

2. **Coccolini F., Coimbra R., Ordonez C. et al.** (2020). Liver trauma: WSES 2020 guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1), 24.
3. **Hoàng Đình Âu và Doãn Văn Ngọc.** (2023). Vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và phân độ chấn thương gan theo AAST 2018. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(2).
4. **Đặng Vĩnh Hiệp.** (2021). Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và điều trị bảo tồn chấn thương gan. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 501(2).
5. **Nguyễn Quang Huy và Nguyễn Khải Toàn.** (2022). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương gan được điều trị bảo tồn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 517(1).
6. **Newton M. V. và Subramanya S. G.** (2023). Predicting and grading liver injury in the absence of computed tomographic imaging. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2).
7. **Lada N. E., Gupta A., Anderson S. W. et al.** (2021). Liver trauma: hepatic vascular injury on computed tomography as a predictor of patient outcome. *European Radiology*, 31(5), 3375-3382.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI THẦN KINH Ở NGƯỜI BỆNH SAU CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN THEO THANG ĐIỂM CPC TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Cẩm Ly<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Tân<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Mai Tho<sup>1</sup>,  
Đặng Ngọc Anh<sup>2</sup>, Dương Duy Quang<sup>1</sup>, Vũ Tiến Quang<sup>1</sup>, Vũ Phi Hùng<sup>1</sup>,  
Đỗ Lưu Gia Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Uyên<sup>1</sup>, Nguyễn Gia Lộc<sup>3</sup>,  
Phạm Công Trường<sup>4</sup>, Nguyễn Hải Âu<sup>5</sup>, Nguyễn Xuân Anh<sup>6</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phục hồi thần kinh ở người bệnh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn theo thang điểm CPC tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả nghiên cứu:** Có 45 người bệnh ngừng tuần hoàn được đưa vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là  $(55,6 \pm 21,1)$ , người bệnh nam giới chiếm 77,8%. Thời gian từ lúc NTH đến lúc được hồi sức tim phổi trung bình là  $16,2 \pm 11,3$  và đến tại Khoa Cấp cứu trung bình là  $23,5 \pm 10$ . Kết quả hồi sinh tim phổi thành công tại Khoa Cấp cứu là 42,2%. Kết quả đánh giá thần kinh theo thang điểm CPC tại thời điểm ra viện có 13,3% (6/45) phục hồi chức năng thần kinh ở mức tốt (CPC 1-2 điểm). Sau ra viện 30 ngày có 19 bệnh nhân còn sống sót, trong đó chức năng thần kinh phục hồi tốt là 36,8% (7/19). **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh được tái lập tuần hoàn là 42,2% nhưng chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ người bệnh khi ra viện có kết cục thần kinh tốt (13,3%).

**Từ khóa:** Ngừng tuần hoàn, thang điểm CPC, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF NEUROLOGICAL RECOVERY IN PATIENTS AFTER CARDIOPULMONARY RESUSCITATION FOLLOWING CARDIAC ARREST USING THE CPC SCALE AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

**Objective:** To describe the effectiveness of neurological recovery in patients following cardiopulmonary resuscitation (CPR) using CPC scale (Cerebral Performance Category) at the Emergency Department of Nghe An General Friendship Hospital. **Study design:** Descriptive cross-sectional analysis. **Results:** Among the 45 patients included in the study, the average age was  $(55,6 \pm 21,1)$ , with higher rate (77,8%) belongs to male. The average time from cardiac arrest to initiation of CPR was  $16,2 \pm 11,3$  minutes, and the average duration of CPR at the Emergency Department was  $23,5 \pm 10$  minutes. The percentage of patients with revascularization was 42,2%. The results of neurological outcome using CPC scale at hospital discharge showed 13,3% (6/45) of patients with good functional recovery (CPC 1-2 points). At 30 days post-discharge, 19 patients survived, with 36,8% (7/19) showing good neurological recovery. **Conclusion:** The outcome of successful cardiac arrest at the Emergency Department was 42.2%, but only a very small proportion of patients had favorable neurological outcomes at the time of hospital discharge (13,3%).

