

Một trong những chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện PHCN là lựa chọn các phương pháp điều trị vật lý trị liệu và PHCN thích hợp, kết hợp dinh dưỡng, sử dụng thuốc chữa bệnh hợp lý và có đủ các chỉ số đánh giá về chức năng cho NB khi vào viện, ra viện. Tuy nhiên, khẩu phần ăn của NB được lập đi lập lại hàng ngày dễ gây ra nhàm chán và NB không thích ăn. Vì vậy, kết quả NC cho thấy mức độ hài lòng của NB liên quan đến vấn đề dinh dưỡng là chưa được cao. Điểm trung bình hài lòng của NB về hai tiêu mục giao tiếp với nhân viên nhà ăn và khẩu phần ăn họ cung cấp là 4,36 và 4,08 đều cao hơn điểm trung bình hài lòng tối thiểu (≥ 4), tỉ lệ NB hài lòng theo thứ tự là 87,6% và 75,8% (Bảng 3).

Hài lòng với kết quả chăm sóc sức khỏe

Phần lớn NB điều trị tại BV là đối tượng có thẻ bảo hiểm y tế (BHYT), do vậy hầu như NB được BHYT thanh toán phần lớn chi phí điều trị, chi phí phải chi trả thêm nói chung là thấp, cho nên việc hầu hết NB hài lòng với chi phí phải trả tại BV là hoàn toàn hợp lý. Tỉ lệ hài lòng đạt 95,6% (Bảng 4)

Do vậy, kết quả về việc NB quay lại hoặc giới thiệu người khác đến BV sau khi ra viện không chỉ đơn thuần phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý được cải thiện mà còn phụ thuộc vào tinh thần NB. Họ cảm thấy hài lòng khi ra viện.

Dù NB đồng ý quay trở lại BV với bất kỳ lý do gì cũng là một dấu hiệu tích cực cho BV. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy dấu hiệu tích cực này. Cụ thể điều tra của Ngô Thị Ngoãn có đến 93% NB tín nhiệm BV và 95% trả lời sẽ giới thiệu bạn, người thân đến khám và điều trị tại BV khi có nhu cầu³. NC của Phạm Nhật Yên, có 91,1% ý kiến NB cho rằng sẽ quay trở lại và giới thiệu người khác đến khám, chữa bệnh⁵

V. KẾT LUẬN

Sự hài lòng nhìn chung của người bệnh tại bệnh viện phục hồi chức năng đạt cao được xác định dựa vào các yếu tố, trong đó nhóm yếu tố về cơ sở vật chất, trang thiết bị đạt cao nhất: từ 94,3 -100% và nhóm yếu tố về tiếp cận với nhân viên thanh toán viện phí và nhân viên nhà ăn đạt thấp nhất: từ 75,8-87,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ly và cộng sự (2007), "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại các bệnh viện tỉnh Hải Dương", Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng tại Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ III. Nhà xuất bản Giao thông vận tải, tr.20 – 22.
2. Phạm Quang Lung và Nguyễn Xuân Nguyên (2001), "Tổ chức và quản lý khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng", Quản lý bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 543-549.
3. Ngô Thị Ngoãn và cộng sự (2002), "Kết quả nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh tại các khoa khám bệnh của 5 bệnh viện khu vực Hà Nội và các tỉnh", Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu tại Hội nghị khoa học Điều dưỡng toàn quốc lần thứ I, Nhà xuất bản Giao thông vận tải, tr. 17 – 23
4. Nguyễn Đức Thành và cộng sự (2006), Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh nội trú về chất lượng chăm sóc sức khỏe tại các Bệnh viện tỉnh Hòa Bình, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Lê Nữ Thanh Uyên và Trương Phi Hùng (2006), "Mức độ hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế tại bệnh viện Bến Lức - huyện Bến lức, tỉnh Long An, tháng 5/2005", Y học TP Hồ Chí Minh, 10(1), tr.43-47.
6. Bộ Y tế và Nhóm Đối tác y tế (2009), Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2009 – Nhân lực Y tế ở Việt Nam, Hà Nội
7. C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster, N. Richards & T. Chandola (2002), "Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care", Quality and Safety in health care, 11, pp.335 – 339.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHI DƯỚI 6 TUỔI BÔNG RẤT NẶNG

Trần Đình Hùng^{1,2}, Ngô Tuấn Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong ở bệnh nhi dưới 6 tuổi bông rất nặng. **Đổi**

