

số chất lượng sống càng tăng thì WTP/QALY càng cao, độ tuổi càng thấp thì WTP/QALY càng cao.

Hiện nay, chưa có nghiên cứu nào về ngưỡng chi trả của người bệnh hemophilia A tại Việt Nam được thực hiện mặc dù đã có một số nghiên cứu ở các bệnh lý khác bao gồm u lympho không Hodgkin [11]. Ngoài ra, trên thế giới có một số nghiên cứu phân tích WTP trên bệnh hemophilia nhưng không đánh giá trên một năm sống có chất lượng [4,5]. Vì vậy có thể xem đây là đề tài đầu tiên được thực hiện liên quan đến chủ đề này. Phân tích WTP/QALY là cơ sở giúp đánh giá khả năng tài chính của người bệnh cũng như giúp cho các cơ quan chức năng đưa ra những chính sách phù hợp cho việc phân bổ nguồn lực y tế đến người bệnh.

Với thời gian có hạn, nghiên cứu vẫn còn hạn chế nhất định. Nghiên cứu chỉ mới tiến hành khu trú tại một bệnh viện chưa đại diện được cho toàn dân số, vì vậy cần mở rộng quy mô nghiên cứu. Các yếu tố liên quan được nghiên cứu tập trung ở một số đặc điểm nhân khẩu và bệnh lý vì giới hạn trong tiếp cận dữ liệu, do đó cần thu thập thông tin chi tiết hơn để phát hiện đầy đủ và toàn diện hơn các yếu tố liên quan. Ngoài ra nghiên cứu chỉ dừng lại ở phân tích mối liên quan đơn biến giữa các yếu tố tới WTP/QALY, phân tích đa biến cần thực hiện để đánh giá tổng quát mối liên hệ giữa các yếu tố lên WTP/QALY nhằm dự báo tốt hơn sự thay đổi của WTP/QALY.

V. KẾT LUẬN

Ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh hemophilia A tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương có giá trị trung bình 164.841.827,72 VNĐ/QALY (95%CI: 118.514.386,40 - 211.169.269,03 VNĐ/QALY).

Trình độ học vấn, nơi cư trú, mức hưởng BHYT, độ tuổi, mức độ bệnh, hệ số chất lượng sống theo thang đo EQ-5D-5L và VAS là các yếu tố có liên quan đến WTP/QALY.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mansouritorghabeh Hassan (2015)**, "Clinical and laboratory approaches to hemophilia a", Iranian journal of medical sciences. **40** (3), pp. 194-205.
2. **Tế Bộ Y (2016)**, về việc ban hành tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hemophilia sửa đổi, bổ sung", Bộ Y tế.
3. **O'Hara Jamie et al. (2018)**, "The relationship between target joints and direct resource use in severe haemophilia", Health Economics Review. **8** (1), pp. 1-7.
4. **Carlsson K Steen et al. (2004)**, "Willingness to pay for on-demand and prophylactic treatment for severe haemophilia in Sweden", Haemophilia. **10** (5), pp. 527-541.
5. **Chaugule Shraddha S. et al. (2015)**, "Understanding patient preferences and willingness to pay for hemophilia therapies", Patient preference and adherence. **9**, pp. 1623-1630.
6. **Oppe Mark et al. (2007)**, EQ-5D value sets: inventory, comparative review and user guide, Springer.
7. **Martín-Fernández Jesus et al. (2014)**, "Willingness to pay for a quality-adjusted life year: an evaluation of attitudes towards risk and preferences". **14** (1), pp. 287.
8. **Mai Vu Quỳnh et al. (2020)**, "An EQ-5D-5L Value Set for Vietnam", Quality of Life Research, pp. 1-11.
9. **Gersten Todd (2020)**, Hemophilia A, <https://medlineplus.gov/ency/article/000538.htm>
10. **Tổng cục thống kê (2020)**, Niên giám thống kê, <https://www.gso.gov.vn/wp-content/uploads/2021/07/Nien-giam-Tom-Tat-2020Ban-quyen.pdf>
11. **Phan Gia Huy (2019)**, "Phân tích ngưỡng chi trả cho 1 năm sống có chất lượng của người bệnh u lympho không Hodgkin tại một số Bệnh viện thành phố Hồ Chí Minh/Phan Gia Huy".

