

thanh quản toàn phần và nạo hạch cổ II III IV 2 bên với tỷ lệ 87,2%. Tuy nhiên có 4 trường hợp bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn sớm, được điều trị bảo tồn thanh quản, trong đó 2 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt u qua đường miệng kèm nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên, 2 trường hợp phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản toàn phần kèm nạo hạch cổ II, III, IV 2 bên. Điều này đặt ra một hướng điều trị mới giúp bảo tồn thanh quản trên những bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn sớm, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm ung thư xoang lê.

V. KẾT LUẬN

- Ung thư xoang lê chủ yếu gặp ở nam giới độ tuổi trung niên với thói quen hút thuốc lá và uống rượu bia. Rối loạn nuốt là triệu chứng thường gặp nhất. Cần khám chuyên khoa tai mũi họng khi có rối loạn nuốt, để phát hiện sớm ung thư xoang lê.

- Những điều trị mới hiện nay là những ung thư xoang lê giai đoạn sớm có thể cắt bán phần xoang lê, bảo tồn thanh quản, giữ được giọng nói, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm ung thư xoang lê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. C. C. Network (2024). NCCN clinical practice

guidelines in oncology (NCCN guidelines): head and neck cancers. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network.

2. M. Pala, P. Novakova, A. Tesar, et al. (2025). Prognostic Factors and Long-Term Outcome Prediction in Patients with Hypopharyngeal Carcinoma Treated with (Chemo) radiotherapy: Development of a Prognostic Model. *Biomedicines*.13(2):417
3. X. Chen, J. Xu (2011). Clinical analysis of cervical lymph node metastasis of hypopharyngeal carcinoma. *Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery*.25(19):891-894
4. N. N. Ước (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính, và mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng với kết quả điều trị của ung thư hạ họng [Luận án tiến sĩ]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội.
5. N. Q. Dũng, B. Diệu, N. Đ. Phúc, et al. (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đối chiếu chụp cắt lớp vi tính của ung thư hạ họng. *Tạp chí Y học Việt Nam*.532(1)
6. H. T. Hoffman, L. H. Karnell, J. P. Shah, et al. (1997). Hypopharyngeal cancer patient care evaluation. *The Laryngoscope*.107(8):1005-1017
7. Y. Heng, X. Zhu, L. Zhou, et al. (2021). Risk stratification and corresponding postoperative treatment strategies for occult contralateral lymph node metastasis in pyriform sinus squamous cell carcinoma patients with ipsilateral node-positive necks. *Annals of Translational Medicine*.9(8):649
8. A. Bozec, G. Poissonnet, O. Dassonville, et al. (2023). Current therapeutic strategies for patients with hypopharyngeal carcinoma: oncologic and functional outcomes. *Journal of clinical medicine*.12(3):1237

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA BỆNH NHÂN HÔN MÊ SAU NGỪNG TUẦN HOÀN NGOẠI VIỆN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT THÂN NHIỆT MỤC TIÊU

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Tiến Duy², Hoàng Văn Sỹ^{3,4}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện (OHCA) có tiên lượng xấu, với tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao. Kiểm soát thân nhiệt mục tiêu (Targeted

Temperature Management – TTM) là một trong những can thiệp quan trọng nhằm cải thiện kết cục thần kinh sau hồi sinh tim phổi thành công.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục ngắn hạn của bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện được điều trị bằng TTM.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện tại một đơn vị hồi sức tích cực, trên các bệnh nhân hôn mê sau ROSC được điều trị bằng TTM trong giai đoạn 2021–2023. Kết cục chính là tỷ lệ sống và phục hồi thần kinh sau 30 ngày.

Kết quả: Tổng cộng 51 bệnh nhân được đưa vào phân tích. Tỷ lệ CPR tại hiện trường thấp (13,7%). Tỷ lệ sống sau 30 ngày là 27,5%, trong đó 57,1% có phục hồi thần kinh tốt. Các yếu tố liên quan đến tử vong gồm thời

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Hồng Hưng

³Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Mã bài: N519

Ngày nhận bài: 15/1/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/1/2026

Ngày duyệt bài: 15/3/2026

gian ngừng tuần hoàn đến ROSC kéo dài (>20 phút), điểm Glasgow thấp và creatinin huyết thanh cao khi nhập viện ($p<0,05$). Thời gian khởi trị TTM trung vị là 17 giờ, đa số bệnh nhân được làm lạnh bằng catheter nội mạch. Một số biến chứng thường gặp của TTM là run cơ, rối loạn điện giải và đường huyết.