**Keywords:** Circulatory arrest, CPC score, Nghe An General Friendship Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn hay còn gọi là ngừng tim,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

<sup>3</sup>Trường Đại học Y dược Hải Phòng

<sup>4</sup>Trường Đại học Y dược Thái Bình

<sup>5</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

<sup>6</sup>Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Cẩm Ly

Email: drnguyenly1999@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023

được định nghĩa là "sự đình chỉ hoạt động cơ học của tim, xác định bằng cách không sờ thấy mạch trung tâm, không có phản ứng và ngừng thở". Ngừng tuần hoàn là một cấp cứu hết sức khẩn cấp có thể gặp ở bất cứ nơi nào, trong bệnh viện hoặc ngoài bệnh viện. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 350.000 ca ngừng tim ngoại viện (OHCA) và 200.000 ca ngừng tim nội viện (IHCA) hàng năm tại Hoa Kỳ, trong đó ngừng tim tại khoa cấp cứu chiếm khoảng 10%, với tỷ lệ sống sót là khoảng 5% đến 10% và 24%<sup>1</sup>.

Trong vòng vài giây khi NTH xảy ra, người bệnh sẽ đối diện với nguy cơ thiếu máu do sự cấp máu cho não và các cơ quan quan trọng bị chấm dứt, dẫn đến người bệnh bất tỉnh và quá trình chết tế bào bắt đầu. Đây cũng là nguyên nhân gây tử vong hoặc biến chứng tổn thương não vĩnh viễn trong thời gian ngắn. Tuy nhiên, nếu phát hiện sớm và cấp cứu nhanh chóng, đúng cách thì vẫn có thể tránh được những nguy cơ này cho người bệnh.

Hướng dẫn Ustein khuyến nghị việc sử dụng thang điểm hiệu suất não (CPC) để đánh giá chức năng hệ thống thần kinh trung ương sau ngừng tim. Việc đánh giá hiệu quả phục hồi thần kinh cũng như thống kê dữ liệu thực trạng hồi sinh tim phổi là cơ sở để cải thiện chất lượng cấp cứu và tăng cơ hội sống cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Đánh giá hiệu quả phục hồi thần kinh ở người bệnh sau cấp cứu ngừng tuần hoàn theo thang điểm CPC tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh NTH vào Khoa Cấp cứu từ 02/2023 - 05/2023.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

### Tiêu chuẩn đánh giá

**Ngừng tuần hoàn:** Người bệnh được chẩn đoán NTH theo hướng dẫn của Hội tim mạch Hoa Kỳ năm 2020: Người bệnh đột ngột mất ý thức; Ngừng thở, hoặc thở ngáp; Mất mạch cảnh và/hoặc mất mạch bẹn.

**Phân loại mức độ phục hồi thần kinh:**

- Mức độ phục hồi thần kinh được xác định theo thang điểm hiệu suất não CPC:

+ CPC 1: Người bệnh tỉnh, có thể làm việc độc lập như trước khi ngừng tim, có thể có một vài khiếm khuyết thần kinh hoặc tâm thần nhẹ.

+ CPC 2: Người bệnh tỉnh, có thể tự chăm sóc bản thân không cần sự giúp đỡ của người khác trong các hoạt động hằng ngày, có thể làm việc được trong môi trường có hỗ trợ.

+ CPC 3: Người bệnh tỉnh, không thể tự chăm sóc bản thân, phụ thuộc vào sự chăm sóc của người khác, người bệnh nằm liệt giường hoặc vẫn có thể đi lại, hoặc có thể bị mất trí.

+ CPC 4: Người bệnh hôn mê, hoặc trong trạng thái thực vật

+ CPC 5: Chết não hoặc tử vong.

- Thường được phân đôi thành "kết quả thần kinh tốt" (CPC 1-2) và "kết quả thần kinh xấu" (CPC 3-5).

**Xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới (n=45)**

Đặc điểm		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ % (n/45)
Giới tính	Nam	35	77,8
	Nữ	10	22,2
Tuổi 55,6 ± 21,1 (15 – 89)	15 - 40	9	20
	41 - 60	16	35,6
	61 – 80	16	35,6
	>80	4	8,9

Giới tính: Nam giới chiếm 77,8% cao hơn nữ giới (22,2%). Tỷ lệ nam/nữ = 3,5/1.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,6 ± 21,1 tuổi. Nhóm tuổi 41 – 60 và 61 - 80 bằng nhau cùng chiếm 35,6%.