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN Ở TRẺ EM

Ngô Anh Vinh*, Lại Thuỳ Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

mô tả cắt ngang trên 102 trẻ ngừng tuần hoàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ cấp cứu thành công (có tim trở lại) ở nhóm đã được mặc monitor theo dõi cao hơn so với nhóm chưa được mặc monitor (70,1% và 33,3%), ($p < 0,05$). Tỷ lệ cấp cứu thành công ở nhóm chưa được sử dụng thuốc vận mạch cao hơn so với nhóm đã dùng thuốc vận mạch (67,7% và 61,5%) và nhóm đã được đặt nội khí quản cao hơn so với nhóm chưa đặt nội khí quản (65,6% và 63,2%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm nhịp chậm (91,7%) và thấp nhất ở nhóm

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

vô tâm thu (52,3%), ($p < 0,05$). Tỷ lệ sống khi ra viện ở nhóm tiêm Adrenalin tĩnh mạch ≤ 3 liều cao hơn so với nhóm tiêm Adrenalin tĩnh mạch > 3 liều (100% và 46,3%). Tỷ lệ sống ra viện cao nhất ở nhóm cấp cứu ngừng tuần hoàn ≤ 10 phút và thấp nhất ở nhóm cấp cứu > 30 phút, ($p < 0,05$). Khi phân tích đa biến, sử dụng Adrenalin tĩnh mạch và thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn là các yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ($p < 0,05$). **Kết luận:** thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn, sử dụng Adrenalin tĩnh mạch là những yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Từ khoá: yếu tố liên quan, kết quả cấp cứu, ngừng tuần hoàn, trẻ em

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH THE CLINICAL OUTCOMES OF PAEDIATRIC CARDIAC ARREST RESUSCITATION IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objectives: The goal of this study was to find out what factors influence the outcomes of cardiac arrest resuscitation in children. **Methods and subjects:** From June 2018 to June 2019, a cross-sectional descriptive study was conducted on 102 children suffering cardiac arrest at Vietnam National Children's Hospital. **Results:** The life support success rate (return of spontaneous circulation) was higher in the group that had been monitored with a monitor than in the group that without a monitor (70.1% and 33.3%), ($p < 0.05$). The life-support success rate was higher in the non-vasopressor group than in the vasopressor-treated group (67.7% and 61.5%) and the intubated group was higher than in the non-intubation (65.6% and 63.2%) but the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). The group that received less than three Adrenaline doses had a lower mortality rate than the group that received more than three doses (0% and 53.7%). The mortality rate was lowest in the group that received CPR for less than 10 minutes and highest in the group that received CPR for more than 30 minutes, has a statistically significant difference between two groups ($p < 0.05$). With a statistically significant difference ($p < 0.05$), the mortality rate was highest in the bradycardia group (91.7%) and lowest in the asystole group (52.3%). The factors related to the result in multivariate analysis were intravenous Adrenaline administration and CPR duration ($p < 0.05$). **Conclusion:** The duration of CPR and the injection of intravenous Adrenaline are two parameters that influence the outcome of CPR resuscitation.

Keywords: associated factors, emergency outcomes, cardiac arrest, pediatrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là tình trạng ngừng hoạt động của cơ tim, được xác định bằng cách không sờ thấy mạch trung tâm, mất ý thức đột ngột và ngừng thở. Bao gồm: ngừng tuần hoàn nội viện nếu xảy ra tại bệnh viện hoặc ngừng tuần hoàn ngoại bệnh viện nếu xảy ra ở cộng

đồng. Khác với người lớn, ngừng tuần hoàn ở trẻ em thường là hậu quả cuối cùng của suy hô hấp hoặc suy tuần hoàn.

Ngừng tuần hoàn ở trẻ em vẫn có tỷ lệ tử vong cao và để lại những di chứng thần kinh nặng nề. Theo Jesús López-Herce, trong cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em, tỷ lệ có tim trở lại chiếm 74% và chỉ 41% trong số đó sống sót sau khi ra viện [1]. Đối với ngừng tuần hoàn nội viện, theo Tress EE và cộng sự, tỷ lệ tử vong chiếm trên 75% và di chứng về thần kinh chiếm một phần ba trong những trẻ sống sót [2]. Trong khi đó, đối với ngừng tuần hoàn ngoại viện, tỷ lệ sống sót là chỉ 6,4% [3]. Vì thế, ngừng tuần hoàn đòi hỏi phải tiến hành xử trí khẩn cấp, trong đó hồi sức tim phổi (CPR) là phương pháp xử trí quan trọng hàng đầu, bao gồm kiểm soát đường thở, thông khí hỗ trợ và ép tim nhằm cung cấp oxy cho các cơ quan quan trọng như: tim, não và phổi [1].

