

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN TIS, T1, T2 CỦA UNG THƯ THANH MÔN TRƯỚC PHẪU THUẬT

Đỗ Thị Phương Lan¹, Đỗ Bá Hưng^{2,3}, Nguyễn Đình Hường¹,
Đinh Thu Hằng⁴, Nguyễn Duy Hùng^{2,4*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của cộng hưởng từ 1.5 Tesla (MRI) trong xác định xâm lấn vào các cấu trúc dưới niêm mạc (mép trước, khoang cạnh thanh môn, sụn giáp, thượng thanh môn, hạ thanh môn) và phân loại giai đoạn T của ung thư thanh môn giai đoạn sớm (Tis, T1, T2). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 35 bệnh nhân ung thư thanh môn giai đoạn sớm được chụp MRI và phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 2/2025. Kết quả MRI và mô bệnh học mô tả đầy đủ các thông tin về vị trí u, xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc, giai đoạn T. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 63.46 ± 7.13, với 100% là nam giới, 97.1% có tiền sử hút thuốc lá, 85.7% có tiền sử uống rượu. Triệu chứng phổ biến nhất là khàn giọng (91.4%). 80% khối u phân bố ở 1 bên dây thanh (32.3% dây thanh trái, 38.7% dây thanh phải). So với mô bệnh học, MRI có xu hướng đánh giá quá mức xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc với tỷ lệ xâm lấn mép trước nhiều nhất (34.3% so với 28.6%), Tuy nhiên vẫn đạt mức độ chính xác cao trong phân loại giai đoạn T với 82.9% các trường hợp (khoảng tin cậy 95%: 66~93%). Đồng thời, có mối tương quan mạnh với hệ số tương quan tau-b = 0.75 theo Kendall's tau - b và hệ số tương quan rho = 0.77 theo Spearman's rho. **Kết luận:** MRI có độ chính xác cao trong đánh giá xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc và phân loại giai đoạn T của ung thư thanh môn giai đoạn sớm (Tis, T1, T2). **Từ khóa:** Ung thư thanh môn giai đoạn sớm, MRI.

SUMMARY

THE VALUE OF 1.5 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PREOPERATIVE Tis, T1, T2 STAGING OF GLOTTIC CANCER

Objective: This study aims to evaluate the value of 1.5 Tesla Magnetic Resonance Imaging (MRI) in assessing the invasion of submucosal structures (anterior commissure, paraglottic space, thyroid cartilage, supraglottis, and subglottis) and in staging T classification in 35 patients with early-stage glottic cancer (Tis, T1, T2). **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 35 patients with early-stage glottic cancer who

underwent MRI and surgery at Hanoi Oncology Hospital from January 2022 to February 2025. MRI and histopathological results were analyzed to assess tumor location, invasion extent, and T staging. **Results:** The average age of the patients was 63.46 ± 7.13 years, with 100% being male, 97.1% having a history of smoking, and 85.7% having a history of alcohol consumption. The most common symptom was hoarseness (91.4%). 80% of tumors were unilateral (32.3% in the left vocal cord, 38.7% in the right vocal cord). Compared to histopathology, MRI tended to overestimate the invasion of submucosal structures, with the highest overestimation occurring at the anterior commissure (34.3% vs. 28.6%). However, MRI still demonstrated high accuracy in T classification, correctly staging 82.9% of cases (95% confidence interval: 66–93%). Additionally, there was a strong correlation, with a correlation coefficient of tau-b = 0.75 according to Kendall's tau-b and rho = 0.77 according to Spearman's rho. **Conclusion:** MRI has high accuracy in assessing submucosal invasion and T staging of early-stage glottic cancer (Tis, T1, T2). **Keywords:** Early-stage glottic cancer, MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là bệnh lý ung thư ngày càng phổ biến. Theo GLOBOCAN năm 2022, tính trên toàn cầu, ung thư thanh quản xếp thứ 20 về tỉ lệ mắc mới và thứ 18 về tỉ lệ tử vong. Riêng Việt Nam, số ca mắc mới là 2.186 (xếp thứ 18) và số ca tử vong là 1.233 (xếp thứ 16)¹. Hơn 95% ung thư thanh quản là ung thư biểu mô tế bào vảy, trong đó hai phần ba trường hợp phát sinh từ tầng thanh môn², được gọi là ung thư thanh môn. Bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, II với Tis/ T1/ T2 và không di căn hạch).

