

ẢNH HƯỞNG CỦA NGƯỜI CHỨNG KIẾN TIẾN HÀNH HỒI SINH TIM PHỔI ĐẾN KẾT CỤC BỆNH NHÂN NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN TẠI MỘT SỐ KHOA CẤP CỨU Ở HÀ NỘI

Vũ Tường Lân^{1,2}, Nguyễn Tiến Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của người chứng kiến tiến hành hồi sinh tim phổi (CPR) đến kết cục bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) tại một số khoa Cấp cứu ở Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại các khoa Cấp cứu của Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Thanh Nhàn và Bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 6/2024 đến tháng 7/2025. Các bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện có người chứng kiến và được điều trị tại các bệnh viện này được chọn làm đối tượng nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người chứng kiến, phân tích tỷ lệ ROSC (return of spontaneous circulation), sống sót khi xuất viện và CPC (Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance Category). Phân tích logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để đánh giá ảnh hưởng của người chứng kiến CPR đến kết quả hồi sức và kết cục thần kinh. **Kết quả:** Trong tổng số 168 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện, có 18,8% bệnh nhân được người chứng kiến thực hiện CPR. Tỷ lệ ROSC tại khoa Cấp cứu đạt 59,5%, tỷ lệ sống sót khi xuất viện là 16,7% và tỷ lệ CPC 1-2 đạt 6,5%. Nhóm bệnh nhân có CPR bởi người chứng kiến có tỷ lệ ROSC trước viện cao hơn 5,4 lần ($p = 0,01$), tỷ lệ sống sót khi xuất viện cao gấp 4 lần ($p = 0,01$) và CPC 1 cao gấp 7,5 lần ($p = 0,04$) so với nhóm không có CPR. **Kết luận:** CPR do người chứng kiến thực hiện là yếu tố tiên lượng độc lập có lợi cho kết cục thần kinh và tỷ lệ sống sót ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Đào tạo cộng đồng về CPR là cần thiết để cải thiện tỷ lệ sống sót và kết cục thần kinh của bệnh nhân OHCA tại Việt Nam. **Từ khóa:** CPR, người chứng kiến, ngừng tuần hoàn ngoại viện, kết cục thần kinh, CPC, hồi sinh tim phổi.

ABSTRACT

THE IMPACT OF BYSTANDER CARDIOPULMONARY RESUSCITATION ON OUTCOMES OF PATIENTS WITH OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST IN EMERGENCY DEPARTMENTS OF SELECTED HOSPITALS IN HANOI

Objective: To evaluate the impact of bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR) on the outcomes of out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) patients in emergency departments in Hanoi. **Methods:** This

cross-sectional descriptive study was conducted in emergency departments of Bach Mai Hospital, Hanoi University of Medicine Hospital, Thanh Nhan Hospital, and Agricultural General Hospital from June 2024 to July 2025. Patients with OHCA witnessed by bystanders and treated in these hospitals were included. Data were collected from medical records and interviews with bystanders. The outcomes measured were ROSC (return of spontaneous circulation), survival to discharge, and CPC (Cerebral Performance Category). Univariate and multivariate logistic regression analyses were used to assess the impact of bystander CPR on resuscitation outcomes and neurological recovery. **Results:** Of the 168 OHCA patients, 18.8% received bystander CPR. The ROSC rate in the emergency department was 59.5%, survival to discharge was 16.7%, and CPC 1-2 was 6.5%. The group with bystander CPR had a 5.4-fold higher ROSC rate before arrival ($p = 0.01$), a 4-fold higher survival to discharge rate ($p = 0.01$), and a 7.5-fold higher CPC 1 rate ($p = 0.04$) compared to those without bystander CPR. **Conclusion:** Bystander CPR is an independent predictor of favorable neurological outcomes and survival in OHCA patients. Community-based CPR training is essential to improve survival rates and neurological recovery for OHCA patients in Vietnam. **Keywords:** CPR, bystander, out-of-hospital cardiac arrest, neurological outcome, CPC, cardiopulmonary resuscitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn là tình trạng cấp cứu tối khẩn cấp, trong đó ngừng tuần hoàn ngoài bệnh viện (OHCA) được hiểu là tình trạng tim mất khả năng co bóp hiệu quả, dẫn tới thiếu hụt tuần hoàn máu toàn thân, xảy ra bên ngoài cơ sở y tế. Trên thế giới, ở Châu Âu, mỗi năm có hàng trăm nghìn ca ngừng tuần hoàn ngoài bệnh viện, trong đó chỉ khoảng 10% sống sót sau xuất viện. Ở Anh, 28.729 trường hợp OHCA được báo cáo vào năm 2014 (tức là 53 trường hợp trên 100.000 dân cư), chỉ 7.9% sống sót sau khi xuất viện¹. Tại Việt Nam, hệ thống cấp cứu ngoại viện và công tác huấn luyện CPR cộng đồng còn hạn chế. Nhiều nghiên cứu trong nước như cho thấy tỷ lệ CPR do người chứng kiến còn hạn chế, thấp hơn đáng kể so với các nước phát triển. Trong khi đó, tỷ lệ ROSC và sống sót xuất viện của bệnh nhân OHCA vẫn còn thấp, và đặc biệt chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể ảnh hưởng của người chứng kiến CPR đến kết cục thần kinh (CPC) của bệnh nhân tại Việt Nam.