Hiện nay hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn đã được cải thiện trong những thập kỷ qua do sự phát triển của công nghệ, kỹ thuật cũng như sự cập nhật về các quy trình cấp cứu nhi khoa [4]. Mặc dù vậy, ngừng tuần hoàn ở trẻ em vẫn để lại những hậu quả nặng nề. Vì thế, ngoài nắm vững quy trình xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn, việc tìm hiểu các yếu tố liên quan là rất quan trọng để phát triển các chiến lược nhằm cải thiện hiệu quả điều trị, tăng khả năng sống sót và hạn chế di chứng ở trẻ em. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Các trẻ được xác định ngừng tuần hoàn ngoại viện hoặc nội viện và được xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn theo hướng dẫn của Hiệp hội hồi sức cấp cứu Châu Âu 2015 [5]. Chẩn đoán ngừng tuần hoàn dựa theo hiệp hội hồi sức cấp cứu Châu Âu 2015 bao gồm:

- Không bắt được mạch trung tâm
- Mất ý thức đột ngột
- Ngừng thở

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Trẻ dưới 1 tháng tuổi

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: thực hiện từ tháng 6/2018 – tháng 6/2019

- Địa điểm: Các khoa hồi sức (hồi sức cấp cứu, hồi sức tim mạch, hồi sức ngoại), khoa cấp cứu và các khoa lâm sàng khác - Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

3.2. Các bước tiến hành nghiên cứu. Bệnh nhân nhập viện và được xác định có tình trạng ngừng tuần hoàn và được cấp cứu ngừng tuần hoàn. Chúng tôi thu thập thông tin về các yếu tố liên quan đến kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn. Đánh giá kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn bao gồm:

- Kết quả cấp cứu ban đầu được đánh giá ngay tại thời điểm cấp cứu:

- + Thành công: có tim trở lại
- + Thất bại: không có tim trở lại (tử vong)

- Kết quả cấp cứu cuối cùng:

- + Sống ra viện: bệnh nhân sống và được ra viện
- + Tử vong: bệnh nhân được xác nhận tử vong tại bệnh viện

Công cụ thu thập thông tin: thông tin nghiên cứu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

4. Xử lý số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng SPSS23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất hoặc tỉ lệ. Sử dụng test thống kê khi bình phương khi so sánh các tỉ lệ.

5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân và các thông tin cá nhân đảm bảo tính chính xác,

3. Một số yếu tố liên quan kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn

Bảng 2. Kết quả cấp cứu ban đầu với các can thiệp trước cấp cứu

Can thiệp trước cấp cứu	Thành công (n,%)	Thất bại (n,%)	Tổng (n,%)	p
Monitor theo dõi	Có	61 (70,1%)	87 (100%)	<0,05
	Không	5 (33,3%)	15 (100%)	
Thuốc vận mạch	Có	24 (61,5%)	39 (100%)	>0,05
	Không	42 (66,7%)	63 (100%)	
Đặt nội khí quản	Có	42 (65,6%)	64 (100%)	>0,05
	Không	24 (63,2%)	38 (100%)	

Nhận xét: Tỉ lệ cấp cứu thành công (có tim trở lại) ở nhóm đã được mặc monitor theo dõi cao hơn so với nhóm chưa được mặc monitor (70,1% và 33,3%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khi đó, tỉ lệ cấp cứu thành công ở nhóm chưa được sử dụng thuốc vận mạch cao hơn so với nhóm đã dùng thuốc vận mạch (67,7% và 61,5%) và nhóm đã được đặt nội khí quản cao hơn so với nhóm chưa đặt nội khí quản (65,6% và 63,2%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả cấp cứu ban đầu với rối loạn nhịp tim khi NTH

Rối loạn nhịp tim khi NTH	Thành công (n,%)	Tử vong (n,%)	Tổng n,%	p
Nhịp chậm	11 (91,7%)	1 (8,3%)	12 (100%)	<0,05
Mất mạch còn điện tim	22 (75,9%)	7 (24,1%)	29 (100%)	
Nhịp nhanh thất mất mạch	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)	
Rung thất	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7 (100%)	
Vô tâm thu	23 (52,3%)	21 (47,7%)	44 (100%)	

Nhận xét: Tỉ lệ cấp cứu thành công ban đầu (có tim trở lại) cao nhất ở nhóm nhịp chậm (91,7%), tiếp theo là mất mạch còn điện tim (75,9%), nhịp nhanh thất mất mạch (60%), rung thất (57,1%) và

được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 102 bệnh nhân ngừng tuần hoàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2019.