**Bảng 2. Các đặc điểm liên quan**

Người chứng kiến		Số người bệnh	%
Người chứng kiến (n=45)	NVYT	12	26,7%
	Gia đình	16	35,6%
	Bạn bè	7	15,6%
	Người qua đường	7	15,6%
	Đồng nghiệp	3	6,7%
Phương tiện vận chuyển người bệnh (n=40)	Xe cấp cứu bệnh viện	5	12,5%
	Xe cấp cứu ngoài	17	42,5%
	Xe ô tô cá nhân	10	25%
	Xe máy	1	2,5%
	Taxi	7	17,5%

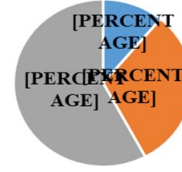
Người chứng kiến: Trong nhóm nghiên cứu, 35,6% người bệnh NTH có người chứng kiến là gia đình, 26,7% là NVYT. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là bạn bè (15,6%), người qua đường (15,6%), đồng nghiệp (6,7%).

Phương tiện vận chuyển: Xe cấp cứu ngoài là phương tiện vận chuyển người bệnh có tỷ lệ cao nhất 57,1%. Xe máy chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,5%.

**Bảng 3. Thời gian trung bình**

Phương tiện	Thời gian trung bình	Khoảng
Từ lúc NTH đến khi được HSTP (n=45)	16,2 ± 11,3	(1-43)
Hồi sinh tim phổi tại khoa Cấp cứu (n=45)	23,5 ± 10	(3-40)

Thời gian trung bình từ lúc NTH đến khi được HSTP là 16,2 ± 11,3, nhanh nhất 1 phút và chậm nhất 43 phút. Thời gian hồi sinh tim phổi tại khoa Cấp cứu trung bình là 23,5 ± 10, tối thiểu 3 phút và tối đa 40 phút.



**Biểu đồ 1. Kết quả hồi sinh tim phổi (n=45)**

Số người bệnh tim không đập trở lại chiếm tỷ lệ cao nhất 57,8%; Có 14 người bệnh (31,1%) tim đập lại, hôn mê; Có 5 người bệnh (11,1%) tỉnh sau khi hồi sinh tim phổi.

**Bảng 4. Kết quả CPC của người bệnh NTH tại khoa Cấp cứu thời điểm ra viện và 30 ngày sau ra viện**

CPC	OHCA		IHCA	
	Thời điểm ra viện n(%)	Thời điểm 30 ngày sau ra viện n(%)	Thời điểm ra viện n(%)	Thời điểm 30 ngày sau ra viện n(%)
CPC 1	1 (2,5%)	4 (25%)	1 (20%)	1 (33,3%)
CPC 2	4 (10%)	2 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)
CPC 3	3 (7,5%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)
CPC 4	8 (20%)	0 (0%)	2 (40%)	0 (0%)
CPC 5	24 (60%)	9 (56,2%)	2 (40%)	2 (66,7%)
<b>Tổng</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>16 (100%)</b>	<b>5 (100%)</b>	<b>3 (100%)</b>

Trong nhóm nghiên cứu 45 người bệnh NTH, nhóm người bệnh IHCA có 1 người bệnh có CPC 1 điểm, 2 người bệnh có CPC 4 điểm và 2 người bệnh có CPC 5 điểm, không có người bệnh ra viện với kết cục CPC 2 điểm và CPC 3 điểm.

Nhóm người bệnh OHCA gồm 4 người bệnh có CPC 2 điểm, 3 người bệnh có CPC 3 điểm, 8 người bệnh có CPC 4 điểm, 24 người bệnh có CPC 5 điểm và chỉ có 1 người bệnh có CPC 1 điểm.

- Trong nhóm nghiên cứu 19 người bệnh theo dõi 30 ngày, ở nhóm người bệnh IHCA: có 1 người bệnh với CPC 1 điểm và 2 người bệnh với CPC 5 điểm. Ở nhóm người bệnh OHCA có 4 người bệnh với CPC 1 điểm, 2 người bệnh với CPC 2 điểm, 1 người bệnh với CPC 3 điểm, 9 người bệnh với CPC 5 điểm và không có người bệnh nào có CPC 4 điểm.