Kết luận: Kiểm soát thân nhiệt mục tiêu là phương pháp điều trị khả thi và có tiềm năng cải thiện kết cục ở bệnh nhân OHCA tại Việt Nam. Cần tăng cường phát hiện sớm, nâng cao chất lượng hồi sức tiền viện và khởi trị TTM sớm hơn để cải thiện hiệu quả điều trị.

Từ khoá: Ngừng tuần hoàn ngoại viện, kiểm soát thân nhiệt mục tiêu, kết cục thần kinh.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SHORT-TERM OUTCOMES IN COMATOSE SURVIVORS OF OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST UNDERGOING TARGETED TEMPERATURE MANAGEMENT

Background: Comatose patients following out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) have poor prognoses, with high rates of mortality and neurological sequelae. Targeted Temperature Management (TTM) is one of the key interventions to improve neurological outcomes after successful cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Objective: To describe the clinical characteristics and short-term outcomes of comatose OHCA patients treated with TTM.

Methods: A prospective descriptive study conducted at an intensive care unit on patients remaining comatose after return of spontaneous circulation (ROSC), treated with TTM between 2021 and 2023. The primary outcome was 30-day survival and neurological recovery.

Results: A total of 51 patients were included. Bystander CPR rate was low (13.7%). The 30-day survival rate was 27.5%, with 57.1% of survivors achieving good neurological recovery. Factors associated with mortality included prolonged time from cardiac arrest to ROSC (>20 minutes), low Glasgow Coma Scale score, and elevated serum creatinine at admission ($p<0.05$). The median time for the initiation of TTM was 17 hours. Most patients were cooled via intravascular catheters. Common complications during TTM included shivering, electrolyte disturbances, and hyperglycemia.

Conclusion: Targeted Temperature Management is a feasible therapeutic strategy with potential to improve neurological outcomes in OHCA patients in Vietnam. Early recognition improved prehospital care, and earlier initiation of TTM are essential to enhance treatment effectiveness.

Keywords: Out-of-hospital cardiac arrest; targeted temperature management; neurological outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng tuần hoàn ngoại viện (out-of-hospital cardiac arrest, OHCA) là tình trạng cấp cứu quan trọng và thường để lại hậu quả nặng nề. Nguyên nhân chính gây tử vong và di chứng ở bệnh nhân (BN) ngưng tim là tổn thương não do thiếu oxy và giảm tưới máu trong thời gian NTH, bao gồm tổn

thương nguyên phát do thiếu máu cục bộ và tổn thương thứ phát sau tái tưới máu [1].

Hiện nay, kiểm soát thân nhiệt mục tiêu là phương pháp điều trị duy nhất được khuyến cáo có khả năng cải thiện tiên lượng thần kinh sau NTH. Các hướng dẫn hồi sức của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội đồng Hồi sức Châu Âu đã khuyến cáo mức I-B cho phương pháp này đối với mọi BN NTH, bất kể loại nhịp ban đầu. Tuy nhiên, hiệu quả của kiểm soát thân nhiệt mục tiêu (TTM) trong việc bảo vệ não và cải thiện kết cục sống còn vẫn còn nhiều tranh luận [2][3].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt (2022) thực hiện trên 68 BN hôn mê sau NTH ngoại viện được hạ thân nhiệt (HTN) chủ động ở nhiệt độ đích 33°C [4]. Chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của kiểm soát thân nhiệt mục tiêu với các mức nhiệt độ khác hoặc đánh giá yếu tố tiên lượng chi tiết trên đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng và kết cục ngắn hạn của BN hôn mê sau ngừng tuần hoàn ngoại viện được điều trị kiểm soát thân nhiệt, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan đến kết cục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca hồi cứu và tiền cứu. Chúng tôi thu thập hồi cứu các trường hợp tử năm 2020 đến tháng 08/2024 và tiền cứu các trường hợp mới từ 09/2024 đến 06/2025.