¹Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng

Email: drtrandinhhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 229 bệnh nhân (BN) trẻ em (0-6 tuổi), diện tích bông $\geq 30\%$ diện tích cơ thể (DTCT) điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác từ 1/1/2018 - 31/12/2022. BN được chia làm hai nhóm cứu sống và tử vong, được so sánh về đặc điểm, diễn biến và kết quả điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong 7%. Phân tích đa biến cho thấy diện tích bông sâu (DTBS) và thời điểm vào viện sau 24 giờ bị bông có mối liên quan độc lập với tử vong ($p < 0,05$). Sự gia tăng 1% diện tích bông sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,11 đơn vị, vào viện sau 24 giờ bị bông làm tăng nguy cơ

tử vong lên 1,78 đơn vị. Giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhi ≤ 6 tuổi bỏng rất nặng của diện tích bỏng sâu và thời gian vào viện sau bỏng với diện tích dưới đường cong (AUC) tương ứng là 0,73 và 0,64. Khi kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu, giá trị tiên lượng tử vong tăng lên đáng kể, ở mức tốt (AUC = 0,84; $p < 0,05$). Kiểm định Hosmer – Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu phù hợp với tử vong ($\chi^2 = 8,62$; $p > 0,05$). **Kết luận:** Sự gia tăng diện tích bỏng sâu và thời điểm vào viện sau 24 giờ bị bỏng làm tăng nguy cơ tử vong. Giá trị tiên lượng tử vong của thời điểm vào viện sau bỏng kết hợp với diện tích bỏng sâu ở mức tốt.

Từ khóa: Bỏng trẻ em rất nặng, tử vong.

SUMMARY

STUDY ON PROGNOSTIC FACTORS OF MORTALITY IN PEDIATRIC MASSIVE BURN PATIENTS UNDER 6 YEARS

Objectives: Evaluation of factors predicting mortality in massive burn patients ≤ 6 years old. **Subjects and methods:** Retrospective study on 288 burn pediatric patients (0-6 years old), burn extent $\geq 30\%$ of total burn surface area (TBSA) treated at the National Burns Hospital from 1/1/2018 to 31/12/ 2022. Patients were divided into two groups of survival and death, and were compared in terms of the characteristics, manifestation and outcome. **Results:** Mortality rate was 7%. Multivariate analysis showed that the increased deep burn area and hospitalized 24 hours after burn were independently associated with mortality ($p < 0,05$). Increase 1% of a deep burn area increases the risk of death by 0.11 units, hospitalization after 24 hours of burn increases the risk of death by 1.78 units. The prognostic value of mortality in massive burn pediatric patients ≤ 6 years old of deep burn area and hospitalized 24 hours after burn with area under the curve (AUC) is 0.73 and 0.64, respectively. When combining hospitalized 24 hours after burn and deep burn area, the predictive value of mortality increases significantly, at a good level (AUC = 0.84; $p < 0.05$). The Hosmer - Lemeshow test showed that the regression equation combining hospitalized 24 hours after burn and deep burn area was consistent with death ($\chi^2 = 8.62$; $p > 0.05$). **Conclusion:** The increase deep burns area and hospitalized 24 hours after burn increases the risk of death. The mortality prognostic value of hospitalized 24 hours after burn combined with deep burn area were at a good level.

Keywords: massive burn children, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một tai nạn thường gặp ở trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 6 tuổi. Phân loại mức độ nặng ở trẻ em bị bỏng dựa vào diện tích bỏng, bỏng rất nặng khi diện tích bỏng $\geq 30\%$ diện tích cơ thể [1]. Cùng với sự tiến bộ trong y học, việc áp dụng các tiến bộ mới trong hồi sức ban đầu, phẫu thuật cắt hoại tử và che phủ sớm, chăm sóc toàn diện đã làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng, nâng cao tỷ lệ cứu sống bệnh nhân bỏng

