thể tự chủ, độc lập được trong sinh hoạt hàng ngày.

2.3.4 Phân tích số liệu: Được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Giới tính		
Nam	85	70,2 %
Nữ	36	29,8 %
Tổng	121	100 %
Tuổi		
18 – 44	22	18,2 %
45 – 64	59	48,8 %
65 – 74	21	17,4 %
>75	19	15,7 %
Tuổi trung bình	57,6 ± 17,32 (tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 95)	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu đã thu thập được 121 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được đưa tới trung tâm Cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu: nam giới chiếm đa số. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,6; trong đó nhóm tuổi từ 45 – 64 chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2: Đặc điểm ngừng tuần hoàn ngoại viện

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Người chứng kiến		
Thành viên gia đình	57	47,1%
Đồng nghiệp	5	4,1%
Người qua đường	6	5,0%
Nhân viên y tế	51	42,1%
Bạn bè	2	1,7%
Tổng	121	100%
Địa điểm xảy ra ngừng tuần hoàn		
Tại nhà	69	57%

Nơi làm việc	4	3,3%
Ngoài đường	7	5,8%
Xe cứu thương	38	31,4%
Địa điểm khác	3	2,4%
Tổng	121	100%
Biểu hiện khi phát hiện ngừng tuần hoàn		
Hôn mê	118	97,5%
Ngừng thở	56	46,3%
Mất mạch	64	52,9%
Co giật	3	2,5%
Điện tim là rung thất khi đến khoa cấp cứu	8	6,6%
Nguyên nhân ngừng tuần hoàn		
Do tim	31	25,6%
Không do tim	52	43%
Chấn thương	13	10,7%
Các nguyên nhân khác	25	20,7%
Tổng	121	100%

Nhận xét: Ngừng tuần hoàn ngoại viện xảy ra chủ yếu tại nơi ở (57%) và trên xe cứu thương (31,4%). Các trường hợp này thường được chứng kiến bởi người thân (47,1%) hoặc nhân viên y tế (42,1%). Hầu hết bệnh nhân được phát hiện trong tình trạng hôn mê (97,5%), trong đó việc kiểm tra mạch chủ yếu do người chứng kiến là nhân viên y tế thực hiện. Nguyên nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện phần lớn không do tim (43%), trong khi nguyên nhân do tim chiếm 25,6%. Đáng chú ý, không bệnh nhân nào được ghi điện tim trước viện, và chỉ 6,6% bệnh nhân có kết quả điện tim có thể sốc điện khi đến khoa cấp cứu.

Bảng 3: Đặc điểm can thiệp trước viện ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Cấp cứu ngừng tuần hoàn bởi người chứng kiến (không tính nhóm do NVYT)	15	22,1%
Nỗ lực cấp cứu ngừng tuần hoàn bởi đơn vị cấp cứu 115	44	93,6%
Phương tiện kiểm soát đường thở		
Nội khí quản	6	6,1%
Bóng mask	87	88,8%
Mask thanh quản	4	4,1%
Không kiểm soát đường thở	1	1%
Tổng	98	100%
Khử rung tim trước viện	3	3,1%
Sử dụng Adrenalin	91	92,9%
Thời gian vận chuyển đến viện (phút)	28,6 ± 10,7	
Thời gian ngừng tuần hoàn đến lúc nhận được hồi sinh tim phổi đầu tiên (phút)	20,6 ± 17,7	

Nhận xét: Chỉ 20,6% bệnh nhân ngừng tuần hoàn được thực hiện hồi sinh tim phổi (CPR) bởi người chứng kiến không thuộc nhóm nhân viên y tế, trong khi đơn vị cấp cứu 115 tham gia hồi sinh tim phổi ở đa số trường hợp (93,6%). Trong số các ca được cấp cứu bởi 115, hầu hết bệnh nhân được kiểm soát đường thở, với phương tiện chủ yếu là bóng-mask (88,8%), nội khí quản chỉ chiếm 6,1%. Tỷ lệ khử rung tim trước viện còn hạn chế (3,1%), mặc dù Adrenalin được sử dụng thường quy (92,9%). Thời gian trung bình từ ngừng tuần hoàn đến khi bắt đầu CPR khoảng 20 phút, và thời gian vận chuyển đến bệnh viện khoảng 28 phút.

Bảng 4: Kết cục của bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện trong nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Tái lập tuần hoàn tự nhiên trước khi đến viện	12	9,9%
Tái lập tuần hoàn tự nhiên tại khoa cấp cứu	81	66,9%
Sống sót khi xuất viện	23	19,0%
Sống sót với kết cục thần kinh tốt (CPC 1-2)	9	7,4%

Nhận xét: Tỷ lệ tái lập tuần hoàn tự nhiên tại khoa cấp cứu đạt 66,9 %, chỉ 9,9 % bệnh nhân có tái lập tuần hoàn tự nhiên trước khi đến viện. Có 23 bệnh nhân sống sót khi xuất viện (chiếm 19%), trong đó có 9 bệnh nhân sống sót với kết cục thần kinh tốt (chiếm 7,4%).