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân ≥ 18 , hôn mê (Glasgow < 9) sau ngừng tuần hoàn ngoại viện được cấp cứu thành công (tái lập tuần hoàn tự nhiên) và điều trị kiểm soát thân nhiệt theo phác đồ tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN hôn mê do các nguyên nhân khác trước khi ngưng tim (quá liều thuốc an thần, chấn thương sọ não, đột quỵ), bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn, có chỉ định can thiệp ngoại khoa khẩn cấp làm gián đoạn quá trình HTN, xuất huyết nặng đang diễn tiến, rối loạn nhịp nặng chưa kiểm soát, rối loạn đông máu nặng, phụ nữ có thai, BN mắc bệnh mạn tính giai đoạn cuối hoặc thân nhân không đồng ý tham gia, thiếu thông tin nghiên cứu.

Thu thập số liệu

Các biến số gồm: đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới), tiền sử bệnh lý (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, suy tim, bệnh phổi mạn...), đặc điểm ngừng tuần hoàn (địa điểm xảy ra, hồi sức ban đầu, nhịp tim ban đầu, nguyên nhân NTH), đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện (huyết động, điểm Glasgow, các chỉ số cận lâm sàng: khí máu, lactate, điện giải, chức

nặng thận gan, đông máu), chi tiết quá trình HTN, và kết cục ngắn hạn gồm tình trạng sống sót sau 30 ngày, cũng như mức độ phục hồi thần kinh tại thời điểm 30 ngày đánh giá bằng thang CPC.

Theo định nghĩa, phục hồi thần kinh tốt được xác định khi CPC 1–2 điểm (BN tỉnh, độc lập hoặc nhẹ mức độ), còn kết cục thần kinh xấu khi CPC 3–5 điểm (từ phụ thuộc hoàn toàn đến hôn mê, hoặc tử vong). Đối với BN tử vong trước 30 ngày, CPC được

xem là 5 (tử vong). Tình trạng CPC của BN sau xuất viện được chúng tôi đánh giá qua liên lạc qua mạng xã hội và điện thoại với thân nhân.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng SPSS 20.0. Phân tích hồi quy đơn biến, đa biến logistic để phân tích mối liên quan của các yếu tố với hiệu quả điều trị tại ngày thứ 30 sau NTH.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Tổng số có 51 BN thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung vị là 35 (27 – 57), nam giới chiếm 82,3%. Có 25 BN (49%) có ít nhất một bệnh nền, bệnh nền phổ biến là tăng huyết áp (25,5%), đái tháo đường (13,7%), bệnh mạch vành (11,7%). Phần lớn các trường hợp NTH xảy ra tại nhà (66,67%).

Có 70,59% BN được xác định nguyên nhân NTH là do bệnh lý tim mạch. Tỷ lệ được hồi sinh tim phổi tại hiện trường còn thấp (13,73%). Đáng chú ý, thời gian NTH trên 20 phút chiếm tỷ lệ rất cao ở nhóm tử vong (97,3%) so với nhóm còn sống (35,7%), trong khi nhóm sống sót có tỷ lệ cao hơn ở mức dưới 20 phút. Một số đặc điểm giữa hai nhóm BN tử vong và sống sót được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm ngừng tuần hoàn

Đặc điểm		Dân số chung (N = 51)	Nhóm tử vong (n = 37)	Nhóm sống sót (n = 14)	Giá trị p
Nơi xảy ra NTH	Tại nhà, n (%)	34 (66,7)	26 (70,3)	8 (57,1)	0,396#
	Tại nơi làm việc, n (%)	6 (11,8)	3 (8,1)	3 (21,4)	
	Nơi công cộng, n (%)	9 (17,7)	7 (18,9)	2 (14,3)	
	Khác, n (%)	2 (3,9)	1 (2,7)	1 (7,1)	
Hồi sinh tim phổi tại hiện trường, n (%)		7 (13,7)	6 (16,2)	1 (7,1)	0,657#
Nguyên nhân NTH	Do tim mạch, n (%)	36 (70,6)	29 (78,4)	7 (50,0)	0,022#
	Không do tim mạch/ không xác định, n (%)	15 (29,4)	8 (21,6)	7 (50,0)	
Thời gian NTH đến khi tái lập tuần hoàn tự nhiên	Trong 20 phút, n (%)	10 (19,6)	1 (2,7)	9 (64,3)	<0,001#
	Lớn hơn 20 phút, n (%)	41 (80,4)	36 (97,3)	5 (35,7)	