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ thăm khám lâm sàng và nội soi thanh quản gián tiếp nhằm đánh giá sự lan rộng của khối u. Đặc biệt trong việc xác định xâm lấn vào các cấu trúc dưới niêm mạc, bao gồm mép trước, khoang cạnh thanh môn, sụn thanh quản, thượng thanh môn và hạ thanh môn. Đây là những yếu tố có thể chuyển đổi giai đoạn bệnh từ giai đoạn I,II sang giai đoạn III, IV³. Điều này ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng và quyết định lựa chọn chiến lược điều trị, từ đơn mô thức (phẫu thuật hoặc xạ trị) sang đa mô thức và hỗ trợ⁴.

Do ung thư thanh môn giai đoạn sớm chủ yếu khu trú ở mô mềm, cộng hưởng từ (CHT) có thể là phương pháp chẩn đoán hình ảnh ưu thế

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

⁴Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Hùng

Email: nguyenduyhung1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

hơn trong xác định xâm lấn vào các cấu trúc dưới niêm mạc và phân loại giai đoạn T của khối u. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Giá trị của cộng hưởng từ 1.5 Tesla trong đánh giá giai đoạn Tis, T1, T2 của ung thư thanh môn trước phẫu thuật".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 35 bệnh nhân ung thư thanh môn giai đoạn sớm được thăm khám và phẫu thuật tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 2/2025:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư thanh môn giai đoạn T sớm (Tis, T1a, T1b, T2) có mô tả đầy đủ các tính chất xâm lấn của u.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư thanh môn giai đoạn sớm có điều trị xạ trị, phẫu thuật trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

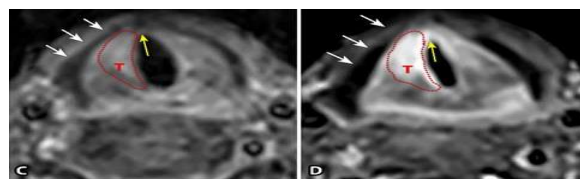
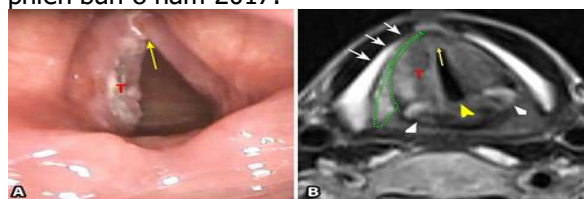
2.2.3. Phương tiện nghiên cứu. Tư liệu có sẵn lưu trữ trong bệnh án gốc và hình ảnh chụp CHT trên hệ thống PACS với

Protocol CHT⁵:

Hướng chụp: hình ảnh axial phải song song với trục của dây thanh thật hoặc xương móng. Hình ảnh coronal phải song song với thanh - khí quản và vuông góc với dây thanh thật.

Hình ảnh CHT được chụp bằng hệ thống máy MR 1.5 Tesla GE Signal HdxT (Mỹ) với coil cổ gồm các xung và các hướng chụp: axial, sagittal, coronal T1-weighted localizer; T2 STIR coronal, T2-weighted fast spin-echo: axial và coronal; T1-weighted spin-echo axial; 3D T1-weighted spin-echo FS axial sau tiêm thuốc đối quang từ qua đường tĩnh mạch với liều 0.1mmol/kg cân nặng; DWI/ADC axial (b0 và b1000). Tất cả các xung có cùng độ dày lát cắt 4mm, bước nhảy 1mm, FOV 200x200mm, ma trận 512x512.

Phân tích hình ảnh CHT: Kết quả đọc cung cấp đầy đủ thông tin về: vị trí u, sự xâm lấn của khối u vào mép trước, khoang cạnh thanh môn, sụn giáp, thượng thanh môn và hạ thanh môn, theo tiêu chuẩn mới của Becker và cộng sự⁵ (hình 1), từ đó phân loại giai đoạn T theo AJCC phiên bản 8 năm 2017.



Hình 1: Ung thư thanh môn phải giai đoạn T1a

Khối u (phần T nằm trong vùng nét đứt màu đỏ), (mép trước), khoang cạnh thanh môn (vùng nằm trong nét đứt màu xanh), sụn giáp (các mũi tên trắng chỉ vào) khớp nhân phế hai bên (đầu mũi tên trắng) và mép sau (đầu mũi tên vàng): không bị xâm lấn.

