

bệnh mạch vành ở nông thôn, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $OR=1,638$; $p<0,05$. Những đối tượng có kiến thức chung chưa đúng không tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm có kiến thức chung đúng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR=1,647$; $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Dế và cộng sự** (2011), Khảo sát điều trị, tuân thủ điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh mạch vành tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh năm 2007-2008, Tạp chí y học thực hành (751), số 2/2011.
2. **Trần Công Duy** (2021), Sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh mạch vành, Tạp chí Chuyên đề Tim mạch học, 9/2/2021.
3. **Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Văn Lưu, Phạm Thị Thu Hương** (2018), Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da tại tỉnh Hải Dương năm 2018, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng 2018; 1(3): 16-21.
4. **Heart Disease and Stroke Statistics** (2019), Update: A Report From The American Heart Association. Circulation, 2019;139:e56–e528
5. **Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M** (2014), Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update, Eur Heart J. 2014;35: 2950–2959.
6. **World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization**. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2011

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ PROCALCITONIN HUYẾT TƯƠNG VÀ MỐI TƯƠNG QUAN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Nguyễn Thị Nhung¹, Trần Thị Thuý Hằng¹, Hoàng Thanh Tuyền¹,
Lương Đỗ Hải Tâm², Phan Hoàng Giang³, Đỗ Thị Lệ Thuý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ Procalcitonin (PCT) huyết tương trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết; tìm hiểu mối tương quan giữa nồng độ Procalcitonin huyết tương với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu trên 60 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, điều trị tại bệnh viện 19-8. **Kết quả:** Nồng độ Procalcitonin ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tăng cao tại thời điểm chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn, sau đó giảm dần ở các thời điểm ngày thứ 3, ngày thứ 7 sau chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ Procalcitonin huyết tương trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn có giá trị cao hơn triệu chứng sốt và thấp hơn nồng độ CRP huyết tương. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ Procalcitonin giữa các bệnh nhân cấy máu dương tính với các bệnh nhân cấy máu âm tính tại thời điểm nhập viện. **Từ khóa:** Procalcitonin, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, CRP, sốt, cấy máu.

SUMMARY

SURVEY OF SERUM PROCALCITONIN LEVELS AND THEIR CORRELATION WITH

¹Bệnh viện 19-8

²Học viện Đào tạo và Nghiên cứu Y Dược Bạch Mai

³Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhung

Email: nhung1092007@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025

CLINICAL AND LABORATORY FACTORS IN PATIENTS WITH SEPSIS AT 19-8 HOSPITAL

Objective: To investigate serum procalcitonin (PCT) levels in patients with sepsis and septic shock; and to examine the correlation between serum procalcitonin levels and clinical & paraclinical factors. **Subjects and Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 60 patients with sepsis and septic shock treated at 19-8 Hospital, Ministry of Public Security. **Results:** Serum procalcitonin levels were elevated at the time of sepsis/septic shock diagnosis and gradually decreased on days 3 and 7 after diagnosis. The study results indicate that serum procalcitonin levels have a higher diagnostic value for sepsis than fever and serum CRP levels. No statistically significant difference in procalcitonin levels was found between patients with positive and negative blood cultures at hospital admission. **Keywords:** Procalcitonin, sepsis, septic shock, CRP, fever, blood culture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH), được định nghĩa là rối loạn chức năng cơ quan đe dọa tính mạng do phản ứng của vật chủ bị rối loạn đối với nhiễm trùng, là một hội chứng rất phổ biến trên toàn thế giới [1]. Lâm sàng của NKH rất đa dạng, diễn biến thường nặng và không có chiều hướng tự khỏi nếu không được điều trị kịp thời. Theo công bố năm 2020 của WHO, có 48,9 triệu trường hợp và 11 triệu ca tử vong liên quan đến NKH trên toàn thế giới, chiếm 20% tổng số ca tử vong trên toàn cầu [2]. Chẩn đoán xác định NKH

dựa vào cấy máu, nhưng kết quả cấy máu thường muộn (sau 3 - 7 ngày) và không phải lúc nào cũng dương tính. Để giải quyết một phần vấn đề chẩn đoán sớm NKH, đã có rất nhiều marker viêm được phát hiện và nghiên cứu, trong đó có Procalcitonin (PCT). PCT có thể giúp các nhà lâm sàng phân biệt chính xác nhiễm trùng do vi khuẩn hay không do vi khuẩn và được nhiều nghiên cứu chỉ ra có giá trị cao hơn so với một số chỉ điểm sinh học được dùng trước đây như C-reactive protein (CRP), bạch cầu máu, các cytokine (interleukin-6, interleukin-8) [3].