#: Kiểm định Fisher; a: kiểm định t; ĐLC: độ lệch chuẩn

Tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện

Tại thời điểm nhập viện, huyết áp trung bình là 73,3 mmHg và nhịp tim trung vị là 108 lần/phút. Có 66,7% BN cần sử dụng thuốc vận mạch. Thang điểm Glasgow trung vị là 4, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết cục (nhóm sống sót có

điểm số cao hơn, $p = 0,004$). Tình trạng toan chuyển hóa nhẹ khá phổ biến, với pH máu động mạch trung vị là 7,32 và nồng độ lactate trung vị là 5,1 mmol/L. Tuy nhiên, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị pH và lactate giữa hai nhóm tử vong và sống sót. Creatinin máu ở nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống sót, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,035$) (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện

	Dân số chung (N = 51)	Nhóm tử vong (n = 37)	Nhóm sống sót (n = 14)	Giá trị p
Huyết áp trung bình, mmHg	73,3 (70 – 93,3)	80,0 (70 – 90)	73,3 (73,3 – 93,3)	0,726 ^a
Mạch, lần/phút	108 (93 – 130)	110 (90 – 130)	107 (100 – 133)	0,688 ^a
Glasgow, điểm	4 (3 – 5)	3 (3 – 4)	5 (5 – 6)	0,004 ^a

	Dân số chung (N = 51)	Nhóm tử vong (n = 37)	Nhóm sống sót (n = 14)	Giá trị p
Thuốc vận mạch, n (%)	34 (66,67)	27 (72,97)	7 (50,0)	0,183 ^b
pH động mạch	7,32 (7,27 – 7,38)	7,32 (7,27 – 7,37)	7,34 (7,29 – 7,38)	0,285
Lactate, mmol/L	5,0 (3,6 – 6,4)	5,2 (3,9 – 6,5)	4,9 (3,4 – 5,9)	0,472
Creatinin máu, mg/dL	1,4 (1,15 – 1,78)	1,43 (1,20 – 2,19)	1,26 (0,97 – 1,42)	0,035
AST, U/L	228 (133 – 704)	231 (153 – 787)	216 (126 – 472)	0,473
ALT, U/L	152 (78 – 395)	152 (78 – 393)	193 (72 – 249)	0,966
a: kiểm định Mann-Whitney; b: kiểm định Fisher				

Diễn tiến lâm sàng trong điều trị kiểm soát thân nhiệt mục tiêu

Thời gian trung vị từ khi phục hồi tuần hoàn tự phát đến lúc nhập viện nội tim mạch là 11 giờ, thời gian từ khi tái lập tuần hoàn đến khi bắt đầu HTN là 17 giờ. Thời gian trung bình để đạt được nhiệt độ mục tiêu sau khi bắt đầu HTN là khoảng 3 giờ. Thời gian duy trì nhiệt độ mục tiêu trung vị là 28 giờ và

thời gian đánh giá tiên lượng não sau HTN là 4 ngày. Trong quá trình điều trị HTN, catheter được sử dụng phổ biến nhất là loại 4 bóng (88,24%). Các chỉ số về thời gian và phương tiện HTN không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sống sót và nhóm tử vong. Tác dụng thường gặp trong quá trình HTN là run cơ (76,5%), rối loạn đường huyết (tăng đường huyết 76,4%, hạ đường huyết 3,9%).