¹ Bệnh viện Bạch Mai

² Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Anh

Email: tienanh1101998@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2026

Ngày duyệt bài: 16.4.2026

Thực tế lâm sàng tại các khoa Cấp cứu ở Hà Nội cho thấy phần lớn bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được đưa đến bệnh viện muộn, không có CPR sớm, dẫn tới tiên lượng xấu dù được hồi sức tích cực. Người chứng kiến – nếu được huấn luyện và thực hiện hồi sinh tim phổi đúng cách – có thể tạo nên sự khác biệt sống còn, giúp duy trì tưới máu não và tim trong giai đoạn chờ nhân viên y tế tiếp cận. Tuy nhiên, vai trò thực sự của người chứng kiến CPR đối với kết cục bệnh nhân OHCA tại Việt Nam hiện vẫn chưa được đánh giá đầy đủ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Ảnh hưởng của người chứng kiến tiến hành hồi sinh tim phổi đến kết cục bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện tại một số khoa Cấp cứu ở Hà Nội”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1: Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện được đưa vào khoa cấp cứu ở các bệnh viện tham gia nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh viện Nông Nghiệp.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Bệnh nhân ngừng tuần hoàn xảy ra bên ngoài cơ sở y tế có người chứng kiến
- + Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- + Tình trạng ngừng tuần hoàn theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Hoa Kỳ 2020 (mất mạch, mất ý thức và ngừng thở) được xác nhận bởi nhân viên y tế của cấp cứu 115 Hà Nội hoặc khoa cấp cứu của các bệnh viện tham gia nghiên cứu.

1.1.1. 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.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1 Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa cấp cứu của các bệnh viện: Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Thanh Nhàn, Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp, và dữ liệu từ trung tâm Cấp cứu 115 Hà Nội.

2.2.2 Thời gian nghiên cứu: Dữ liệu từ tháng 6/2024 đến hết tháng 7/2025.

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. Thông

tin thu thập dựa vào bản dữ liệu nghiên cứu soạn sẵn. Công cụ thu thập số liệu: Dựa vào bảng câu hỏi nghiên cứu được soạn sẵn. Các tiêu chuẩn định nghĩa về ngừng tuần hoàn ngoại viện, người chứng kiến, phản ứng của người xung quanh, nguyên nhân, kết cục thần kinh... được thống nhất theo định nghĩa của mẫu UTSTEIN – tiêu chuẩn chung cho hầu hết hệ thống dữ liệu về nghiên cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện trên thế giới. Dữ liệu sẽ được thu nhập từ tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của đại diện hợp pháp bệnh nhân. Các biến số nghiên cứu: Được lấy dựa theo bệnh án nghiên cứu soạn sẵn.