Để đánh giá đầy đủ vai trò của PCT trong định hướng sớm cho chẩn đoán, theo dõi điều trị trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết NKH, sốc nhiễm khuẩn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: *Khảo sát nồng độ procalcitonin huyết tương trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn; tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ Procalcitonin với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng: 60 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện 19-8 được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn dựa theo Hướng dẫn Sepsis 3 ban hành tháng 2 năm 2016:

- Nhiễm khuẩn huyết: thay đổi cấp tính điểm SOFA ≥ 2 điểm với bệnh nhân điều trị tại ICU, hoặc quick SOFA ≥ 2 điểm với bệnh nhân điều trị ngoài ICU.

- Sốc nhiễm khuẩn: bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết + tụt huyết áp kéo dài cần dùng vận mạnh + nồng độ lactate máu ≥ 2 mmol/L (mặc dù đã bù đủ dịch).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán sốc do các nguyên nhân khác rõ ràng như sốc tim, sốc phản vệ, sốc giảm thể tích (do mất máu), chấn thương, phù phổi cấp, ung thư tế bào c tuyến giáp,...

Thiết bị và hóa chất sử dụng: Nồng độ Procalcitonin huyết tương được đo bằng máy xét nghiệm Cobas e601 (Roche Diagnostic- Đức), kit thuốc thử Elecsys BRAHMS PCT- Đức

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2024 đến tháng 3/2025

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19-8, Bộ Công An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được lấy máu làm xét nghiệm nồng độ Procalcitonin tại các thời điểm:

- + Thời điểm 1 (T1): thời điểm bệnh nhân vào viện/bắt đầu nghiên cứu

- + Thời điểm 2 (T2): sau 24-72 giờ so với thời điểm 1

- + Thời điểm 3 (T3): sau 7 ngày so với thời điểm 1 hoặc bệnh nhân ra viện/ kết thúc nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm phân tích SPSS 20.0 để phân tích thống kê. So sánh các trung bình được tiến hành bằng cách sử dụng kiểm định χ^2 hoặc test Fisher (kiểm định 2 phía). Nếu giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này không gây ra bất kỳ một tác động có hại nào đối với bệnh nhân, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự đồng ý hoàn toàn tự nguyện của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, đối tượng nghiên cứu và có thể rút ra khỏi nghiên cứu bất kỳ khi nào.

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu không phải chi trả bất cứ khoản kinh phí nào trong suốt quá trình tham gia đề tài này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính và nhóm tuổi

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ	P
Giới tính			
Nam	44	73,3%	0,000*
Nữ	16	26,7%	
Tuổi (năm)			
< 50	8	13,3%	0,012*
50 - 64	18	30,0%	
65 - 85	24	40,0%	
≥ 85	10	16,7%	
Tuổi trung bình (năm)	65,48 ±18,20		

* $p < 0,05$

Nhận xét: nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn huyết có độ tuổi từ 17 đến 96 tuổi. Đa số bệnh nhân có độ tuổi ≥ 50 chiếm 86,7%, nhóm bệnh nhân cao tuổi (≥ 65 tuổi) chiếm 56,7% và chủ yếu các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam giới, chiếm 71%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới tính và nhóm tuổi trong nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$.

Kết quả cấy máu tại thời điểm nhập viện (T1): Trong 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 38 bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính tại thời điểm nhập viện/tham gia nghiên cứu (T1), chiếm 63,3%.

3.2. Đặc điểm nồng độ Procalcitonin huyết thanh tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ Procalcitonin tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian	Nồng độ PCT (ng/ml) (n=60)				P
	Median	Mean $\pm$ SD	Min	Max	
Lúc vào viện (T1)	16,59	27,10 $\pm$ 27,61	0,14	>100	
Sau 24-72h (T2)	5,36	11,34 $\pm$ 14,33	0,10	66,53	$p_{2-1} = 0,000^*$
Sau 7 ngày/ra viện (T3)	0,71	1,94 $\pm$ 5,09	0,05	35,87	$p_{3-1} = 0,000^*$ $p_{3-2} = 0,000^*$

* $p < 0,05$

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có mức nồng độ PCT tăng $\geq 0,05$ tại các thời điểm nghiên cứu. Nồng độ Procalcitonin tăng cao nhất tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu (T1), sau đó giảm dần tại thời điểm T2 và thấp nhất tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (T3) là sau 7 ngày hoặc khi bệnh nhân ra viện (0.71 ng/ml). Sự khác biệt nồng độ Procalcitonin tại các thời điểm T1 và T3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ Procalcitonin huyết thanh với một số yếu