Bảng 3. Đặc điểm liên quan đến điều trị HTN

Đặc điểm		Dân số chung (N = 51)	Nhóm tử vong (n = 37)	Nhóm sống sót (n = 14)	p
Thời gian từ khi phục hồi tuần hoàn tự phát đến lúc nhập viện khoa Nội Tim mạch, giờ		11 (7,5 – 16)	12 (8 – 16)	9,7 (6 – 15)	0,440 ^a
Thời gian từ khi tái lập tuần hoàn đến khi bắt đầu HTN, giờ		17 (10 – 23)	17 (10 – 23)	13,5 (9 – 23)	0,472 ^a
Thời gian từ khi bắt đầu HTN đến khi đạt nhiệt độ mục tiêu, giờ		3,0 ± 0,9	3,1 ± 0,9	2,8 ± 1,0	0,413
Thời gian duy trì nhiệt độ mục tiêu, giờ		28 (24 – 34)	28 (24 – 35)	28,5 (24 – 34)	0,915
Thời gian đánh giá tiên lượng não từ khi kết thúc HTN, ngày		4 (3 – 9)	4 (3 – 6)	7 (3 – 15)	0,278
Catheter dùng trong tiến trình HTN	Bề mặt, n (%)	4 (7,8)	3 (8,1)	1 (7,1)	0,665
	3 bóng, n (%)	2 (3,9)	2 (5,4)	0	
	4 bóng, n (%)	45 (88,2)	32 (86,5)	13 (92,9)	
Biến chứng trong quá trình HTN					
Run cơ, n (%)		39 (76,5)	29 (78,4)	10 (71,4)	0,715
Rối loạn đường huyết	Tăng đường huyết, n (%)	39 (76,5)	29 (78,4)	10 (71,4)	0,708
	Hạ đường huyết, n (%)	2 (3,9)	1 (2,70)	1 (7,1)	
	Tăng đường huyết phải dùng insulin truyền tĩnh mạch, n (%)	4 (7,8)	4 (10,8)	0	
Rối loạn nhịp tim, n (%)		7 (13,7)	5 (13,5)	2 (14,3)	0,631
Rối loạn Kali máu	Tăng Kali, n (%)	4 (7,8)	4 (10,8)	0 (0)	0,52
	Hạ Kali, n (%)	24 (47,1)	16 (43,2)	8 (57,1)	
a: Mann-Whitney; b: kiểm định t; c: kiểm định Fisher					

Giá trị là số lượng (phần trăm) hoặc TB ± ĐLC hoặc TV (KTPV)

Kết cục ngắn hạn

Sự thay đổi điểm Glasgow so với lúc nhập viện cũng được ghi nhận (Hình 1). Trung vị thay đổi của toàn bộ dân số là 2 điểm (1 – 4). Ở nhóm tử vong, mức cải thiện trung vị chỉ là 2 điểm (1 – 3), trong khi nhóm sống sót có cải thiện rõ rệt hơn với trung vị là 6 điểm (4 – 6), và sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), điều đó cho thấy cải thiện tri giác sau 3 ngày điều trị kiểm soát thân nhiệt mục tiêu là một yếu tố tiên

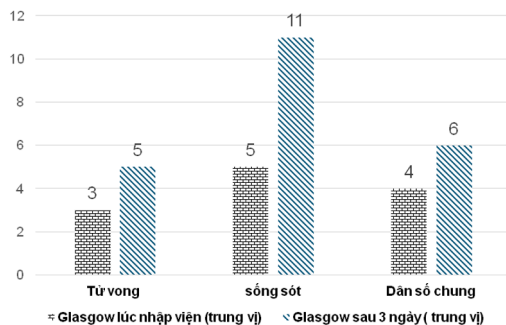
lượng tốt ảnh hưởng đến sống còn của BN sau NTH.

Sau 30 ngày theo dõi, tỷ lệ sống sót chung trong mẫu nghiên cứu là 27,5% (14/51 BN). Có 15 BN sống sót khi xuất viện. Trong số 15 BN đó, có 1 BN tử vong tại thời điểm 30 ngày sau NTH. Về kết cục thần kinh của 14 BN sống sót: Có 8 BN (57,1%) đạt phục hồi thần kinh tốt (CPC 1–2 điểm) sau 30 ngày, có 6 BN (42,9%) còn lại rơi vào nhóm di chứng thần kinh nặng (CPC 3–4 điểm).