**kinh của người bệnh NTH tại khoa cấp cứu thời điểm ra viện và 30 ngày sau ra viện**

Trong nhóm nghiên cứu 45 người bệnh NTH sau ra viện, nhóm người bệnh IHCA có 5 người bệnh, với 1 người bệnh có kết cục thần kinh tốt và 4 người bệnh có kết cục thần kinh xấu.

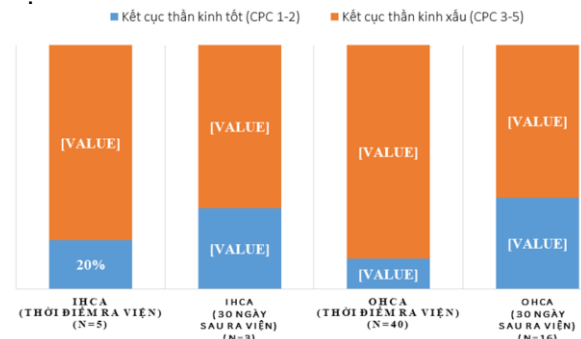
Nhóm người bệnh OHCA sau ra viện có 40 người bệnh, với 5 người bệnh có kết cục thần kinh tốt và 35 người bệnh có kết cục thần kinh xấu.

Trong nhóm nghiên cứu 19 người bệnh theo dõi 30 ngày, ở nhóm người bệnh IHCA: có 1 người bệnh với kết cục thần kinh tốt và 2 người bệnh với kết cục thần kinh xấu. Ở nhóm người bệnh OHCA có 6 người bệnh với kết cục thần kinh tốt, 10 người bệnh có kết cục thần kinh xấu.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm về tuổi và giới tính.** Nghiên cứu trên 45 trường hợp ngừng tuần hoàn, trong đó có 40 trường hợp OHCA và 5 trường hợp IHCA, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới: nam giới chiếm 77,8% và nữ giới chiếm 22,2% với tỷ số giới tính là 3,5/1. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong nghiên cứu của một số tác giả khác như Đỗ Ngọc Sơn (2021) 74,6%<sup>2</sup>.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,62 ± 21,12, tuổi lớn nhất là 89, tuổi nhỏ nhất là 15. Tuổi trung bình của người bệnh trong các



**Biểu đồ 2. Đánh giá kết quả phục hồi thần**

nghiên cứu của các tác giả Việt Nam cũng như nhiều nghiên cứu trên thế giới khá dao động, khác nhau trong từng nghiên cứu. Người bệnh tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong nghiên cứu này có độ tuổi trung bình tương đương với nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn (2021) nghiên cứu tại 3 trung tâm lớn của Việt Nam là 56,1<sup>2</sup>.

**Người chứng kiến.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp NTH đều được chứng kiến, được chứng kiến nhiều nhất bởi gia đình (35,6%) và ít nhất là đồng nghiệp (6,7%). Kết quả này phù hợp với tình huống NTH xảy ra nhiều nhất tại nhà, tiếp theo là trên đường phố.

**Phương tiện vận chuyển.** Phương tiện vận chuyển người bệnh nhiều nhất là xe cấp cứu ngoài (42,5%) và ít nhất là xe máy với 2,5%, xe cấp cứu bệnh viện chỉ chiếm 12,5%. Nghiên cứu này có kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Phúc (2017), xe cấp cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (58%)<sup>3</sup>; Jung Lee (2019) 52,6% được vận chuyển bằng xe cấp cứu<sup>4</sup>. Điều này được giải thích là khi thấy người bệnh nặng người nhà người bệnh sẽ gọi xe cấp cứu, cũng như sau khi tai nạn, người chứng kiến thấy tình trạng nạn nhân nặng sẽ gọi xe cấp cứu để đưa thẳng người bệnh vào khoa Cấp cứu Bệnh viện HNĐK Nghệ An và NTH thường xuất hiện trước khi kịp chuyển người bệnh đến khoa Cấp cứu.