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

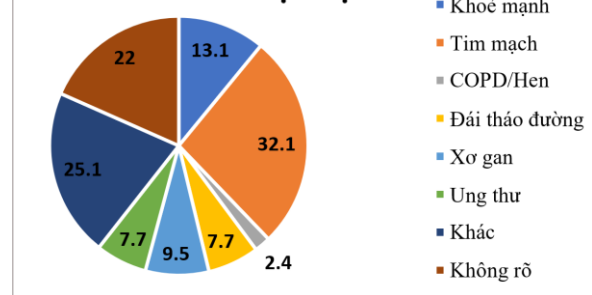
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Đặc điểm		Nam	Nữ	Dữ liệu chung
Tuổi	18 – 44	20 (17,4%)	15 (28,3%)	35 (20,8%)
	45 – 64	56 (48,7%)	15 (28,3%)	71 (42,3%)
	65 – 74	22 (19,1%)	11 (20,8%)	33 (19,6%)
	> 75	17 (14,8%)	12 (22,6%)	29 (17,3%)
	Tổng	115 (100%)	53 (100%)	168 (100%)
	Trung bình	57,43 ± 17,24	58,36 ± 19,50	57,73 ± 17,93 (Min 18, Max 95)
Giới tính		68,5%	31,5%	100%

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 168 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm ưu thế (68.5%), với tuổi trung bình là 57,7 ± 17,9, phân bố chủ yếu ở nhóm 45 – 64 tuổi (42.3%).

Biểu đồ 1: Tiền sử bệnh tật



Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu có bệnh lý nền, với tiền sử tim mạch chiếm tỷ lệ cao (32,1%) bao gồm tăng huyết áp, bệnh mạch vành, suy tim và bệnh lý van tim. Chỉ có 13,1% bệnh nhân chưa phát hiện tiền sử bệnh tật.

Bảng 2: Người chứng kiến gọi cấp cứu 115 và xử trí

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Người chứng kiến gọi cấp cứu 115		
Có gọi cấp cứu 115	55	48.7
Không gọi cấp cứu 115	58	51.3
Người chứng kiến tiến hành CPR		
Có	21	18.8
Không	91	81.2

Nhận xét: Có 55 bệnh nhân (48,7%) được người chứng kiến gọi cấp cứu 115, trong khi có hơn một nửa số trường hợp (51,3%) không được gọi cấp cứu 115. Tỷ lệ nạn nhân được hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến còn thấp. Đa số các trường hợp không được tiến hành hồi sinh tim phổi.

Bảng 4: Mối liên quan giữa người chứng kiến CPR đến kết cục bệnh nhân

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)	Giá trị OR, CI, p - value
ROSC trước khi đến khoa cấp cứu	Người chứng kiến CPR	23.8
	Người chứng kiến không CPR	5.5
ROSC tại khoa cấp cứu	Người chứng kiến CPR	71.4
	Người chứng kiến không CPR	60.4
Sống sót khi xuất viện	Người chứng kiến CPR	38.1
	Người chứng kiến không CPR	13.2
Sống sót với kết cục thần kinh tốt (CPC 1)	Người chứng kiến CPR	8.9
	Người chứng kiến không CPR	0.8

Nhận xét: người chứng kiến tiến hành hồi sinh tim phổi (cpr) có ảnh hưởng rõ rệt đến kết cục của bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện:

Rosc trước khi đến khoa cấp cứu đạt 23,8% ở nhóm có người chứng kiến cpr so với 5,5% ở nhóm không có, với $or = 5,38$ (95%ci: 1,39–20,73; $p = 0,015$), có ý nghĩa thống kê.

Rosc tại khoa cấp cứu cao hơn ở nhóm có cpr (71,4% so với 60,4%), chưa đạt ý nghĩa thống kê, $or = 1,64$ (95%ci: 0,58–4,61; $p = 0,351$).

Tỷ lệ sống sót khi xuất viện ở nhóm được cpr bởi nhân chứng là 38,1% so với 13,2%, $or = 4,05$ (95%ci: 1,39–11,81; $p = 0,010$), có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ sống sót với kết cục thần kinh tốt (cpc =1) ở nhóm được cpr bởi người chứng kiến 8,9% so với 0,8%, $or = 7.5$ (95%ci= 1.1 – 52.3; $p=0.04$), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Kết quả điều trị bệnh nhân trong nghiên cứu

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC) trước khi đến khoa cấp cứu	13	7.7
Tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC) tại khoa cấp cứu	100	59.5
Sống sót khi xuất viện	28	16.7
Sống sót với kết cục thần kinh tốt (CPC 1 – 2)	11	6.5