nói chung và bỏng trẻ em nói riêng. Do có những đặc điểm riêng về giải phẫu, sinh lý, các đáp ứng và diễn biến của trẻ em bỏng rất nặng có những điểm khác biệt với bệnh nhân bỏng là người lớn, đặt biệt ở lứa tuổi ≤ 6 tuổi. Các thang điểm tiên lượng trên bệnh nhân bỏng chủ yếu áp dụng cho các bệnh nhân bỏng người lớn, hầu như không phù hợp với bệnh nhân bỏng nhi, đặc biệt các bệnh nhi ≤ 6 tuổi [2]. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân trẻ em bị bỏng nặng cao gấp 7 lần ở các nước phát triển [3]. Do vậy, cần tìm ra các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong trên bệnh nhi ≤ 6 tuổi bị bỏng rất nặng ở các nước đang phát triển với đặc điểm riêng của từng quốc gia. Từ đó, có biện pháp can thiệp phù hợp nhằm cải thiện tỷ lệ sống sót trên bệnh nhân trẻ em bị bỏng nặng. Mục đích của nghiên cứu này nhằm tìm ra các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhi ≤ 6 tuổi bỏng rất nặng được điều trị tại Bệnh viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác trong 5 năm (2018-2022).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu trên 229 bệnh nhân trẻ em (0-6 tuổi) có diện tích bỏng từ 30% diện tích cơ thể trở lên, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ 1/1/2018 đến 31/12/2022. Các nhóm chỉ tiêu nghiên cứu gồm đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, bệnh kết hợp, thời điểm vào viện sau bỏng; đặc điểm tổn thương bỏng: tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp; diễn biến và kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu được so sánh giữa hai nhóm bệnh nhân cứu sống và tử vong.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không lấy đủ số liệu nghiên cứu, bệnh nhân xin về khi đang điều trị hoặc bệnh nhân chuyển bệnh viện khác.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích đơn biến và đa biến để xác định các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến tỷ lệ tử vong. Sử dụng kiểm định Hosmer – Lemeshow về sự phù hợp của mô hình hồi quy với tử vong.

Diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu được xác định bằng ROC test:

- + AUC > 0,9: Giá trị tiên lượng rất tốt
- + AUC = 0,8 ÷ 0,9: Giá trị tiên lượng tốt
- + AUC = 0,7 ÷ 0,8: Giá trị tiên lượng khá.
- + AUC = 0,6 ÷ 0,7: Giá trị tiên lượng trung bình
- + AUC < 0,6: Ít có ý nghĩa

Điểm cắt tối ưu được xác định bằng chỉ số Jouden: $J = \max(Se+Sp - 1)$. Trong đó: J là chỉ số Jouden (điểm cắt tối ưu); Se là độ nhạy; Sp là độ đặc hiệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tương quan giữa đặc điểm bệnh nhân và tử vong

Thông số		Cứu sống (n = 213)	Tử vong (n = 16)	p
Tuổi, trung vị (IQR)		3 (2-4)	3 (2-4)	0,66
Giới, n(%)	Nam (n = 142)	136 (95,77)	6 (4,23)	0,036
	Nữ (n = 87)	77 (88,51)	10 (11,49)	
Bệnh kết hợp, n(%)	Không (n = 224)	208 (92,86)	16 (7,14)	0,54
	Có (n = 5)	5 (100)	0	
Thời điểm vào viện sau bỏng, n(%)	< 24 giờ (n = 190)	181 (95,26)	9 (4,74)	0,003
	≥ 24 giờ (n = 39)	32 (82,05)	7 (17,95)	
Bỏng lửa, n(%)	Không (n = 201)	193 (96,02)	8 (3,98)	0,000
	Có (n = 28)	20 (71,43)	8 (28,57)	
Diện tích bỏng, trung vị (IQR)		35 (30-41)	59 (36-61,5)	0,001
Diện tích bỏng sâu, trung vị (IQR)		4 (0-11)	26,5 (0-35,5)	0,001
Bỏng hô hấp, n(%)	Không (n = 219)	209 (95,43)	10 (4,57)	0,000
	Có (n = 10)	4 (40)	6 (60)	

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 7,0%. Bệnh nhân nữ, thời điểm vào viện sau 24 giờ sau bỏng, bỏng lửa có tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể so với bệnh nhân nam, thời điểm vào viện trong 24 giờ, bỏng do nguyên nhân khác (p < 0,05).

So với nhóm cứu sống, nhóm tử vong có diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu và có bỏng hô hấp cao hơn đáng kể (p < 0,01). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi và bệnh kết hợp (p > 0,05).