**Thời gian.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi NTH đến khi được hồi sinh tim phổi (thời gian No-flow) trung bình là 16,2 ± 11,3 phút, trong đó dài nhất là 43 phút và ngắn nhất là 1 phút. Thời gian này ngắn hơn so với nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải<sup>5</sup> là 20 phút. Thời gian No-flow trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Bernard<sup>8</sup>, thời gian này trong nghiên cứu của Bernard là 2 phút. Lý giải cho điều này, trong nghiên cứu của Bernard, chủ yếu là NTH có chứng kiến tới 94%, gần một nửa trong số đó được cấp cứu ngay bởi người chứng kiến (chiếm 49%). Điều này phần nào phản ánh khả năng cấp cứu ngoại viện cũng như kiến thức và kỹ năng hồi sinh tim phổi của người dân các nước phát triển (Âu – Mỹ) tốt hơn so với các nước đang phát triển.

Thời gian hồi sinh tim phổi tại khoa Cấp cứu trung bình là 23,5 ± 10 phút... Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đây, cụ thể là thời gian cấp cứu trung bình tại Khoa Cấp cứu cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc (2017) là 17,3 phút<sup>3</sup>. Sự khác biệt này có thể được giải thích do thời gian người bệnh NTH vào Khoa Cấp cứu sớm hay muộn cũng như mong muốn điều trị cho người

bệnh đến cùng của người nhà người bệnh là khác nhau.

**Kết quả phục hồi thần kinh.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các người bệnh ra viện được đánh giá thang điểm CPC tại thời điểm ra viện và 1 tháng sau ra viện. Với 45 người bệnh ra viện, ghi nhận được 86,7% người bệnh có kết cục thần kinh xấu với điểm CPC 3-5, trong đó có 57,8% người bệnh có điểm CPC là 5, tương tự với tác giả Vattanavanit V với số người bệnh có kết cục tối CPC 3-5 tại thời điểm ra viện chiếm tỷ lệ cao tới 87%<sup>6</sup>. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Bùi Mạnh Cường: người bệnh có kết cục thần kinh xấu khi ra viện là 62,9%<sup>7</sup>, có thể lý giải điều này do nhóm nghiên cứu của tác giả tập trung vào các người bệnh ngừng tuần hoàn được hồi sinh tim phổi thành công, có tái lập tuần hoàn tự nhiên, còn chúng tôi lựa chọn tất cả những người bệnh ngừng tuần hoàn vào khoa Cấp cứu.

Với 19 người bệnh theo dõi 30 ngày sau ra viện, ghi nhận được 36,8% người bệnh có kết cục thần kinh tốt với điểm CPC 1-2, tương tự với tác giả Nguyễn Tuấn Đạt với 36,7% người bệnh có kết quả phục hồi chức năng thần kinh tốt sau 30 ngày<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Mặc dù các nỗ lực về mặt hồi sức cho các người bệnh ngừng tuần hoàn được tiến hành, kết cục của các người bệnh ngừng tuần hoàn vẫn không có nhiều khả quan, với phần lớn có kết cục thần kinh xấu khi ra viện. Cùng với đó, dù vượt qua các tổn thương nặng nề của hội chứng sau ngừng tuần hoàn ở giai đoạn đầu, số người bệnh có thể phục hồi các chức năng thần kinh, đạt kết cục thần kinh tốt sau 1 tháng chỉ chiếm chưa tới một nửa số người bệnh sống sót.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lam V, Hsu CH. Updates in cardiac arrest resuscitation. *Emergency Medicine Clinics*. 2020;38(4):755-769.
2. Do SN, Luong CQ, Pham DT, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*. 2021;99(1):50.
3. Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Hữu Tân, Đánh giá tình trạng bệnh nhân ngừng tuần hoàn ngoại viện vào khoa cấp cứu - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. 2017.
4. Lee J, Yang W-C, Lee E-P, 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):1-9.
5. Hoàng Bùi Hải, 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. *Emergency Medicine Australasia*. 2021;33(3):541-546. doi:https://doi.org/10.1111/1742-6723.13750

6. **Vattanavanit V, Bhurayanontachai R.** Clinical outcomes of 3-year experience of targeted temperature management in patients with out-of-hospital cardiac arrest at Songklanagarind Hospital in Southern Thailand: an analysis of the

MICU-TTM registry. *Open access emergency medicine: OAEM*. 2016;8:67.