2.2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập, lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So với MBH, mức độ chính xác trong phân loại giai đoạn T của CHT được xác định với khoảng tin cậy 95% và hệ số tương quan theo Kendall's tau - b và theo Spearman's rho.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức số 2848/QĐ-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu gồm 35 bệnh nhân, 100% là nam giới, độ tuổi trung bình 63.46 ± 7.13 , thấp nhất là 48 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi, tuổi hay gặp nhất là 60. 97.1% (34/35 ca) có tiền sử hút thuốc lá và 85.7% (30/35 ca) có tiền sử uống rượu. Triệu chứng phổ biến nhất khi nhập viện là khàn tiếng (91.4% - 32/35 ca).

3.2. Đặc điểm của khối u

Bảng 1: Phân bố trên CHT

Vị trí	Số ca (n)	Tỉ lệ (%)
Không nhìn thấy	1	3.2
Dây thanh trái	12	32.3
Dây thanh phải	10	38.7
Cả hai dây thanh	8	25.8
Tổng số	31	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 80% ung thư thanh môn giai đoạn sớm khu trú ở 1 bên dây thanh (với dây thanh phải 38.7%, dây thanh trái 32.3%). Tổn thương cả hai dây thanh chiếm 25,8%. Tuy nhiên vẫn có 3,2% (1 trường hợp) không phát hiện được u trên CHT.

Bảng 2: Tỉ lệ xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc trên CHT và MBH

Xâm lấn	CHT		MBH	
	N	%	N	%
Mép trước	12	34.3	10	28.6
Khoang cạnh thanh môn	8	22.9	6	17.1
Sụn giáp	7	20.0	5	14.3
Thượng thanh môn	3	8.6	3	8.6
Mép sau	0	0	0	0
Hạ thanh môn	0	0	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, CHT có xu hướng đánh giá quá mức xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc so với MBH. Với tỷ lệ xâm lấn mép trước cao nhất (34.3% và 28.6%), tiếp theo là khoang cạnh thanh môn (22.9% và 17.1%), vỏ trong sụn giáp (20.0% và 14.3%) và thượng thanh môn (8.6% và 8.6%). Không ghi nhận trường hợp nào xâm lấn mép sau và hạ thanh môn (0%).

Bảng 3. So sánh giai đoạn T trên CHT và MBH

MBH \ CHT	T0	T1a	T1b	T2	T3	Tổng	Tỷ lệ (%)
T0	0	1	0	0	0	1	2.9
T1s	1	0	0	0	0	1	2.9
T1a	0	17	2	0	0	19	54.3
T1b	0	0	5	0	0	5	14.3
T2	0	0	0	1	2	3	8.6
T3	0	0	0	0	6	6	17.1
Tổng	1	18	7	1	8	35	100%

Độ chính xác phân loại giai đoạn T của CHT: 82.9% (28/35) (với khoảng tin cậy 95%: 66-93%).

Kendall's tau - b = 0.75, p = 0.000 < 0.05

Spearman's rho = 0.77, p = 0.000 < 0.05

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ung thư thanh môn giai đoạn sớm chủ yếu ở giai đoạn pT1 với 68.4% (pT1a 54.3% và pT1b 14.1%). Giai đoạn pT0, pTis cùng chiếm 2.9%, pT2 chiếm 8.6%. Tuy nhiên giai đoạn pT3 vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể (17.1%). Trong đó, có 5 u bị chẩn đoán quá mức (14.3%): 1 u cT1a xuống pT0 (u nhú tế bào vảy), 2 u cT1b xuống pT1a, 2 u cT3 xuống pT2. Ngoài ra có 1 u (2.9%) bị chẩn đoán dưới mức: cT0 lên pTis. Nghĩa là khi so sánh với giai đoạn bệnh lý trên MBH, CHT phân loại chính xác 82.9% (với khoảng tin cậy 95%: 66-93%) và có mối tương quan mạnh với hệ số tương quan tau-b = 0.75 theo Kendall's tau - b và hệ số tương quan rho = 0.77 theo Spearman's rho, đều có p = 0.000 < 0.05.

IV. BÀN LUẬN

Để hoàn thiện chẩn đoán ung thư thanh môn giai đoạn sớm, việc sử dụng phương pháp chẩn đoán hình ảnh như CHT trong đánh giá xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc trước điều trị là rất cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân là nam giới với độ tuổi trung bình 63.46 ± 7.13 , tương tự như kết quả nghiên cứu của Jones và cộng sự⁶ (63 tuổi) hoặc Wu và cộng sự⁷ (61.5 tuổi). Tất cả bệnh nhân đều hút thuốc lá và uống rượu, đây là hai yếu tố nguy cơ chính của ung thư thanh quản⁸.

