

phẫu thuật viên có phương pháp, kế hoạch phẫu thuật phù hợp, hạn chế biến chứng tổn thương dây thần kinh cằm và cũng cho phép phong bế thần kinh hàm dưới hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Udhaya K, Saraladevi KV, Sridhar J.** The morphometric analysis of the mental foramen in adult dry human mandibles: a study on the South Indian population. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR.* Aug 2013;7(8):1547-51. doi:10.7860/jcdr/2013/6060.3207
2. **Phillips JL, Weller RN, Kulild JC.** The mental foramen: 1. Size, orientation, and positional relationship to the mandibular second premolar. *Journal of endodontics.* May 1990;16(5):221-3. doi:10.1016/s0099-2399(06)81674-2
3. **Budhiraja V, Rastogi R, Lalwani R, Goel P, Bose SC.** Study of position, shape, and size of mental foramen utilizing various parameters in dry adult human mandibles from north India. *ISRN anatomy.* 2013;2013:961429. doi:10.5402/2013/961429
4. **Sheth K, Banga KS, Pawar AM, Gutmann JL, Kim HC.** Shape and anatomical relationship of the mental foramen to the mandibular premolars in an Indian sub-population: a retrospective CBCT analysis. *Restorative dentistry & endodontics.* Feb 2022;47(1):e1. doi:10.5395/rde.2022.47.e1
5. **Smajilagić A, Dilberović F.** Clinical and anatomy study of the human mental foramen. *Bosnian journal of basic medical sciences.* Jul 2004;4(3):15-23. doi:10.17305/bjbms.2004.3376
6. **Yeşilyurt H, Aydinlioglu A, Kavakli A, et al.** Local differences in the position of the mental foramen. *Folia morphologica.* Feb 2008;67(1):32-5.
7. **Abdullah Bahamid A, Yousef Alsaif S, Mohamed Almansouri AS, Mefawez Alshammari S, Abdullah Alshahrani F, Ali Alhusayni H.** Mental Foramen Position, Shape, Continuity, and Symmetry Among Malocclusion Patients: A Radiographic Study. *Cureus.* Dec 2023;15(12):e51056. doi:10.7759/cureus.51056
8. **Aldosimani MA, Aljarbou FA, Althumairy RI, Alhezam AA, Aldawsari AI.** Analysis of mandibular premolar root position in relation to adjacent cortical plates and mental foramen using cone beam computed tomography in the Saudi population. *Saudi medical journal.* Mar 2019;40(3): 298-301. doi:10.15537/smj.2019.3. 23597
9. **Mbajiorgu EF, Mawera G, Asala SA, Zivanovic S.** Position of the mental foramen in adult black Zimbabwean mandibles: a clinical anatomical study. *The Central African journal of medicine.* Feb 1998;44(2):24-30.

CÁC YẾU TỐ TIỀN ĐOÁN NGUY CƠ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Vũ Kiệt Dương¹, Vũ Hoài Nam¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong những nguyên nhân gây tàn tật và tử vong trên toàn thế giới dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội ngày càng gia tăng. Là một trong những bệnh lý hô hấp không lây nhiễm phổ biến nhất, ảnh hưởng lên đến 300 triệu người¹, có tần suất lưu hành trung bình khoảng 13,1% toàn cầu². Năm 2019, ghi nhận BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong phổ biến hàng thứ 3 trên toàn thế giới, gây tử vong cho xấp xỉ 3,3 triệu người chiếm khoảng 81,7% số ca tử vong do bệnh lý đường hô hấp¹. Đợt cấp BPTNMT đặc trưng bởi sự tiến triển xấu của các triệu chứng hô hấp phải thêm thuốc điều trị, trong đó cần phải nhập viện hoặc nhập cấp cứu được xem là đợt cấp BPTNMT nặng³. Việc xác định các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT là một yêu cầu cấp thiết. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu. Thực hiện trên bệnh nhân được