Bảng 1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình
1 tháng đến 12 tháng	44	43,1	36 ± 14,9 tháng (2 tháng - 15 tuổi)
12 tháng đến 8 tuổi	43	42,2	
Trên 8 tuổi	15	14,7	
Giới tính	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	
Nam	52	51	
Nữ	50	49	
Tổng	102	100	

Nhận xét: Trẻ nam chiếm 51%, nữ chiếm 49% và tỉ lệ nam/nữ là 1,04. Tuổi trung bình là 36 ± 14,9 tháng và lứa tuổi thường gặp nhất là dưới 12 tháng tuổi (43,1%) và ít gặp nhất là nhóm trên 8 tuổi (14,7%). Tuổi nhỏ nhất là 2 tháng và lớn nhất là 15 tuổi.

thấp nhất ở nhóm vô tâm thu (52,3%) với sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Kết quả cấp cứu cuối cùng với các can thiệp khi cấp cứu NTH

Can thiệp khi cấp cứu		Sống ra viện (n,%)	Tử vong (n,%)	Tổng (n,%)	P
Liều Adrenalin	≤3 liều	35(100%)	0 (0%)	35 (100%)	<0,05
	>3liều	31(46,3%)	36(53,7%)	67 (100%)	
Tiêm Bicacbonat BicacbonatNae	Có	37(56,9%)	28(43,1%)	65 (100%)	<0,05
	Không	29 (78,4%)	8 (21,6%)	37 (100%)	
Thời gian CPR	≤10 phút	46 (95,8%)	2 (4,2%)	48 (100%)	<0,05
	11-20 phút	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100%)	
	21-30 phút	6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)	
	>30phút	3 (9,7%)	28 (90,3%)	31(100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ sống ra viện ở nhóm tiêm Adrenalin tĩnh mạch ≤ 3 liều cao hơn so với tiêm Adrenalin tĩnh mạch > 3liều (100% và 46,3%). Tỷ lệ này ở nhóm không được tiêm Bicacbonate cao hơn so với nhóm được tiêm Bicacbonate với tỷ lệ là 78,4% và 56,9% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ sống khi ra viện cao nhất ở nhóm cấp cứu ngừng tuần hoàn ≤ 10 phút và thấp nhất ở nhóm cấp cứu > 30 phút, với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu

Yếu tố liên quan	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	2,38 (0,79- 7,12)	>0,05
Địa điểm cấp cứu	1,31 (0,09- 18,72)	>0,05
Thời điểm ngừng tuần hoàn	0,63 (0,02 - 13,55)	>0,05
Monitor theo dõi	0,82 (0,05- 12,02)	>0,05
Adrenalin tĩnh mạch	10,89 (1,98 - 59,79)	<0,05
Thời gian CPR	1,86 (1,11- 3,12)	<0,05

Nhận xét: Khi phân tích đa biến, các yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn là Adrenalin tĩnh mạch và thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn (<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả cấp cứu ban đầu với các can thiệp trước cấp cứu. Tỷ lệ cấp cứu thành công (có tim trở lại) ở nhóm đã được mặc monitor theo dõi cao hơn so với nhóm chưa được mặc monitor (70,1% và 33,3%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khi đó, tỷ lệ cấp cứu thành công ở nhóm chưa được sử dụng thuốc vận mạch cao hơn so với nhóm đã dùng thuốc vận mạch (67,7% và 61,5%) và nhóm đã được đặt nội khí quản cao hơn so với nhóm chưa đặt nội khí quản (65,6% và 63,2%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 2). Tương tự trong nghiên cứu của Lopez và cộng sự (năm 2004), kết quả cũng cho thấy ở trẻ đã được đặt nội khí quản trước cấp cứu ngừng thì tỷ lệ thành công cao hơn tỷ lệ tử vong (59,9% và 41,1%). Theo tác giả, bệnh nhân đã được kiểm soát đường thở bằng nội khí quản sẽ thuận lợi hơn trong việc cấp cứu ngừng tuần hoàn. Ngoài ra, nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn ở trẻ em chủ yếu là thiếu oxy nên đặt nội khí quản kiểm soát đường thở sớm sẽ cung cấp oxy hiệu quả hơn cho bệnh nhân [6]. Trong khi đó, theo nghiên cứu của tác giả Matamoros, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ

lệ tử vong giữa 2 nhóm có hay không có can thiệp như mặc monitor, thở máy hoặc dùng thuốc vận mạch [7].