Nhận xét: Chỉ có 7,7% trường hợp bệnh nhân có tái lập tuần hoàn tự nhiên trước khi đến khoa cấp cứu. Tỷ lệ tái lập tuần hoàn tự nhiên tại khoa cấp cứu tương đối cao (59,5%), chiếm hơn một phần hai số bệnh nhân trong nghiên cứu. Tuy nhiên, chỉ có 16,7% sống sót khi xuất viện, trong số này, chỉ có một phần nhỏ bệnh nhân đạt được kết cục chức năng thần kinh tốt (CPC 1 – 2) chiếm 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 168 bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện, nam giới chiếm tỷ lệ 68,5%, tuổi trung bình $57,7 \pm 17,9$ tuổi, phân bố chủ yếu trong nhóm 45–64 tuổi (42,3%). Kết quả này tương đồng với các báo cáo quốc tế, nơi nam giới chiếm ưu thế trong hầu hết các quần thể nghiên cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện. Ở Châu Âu, Grasner và cộng sự (2016) trong nghiên cứu đa quốc gia EuReCa ONE ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm tỷ lệ 67%, nơi nam giới chiếm ưu thế trong hầu hết các quần thể nghiên cứu, kết quả tương tự ở các khu vực khác². Nghiên cứu ở Việt Nam trong một nghiên cứu đa trung tâm OHCA tại Việt Nam, 388/521 bệnh nhân (tức 74,5%) là nam giới³. Các kết quả này phản ánh thực tế rằng các yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn phổ biến hơn ở nam

giới trung niên, góp phần làm tăng khả năng xuất hiện OCHA. Như vậy, nhìn chung ngừng tuần hoàn ngoại viện chủ yếu gặp ở nam giới trung niên – cao tuổi, là nhóm đối tượng có tỷ lệ bệnh lý nền cao. Về tiền sử bệnh tật, nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%), tiếp theo là nhóm nguyên nhân khác (25,1%) và chỉ có 13,1% bệnh nhân khỏe mạnh. Ở Châu Âu, 65 – 70% bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện có tiền sử bệnh lý tim mạch². Kết quả nghiên cứu phù hợp với tình hình dịch tễ thế giới nhóm tiền sử bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất. Có 18,8% bệnh nhân được người chứng kiến tiến hành CPR, trong khi, chỉ 48,7% người chứng kiến đã gọi tới cấp cứu 115. Tỷ lệ nạn nhân được người chứng kiến CPR thấp hơn đáng kể so với các quốc gia có hệ thống cấp cứu ngoại viện phát triển: EuReCa ONE là 47 %². Khảo sát tại Việt Nam nghiên cứu đa trung tâm báo cáo tỷ lệ người chứng kiến CPR chỉ 22,1%³. Kết quả của khảo sát này gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ bệnh nhân được CPR bởi người chứng kiến chỉ đạt 18,8 %, tương đối thấp so với các quốc gia có chương trình huấn luyện CPR cộng đồng, Na Uy và Đan Mạch đạt tỷ lệ tập CPR cộng đồng rất cao (Đan Mạch ~90% dân số đã được đào tạo; Pháp luật quy định CPR trong chương trình giáo dục và cấp bằng lái xe)⁴. Tuy chỉ 18,8% ca OHCA có CPR sớm 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. Kết quả điều trị bệnh nhân: Tỷ lệ ROSC tại khoa Cấp cứu đạt 59,5%, cao hơn một số báo cáo trong nước (~45–50%). Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót khi xuất viện chỉ 16,7%, và CPC 1–2 đạt 6,5%, cho thấy phần lớn bệnh nhân ROSC nhưng không hồi phục thần kinh tốt. Ở châu Âu, Gräsner et al. (2016) trong nghiên cứu EuReCa ONE ghi nhận sống sót trung bình 10,3%². Nakagawa et al. (2021) báo cáo từ cơ sở dữ liệu Nhật Bản trên 100.000 ca OHCA, tỷ lệ sống sót xuất viện đạt 12,4%, cao hơn ở nhóm có CPR của người chứng kiến và khởi rung sớm⁵.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, CPR bởi nhân chứng có ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng tái lập tuần hoàn tự nhiên và tỷ lệ sống sót: ROSC trước khi đến khoa cấp cứu 23,8% ở nhóm có nhân chứng CPR so với 5,5% ở nhóm không có (OR = 5,38; 95% CI: 1,39–20,73; p = 0,01); ROSC tại khoa cấp cứu: 71,4% so với 60,4% (OR = 1,64; p = 0,35); Sống sót khi xuất viện: 38,1% so với 13,2% (OR = 4,05; 95% CI: 1,39–11,81; p = 0,01; Sống sót với kết cục thần kinh tốt: 8,9% so

