

trình độ học vấn cao và điều kiện kinh tế xã hội tốt có thể không phản ánh đúng tình hình chung cả nước. Thứ hai, nghiên cứu có đề cập đến các yếu tố bên trong con người, nhưng chưa sâu sắc về các yếu tố môi trường tác động đến viêm mũi dị ứng. Cuối cùng, nghiên cứu chưa đi sâu vào xác định các tác nhân gây dị ứng cụ thể phổ biến ở đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đa số trẻ em có triệu chứng ở mức độ trung bình, với các triệu chứng mũi phổ biến như ngứa mũi, hắt hơi, chảy mũi và ngạt mũi. Tình trạng niêm mạc mũi cũng phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cần tăng cường giáo dục sức khỏe, tầm soát và chẩn đoán sớm, cũng như quản lý và điều trị hiệu quả để cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ em bị viêm mũi dị ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens W, Togias A, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. *Allergy*. 2008;63:8-160.
2. Silva CHMd, Silva TEd, Morales NMO, Fernandes KP, Pinto R. Quality of life in children and adolescents with allergic rhinitis.

- Brazilian journal of otorhinolaryngology. 2009;75: 642-9.
3. Björkstén B, Clayton T, Ellwood P, Stewart A, Strachan D, Phase III Study Group tI. Worldwide time trends for symptoms of rhinitis and conjunctivitis: Phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2008;19(2): 110-24.
 4. Trần Thái Sơn, Lê Ngọc Duy, Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Văn Tuấn, Nguyễn Thị Kim Oanh, Vũ Thị Minh Thục, Bùi Thị Mai Khanh. Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhi 6-14 tuổi mắc viêm mũi dị ứng tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y học Công đồng*. 2023;64(3).
 5. Bernstein JA, Bernstein JS, Makol R, Ward S. Allergic rhinitis: a review. *Jama*. 2024;331(10): 866-77.
 6. Aburiziza A, Almatrafi MA, Alonazi AS, Zatari MH, Alqouzi SA, Mandili RA, et al. The Prevalence, Clinical Picture, and Triggers of Allergic Rhinitis in Saudi Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Asthma and Allergy*. 2022;15(null):1831-49.
 7. Goniotakis I, Perikleous E, Fouzas S, Steiropoulos P, Paraskakis EJC. A clinical approach of allergic rhinitis in children. 2023;10(9):1571.
 8. Nur Husna SM, Tan H-TT, Md Shukri N, Mohd Ashari NS, Wong KK. Allergic rhinitis: a clinical and pathophysiological overview. *Frontiers in medicine*. 2022;9:874114.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM WEHMEYER VÀ MANSOURA TRONG DỰ ĐOÁN VIÊM PHỨC MẠC NHIỄM KHUẨN NGUYÊN PHÁT Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ NĂM 2024-2025

Đỗ Kiên Cường¹, Huỳnh Hiếu Tâm¹, San Sombo¹,
Trần Nguyên Minh Khoa¹, Nguyễn Thành Dũng¹, Nguyễn Quý Lai¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Biểu hiện của VPMNKNP phụ thuộc vào giai đoạn của nhiễm trùng, thường không có triệu chứng và dễ bỏ sót ở giai đoạn sớm. Do đó, các thang điểm dự báo đóng vai trò quan trọng trong phân tầng đối tượng nguy cơ cao, từ đó giúp định hướng chọc dò dịch ổ bụng và điều trị kháng sinh sớm, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân XGMB. **Mục tiêu:** Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Wehmeyer và Mansoura trong dự báo VPMNKNP ở bệnh nhân XGMB. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 40 bệnh nhân XGMB có cổ trướng điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ

nam/nữ=1,86, phần lớn dưới 60 tuổi (65,0%). Xơ gan do viêm gan siêu vi B chiếm 65,0%, do rượu chiếm 60%, do nguyên nhân phối hợp rượu và viêm gan siêu vi B chiếm 30,0%. Điểm trung bình của Wehmeyer là 2,1±0,9. Điểm trung bình của Mansoura là 2,15±0,92. Tỷ lệ VPMNKNP là 25,0%. Tại điểm cắt =3, thang Wehmeyer và thang Mansoura có độ phân định lần lượt là 97% và 96%. **Kết luận:** Thang điểm Wehmeyer và Mansoura có khả năng phân định cao trong dự báo VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan có báng bụng. **Từ khóa:** Wehmeyer, Mansoura, viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP), xơ gan mất bù.