7. **Bùi Mạnh Cường.** Nhận xét kết quả của liệu pháp hạ thân nhiệt ở bệnh nhân ngừng tuần hoàn do căn nguyên tim mạch. 2022.
8. **Nguyễn Tuấn Đạt.** Đánh giá hiệu quả bảo vệ não ở bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn bằng phương pháp hạ thân nhiệt chỉ huy. Trường đại học Y Hà Nội; 2022.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT RÉT TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Dặng Thị Bích<sup>1</sup>, Ngô Văn Vinh<sup>2</sup>,  
Trần Văn Giang<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Thanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Sốt rét là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có thể bùng phát thành dịch với tỷ lệ tử vong cao. Trong những năm gần đây, thế giới đã chứng kiến những đại dịch mới nổi như COVID-19, cúm khi...sốt rét đang có cơ hội để bùng phát trở lại. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm dịch tễ học và kết quả điều trị bệnh sốt rét trong vòng 5 năm qua. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân sốt rét trên 18 tuổi được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 1/2017 – tháng 6/2022. Kết quả cho thấy trong 5 năm vừa qua, tại BVBNĐTƯ số bệnh nhân sốt rét có nguồn lây nhiễm KST tại Việt Nam thấp chiếm 9,2%, nhưng hơn 90,8% có nguồn lây nhiễm từ các quốc gia khác (Chủ yếu tại Châu Phi với 84,5%). Số lượng bệnh nhân xét rét giảm dần từ năm 2017 đến 2022, tuy nhiên có sự xuất hiện trở lại các bệnh nhân sốt rét cùng với đại dịch COVID-19. 81% bệnh nhân SR chưa có biến chứng điều trị khỏi, 85,7% bệnh nhân SR có biến chứng điều trị khỏi. Đang có sự chuyển dịch nguồn lây bệnh sốt rét trên thế giới.

**Từ khóa:** Sốt rét, đặc điểm dịch tễ học, kết quả điều trị.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF MALARIA AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Malaria is a dangerous infectious disease that can become an epidemic with a high mortality rate. In recent years, the world has witnessed emerging pandemics such as COVID-19, monkey flu, and malaria that have a chance to break out again. The objective of the study was to describe the epidemiological characteristics and outcomes of

treatment of malaria over the past 5 years. A cross-sectional descriptive study on 65 malaria patients over 18 years old diagnosed and treated at the National Hospital for Tropical Diseases from January 2017 to June 2022. The results show that in the past 5 years, at the National Hospital for Tropical Diseases, the number of malaria patients with parasite infections in Vietnam was low, accounting for 9.2%, but more than 90.8% had sources of infection from other countries (mainly in Africa with 84.5%). The number of patients tested for malaria decreased gradually from 2017 to 2022, however, there was a re-emergence of malaria patients with the COVID-19 pandemic. 81% of malaria patients without complications were cured, 85.7% of malaria patients with complications were cured. There is a shift in the source of malaria transmission in the world. **Keywords:** Malaria, Epidemiological, results of treatment.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt rét là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có thể bùng phát thành dịch và gây tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Hiện nay, bệnh sốt rét (BSR) vẫn còn là vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn tại một số nước trên thế giới đặc biệt là khu vực Châu Phi<sup>1-2</sup>. Bệnh sốt rét do 5 loài ký sinh trùng Plasmodium gây nên. Bệnh được lây truyền từ người sang người do bị muỗi đốt và truyền KST. Bệnh thường biểu hiện bằng những cơn sốt rét điển hình với ba triệu chứng: rét run, sốt, vã mồ hôi. Bệnh cũng thường diễn biến phức tạp, ngoài thể chưa có biến chứng còn gặp sốt rét có biến chứng (SRCBC) liên quan đến sự phân bố gây bệnh của loài Plasmodium falciparum với những bệnh cảnh như viêm thận, viêm não, tan máu... và có nguy cơ tử vong cao. Trong những năm qua, bệnh sốt rét đã phần nào được kiểm soát tại Việt Nam<sup>3</sup>. Năm 2019, cùng với sự xuất hiện của dịch bệnh COVID-19, Thế giới đã phải hứng chịu nhiều dịch bệnh truyền nhiễm đã được khống chế trước đây quay trở lại

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thanh

Email: nguyenhoangthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023