Bảng 2. Phân tích đa biến các yếu tố dự báo tử vong

Thông số	Coef. (95% CI)	OR (95% CI)	p
Giới tính	-0,67 (-2,06 - 0,73)	0,51 (0,13 - 2,07)	0,35
Thời điểm vào viện sau bỏng	2,12 (0,67 - 3,57)	8,36 (1,96 - 0,35,57)	0,004
Bỏng lửa	0,32 (-1,86 - 2,51)	1,38 (0,16 - 12,3)	0,77
Diện tích bỏng	0,05 (-0,01 - 0,10)	1,05 (0,99 - 1,10)	0,09
Diện tích bỏng sâu	0,08 (0,02 - 0,14)	1,08 (1,02 - 1,14)	0,006
Bỏng hô hấp	2,58 (-0,09 - 5,26)	13,2 (0,91 - 191,5)	0,06
_cons.	-6,31 (-9,0 - (-3,6))	0,002 (0,0001 - 0,03)	0,000

Thời điểm vào viện sau bỏng 24 giờ và diện tích bỏng sâu là các yếu tố độc lập có ý nghĩa dự báo tử vong (p < 0,05).

Bảng 3. Phân tích đa biến kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng, diện tích bỏng sâu

Thông số	Coef. (95% CI)	OR (95% CI)	p
Thời điểm vào viện sau bỏng	1,78 (0,56 - 3,00)	5,94 (1,75 - 20,1)	0,004
Diện tích bỏng sâu	0,11 (0,06 - 0,15)	1,11 (1,07 - 1,16)	0,000
_cons.	-4,57 (-5,75 - (-3,39))	0,01 (0,003 - 0,03)	0,000

Phương trình logit thu được như sau: Logit (tử vong) = 1,78*thời điểm vào viện sau bỏng + 0,11*Diện tích bỏng sâu - 4,57. Thời điểm vào viện sau bỏng (time: trong 24 giờ = 0, sau 24h = 1).

Sự gia tăng 1% diện tích bỏng sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,11 đơn vị, vào viện sau 24 giờ bị bỏng làm tăng nguy cơ tử vong lên 1,78 đơn vị.

Bảng 4. Giá trị tiên lượng tử vong

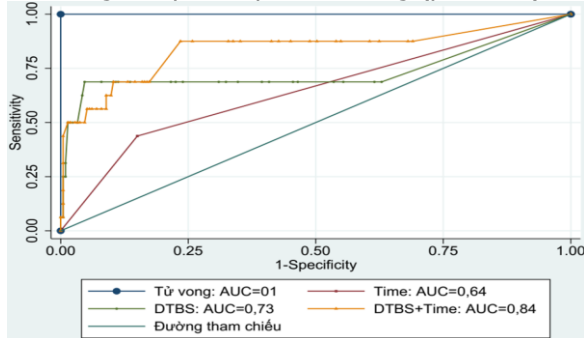
Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	H-L* χ² (p)	AUC (95%CI)	p#
Thời điểm vào viện sau bỏng	Vào viện sau 24 giờ	43,75	84,98	82,10		0,64 (0,52 - 0,77)	0,02
Diện tích bỏng sâu	22	68,75	95,31	93,45	18,13(0,006)	0,73 (0,55 - 0,92)	0,10
Logit		87,5	76,53	77,29	8,62(0,28)	0,84 (0,70 - 0,98)	

*: H-L: kiểm định Hosmer - Lemeshow về sự phù hợp của mô hình hồi quy so sánh với phương trình logit

Diện tích bỏng sâu có giá trị tiên lượng tử vong khá, vào viện sau 24 giờ có giá trị tiên

lượng tử vong ở mức trung bình. Khi kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng

sâu, giá trị tiên lượng tử vong tăng lên đáng kể, ở mức tốt (AUC = 0,84; $p < 0,05$). Kiểm định Hosmer – Lemeshow cho thấy phương trình hồi quy kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu phù hợp với tử vong ($p > 0,05$).



Hình 1. Đường cong ROC biểu hiện giá trị tiên lượng tử vong của các thông số

Time: thời điểm vào viện sau bỏng; DTBS: diện tích bỏng sâu; time+DTBS: kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 229 bệnh nhi bị bỏng rất nặng, có 16 bệnh nhi tử vong, chiếm tỷ lệ 7%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này tương đồng với các báo cáo ở các nước đang phát triển như Đông Phi là 7,1% [4]; Ethiopia là 8,5% [5]. Tuy nhiên cao hơn ở các nước phát triển như Trung Quốc và Hoa Kỳ [1], [6]. Điều này nói lên chúng ta còn nhiều việc phải làm để nâng cao chất lượng cứu chữa bệnh nhân nhi bỏng nặng.