với 0,8%, OR = 7.5 (95%CI= 1.1 – 52.3; p=0.04). Kết quả này chứng minh CPR do người chứng kiến thực hiện làm tăng khả năng sống sót và cải thiện kết cục thần kinh của bệnh nhân, phù hợp với xu hướng ghi nhận trong các hệ thống dữ liệu hồi sức lớn trên thế giới như CARES (Hoa Kỳ), PAROS (châu Á) và EuReCa (châu Âu). CPR bởi nhân chứng giúp cải thiện ROSC trước khi đến viện. Trong nghiên cứu, tỷ lệ ROSC trước khi đến khoa cấp cứu ở nhóm có CPR của nhân chứng cao gấp hơn 5 lần nhóm không có (23,8% so với 5,5%), với p = 0,01. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế khẳng định CPR do nhân chứng thực hiện sớm là yếu tố tiên lượng sống còn mạnh nhất. Theo Kitamura et al. (2010) trên 95.000 trường hợp OHCA tại Nhật Bản, ROSC đạt 32% ở nhóm có nhân chứng CPR so với 8% ở nhóm không có, với tỷ lệ sống sót xuất viện cao gấp 4 lần⁶. ROSC tại khoa cấp cứu đạt 71,4% ở nhóm có CPR nhân chứng và 60,4% ở nhóm không có, tuy nhiên không đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,35). Mặc dù vậy, xu hướng tích cực này cho thấy hiệu quả cộng hưởng của CPR sớm với hồi sức nâng cao tại viện (ACLS). Gräsner et al. (2016) trong nghiên cứu EuReCa ONE ghi nhận ROSC tại viện 41% ở nhóm có CPR nhân chứng so với 27% ở nhóm không có (p<0,01)². Điểm nổi bật nhất của nghiên cứu là tỷ lệ sống sót khi xuất viện ở nhóm có CPR nhân chứng cao gấp 4 lần nhóm không có (38,1% so với 13,2%), với OR = 4,05 (p = 0,01) và tỷ lệ sống sót khi xuất viện với chức năng thần kinh tốt (CPC = 1) ở nhóm được người chứng kiến CPR cao gấp 7 lần so với nhóm không được CPR. Hasselqvist-Ax et al. (2015) tại Thụy Điển (hơn 30.000 ca OHCA) cho thấy CPR bởi người chứng kiến giúp tăng khả năng sống sót sau 30 ngày lên 30,8% so với 8,3%, với OR = 2,7; 95% CI: 2,4–3,1⁷. Bốn chỉ số trên đều có xu hướng tăng rõ rệt khi CPR bởi người chứng kiến, trong đó ROSC trước viện và sống sót xuất viện, sống sót với kết cục thần kinh tốt CPC = 1, đạt ý nghĩa thống kê (p<0.05). Điều này chứng minh CPR bởi người chứng kiến là yếu tố độc lập có lợi cho tiên lượng. Kết quả này tương tự phân tích đa biến của Berdowski et al. (2010) – cho thấy CPR nhân chứng là yếu tố dự báo sống sót độc lập mạnh nhất (OR = 4,3; p<0,001)⁸. Kết quả trên cho thấy CPR bởi người chứng kiến có tác động tích cực và có ý nghĩa thống kê đến khả năng ROSC và tỷ lệ sống sót, đặc biệt ở giai đoạn trước viện và xuất viện. Nghiên cứu của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng rằng: CPR bởi người chứng kiến thực hiện là mắt xích quyết