chẩn đoán đợt cấp BPTNMT nhập khoa Nội hô hấp Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 01/2024 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 124 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện. Tỷ lệ tử vong là 12,1%; tỷ lệ thở máy xâm lấn là 37,1%; tỷ lệ cần được điều trị tại đơn vị hồi sức là 41,9%. Trung vị tuổi là 70,3 tuổi; nam giới chiếm 95,2%. Trong 124 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 42,7% bệnh nhân có đợt cấp nhập viện trong năm; 18,5% bệnh nhân có sử dụng kháng sinh trong 3 tháng trước nhập viện. Bệnh lý đi kèm thường gặp là tăng huyết áp và đái tháo đường típ 2. Số bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện có kết quả cấy đàm dương tính là 23,4% với *Acinetobacter baumannii* là tác nhân thường gặp nhất. Yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT là: có đợt cấp nhập viện trong năm (OR=13,1; KTC 95%: 11,05-15,16), tăng C-reactive protein (CRP) (OR=1,02; KTC 95%: 1,005-1,035), tỷ số Neutrophil/ Lymphocyte (OR=1,046; KTC 95%:1,01-1,08). **Kết luận:** Có đợt cấp nhập viện trong năm, tăng CRP, tỷ số Neutrophil/ Lymphocyte là những yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nội viện.

Từ khóa: đợt cấp BPTNMT, nguy cơ tử vong.

SUMMARY

THE PREDICTIVE FACTORS FOR MORTALITY RISK IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Kiệt Dương

Email: duongkietvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

PULMONARY DISEASE AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the leading causes of disability and mortality worldwide, resulting in an increasing socio-economic burden. As one of the most common non-infectious respiratory diseases, COPD affects up to 300 million people globally¹, with a prevalence rate of approximately 13,1% worldwide². In 2019, COPD was recorded as the third leading cause of death globally, accounting for approximately 3,3 million deaths, which represents 81,7% of all respiratory-related mortalities¹. An acute exacerbation of COPD (AECOPD) is characterized by a worsening of respiratory symptoms requiring additional treatment. Severe AECOPD cases, requiring hospitalization or emergency department admission, indicate a critical deterioration of the condition³. Identifying independent predictors of mortality in patients with AECOPD is a crucial necessity. **Objective:** To identify independent factors predicting mortality risk in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Subjects and Methods:** A retrospective study, we collected patients were diagnosed with acute exacerbation of COPD (AECOPD) admitted to the Respiratory Medicine Department of Cho Ray Hospital from January 2024 to June 2024. **Results:** Our study included 124 hospitalized patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). Mortality rate was 12,1%, invasive mechanical ventilation rate: 37,1%. Intensive care unit (ICU) admission rate: 41,9%. Median age was 70.3 years. Male patients predominate in the study population: 952%. Among the 124 patients, 42,7% had a history of hospitalization due to exacerbation within the past year; and 18,5% had received antibiotic treatment within the three months before admission. The most common comorbidities were hypertension and Type 2 diabetes mellitus. Positive sputum cultures were found in 23,4% of patients, with *Acinetobacter baumannii* being the most frequently isolated pathogen. Independent predictors of mortality in AECOPD patients include: history of hospitalization due to exacerbation within the past year (OR = 13,1; 95% CI: 11,05-15,16), elevated C-reactive protein (CRP) levels (OR = 1,02; 95% CI: 1,005-1,035), Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) (OR = 1,046; 95% CI: 1,01-1,08). **Conclusion:** A history of hospitalization due to exacerbation within the past year, elevated C-reactive protein (CRP) levels, and a high Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio (NLR) are independent predictors of in-hospital mortality in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Keywords:** Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD), Mortality risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BPTNMT là kết quả của sự tương tác phức tạp của việc tiếp xúc lâu dài với các hạt và khí độc hại, kết hợp với nhiều yếu tố cơ địa bao gồm di truyền, phản ứng quá mức của đường thở và sự phát triển phổi kém trong thời trẻ nhỏ. Đợt