Kết quả bảng 1 thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhi nữ cao hơn đáng kể so với bệnh nhi nam (11,49% so với 4,23%; $p < 0,05$), bệnh nhi bỏng lửa cao hơn so với nguyên nhân khác (28,57% so với 3,98%; $p < 0,05$). Điều này có thể do các bệnh nhân bỏng lửa thường kèm theo bỏng hô hấp và diện tích độ sâu cao hơn. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo khác [5]. Tuy nhiên, giới tính và bỏng lửa trong nghiên cứu của chúng tôi không phải là các yếu tố nguy cơ độc lập với tử vong.

Tỷ lệ tử vong là một yếu tố quan trọng đánh giá khả năng điều trị bệnh nhân bỏng. Cho tới nay, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng phụ thuộc vào nhiều yếu tố gồm tuổi, giới, tác nhân bỏng, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp, các bệnh và chấn thương kết hợp, các biện pháp cấp cứu ban đầu, trình độ nhân lực, trang thiết bị của cơ sở y tế. Chalya P.L và cộng sự phân tích trên 342 bệnh nhân bỏng trẻ em nhập viện tại trung tâm y tế Bugando (Tanzania) từ 01/2008 đến

12/2010 thấy tỷ lệ tử vong là 11,7%; diện tích bỏng (OR = 2,54; $p = 0,012$), bỏng hô hấp (OR = 6,43; $p = 0,011$) cùng với nhiễm khuẩn (OR = 6,86; $p = 0,000$) là các yếu tố liên quan độc lập với tử vong [7]. Bên cạnh đó, tình trạng lâm sàng xấu khi nhập viện cũng là một yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhi bị bỏng như thiếu máu, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, tình trạng tổn thương bỏng có hoại tử thứ phát khi nhập viện [5], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cùng với diện tích bỏng sâu, thời gian vào viện sau bỏng liên quan độc lập với tử vong. Các bệnh nhi vào viện sau 24 giờ bị bỏng có nguy cơ tử vong cao gấp 5,94 lần các bệnh nhi vào viện trong 24 giờ sau bỏng (bảng 3). Điều này nói lên một phần nào đó thực trạng sơ cấp cứu ban đầu bệnh nhi bị bỏng ở tuyến dưới. Nếu trong 24 giờ đầu bệnh nhi bỏng được sơ cấp cứu tốt, thoát sốc nhanh; tổn thương được kiểm soát tốt, không chuyển độ sâu. Thực tế, nhiều bệnh nhi chuyển lên Bệnh viện chúng tôi trong tình trạng sốc nhược không hồi phục, sốc nhiễm khuẩn, tổn thương bỏng hoại tử thứ phát.

Khi phân tích giá trị tiên lượng tử vong của các thông số liên quan độc lập với tử vong trên bệnh nhi bị bỏng nặng. Nếu riêng lẻ từng thông số, diện tích bỏng sâu, thời gian vào viện sau bỏng, giá trị tiên lượng tử vong chỉ ở mức trung bình và khá (bảng 4) và không có sự phù hợp của mô hình hồi quy với tử vong (kiểm định Hosmer – Lemeshow, $p < 0,05$). Kết hợp thời gian vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu, giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhi bỏng nặng tăng lên đáng kể, ở mức tốt (AUC = 0,84; $p < 0,05$) và phương trình hồi quy kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu phù hợp với tử vong (kiểm định Hosmer – Lemeshow, $p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhi bỏng nặng ≤ 6 tuổi là 7%. Sự gia tăng 1% diện tích bỏng sâu làm tăng nguy cơ tử vong lên 0,11 đơn vị; vào viện sau 24 giờ bị bỏng làm tăng nguy cơ tử vong lên 1,78 đơn vị. Khi kết hợp thời điểm vào viện sau bỏng và diện tích bỏng sâu, giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt (AUC = 0,84; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheng W., Shen C., Zhao D. et al. (2019) The epidemiology and prognosis of patients with massive burns: A multicenter study of 2483 cases. Burns, 45 (3), 705-716.
2. Nia K.S., Razzaghi A., Rahmani F. et al. (2020) Pediatric Burn Outcome; Diagnostic Value of R-Baux and P-Baux Scores. Research Square, 1-14.
3. Svee A., Jonsson A., Sjöberg F. et al. (2016) Burns in Sweden: temporal trends from 1987 to