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ Procalcitonin huyết tương và nồng độ CRP huyết tương tại thời điểm nhập viện

		Nồng độ CRP (mg/L)			Tổng
		CRP <10 (n=2)	10 $\leq$ CRP <40 (n=6)	CRP $\geq$ 40 (n=27)	
Nồng độ procalcitonin (ng/mL)	0,05 $\leq$ PCT < 0,5	0	0	3	3
	0,5 $\leq$ PCT < 2	1	1	2	4
	2 $\leq$ PCT < 10	0	1	6	7
	PCT $\geq$ 10	1	4	16	21

Nhận xét: Có tổng số 35/60 bệnh nhân nhóm nghiên cứu thu thập được kết quả xét nghiệm CRP tại thời điểm bệnh nhân nhập viện. Trong đó, có 32/35 bệnh nhân có mức PCT $\geq 0,5$ ng/mL, 28/35 bệnh nhân có mức PCT ≥ 2 ng/mL, và có 33/35 bệnh nhân có tăng mức CRP ≥ 10 mg/L.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ Procalcitonin huyết tương và xét nghiệm cấy máu tại thời điểm nhập viện

	Kết quả cấy máu		P
	Dương tính (n=38)	Âm tính (n=22)	
Nồng độ Procalcitonin trung bình (ng/mL)	29,00 $\pm$ 30,34	23,79 $\pm$ 22,41	0,486

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện, nồng độ PCT huyết tương trung bình của nhóm bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính cao hơn so với nhóm có kết quả cấy máu âm tính, lần lượt là

tổ lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ Procalcitonin huyết tương và triệu chứng sốt tại thời điểm nhập viện

		Triệu chứng sốt		Tổng
		Sốt (n=32)	Không sốt (n=28)	
Nồng độ Procalcitonin (ng/mL)	0,05 $\leq$ PCT < 0,5	0	5	5
	0,5 $\leq$ PCT < 2	2	5	7
	2 $\leq$ PCT < 10	6	4	10
	PCT $\geq$ 10	24	14	38

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân tại thời điểm nhập viện đều có mức nồng độ PCT tăng hơn mức bình thường $> 0,05$ ng/mL với 55/60 bệnh nhân có mức PCT $\geq 0,5$ ng/mL, 48/60 bệnh nhân có mức PCT ≥ 2 ng/mL. Có 32/60 bệnh nhân có biểu hiện sốt tại thời điểm nhập viện. Cụ thể: tất cả các bệnh nhân có nồng độ PCT $\geq 0,05$ ng/mL và $< 0,5$ ng/mL đều không sốt; 2/7 bệnh nhân có mức nồng độ PCT $\geq 0,5$ ng/mL và < 2 ng/mL có sốt; 6/10 bệnh nhân có mức nồng độ PCT ≥ 2 ng/mL và < 10 ng/mL có sốt; 24/38 bệnh nhân có mức nồng độ PCT ≥ 10 ng/mL có sốt.

29,00 ng/mL và 23,79 ng/mL. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,486$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết/ sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện 19-8, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới tính và nhóm tuổi trong nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$. Phần lớn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam giới và có độ tuổi ≥ 50 tuổi, đáng chú ý nhóm bệnh nhân cao tuổi (≥ 65 tuổi) chiếm tới 56,7%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của nhiễm khuẩn huyết cao hơn ở giới tính nam và người cao tuổi [4].

Tất cả 60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đều được cấy máu tại thời điểm nhập viện, tuy nhiên chỉ có 38/60 bệnh nhân có

kết quả cấy máu dương tính, chiếm tỉ lệ 63,3%. Mặc dù xét nghiệm cấy máu được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, tuy nhiên nhiều bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có kết quả cấy máu âm tính. Một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển đến từ cơ sở y tế khác và đã được điều trị kháng sinh trước đó cũng có thể dẫn đến kết quả cấy máu âm tính. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Phương và cộng sự [5], tỉ lệ cấy máu dương tính trong nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 chiếm 56,25%. Tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Loan và cộng sự [6] trên nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện A Thái Nguyên là 22,30%.