định trong “chuỗi sống còn” (chain of survival); đào tạo cộng đồng và hướng dẫn cộng đồng CPR có thể cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh nhân OHCA tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy ngừng tuần hoàn ngoại viện chủ yếu xảy ra ở nam giới trung niên – cao tuổi, thường có bệnh lý tim mạch nền. Việc có người chứng kiến và thực hiện hồi sức tim phổi sớm có vai trò quyết định trong cải thiện khả năng phục hồi tuần hoàn tự nhiên, tăng tỷ lệ sống sót và cải thiện kết cục thần kinh. CPR do người chứng kiến thực hiện được xác định là yếu tố tiên lượng độc lập có lợi cho tiên lượng bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện. Kết quả này khẳng định tầm quan trọng của việc rút ngắn thời gian không tưới máu và khởi CPR sớm ngay tại hiện trường. Vì vậy, cần tăng cường các chương trình đào tạo và huấn luyện kỹ năng hồi sức tim phổi cơ bản cho cộng đồng, kết hợp cải thiện năng lực hệ thống cấp cứu ngoại viện nhằm nâng cao khả năng sống sót và chất lượng hồi phục thần kinh cho bệnh nhân ngừng tuần hoàn tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Myat A, Song KJ, Rea T.** Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *The Lancet*. 2018;391(10124):970-979.

2. **Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al.** EuReCa ONE – 27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. 2016;105:188-195.
3. **C XD, C QL, T M, et al.** Impact of Bystander Cardiopulmonary Resuscitation on Out-of-Hospital Cardiac Arrest Outcome in Vietnam. *The western journal of emergency medicine*. 2024;25(4).
4. **Li S, Qin C, Zhang H, et al.** Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest Before and After Legislation for Bystander CPR. *JAMA Network Open*. 2024;7(4):e247909.
5. **Lee HY, Jung YH, Jeung KW, et al.** Discrimination between the presence and absence of spontaneous circulation using smartphone seismocardiography: A preliminary investigation. *Resuscitation*. 2021;166:66-73.
6. **Iwami T, Kitamura T, Kawamura T, et al.** Chest Compression-Only Cardiopulmonary Resuscitation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Public-Access Defibrillation. *Circulation*. 2012;126(24):2844-2851.
7. **Hasselqvist-Ax I, Riva G, Herlitz J, et al.** Early Cardiopulmonary Resuscitation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(24):2307-2315.
8. **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.

CHẨN ĐOÁN CÁC BẤT THƯỜNG NHIỄM SẮC THỂ Ở THAI NHI CÓ BẤT THƯỜNG HÌNH THÁI TRÊN SIÊU ÂM: KINH NGHIỆM SÁU NĂM TẠI MỘT TRUNG TÂM TUYẾN CUỐI Ở VIỆT NAM

Đinh Thúy Linh*, Nguyễn Tài Đức*, Mai Trọng Hưng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu âm thai kỳ là công cụ quan trọng để phát hiện các dị tật bẩm sinh và định hướng chẩn đoán bất thường nhiễm sắc thể (NST). Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ bất thường NST ở thai nhi có dị tật phát hiện qua siêu âm, phân tích theo từng hệ cơ quan và so sánh giữa đơn dị tật và đa dị tật. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 1.770 thai phụ có thai nhi bất thường siêu âm được chọc ối xét nghiệm NST đồ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ

tháng 1/2017 đến tháng 12/2022. Các dị tật được phân loại theo hệ cơ quan: tim mạch, thần kinh trung ương, tiết niệu, cơ xương, tiêu hóa và các dấu ấn mềm (soft markers). **Kết quả:** Tỷ lệ bất thường NST chung là 12,7% (224/1.770). Tỷ lệ bất thường NST cao nhất ở nhóm đa dị tật (35,2%), tiếp theo là nang bạch huyết/phù thai (22,7%), tiết niệu (19,0%), tim mạch (17,3%), thần kinh (14,9%) và tăng khoảng sáng sau gáy (12,8%). Trong các dấu ấn mềm, bất sản/thiếu sản xương mũi có tỷ lệ bất thường NST cao nhất (37,5%), tiếp theo là ruột non tăng âm vang (35,1%) và nang đám rối mạch mạc (23,6%). Trisomy 21 và Trisomy 18 là hai bất thường NST hay gặp nhất. Thông sản nhĩ thất có tỷ lệ bất thường NST rất cao (66,7%). **Kết luận:** Dị tật siêu âm là chỉ định quan trọng để chọc ối chẩn đoán trước sinh. Đa dị tật, nang bạch huyết và một số dấu ấn mềm đặc biệt có nguy cơ bất thường NST cao. Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu để tư vấn di truyền trước sinh tại Việt Nam. **Từ**

* Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thúy Linh

Email: taiduc.hogh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2026

Ngày duyệt bài: 17.4.2026