4.2. Các rối loạn nhịp tim khi ngừng tuần hoàn. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cấp cứu thành công ban đầu (có tim trở lại) cao nhất ở nhóm nhịp chậm (91,7%), tiếp theo là mất mạch còn điện tim (75,9%), nhịp nhanh thất mất mạch (60%), rung thất (57,1%) và thấp nhất ở nhóm vô tâm thu (52,3%) với sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3). Trong nghiên cứu của Matamoros, tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm rung thất cùng với nhịp nhanh thất mất mạch (đều là 100%). Trong khi đó, tỷ lệ tử vong ở nhóm vô tâm thu là 76,1%, nhịp chậm là 60%. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, nhóm vô tâm thu và nhịp chậm là chủ yếu (với 81,5% và 13,9%) trong khi đó rung thất và nhịp nhanh thất mất mạch chỉ chiếm 2,8% các trường hợp. Theo tác giả này, do bệnh nhân trong nghiên cứu điều trị ở các đơn vị hồi sức cấp cứu không nhiều nên ngừng tuần hoàn thường được phát hiện muộn. Vì thế, tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu khác vì tác giả cũng cho rằng thời gian phát hiện ngừng

tuần hoàn cũng như tiến hành CPR sớm là rất quan trọng. Đây cũng là lý do mà các hình ảnh điện tâm đồ trong nghiên cứu chủ yếu là vô tâm thu (81,5%) trong khi đó nhịp chậm rất ít (13,9%)[7]. Theo Lopez và cộng sự (năm 2014), việc phát hiện ngừng tuần hoàn ở giai đoạn nhịp tim chậm là rất quan trọng vì đây là dấu hiệu sớm của ngừng tuần hoàn nên nếu CPR được tiến hành sớm sẽ làm tăng khả năng có tim trở lại và hạn chế được di chứng [1].

4.3. Kết quả cấp cứu cuối cùng với các can thiệp khi cấp cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sống khi ra viện ở nhóm tiêm Adrenalin tĩnh mạch ≤ 3 liều cao hơn so với tiêm adrenalin tĩnh mạch >3 liều (100% và 46,3%). Tỉ lệ này ở nhóm không được tiêm bicarbonate cao hơn so với nhóm được tiêm bicarbonate với tỉ lệ là 78,4% và 56,9% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả cũng cho thấy thời gian cấp cứu càng dài thì tỉ lệ tử vong càng cao. Cụ thể, tỉ lệ sống khi ra viện cao nhất ở nhóm cấp cứu ngừng tuần hoàn ≤ 10 phút và thấp nhất ở nhóm cấp cứu > 30 phút, với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (Bảng 4). Các nghiên cứu của tác giả Matamoros và Lopez (2014) cũng đưa ra nhận định tương tự khi cho thấy tỉ lệ tử vong cao hơn khi sử dụng Adrenalin từ 3 liều trở lên hoặc sử dụng Bicacbonat cùng với thời gian CPR kéo dài [1],[7]. Mặc dù adrenalin là thuốc vận mạch chủ yếu và quan trọng nhất dùng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn tuy nhiên theo tác giả Lopez, những bệnh nhân có chỉ định dùng nhiều lần Adrenalin và cũng như sử dụng Bicacbonat đều là tình trạng bệnh nặng vì thế có tiên lượng xấu hơn và nguy cơ tử vong cao. Bệnh nhân chỉ định dùng Bicacbonat chứng tỏ có rối loạn thăng bằng toan kiềm và phản ánh tình trạng thiếu oxy kéo dài. Trong khi đó, thời gian CPR kéo dài phản ánh khả năng phục hồi của tim kém [1].