Tại thời điểm nhập viện, nồng độ PCT huyết thanh của tất cả các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tham gia nghiên cứu đều tăng hơn mức bình thường (ở người khỏe mạnh, nồng độ PCT huyết thanh bình thường < 0,05 ng/mL) và tăng cao nhất với giá trị trung vị 16,59 ng/mL, giá trị thấp nhất 0,14 ng/mL, giá trị lớn nhất >100 ng/mL, nồng độ PCT trung bình là 27,10 ng/mL. Điều này chứng tỏ cơ thể đã phản ứng với nhiễm khuẩn. Ngoài ra, một số bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi được chuyển đến từ cơ sở y tế khác và đã được điều trị kháng sinh từ trước đó vì vậy mức nồng độ PCT đã tăng cao và đã đạt đỉnh ngay thời điểm bệnh nhân nhập viện. Nồng độ PCT được xác định lại tại thời điểm nghiên cứu sau 24-72h, lúc này bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh, kết quả cho thấy nồng độ PCT giảm dần với giá trị trung vị 5,36 ng/mL, giá trị thấp nhất 0,10 ng/mL, giá trị cao nhất 66,53 ng/mL, nồng độ PCT trung bình 11,34 ng/mL. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (7 ngày từ lúc nhập viện hoặc bệnh nhân ra viện), đa số các bệnh nhân không còn triệu chứng lâm sàng của bệnh cảnh nhiễm khuẩn, nồng độ PCT huyết thanh giảm rất thấp với nồng độ trung vị 0,71 ng/mL, giá trị thấp nhất 0,05 ng/mL, giá trị cao nhất 35,87 ng/mL, giá trị trung bình 1,94 ng/mL. Có một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không đáp ứng với phác đồ điều trị sau 7 ngày và được chuyển viện, ở các bệnh nhân này, mức nồng độ PCT giảm ở thời điểm sau vào viện 24-72h nhưng tiếp tục tăng cao trở lại tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ PCT trung bình tại các thời điểm nghiên cứu với $p < 0,05$. Sự biến đổi mức nồng độ PCT huyết thanh tương ứng với bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết của bệnh nhân trong nghiên cứu của

chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây về diễn biến động học của PCT trong nhiễm khuẩn huyết [10].

Khi phân tích mối liên quan giữa mức nồng độ PCT huyết tương với triệu chứng sốt của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện, chúng tôi cho thấy nếu lấy điểm cut-off PCT $\geq 0,5$ ng/mL và PCT ≥ 2 ng/mL thì có thể chẩn đoán đúng lần lượt 91,67% và 80% số ca nhiễm khuẩn huyết. Trong khi đó tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện sốt của nhóm nghiên cứu là 53,33%. Như vậy, giá trị của PCT trong chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết cao hơn nhiệt độ. PCT phản ánh sự tăng liên tục trong nhiễm khuẩn còn triệu chứng sốt hay giảm thân nhiệt phụ thuộc vào cơ địa mỗi bệnh nhân, phụ thuộc vào đáp ứng của cơ thể đối với phản ứng viêm. Giá trị của nhiệt độ cơ thể trong giới hạn bình thường không có nghĩa là bệnh nhân không nhiễm khuẩn và ngược lại, đặc biệt như bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân cao tuổi,... Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Trường [8] về giá trị chẩn đoán, tiên lượng của Procalcitonin trong nhiễm khuẩn huyết và Nguyễn Chu Dũng [9] năm 2010 về nồng độ procalcitonin trong nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn cũng thấy tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn thật sự nhưng lại không sốt là khá cao chiếm tỷ lệ 51,22%.

Khi phân tích mối liên quan giữa mức nồng độ PCT huyết tương với mức nồng độ CRP của 35 bệnh nhân chúng tôi tại thời điểm nhập viện, cho thấy với điểm cut-off PCT $\geq 0,5$ ng/mL và PCT ≥ 2 ng/mL thì có thể chẩn đoán đúng lần lượt 91,42% và 80% số ca nhiễm khuẩn huyết. Tỉ lệ này thấp hơn tỉ lệ chẩn đoán đúng số ca nhiễm khuẩn huyết so với điểm cut-off CRP ≥ 10 mg/L là 94,29%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu trước đó của tác giả Aldo Luzzani và cộng sự [10] cho thấy PCT có giá trị chẩn đoán tốt hơn CRP ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. Sự khác biệt này có thể do hạn chế về cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời, chỉ có 35/60 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi thu thập được kết quả xét nghiệm CRP.