cấp BPTNMT làm ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe, tiến triển và tiên lượng bệnh. Theo Freya Berenyi và cộng sự, khi thống kê trên 32.000 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT từ năm 2005-2017 tại Australia và New Zealand, tỷ lệ bệnh nhân tử vong tại khoa hồi sức tích cực là 8,7%; bệnh nhân cần thở máy xâm lấn là 35,4%. Tỷ lệ nhập khoa hồi sức tích cực do đợt cấp BPTNMT tăng nhưng tỷ lệ tử vong chung có xu hướng giảm⁴. Sự thay đổi tích cực này phần nào nhờ các khuyến cáo thực hành, tổ chức dựa trên nhiều nghiên cứu giúp tìm các yếu tố tiên đoán nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân này. Một số nghiên cứu đã cho kết quả: bệnh lý đi kèm, tiền sử nhập viện trước đó cũng như thời gian nằm viện kéo dài là các yếu tố quan trọng dẫn đến nguy cơ tái nhập viện trong vòng 30 và 90 ngày do mọi nguyên nhân sau đợt cấp BPTNMT nhập viện³. Tiên lượng dài hạn sau nhập viện do đợt cấp không khả quan với tỷ lệ tử vong lên đến 50% trường hợp trong vòng 5 năm³. Đứng trước những thách thức dự hậu của đợt cấp BPTNMT, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Đồng thời, liệu rằng trong thực hành lâm sàng có những yếu tố giúp tiên đoán nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn nhận bệnh:** Bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện khoa Nội hô hấp Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 01/2024 đến tháng 6/2024. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo GOLD 2023³.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đồng mắc Hen-BPTNMT, bệnh nhân không rõ biến kết cục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện trong thời gian nghiên cứu sẽ được thu thập các đặc điểm như triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng dựa trên hồ sơ bệnh án.

2.3. Phân tích số liệu. Làm sạch và mã hoá dữ liệu thu thập được, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số: Trong thời gian nghiên cứu

cứu từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024, chúng tôi thu thập được 124 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập viện. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 12,1%. Tỷ lệ bệnh nhân cần thở máy xâm lấn là 37,1%; Tỷ lệ bệnh nhân nằm đơn vị hồi sức tích cực là 41,9%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

	Dân số chung (N=124)	Tử vong (n=15)	Không tử vong (n=109)	p
Tuổi	70,3 (65-76,3)	79 (66-73)	71 (62,5-76,5)	0,011***
Nam	118 (95,2%)	14 (93,1%)	104 (95,4%)	0,725**
Hút thuốc lá	121 (97,6%)	14 (93,3%)	107 (98,2%)	0,35**
Đợt cấp nhập viện trong năm	53 (42,7%)	14 (93,3%)	39 (35,8%)	<0,001*
Sử dụng kháng sinh trong 3 tháng	23 (18,5%)	9 (60%)	14 (12,8%)	<0,001*
THA	88 (71%)	12 (80%)	76 (69,7%)	0,55**
Bệnh thận mạn	9 (7,3%)	2 (13,3%)	7 (6,4%)	0,298**
ĐTĐ2	26 (21%)	4 (26,7%)	22 (20,2%)	0,516**
Suy tim	21 (16,9%)	2 (13,3%)	19 (17,4%)	0,514**
Bệnh mạch vành mạn	36 (29%)	8 (53,3%)	28 (25,7%)	0,036**
Sốt	31 (25%)	7 (46,7%)	24 (22%)	0,055**
Đàm đổi màu	99 (79,8%)	12 (80%)	84 (77,1%)	0,34**
Tăng lượng đàm	29 (23,4%)	3 (20%)	26 (23,9%)	0,516**
Khó thở	121 (97,6%)	15 (100%)	106 (97,2%)	0,677**
Khò khè	81 (65,3%)	10 (66,7%)	71 (65,1%)	0,907*
Mạch	102,78±17,57	116,4±9,38	100,91±17,63	0,001****
Nhịp thở	22 (20-24)	24 (21-26)	22 (20-24)	<0,0001***
HATT	130 (120-150)	110 (100-130)	130 (120-150)	0,001***
HATT _r	93,15 (64-103)	70 (60-80)	80 (70-90)	0,033***
SpO ₂	94 (91-96)	91 (80-94)	94 (92-96)	0,008***
BMI	20,5 (19,3-21,9)	20,2 (18,3-21,1)	20,6 (19,2-20,05)	0,138***
Điểm GCS < 15	21 (16,9%)	8 (53,3%)	13 (11,9%)	<0,001**
Ran rít/ngáy	122 (98,4%)	15 (100%)	107 (98,2%)	0,772**
Ran nổ/ấm	34 (27,2%)	6 (40%)	28 (25,7%)	0,09**