Dữ liệu từ bảng 1 cho thấy, ung thư thanh

môn giai đoạn sớm thường khu trú ở 1 bên dây thanh với tỷ lệ 32.3 % bên trái và 38.7% bên phải. Tuy nhiên, có 1 trường hợp không phát hiện được u trên CHT do tổn thương chỉ mới biến đổi giới hạn ở lớp niêm mạc và kích thước u quá nhỏ. Trong những trường hợp này, nội soi thanh quản gián tiếp có thể mang lại hiệu quả cao hơn trong việc phát hiện các tổn thương niêm mạc giai đoạn sớm.

Dữ liệu từ bảng 2 cho thấy, kết quả đánh giá xâm lấn trên CHT và MBH đều chỉ ra rằng các khối u ở giai đoạn sớm có xu hướng xâm lấn mép trước (34.3% và 28.6%), tiếp đến là khoang cạnh thanh môn (22.9% và 17.1%), vỏ trong sụn giáp (20.0% và 14.3%), thượng thanh môn (8.6%), hơn nhiều so với mép sau và hạ thanh môn (0%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Allega và cộng sự⁹ (40%, 30%, 20%, 0%). Điều này phù hợp với sinh lý bệnh của ung thư thanh môn¹⁰: các khối u giai đoạn sớm thường xuất phát từ bờ tự do của nửa trước dây thanh tới xâm lấn mép trước. Sau đó, chúng có xu hướng lan rộng vào các khoang có mô liên kết lỏng lẻo như khoang cạnh thanh môn thông qua xâm lấn vào dây chằng thanh âm và cơ thanh âm. Ngược lại, sụn thanh quản đóng vai trò như hàng rào ngăn cản sự lan rộng của u. Vì vậy, trước khi xâm lấn trực tiếp vào sụn, u thường phát triển dọc theo mặt trong của sụn, tiếp tục xâm lấn khoang cạnh thanh môn và xâm lấn vỏ trong sụn.

Theo dữ liệu từ bảng 3, phần lớn ung thư thanh môn giai đoạn sớm được phát hiện ở giai đoạn pT1, chiếm 68.6% (trong đó pT1a 54.3%, pT1b 14.3%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Allega và cộng sự⁹ (pT1 chiếm 60% trong đó pT1a 40%, pT1b 20%). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Qiao Hu và cộng sự¹¹, trong đó tỷ lệ các giai đoạn pT1, pT2, pT3, pT4 lần lượt là 16.7%, 40%, 20%, 23.3%. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi và Allega tập trung vào nhóm bệnh nhân ung thư thanh môn giai đoạn sớm, trong khi nghiên cứu của Qiao Hu đánh giá cả 4 giai đoạn bệnh. Cũng theo dữ liệu từ bảng 3, phân loại giai đoạn T trên CHT so với mô bệnh học đạt độ chính xác 82.9% với khoảng tin cậy 95% 66-93%, tương tự kết quả của Jian - huiWu và cộng sự⁷ (88.46%). Đồng thời có mối tương quan chặt chẽ giữa phân loại giai đoạn T trên CHT và MBH, với hệ số tương quan tau-b = 0.75 theo Kendall's tau-b và hệ số tương quan rho = 0.77 theo Spearman's rho (đều có p = 0.000 < 0.05). Hầu hết các trường hợp chẩn đoán sai đều bị đánh giá quá mức (14.3%), chủ

yếu là do CHT có thể nhầm lẫn giữa viêm quanh u và xâm lấn u thực sự. Do vậy, đã có các nghiên cứu đề xuất tiêu chuẩn mới trong đánh giá xâm lấn của ung thư thanh quản trên CHT để hạn chế sự nhầm lẫn này⁵: tổn thương được coi là bị u xâm lấn khi có tín hiệu tương đương với tín hiệu u lân cận trên T2W hoặc T1FS sau tiêm, ngược lại, nếu tổn thương có tín hiệu cao hơn tín hiệu u trên T2W và ngấm thuốc mạnh hơn u, thì nhiều khả năng đó là tình trạng viêm. Ngoài ra, có thể sử dụng thêm kỹ thuật DWI/ADC để hỗ trợ xác định xâm lấn của u. Nghiên cứu của chúng tôi đã áp dụng cả hai tiêu chuẩn này nhằm nâng cao độ chính xác trong đánh giá xâm lấn của ung thư thanh môn giai đoạn sớm trên CHT.