2010. *Annals of burns and fire disasters*, 29 (2), 85.
4. **Chelidze K.I., Lim C.C., Peck R.N. et al.** (2016) Predictors of mortality among pediatric burn patients in East Africa. *Journal of Burn Care & Research*, 37 (2), e154-e160.
 5. **Tiruneh C.M., Belachew A., Mulatu S. et al.** (2022) Magnitude of mortality and its associated factors among Burn victim children admitted to South Gondar zone government hospitals, Ethiopia, from 2015 to 2019. *Italian journal of pediatrics*, 48 (1), 12.
 6. **Martens S., Romanowski K., Palmieri T. et al.** (2023) Massive Pediatric Burn Injury: A 10-Year Review. *Journal of Burn Care & Research*, 44 (3), 670-674.
 7. **Chalya P.L., Mabula J.B., Dass R.M. et al.** (2011) Pattern of childhood burn injuries and their management outcome at Bugando Medical Centre in Northwestern Tanzania. *BMC research notes*, 4, 1-10.
 8. **Droussi H., Benchamkha Y., Ouahbi S. et al.** (2013) Epidemiology and treatment of paediatric burns in a large children's hospital in Morocco: Analysis of 394 cases: *Epidémiologie et traitement des brûlures pédiatriques dans un grand hôpital pour enfants au Maroc: l'analyse de 394 cas.* *African Journal of Emergency Medicine*, 3 (3), 110-115.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đặng Ngọc Anh¹, Nguyễn Anh Tuấn²,
Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Hữu Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện vào Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được chẩn đoán: không có dấu hiệu tuần hoàn và xảy ra bên ngoài bệnh viện. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,6 \pm 19,9$ tuổi. Ngừng tuần hoàn do nguyên nhân tim mạch và bệnh lý nội khoa khác đa số chiếm 35,6% và 44,2%; chấn thương tỉ lệ thấp nhất 20,2%. Bệnh nhân được hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến thấp 21,7%, hầu hết bệnh nhân đến bệnh viện nhịp tim là vô tâm thu chiếm 58%. Có tái lập tuần hoàn chiếm 44,8%. Tỉ lệ bệnh nhân xin về tại Khoa Cấp cứu chiếm 85,3%. **Kết luận:** Thực trạng dây chuyền cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện ở Nghệ An còn nhiều hạn chế và kết cục cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện còn thấp. **Từ khóa:** Ngừng tuần hoàn ngoại viện (NTHNV); Hồi sinh tim phổi (HSTP).

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH OUT OF CARDIAC ARRESTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with out-of-hospital cardiac arrest in the Emergency Department of Nghe An

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Ngọc Anh

Email: bsngocanh87@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

General Friendship Hospital. Subjects and methods: Patients with out-of-hospital cardiac arrest are diagnosed: there are no signs of circulation and occur outside the hospital. The research method is cross-sectional descriptive. **Results:** The average age of patients was 57.6 ± 19.9 years. Cardiac arrest due to cardiovascular and internal medicine causes accounts for the majority of 35.6% and 44.2%; trauma 20.2%. Patients receiving cardiopulmonary resuscitation by witnesses were low at 21.7%. Most patients came to the hospital with heart rhythms of asystole, accounting for 58%. Circulation was restored, accounting for 44.8%. The rate of patients returning to the Emergency Department is 85.3%. **Conclusions:** Current situation of the out-of-hospital cardiac emergency chain in Nghe An is still limited and the outcome of out-of-hospital cardiac arrest is still low. **Keywords:** Out of Hospital Cardiac Arrest (OHCA); Cardiopulmonary resuscitation (CPR)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn là một cấp cứu rất thường gặp ở cả trong và ngoài bệnh viện. Đặc biệt, ngừng tuần hoàn ngoại viện là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong cộng đồng. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 350.000 ca ngừng tim ngoại viện - OHCA (Out - of - Hospital Cardiac Arrest), với tỷ lệ sống sót là khoảng 5% đến 10% [1]. Rất nhiều nỗ lực của cấp cứu trước viện ngày càng được cải thiện, tuy nhiên tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện vẫn rất cao. Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ đã đưa ra hướng dẫn cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện tách biệt với cấp cứu ngừng tuần hoàn trong bệnh viện, và được cập nhật mỗi 5 năm một lần với nhiều hướng dẫn mới, khuyến cáo mới [2]. Ở Việt Nam, hầu hết bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện vẫn