Bảng 4: Thay đổi Glasgow sau 3 ngày điều trị kiểm soát thân nhiệt mục tiêu

	Dân số chung (N = 51)	Nhóm tử vong (n = 37)	Nhóm sống sót (n = 14)	Giá trị p
Điểm Glasgow ngày 3, điểm	6 (5 – 9)	5 (4 – 6)	11 (9 – 12)	<0,001 ^a
Sự thay đổi Glasgow so với lúc nhập viện, điểm	2 (1 – 4)	2 (1 – 3)	6 (4 – 6)	<0,001 ^a

a: kiểm định Mann-Whitney, KTPV: khoảng tứ phân vị



Hình 1. Thay đổi điểm Glasgow sau 3 ngày điều trị kiểm soát thân nhiệt

IV. BÀN LUẬN

Một trong những điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu này là tỷ lệ BN được CPR ngay tại hiện trường chỉ 13,7%, trong đó nhóm sống sót chiếm 7,1%. Mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết cục, con số này phản ánh rõ thực trạng đáng báo động về kỹ năng cấp cứu ban đầu tại cộng đồng. So sánh với các quốc gia phát triển, tỷ lệ CPR tại chỗ ở Việt Nam còn rất thấp. Tại châu Âu và Bắc Mỹ, Bernard báo cáo tỷ lệ hồi sinh tim phổi bởi người chứng kiến lên đến 49%, nhờ vào hệ thống đào tạo bài bản và phổ cập kiến thức CPR cho cộng đồng. Trong khi đó, các nghiên cứu của Badjatia [5] tại Thái Lan, hay Việt Nam thường ghi nhận tỷ lệ này thấp 23,5% trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Đạt [4] và 8,4% Hoàng Bùi Hải [6]. Đặc biệt, Vũ Đình Hùng cho thấy chỉ khoảng 7% người chứng kiến ngừng tim được huấn luyện kỹ năng CPR cơ bản [7]. Tỷ lệ CPR thấp là một trong những mắt xích yếu nhất trong chuỗi sống còn, làm gia tăng thời gian “no-flow”

– yếu tố nguy cơ mạnh nhất liên quan đến tử vong và tổn thương thần kinh không hồi phục. Thực trạng này nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình đào tạo CPR cho cộng đồng, cải thiện hệ thống cấp cứu ngoại viện và triển khai rộng rãi máy khử rung tự động tại các khu vực công cộng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sống còn sau 30 ngày ở BN hôn mê sau NTH ngoại viện được điều trị kiểm soát thân nhiệt mục tiêu là 27,5%, trong đó 57,1% đạt mức hồi phục thần kinh tốt (CPC 1 – 2). Đây là kết quả tương đối thấp so với các nghiên cứu của Nielsen [8] với tỷ lệ sống sót 50%, nhưng lại cao hơn so với các nghiên cứu trong nước như 14,1% trong nghiên cứu đa trung tâm PAROS tại Việt Nam. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ thời điểm khởi trị TTM còn muộn, tỷ lệ hồi sinh tim phổi tại cộng đồng còn thấp và đặc điểm dân số khác biệt. Mặt khác, việc sử dụng thiết bị HTN hiện đại và theo dõi chặt chẽ tại đơn vị điều trị tích cực đã giúp đạt được mục tiêu nhiệt độ ổn định, phản ánh khả năng triển khai kỹ thuật tại tuyến chuyên sâu.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu tương đối nhỏ và thiết kế đơn trung tâm. Thứ hai, nghiên cứu không có nhóm đối chứng (không điều trị kiểm soát thân nhiệt mục tiêu hoặc chỉ tránh sốt), do đó chưa thể đánh giá đầy đủ hiệu quả độc lập của liệu pháp kiểm soát thân nhiệt. Thứ ba, kết cục được đánh giá trong thời gian ngắn, chưa phản ánh đầy đủ tiến triển thần kinh và chất lượng sống lâu dài của BN. Trong tương lai, những nghiên cứu lớn hơn, có nhóm chứng và đa trung tâm tại Việt Nam sẽ giúp làm sáng tỏ thêm vai trò của TTM cũng như các yếu tố tiên lượng, qua đó hoàn thiện phác đồ điều trị nhằm nâng cao tỷ lệ sống và chất lượng sống cho BN ngừng tuần hoàn ngoại viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kiểm soát thân nhiệt mục tiêu là một chiến lược điều trị khả thi và có tiềm năng cải thiện kết cục thần kinh ngắn hạn ở BN hôn mê sau NTH ngoại viện tại Việt Nam. Tỷ lệ sống sót 30 ngày đạt 27,5%, trong đó hơn một nửa BN có phục hồi thần kinh tốt. Tuy nhiên, thời gian khởi tri kiểm soát thân nhiệt còn chậm và tỷ lệ CPR tại hiện trường thấp là những yếu tố cần được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Omairi AM, Pandey S. Targeted Temperature Management. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.; 2025.
2. Dankiewicz J, Cronberg T, Lilja G, et al. Hypothermia versus Normothermia after Out-of-Hospital Cardiac Arrest. N Engl J Med. 2021 Jun 17;384(24):2283-2294.
3. Perman SM, Bartos JA, Del Rios M, et al. Temperature Management for Comatose Adult Survivors of Cardiac Arrest: A Science Advisory From the American Heart Association. Circulation. 2023 Sep 19;148(12):982-988.
4. Nguyễn Tuấn Đạt, Nguyễn Văn Chi, Trần Hưng Hà, et al. Đánh giá kết quả điều trị và hiệu quả bảo vệ não của phương pháp hạ thân nhiệt chỉ huy với đích 33°C trong điều trị bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022 07/17;516(1).
5. Badjatia N, Strongilis E, Gordon E, et al. Metabolic impact of shivering during therapeutic temperature modulation: the Bedside Shivering Assessment Scale. Stroke. 2008 Dec;39(12):3242-7.
6. Hoang BH, Do NS, Vu DH, et al. Outcomes for out-of-hospital cardiac arrest transported to emergency departments in Hanoi, Vietnam: A multi-centre observational study. Emerg Med Australas. 2021 Jun;33(3):541-546.
7. Vu DH, Hoang BH, Do NS, et al. Why Bystanders Did Not Perform Cardiopulmonary Resuscitation on Out-of-Hospital Cardiac Arrest Patients: A Multi-Center Study in Hanoi (Vietnam). Prehosp Disaster Med. 2022 Feb;37(1):101-105.
8. Nielsen N, Wetterslev J, Cronberg T, et al. Targeted temperature management at 33°C versus 36°C after cardiac arrest. N Engl J Med. 2013 Dec 5;369(23):2197-206.