Hạn chế. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế khi cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ. Do vậy, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cần được tiến hành nhằm cung cấp các kết quả tin cậy hơn.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá xâm lấn các cấu trúc dưới niêm mạc của ung thư thanh môn giai đoạn sớm bằng CHT đạt được độ chính xác cao và có mối tương quan mạnh với MHB. Trong đó, khi chẩn đoán sai, CHT thường đánh giá quá mức tổn thương dẫn đến bệnh nhân có thể bị điều trị quá mức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today.** Accessed December 31, 2024. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. **Nocini R, Molteni G, Mattiuzzi C, Lippi G.** Updates on larynx cancer epidemiology. Chin J

- Cancer Res Chung-Kuo Yen Cheng Yen Chiu. 2020;32(1): 18-25. doi:10.21147/j.issn.1000-9604.2020.01.03
3. **Edge SB, American Joint Committee on Cancer, eds.** AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. Springer; 2010.
4. **Arboleda LPA, Neves AB, Kohler HF, et al.** Overview of glottic laryngeal cancer treatment recommendation changes in the NCCN guidelines from 2011 to 2022. Cancer Rep. 2023;6(8): e1837. doi:10.1002/cnr.2.1837
5. **Becker M, Zbären P, Casselman JW, Kohler R, Dulguerov P, Becker CD.** Neoplastic Invasion of Laryngeal Cartilage: Reassessment of Criteria for Diagnosis at MR Imaging. Radiology. 2008;249(2):551-559. doi:10.1148/radiol.2492072183
6. **Jones J, V VN, Sebastian S, et al.** Outcome of Patients with Early Glottic Laryngeal Carcinoma Treated with Radical Radiotherapy. Asian Pac J Cancer Care. 2024;9(3):475-480. doi:10.31557/apjcc.2024.9.3.475-480
7. **Wu JH, Zhao J, Li ZH, et al.** Comparison of CT and MRI in Diagnosis of Laryngeal Carcinoma with Anterior Vocal Comissure Involvement. Sci Rep. 2016;6:30353-30353. doi:10.1038/srep30353
8. **Liberale C, Soloperto D, Marchioni A, Monzani D, Sacchetto L.** Updates on Larynx Cancer: Risk Factors and Oncogenesis. Int J Mol Sci. 2023;24(16): 12913. doi:10.3390/ijms241612913
9. **Allegra E, Ferrise P, Trapasso S, et al.** Early Glottic Cancer: Role of MRI in the Preoperative Staging. BioMed Res Int. 2014;2014:890385. doi:10.1155/2014/890385
10. **Williamson AJ, Bondje S. Glottic Cancer.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed March 6, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558979/>

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC VIÊM PHỔI DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Vũ Hoài Nam¹, Lê Thị Thu Hà², Trương Phi Hùng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi do Klebsiella pneumoniae ngày càng được quan tâm vì tần suất gây bệnh của tác nhân này ngày càng cao, khả năng kháng thuốc ngày càng gia tăng, xuất hiện với mức độ đáng kể cả trong viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) lẫn viêm phổi bệnh viện (VPBV). Các đối tượng có thể trạng suy giảm miễn dịch như nam giới lớn tuổi, người mắc bệnh ác

tính, đái tháo đường típ 2, bệnh gan mạn tính, bệnh nhân ghép tạng hoặc lọc máu có nguy cơ cao nhiễm K.pneumoniae. Việc xác định các yếu tố liên quan, tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do tác nhân K.pneumoniae ngày càng trở nên cấp thiết trong thực tiễn lâm sàng. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ tử vong và các yếu tố nguy cơ tiên đoán tử vong ở bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu hồ sơ các bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian tháng 8/2022 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Qua nghiên cứu (NC), chúng tôi thu thập được 154 bệnh nhân viêm phổi do K.pneumoniae. Tuổi trung bình là 62,2 tuổi; nam giới là 68,8%. Thời gian nằm viện là 15 (10-21) ngày. Tỷ lệ tử vong là 42,9%. Tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2 là 2 bệnh lý đi kèm thường gặp nhất. Điểm SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) là 4 (2 - 7), điểm APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

³Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hoài Nam

Email: vuhoainamcrh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025