Khi phân tích đa biến, các yếu tố liên quan với kết quả điều trị cũng như tỉ lệ tử vong, chúng tôi nhận thấy sử dụng Adrenalin tĩnh mạch và thời gian CPR là 2 yếu tố ảnh hưởng đến kết quả cấp cứu ngừng tuần hoàn ($p < 0,05$) (Bảng 5). Trong khi đó các yếu tố như tuổi, địa điểm cấp cứu (nội viện hay ngoại viện), thời điểm ngừng tuần hoàn và mặc monitor theo dõi không phải là các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả CPR.

Theo tác giả Lopez (2014) khi phân tích đa biến, các yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn là sử dụng thuốc vận mạch trước khi ngừng tuần hoàn, sử dụng bicarbonate và thời gian CPR. Cũng theo tác giả này, thời

gian cấp cứu là yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng nhất, liên quan chặt chẽ và là yếu tố dự báo tử vong (OR=10, 95% CI: 3,07-8,89). Thời gian CPR càng dài thì nguy cơ sống sót của bệnh nhân càng thấp và nếu thời gian CPR kéo dài trên 20 phút thì khả năng sống sót của bệnh nhân là rất thấp [1]. Trong khi đó, theo phân tích đa biến của tác giả Matamoros, yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng nhất là ngừng tim không do bệnh hô hấp (OR=2,55; 95%CI: 1,21-6,39), sử dụng Adrenalin tĩnh mạch (OR=4,96; 95% CI: 1,51-16,35), thời gian CPR trên 10 phút (OR=3,40; 95% CI: 1,31-8,89) [7].

Theo tác giả Jung Lee, khi phân tích đa biến, tuổi, giới tính không liên quan đến kết quả CPR. Số lần tiêm adrenalin và thời gian CPR là các yếu tố tiên lượng tử vong. Trong nghiên cứu tác giả đưa vào các tiêu chí đánh giá: có tim trở lại, sống sót khi ra viện, di chứng thần kinh trên những bệnh nhân nhi ngừng tuần hoàn ngoại viện. Tác giả cho rằng số lần tiêm Adrenalin ít hơn có liên quan với tăng tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. Khi thời gian CPR ngắn thì tỉ lệ có tim trở lại và sống sót khi ra viện tăng lên. Theo tác giả thời gian CPR ngắn thì thời gian cũng cấp máu cho hệ thống tuần hoàn sớm hơn và cải thiện kết quả điều trị. Ngược lại thời gian CPR kéo dài để lại kết cục xấu về tiên lượng thần kinh ở những trẻ sống sót khi ra viện [8]. Năm 2010, hướng dẫn của cấp cứu nhi khoa APLS đã thay thế CPR theo trình tự ABC (Đường thở - thở - tuần hoàn) bằng CAB (Tuần hoàn - đường thở - thở) và nhấn mạnh tầm quan trọng của CPR ưu tiên ép tim tuy nhiên tỷ lệ có tim trở lại cũng như sống sót khi ra viện không cải thiện đáng kể. Do hầu hết ở trẻ em được do các nguyên nhân hô hấp nên hiện nay CPR truyền thống với ép tim và hô hấp hỗ trợ luân phiên nhau liên tục đã được khuyến nghị cho cấp cứu ngừng tuần hoàn ở trẻ em [9].

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn trên 102 trẻ tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 6/2018 – tháng 6/2019, chúng tôi đưa ra một số kết luận: tỉ lệ cấp cứu thành công ban đầu (có tim trở lại) cao nhất ở nhóm nhịp chậm và thấp nhất ở nhóm vô tâm thu. Tỉ lệ sống khi ra viện ở nhóm không được tiêm Bicarbonate cao hơn so với nhóm được tiêm bicarbonate. Khi phân tích đa biến, thời gian cấp cứu ngừng tuần hoàn, và sử dụng Adrenalin là những yếu tố liên quan đến hiệu quả cấp cứu ngừng tuần hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jesús López-Herce**, Jimena del Castillo, Sonia Cañadas, et al. In-hospital Pediatric Cardiac Arrest in Spain. *Rev Esp Cardiol*, 2014; 67(3):189–195.
2. **Tress EE, Kochanek PM, Saladino RA, Manole MD**. Cardiac arrest in children. *J Emergencies Trauma Shock*. 2010; 3(3):267.
3. **AtkinsD., Everson-StewartS., SearsG.K., et al**. Epidemiology and outcome from out-of-hospital cardiac arrest in children: the resuscitation outcomes consortium epistry-cardiac arrest. *Circulation*, 2009; 119:148-4.
4. **Tania Miyuki Shimoda-Sakano, Cláudio Schvartzman, Amélia, et al**. Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria*, 2020; 96 (4), 409-421.
5. **K. Maconochie, Robert Bingham, Christoph Eich, et al**. European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2015; Section 6. Paediatric life support, *Resuscitation*, 2015; 95, 223–248.
6. **Lopez-HerceJ, GarciaC, DominguezP, et al**. Characteristics and outcome of cardio respiratory arrest in children. *Resuscitation*, 2004; 63:311-20.
7. **Martha Matamoros, Roger Rodriguez, Allison Callejas, et al**. In-hospital Pediatric Cardiac Arrest in Honduras. *Pediatric Emergency Care*, 2015; 31(1):31-5.
8. **Jung Lee, Wen-ChiehYang, En-Pei Lee, et al**. Clinical Survey and Predictors of Outcomes of Pediatric Out-of-Hospital Cardiac Arrest Admitted to the Emergency Department, *Scientific Reports*, 2019; 9 (1):7032).
9. **Berg, M. D. et al. Part 13**: Pediatric Basic Life Support. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 122, S862–S875 (2010).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUỖI HÓA TRỊ VÀ THUỐC KHÁNG EGFR TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN MUỘN