* Kiểm định Chi square, ** Kiểm định Fisher exact,

*** Kiểm định MannWhitney U, **** Kiểm định Independent Sample T test

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

	Dân số chung (N=124)	Tử vong (n=15)	Không tử vong (n=109)	p
Hemoglobin	12,5 (11,4-13,98)	11,3 (10-12,5)	12,6 (11,8-14,1)	0,006*
Bạch cầu	11,97 (9,54-15,78)	16,5 (10,9-22,1)	11,69 (9,39-15,19)	0,047*
Neutrophil	10,25 (6,94-13,94)	14,8 (10,2-18,67)	9,92 (6,79-13,54)	0,018*
Lymphocyte	0,83 (0,45-1,4)	0,36 (0,3-0,53)	0,9 (0,51-1,47)	0,001*
Tiểu cầu	254 (195,75-327,75)	217 (138-282)	256 (208-328,5)	0,139*
Tỷ số Neutrophil/Lymphocyte	15,13 (7,54-25,96)	36,3 (16,45-65)	13,8 (6,85-24,4)	0,001*
BUN	18 (13-24,5)	15 (11-32,5)	18 (13-24)	0,878*
Creatinin	0,85 (0,65-1,13)	0,67 (0,54-1,06)	0,86 (0,67-1,14)	0,167*
CRP	18,7 (6,56-55,6)	56,8 (32,7-113,4)	14,1 (5,73-50,9)	0,001*
AST	32 (25-46,5)	32 (20,5-78)	32 (25,25-46,75)	0,985*
ALT	33 (21-49,5)	24 (19 – 91,5)	33 (21-48,75)	0,969*
Natri	136 (130,5-138)	131 (122-137,5)	136 (131-138)	0,065*
Kali	3,9 (3,5-4,3)	4,1 (3,5-4,25)	3,9 (3,5-4,3)	0,409*
Glucose	127 (104-165)	126 (99-177)	127,5 (104-162,5)	0,866*
pH	7,41 (7,32-7,45)	7,26 (7,19-7,36)	7,42 (7,35-7,46)	<0,001*
pO ₂	75,8 (63,9-118,45)	73,5 (60,2-161)	76 (64,6-115,9)	0,872*
pCO ₂	48,1 (39,3-60,33)	65,2 (53,8-76,6)	47 (37,7-57,85)	0,001*
HCO ₃ ⁻	27,85 (24,48-31,68)	28,4 (25-30,3)	27,6 (24,15-33,3)	0,881*

Khí phế thủng	102 (82,3%)	13 (86,7%)	89 (81,7%)	0,479**
Dẫn phế quản	18 (14,5%)	2 (13,3%)	16 (14,7%)	0,625**
Tổn thương phế nang mô kẽ	65 (52,4%)	14 (93,3%)	51 (46,8%)	0,001***
Cấy dương tính	29 (23,4%)	9 (60%)	20 (18,3%)	0,002***
Acinetobacter baumannii	18 (14,5%)	7 (46,7%)	11 (10,1%)	0,008**
Klebsiella pneumoniae	8 (6,5%)	1 (6,7%)	7 (6,4%)	
Pseudomonas aeruginosa	3 (2,4%)	1 (6,7%)	2 (1,8%)	

* Kiểm định Mann Whitney U, ** Kiểm định Fisher exact, *** Kiểm định Chi bình phương

Bảng 3. Đặc điểm can thiệp ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

	Dân số chung (N=124)	Tử vong (n=15)	Không tử vong (n=109)	p
Thở máy xâm lấn	46 (37,1%)	15 (100%)	31 (28,4%)	<0,001*
Nằm đơn vị hồi sức	52 (41,9%)	15 (100%)	37 (33,9%)	<0,001*
Thay đổi kháng sinh ban đầu	39 (31,5%)	9 (60%)	30 (27,5%)	0,015**