Khi phân tích mối liên quan giữa nồng độ PCT huyết thanh và xét nghiệm cấy máu tại thời điểm nhập viện, tác giả Nguyễn Việt Phương và cộng sự [5] thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức nồng độ PCT huyết thanh trung bình giữa nhóm cấy máu dương tính và âm tính với $p = 0,001$. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Loan và cộng sự [9] cũng cho kết quả tương tự với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, kết quả mức nồng độ PCT trung bình của nhóm bệnh nhân có kết quả cấy máu dương tính cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kết quả cấy máu âm tính lần lượt là 29,00 ng/mL và 23,79 ng/mL. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức nồng độ PCT huyết tương trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân này với $p=0,486$. Sự hạn chế về cỡ mẫu cũng như có một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển tới từ cơ sở y tế khác đã được điều trị kháng sinh trước khi nhập viện có thể là nguyên nhân dẫn tới sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ Procalcitonin ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tăng cao tại thời điểm chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn, sau đó giảm dần ở các thời điểm ngày thứ 3, ngày thứ 7. Kết quả nghiên cứu cho thấy sử dụng nồng độ Procalcitonin huyết tương trong chẩn đoán, theo dõi điều trị nhiễm khuẩn huyết có giá trị cao. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ Procalcitonin huyết tương giữa các bệnh nhân cấy máu dương tính với các bệnh nhân cấy máu âm tính tại thời điểm nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Bracht, S. Hafner, and M. Weiß, "[Sepsis Update: Definition and Epidemiology]," *Anesthesiologie Intensivmed. Notfallmedizin Schmerzther.* AINS, vol. 54, no. 1, pp. 10–20, Jan. 2019, doi: 10.1055/a-0625-5492.
2. "Sepsis." Accessed: Mar. 12, 2025. [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
3. Lê Thị Thu Hà, "Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ PCT huyết thanh ở BN NKH," *Tạp chí Y học Việt Nam*, no. 2, pp. 114–118, 2012.
4. I. Lakbar, S. Einav, N. Lalevée, I. Martin-Loeches, B. Pastene, and M. Leone, "Interactions between Gender and Sepsis—Implications for the Future," *Microorganisms*, vol. 11, no. 3, p. 746, Mar. 2023, doi: 10.3390/microorganisms11030746.
5. Nguyễn Việt Phương, "Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của procalcitonin ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết," *Tạp chí Y dược học quân sự*, vol. 6, pp. 79–84, 2017.
6. Phạm Thanh Loan, "Khảo sát nồng độ procalcitonin huyết thanh và kết quả cấy máu trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện a thái nguyên," *Vietnam Journal of Community Medicine*, vol. 66, pp. 24–29, 2025.
7. Thế H. N., Thăng N. H., Tường H. V., and Vĩnh T. T., "Biến đổi nồng độ pct huyết thanh và mối tương quan với một số yếu tố trên các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, điều trị tại bệnh viện quân y 4, quân khu 4," *Tạp Chí Học Quân Sự*, no. 365, Art. no. 365, Sep. 2023, doi: 10.59459/1859-1655/JMM.266.
8. Lê Xuân Trường, "Giá trị chẩn đoán và tiên lượng của Procalcitonin trong nhiễm khuẩn huyết," *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, vol. 13, pp. 189–194, 2009.
9. Nguyễn Chu Dũng, "Khảo sát nồng độ procalcitonin huyết thanh trong nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn," *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
10. A. Luzzani, E. Polati, R. Dorizzi, A. Rungtatscher, R. Pavan, and A. Merlini, "Comparison of procalcitonin and C-reactive protein as markers of sepsis," *Crit. Care Med.*, vol. 31, no. 6, pp. 1737–1741, Jun. 2003, doi: 10.1097/01.CCM.0000063440.19188.ED.

TÂM LÝ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đỗ Nguyễn Nhật Quyên¹, Nguyễn Thị Thu Cúc¹,
Tôn Nữ Diễm Lynh¹, Lê Thị Lan Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: hiện nay, HIV/AIDS vẫn đang là một vấn đề sức khỏe lớn trên toàn cầu, không chỉ ảnh hưởng đến thể chất mà còn ảnh hưởng đến tinh thần của người bệnh. Do đó, ngoài việc điều trị, theo dõi, đánh giá diễn tiến của bệnh, thì việc tìm hiểu tâm lý

và xác định các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tâm lý người nhiễm HIV/AIDS cũng rất cần thiết. **Đôi tượng - phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành trên 147 người dương tính với HIV, đủ 18 tuổi, điều trị ARV tại trung tâm Y tế quận, thời gian từ tháng 1- 6/2024. Sử dụng thang đo Symptom Checklist 90 (SCL-90). Tìm mối liên quan dùng phép kiểm Mann-whitney, Kruskal-wallis, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả - kết luận:** điểm tâm lý chung là $50,10 \pm 55,59$, điểm trung vị là 35 (10 - 64). Điểm trung bình tâm lý mười thành tố dao động từ 0,34 đến 0,72, điểm trung vị dao động từ 0,14 đến 0,54. Dân số nghiên cứu chưa gặp bất ổn về tâm lý và chưa gặp phải các triệu chứng tiêu cực trong quá trình điều trị,

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trung tâm Y tế quận Tân Phú, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Cúc

Email: nttcuc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025