VAI TRÒ CỦA 1,5-ANHYDROGLUCITOL (1,5-AG) TRONG ĐÁNH GIÁ BIẾN THIÊN ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: MỘT PHÂN TÍCH GỘP THEO QUY TRÌNH PRISMA

Lê Văn Thanh¹, Đoàn Sang², Dương Hà Khánh Linh^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HbA1c là tiêu chuẩn theo dõi đường huyết trung bình, nhưng bỏ sót Biến thiên đường huyết (GV) và Tăng đường huyết sau ăn (PPHG) – những yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập. 1,5-anhydroglucitol (1,5-AG) là dấu ấn sinh học tiềm năng cho các dao động ngắn hạn (1-2 tuần).

Mục tiêu: Bài tổng quan hệ thống này tổng hợp các bằng chứng về vai trò của 1,5-AG trong đánh giá GV và PPHG ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ).

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện tổng quan PRISMA, tìm kiếm trên PubMed, Scopus, và EMBASE các nghiên cứu nguyên bản so sánh 1,5-

AG với chỉ số GV/PPHG. Bệnh nhân dùng thuốc ức chế SGLT2 hoặc suy thận nặng (eGFR < 30 mL/phút/1.73m²) bị loại trừ.

Kết quả: 15 nghiên cứu (tổng 745 kết quả) đã được đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy mối tương quan nghịch mạnh, nhất quán giữa 1,5-AG và các chỉ số GV (MAGE, r từ -0.51 đến -0.61) và PPHG (MPMG, r ≈ -0.54). 1,5-AG phản ánh dao động tốt hơn đáng kể so với HbA1c (vốn thường không tương quan). Nồng độ 1,5-AG thấp cũng liên quan độc lập đến biến chứng (thần kinh, tim mạch) và tăng tỷ lệ tử vong.

Kết luận: 1,5-AG là công cụ bổ sung quan trọng cho HbA1c, cung cấp thông tin giá trị về chất lượng kiểm soát đường huyết ngắn hạn (GV và PPHG). Nó hữu ích để theo dõi đáp ứng điều trị sớm và xác định bệnh nhân có HbA1c tốt nhưng dao động đường huyết cao.

Từ khóa: 1,5-Anhydroglucitol (1,5-AG); Biến thiên đường huyết; Tăng đường huyết sau ăn; Đái tháo đường; HbA1c

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh

Email: khanhlinh175@gmail.com

Mã bài: N524

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 1/4/2026