So sánh kết cục ở nhóm được hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến với nhóm không được hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến, nhóm được hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến có tỷ lệ tái lập tuần hoàn trước khi đến viện cao hơn: 33,3 % so với 7,5 % có ý nghĩa thống kê (OR: 6,12, 95% CI: 1,39 – 26,91); tỷ lệ tái lập tuần hoàn tại bệnh viện cao hơn 93,3% so với 71,7% tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (OR 5,53; 95% CI: 0,67 – 45,81), tỷ lệ sống sót khi xuất viện cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê 53,3% so với 13,2% (OR 7,51, 95% CI: 2,07 – 27,25). Có 9 bệnh nhân sống sót xuất viện với kết cục thần kinh tốt (CPC 1-2) trong nghiên cứu, thời gian từ lúc ngừng tuần hoàn đến lúc được hồi sinh tim phổi đều dưới 10 phút.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 121 bệnh nhân OHCA có tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (70,2%); tuổi trung bình là $57,6 \pm 17,3$ tuổi, tương đồng với một số nghiên cứu: Việt Nam (nghiên cứu đoàn hệ 590 bệnh nhân) 74,6% là nam giới, tuổi trung bình $56,1 \pm 17,2$ tuổi³; nghiên cứu của Zhang et al (2020),

OHCA chủ yếu xảy ra ở nam giới trung niên với bệnh lý tim mạch nền⁴. Điều này phù hợp với dịch tễ học chung của bệnh lý tim mạch – nguyên nhân chính gây ngừng tuần hoàn ngoại viện.

Tỷ lệ ngừng tuần hoàn xảy ra tại nhà (57%) tương đồng với một số thống kê quốc tế. Li et al. (China, 2023) báo cáo 60–70% trường hợp OHCA xảy ra tại nhà⁵. Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc đào tạo CPR cho người thân trong gia đình – nhóm người chứng kiến chính. Hầu hết bệnh nhân được phát hiện trong tình trạng hôn mê (97,5%). Điện tim với tỷ lệ rung thất nhịp có thể sốc điện khi đến khoa cấp cứu (6,6%), thấp hơn nhiều so với nghiên cứu quốc tế tại Trung Quốc (2025) khoảng 24 – 40% bệnh nhân OHCA xuất hiện VF/VT lúc đầu⁶. Việc không ghi điện tim trước viện là vấn đề tồn tại, hạn chế trang thiết bị, ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sót của bệnh nhân OHCA. Nguyên nhân ngừng tuần hoàn không do tim chiếm ưu thế (43%) so với nguyên nhân do tim (25,6%). Nguyên nhân do tim chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều với các nghiên cứu quốc tế, nguyên nhân do tim thường chiếm >60% (Hàn Quốc: 72,7%; Singapore 74,5%; Malaysia 84,1%)⁷. Việc phân loại nguyên nhân OHCA tại Việt Nam chưa chuẩn hóa theo hệ thống quốc tế, bác sĩ cấp cứu thường phải ước đoán nguyên nhân nếu không có dữ liệu ECG, men tim, chẩn đoán sau tử vong, dẫn tới thiên lệch phân loại nguyên nhân ngừng tuần hoàn. Một lí do nữa đa số các bệnh nhân nặng được người nhà xin về nên không thể xác định được rõ ràng nguyên nhân ngừng tuần hoàn.

Tỷ lệ bệnh nhân được CPR bởi người chứng kiến chỉ đạt 22,1 %, tương đối thấp so với các quốc gia có chương trình huấn luyện CPR cộng đồng, ví dụ Na Uy và Đan Mạch. Tuy chỉ 22,1% ca có CPR từ người chứng kiến, nhưng cũng góp phần đáng kể đến tỷ lệ sống sót và chức năng thần kinh tốt trong bối cảnh Việt Nam. Tỷ lệ 93,6% bệnh nhân được EMS cấp cứu thể hiện hệ thống cấp cứu 115 tích cực tham gia khi tiếp nhận cuộc gọi, tuy nhiên tỷ lệ khử rung tim trước viện vẫn rất thấp (3,1%). Thời gian trung bình từ lúc ngừng tuần hoàn đến khi nhận được CPR đầu tiên là 20,6 phút – dài hơn đáng kể so với mốc 5–10 phút mà các guideline như AHA 2020 hoặc ERC 2021 khuyến cáo.