* Kiểm định Chi bình phương, ** Kiểm định Fisher exact

Bảng 4. Phân tích đơn biến các yếu tố tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Đợt cấp nhập viện trong năm	25,128	3,183-198,38	0,002
Sử dụng kháng sinh trong 3 tháng	10,179	3,142-32,978	<0,001
Bệnh mạch vành mạn	3,306	1,099-9,948	0,033
Rối loạn tri giác	8,44	2,624-27,141	<0,001
Mạch >100 lần/phút	15,922	2,022-125,339	0,009
Tăng CRP	1,02	1,01-1,03	0,002
pH < 7,25	9,722	2,863-33,009	<0,001
Tỷ số Neutrophil/Lymphocyte	1,039	1,016-1,06	0,001
Thay đổi kháng sinh ban đầu	3,95	1,295-12,049	0,016

Bảng 5. Phân tích đa biến các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Đợt cấp nhập viện trong năm	13,1	11,05-15,16	0,029
Tăng CRP	1,02	1,005-1,035	0,028
Tỷ số Neutrophil/Lymphocyte	1,046	1,01-1,083	0,024

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân tử vong do đợt cấp BPTNMT là 12,1%. Tỷ lệ này thấp hơn tác giả Hồ Thị Hoàng Uyên, với 28,33%⁵. Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân thở máy, thay đổi kháng sinh điều trị ở nhóm tử vong và không tử vong, tương tự tác giả này⁵. Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là THA, ĐTĐ typ 2. Kết quả phân lập vi khuẩn dương tính ở 23,4% trường hợp, cao hơn tác giả Hồ Thị Hoàng Uyên với 19,4%⁵, nghiên

cứu của chúng tôi và tác giả này đều ghi nhận tác nhân vi sinh phân lập nhiều nhất là Acinetobacter baumannii, đồng thời, có sự khác biệt giữa nhóm tử vong và không tử vong về kết quả vi sinh phân lập được.

Khi phân tích đơn biến, các yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nội viện gồm: có đợt cấp nhập viện trong năm, sử dụng kháng sinh trong 3 tháng trước nhập viện, bệnh mạch vành mạn, rối loạn tri giác, mạch > 100 lần/phút, tăng CRP, tăng tỷ số Neutrophil/Lymphocyte, thay đổi kháng sinh ban đầu, pH < 7,25. Tuy nhiên, khi thực hiện phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố độc lập tiên đoán nguy cơ tử vong là có đợt cấp nhập viện trong năm, tăng CRP, tăng tỷ số Neutrophil/Lymphocyte.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với yếu tố đợt cấp nhập viện trong năm tiên đoán nguy cơ tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Theo tác giả Hannah Whittaker thống kê trên 340.515 bệnh nhân đợt cấp, nhóm bệnh nhân có tỉ lệ tái phát bệnh trong tương lai nhiều hơn với tần suất và mức độ nghiêm trọng cao hơn so với những bệnh nhân không có đợt cấp. Đồng thời, bệnh nhân có tần tần suất đợt cấp ban đầu cao hơn có xu hướng tử vong do tất cả các nguyên nhân, tử vong liên quan đến BPTNMT và tử vong liên quan đến các vấn đề tim mạch tăng lên⁶.

Tác giả Xiao-Hua Zhang khi so sánh 2 nhóm bệnh nhân đợt cấp BPTNMT có suy hô hấp và không suy hô hấp, với kết quả nhóm suy hô hấp ghi nhận tăng bạch cầu, Neutrophil, CRP, Amyloid A huyết thanh, tỷ số Neutrophil/Lymphocyte, tỷ lệ CRP-Albumin. Đồng thời, nhóm bệnh nhân này có tỷ lệ tái nhập viện trong 1 năm cao hơn so với nhóm chứng. Khi kết hợp 3 yếu tố, Amyloid A huyết thanh, tỷ số Neutrophil/Lymphocyte, tỷ số CRP/Albumin phản ánh tình trạng viêm hệ thống, giúp dự đoán

bệnh nhân đợt cấp BPTNMT có suy hô hấp⁷. Tác giả Mohamed Emami Ardestani khi thực hiện nghiên cứu trên 829 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, tác giả này đưa ra điểm cắt của tỷ số Neutrophil/Lymphocyte là 6,9. Tại điểm cắt này có độ nhạy 60,87% và độ đặc hiệu 73,29%; có giá trị trong dự đoán nguy cơ tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp ($p < 0,05$)⁸. Việc sử dụng tỷ số Neutrophil/Lymphocyte tiên đoán nguy cơ tử vong không chỉ ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, mà còn được sử dụng với mục đích tiên lượng ở các bệnh lý khác nhau như nhiễm trùng huyết, nhiễm COVID 19...