Lê Thanh Đức*, Bùi Thị Thu Hoài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị chuỗi hóa trị và thuốc kháng EGFR trên bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn. **Đối tượng nghiên cứu:** BN được chẩn đoán UTPTBN giai đoạn IV, được điều trị erlotinib đường uống sau 4-6 chu kỳ hóa trị bộ đôi có platinum từ 1/2016 đến 06/2020 tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu. Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh với hóa trị phác đồ bộ đôi có platinum lần lượt là 52,4% và 81%. Tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh sau 3 tháng điều trị erlotinib là 33,4% và 93,6%; sau 12 tháng, tỷ lệ đáp ứng là 43,0% và tỷ lệ kiểm soát bệnh là 70,5%. STKTT với erlotinib tốt hơn trên bệnh nhân có tác dụng phụ trên da và đáp ứng với hóa trị bước một. **Kết luận:** Tỷ lệ đáp ứng với hóa trị cao hơn ở bệnh nhân có đột biến EGFR. Thời gian sống thêm không tiến triển với erlotinib liên quan với tác dụng phụ trên da và đáp ứng với hóa trị bước một.

Từ khóa: Ung thư phổi, hóa trị, thuốc kháng EGFR.

SUMMARY

THE RESULTS OF CHAIN OF CHEMOTHERAPY AND ANTI-EGFR DRUGS IN PATIENTS WITH ADVANCED STAGE LUNG CANCER

Aims: Evaluation of the results of chemotherapy

and anti-EGFR drugs in patients with advanced stage lung cancer. **Population:** The patient was diagnosed stage IV non-small cell lung cancer, received oral erlotinib after 4-6 cycles platinum-containing regimen chemotherapy at National Cancer Hospital from January 2016 to June 2020. **Patients and Methods:** Retrospective combined prospective study. **Results:** The overall response rate and disease control rate with platinum-based chemotherapy was 52.4% and 81%, respectively. The overall response rate and disease control rate after 3 months of erlotinib treatment was 33.4% and 93.6%; After 12 months, the overall response rate was 43.0% and the disease control rate was 70.5%. PFS with erlotinib was superior in patients with cutaneous adverse events and response to first-line chemotherapy. **Conclusion:** Response rates to chemotherapy are higher in patients with EGFR mutations. Progression-free survival with erlotinib is associated with cutaneous adverse events and response to first-line chemotherapy.

Key words: Lung cancer, chemotherapy, anti-EGFR drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm, hoá trị toàn thân là phương pháp điều trị chủ yếu với ung thư phổi (UTP) giai đoạn muộn, liệu pháp đầu tay là hóa trị bộ đôi có platinum đơn thuần hoặc kết hợp với một tác nhân nhắm đích như bevacizumab 4 đến 6 chu kỳ. Tuy nhiên, thời gian sống thêm vẫn không quá 12 tháng [1]. Bên cạnh đó, hóa trị gây độc tính tuỷ xương cao, hiệu quả hạn chế và có hiện tượng kháng thuốc [2]. Thuốc phân tử nhỏ (tyrosin kinase inhibitors-TKIs) cho kết quả sống thêm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với hóa trị.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022