Đa số bệnh nhân được đặt nội khí quản (93,4%) và dùng adrenalin, phản ánh tuân thủ quy trình hồi sức cơ bản. Về kết cục của bệnh nhân trong nghiên cứu, tỷ lệ ROSC trước viện đạt 33,3% ở nhóm có CPR, cao hơn đáng kể so với 7,5% ở nhóm không CPR. Kết quả này phù hợp với PAROS-Vietnam: CPR bởi người chứng

kiến là yếu tố tiên lượng độc lập cho tỷ lệ sống sót và chức năng thần kinh tốt⁸. Tỷ lệ ROSC tại viện là 93,3% đối với nhóm có CPR và 71,7% ở nhóm không CPR, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng thể hiện xu hướng tích cực. Tỷ lệ sống sót cuối cùng đạt 53,3% ở nhóm có CPR và 13,2% ở nhóm không CPR. Đây là chỉ số khẳng định rõ nhất hiệu quả của CPR bởi người chứng kiến. Sự khác biệt có thể đến từ việc Trung tâm Cấp cứu A9 là một đơn vị tuyến cuối, có năng lực can thiệp các kỹ thuật chuyên sâu sau ROSC. Đáng chú ý, dù chưa đủ cỡ mẫu để khẳng định sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê, 9 bệnh nhân sống sót trong nghiên cứu (7,4%) có kết cục chức năng thần kinh tốt (CPC 1–2) đều được bắt đầu CPR trong vòng <10 phút kể từ khi ngừng tuần hoàn. Nghiên cứu cho thấy vai trò của người chứng kiến là yếu tố quan trọng cải thiện tỷ lệ ROSC và sống sót với chức năng thần kinh tốt. Đây là nền tảng thiết yếu giúp Việt Nam tiệm cận các quốc gia phát triển trong lĩnh vực điều trị ngừng tuần hoàn ngoại viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 121 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy CPR do người chứng kiến có liên quan chặt chẽ đến cải thiện tỷ lệ ROSC trước viện và sống sót khi xuất viện. Thời gian No - Flow kéo dài là yếu tố tiên lượng bất lợi, nhấn mạnh tầm quan trọng của CPR sớm. Kết quả nghiên cứu củng cố vai trò thiết yếu của việc đào tạo và phổ cập CPR cộng đồng trong chiến lược nâng cao chất lượng xử trí

OHCA tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berdowski J, Berg RA, Tijssen JGP, Koster RW.** Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation*, 2010;81(11): 1479-1487.
2. **Ne, Ahmad N, Pek P, Yap S, Ong M.** The Pan-Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS) clinical research network: what, where, why and how. *Singapore Medical Journal*, 2017; 58(7): 456–458.
3. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. *Bull World Health Organ*, 2021;99(1):50-61
4. **Zhang, L., et al.** The survival rate and neurological outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in a Chinese cohort: A retrospective analysis. *Journal of Emergency Medicine*, 2020: 532-539.
5. **Zhou G, Wang Y, Sun Z, et al.** Survival outcome among patients with out-of-hospital cardiac arrest who received cardiopulmonary resuscitation in China: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Medical Research*, 2023; 28(1): 1–11.
6. **Tang H, Wu R, Yin L, et al.** Escalating vs Fixed Energy Defibrillation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Ventricular Fibrillation. *JAMA Network Open*, 2025.
7. **Ong MEH, Shin SD, De Souza NNA, et al.** Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation*, 2015;96:100-108.
8. **Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al.** Survival after traumatic out-of-hospital cardiac arrest in Vietnam: a multicenter prospective cohort study. *BMC Emergency Medicine*. 2021.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN GIAI ĐOẠN IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG ERLOTINIB TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Nguyễn Huyền Trang¹, Nguyễn Văn Đăng^{2,3}, Lê Thị Khánh Tâm⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước một ung thư phổi giai đoạn IV có đột biến EGFR bằng Erlotinib tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu có theo

dõi dọc 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV có đột biến EGFR, được điều trị bằng Erlotinib từ 01/2018 đến 05/2025 tại Bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi mắc bệnh trung bình $66,8 \pm 10,4$, tỷ lệ nữ/ nam: 1,1/1. Có 78,5% trường hợp đạt đáp ứng một phần, 7,8% BN tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 92,2%. PFS trung vị là: 12 tháng (ít nhất 4 tháng và dài nhất 37 tháng). PFS tại thời điểm 1 năm là 46,6 %. **Kết luận:** Điều trị Erlotinib bước một đem lại đáp ứng điều trị cao, ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** Ung thư phổi, EGFR, Erlotinib bước một.

SUMMARY

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

⁴Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025