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi ghi nhận được một số yếu tố độc lập giúp tiên đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Từ những yếu tố nguy cơ tìm được, giúp bác sĩ lâm sàng đánh giá ban đầu, đưa ra quyết định theo dõi, điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brightling C, Chorostowska J.** The Global Impact of Respiratory Disease THIRD EDITION.
2. **Blanco I, Diego I, Bueno P, Casas-Maldonado F, Miravittles M.** Geographic distribution of COPD prevalence in the world displayed Geographic Information System maps. Eur Respir J. 2019;54(1). doi:10.1183/13993003.00610-2019

3. **Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 2023;207(7):819-837. doi:10.1164/rccm.202301-0106PP.
4. **Berenyi F, Steinfert DP, Abdelhamid YA, et al.** Characteristics and outcomes of critically ill patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Australia and New Zealand. Ann Am Thorac Soc. 2020;17(6):736-745. doi:10.1513/AnnalsATS.201911-821OC.
5. **Hồ Thị Hoàng Uyên, Trần Văn Ngọc.** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhóm D nhập viện. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(2):202-209.
6. **Whittaker H, Rubino A, Müllerová H, et al.** Frequency and severity of exacerbations of COPD associated with future risk of exacerbations and mortality: a UK routine health care data study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17:427-437.
7. **Zhang XH, Han MF, Teng XB, Shi JF, Xu XL.** Combined inflammatory markers for predicting acute exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease with respiratory failure. J Inflamm Res. 2025;2513-2520.
8. **Emami Ardestani M, Alavi-Naeini N.** Evaluation of the relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio with in-hospital mortality in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Clin Respir J. 2021;15(4):382-388.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ HORMONE TUYẾN CẬN GIÁP TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỘC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO – BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thành Vinh¹, Nguyễn Ngọc Minh Thu², Phan Thị Thu Ngân²

TÓM TẮT

Biến chứng cường cận giáp thứ phát khá phổ biến ở đối tượng bệnh thận mạn giai đoạn cuối, gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh và làm giảm hiệu quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu** khảo sát nồng độ hormone tuyến cận giáp (PTH) và các chất điện giải canxi, phospho huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2023. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 123 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ, được điều trị tại Khoa Thận Nhân Tạo, Bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân tham gia

nghiên cứu không sử dụng thuốc hạ phospho, canxi hoặc PTH trong 3 tháng gần đây. Nồng độ PTH được đo bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang (CLIA), đồng thời các chỉ số sinh hóa khác như nồng độ canxi, phospho, eGFR và β 2-microglobulin máu cũng được thu thập và đánh giá. **Kết quả:** Nồng độ PTH huyết thanh trung bình là 348,99 pg/mL. Tỷ lệ bệnh nhân có PTH cao (trên 300 pg/mL) chiếm 43,93%. Có mối tương quan nghịch giữa PTH và eGFR ($p < 0,001$) và mối tương quan thuận giữa PTH và β 2-microglobulin ($r = 0,44$, $p < 0,001$). Không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa giữa PTH và các chỉ số canxi, phospho, hay tích số Ca x P. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nồng độ PTH có sự tương quan với eGFR và nồng độ β 2-microglobulin huyết thanh, do đó PTH có thể là yếu tố quan trọng giúp theo dõi và điều trị bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

Từ khóa: PTH, suy thận mạn, lọc máu chu kỳ, CLIA, eGFR, β 2-microglobulin.

SUMMARY

SURVEY OF PARATHYROID HORMONE

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS.Trần Thành Vinh

Email: thanhvinhtran2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025