SUMMARY

VALUE OF THE WEHMEYER AND MANSOURA SCORES IN PREDICTING SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS IN 2024-2025

Background: The clinical presentation of spontaneous bacterial peritonitis (SBP) depends on the

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Kiên Cường
Email: dokiencuong1999@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025
Ngày duyệt bài: 18.6.2025

stage of infection, often being asymptomatic and easily overlooked in its early stages. Therefore, predictive scoring systems play a crucial role in identifying high-risk patients, guiding early diagnostic paracentesis and prompt antibiotic therapy, ultimately improving the prognosis of patients with decompensated cirrhosis (DC). **Objective:** To determine the prognostic value of the Wehmeyer and Mansoura scores in predicting SBP in patients with DC. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 40 patients with DC and ascites admitted to Can Tho Central General Hospital from September 2024 to March 2025. **Results:** The male-to-female ratio was 1.86, with the majority (65.0%) being under 60 years old. Cirrhosis was attributed to hepatitis B virus (HBV) infection in 65.0% of cases, alcohol consumption in 60%, and a combination of alcohol and HBV in 30.0%. The mean Wehmeyer score was 2.1 ± 0.9 , while the mean Mansoura score was 2.15 ± 0.92 . The incidence of SBP was 25.0%. The discriminative ability of the Wehmeyer and Mansoura scores at cut-off of 3, as reflected by the area under the curve (AUC), was 97% and 86%, respectively, in predicting SBP. **Conclusion:** The Wehmeyer and Mansoura scores demonstrate a high discriminative value in predicting SBP in patients with cirrhosis and ascites.

Keywords: Wehmeyer, Mansoura, spontaneous bacterial peritonitis (SBP), decompensated cirrhosis (DC).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) là một trong những biến chứng nhiễm trùng nghiêm trọng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan mất bù có cổ trướng. VPMNKNP có tỷ lệ lưu hành bệnh từ 1,5 – 3,5% ở nhóm bệnh nhân xơ gan bàng bụng (XGBB) ngoại trú và chiếm đến 1/10 số bệnh nhân nhập viện [1]. Biến chứng này có thể gây suy đa cơ quan và làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của VPMNKNP thường không đặc hiệu, thậm chí có thể hoàn toàn không có triệu chứng, làm cho việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn [1]. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân VPMNKNP có biểu hiện sốt và đau bụng chỉ chiếm 50%, thấp hơn so với các nghiên cứu khác, có thể do bệnh nhân xơ gan thường có tình trạng suy giảm đáp ứng miễn dịch, từ đó các triệu chứng lâm sàng trở nên mờ nhạt và không đặc hiệu [1]. Do đó, việc sử dụng các thang điểm lâm sàng để nhận diện sớm các đối tượng có nguy cơ cao mắc VPMNKNP là hết sức cần thiết.

Thang điểm Wehmeyer và thang điểm Mansoura là hai công cụ lâm sàng được xây dựng nhằm hỗ trợ phân tầng nguy cơ VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan có bàng bụng. Thang điểm Wehmeyer bao gồm 3 yếu tố là tuổi, số lượng tiểu cầu và nồng độ CRP huyết thanh, trong đó

tuổi bệnh nhân > 60 và số lượng tiểu cầu $\leq 100G/L$ được tính 1 điểm cho mỗi tiêu chí và CRP huyết thanh > 60 mg/L được tính 2 điểm [1]. Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy hệ thống tính điểm Wehmeyer có giá trị tiên đoán dương trong chẩn đoán VPMNKNP là 100% (khoảng tin cậy 95%: 73,5% - 100%) tại điểm cắt ≥ 3 điểm và giá trị tiên đoán âm tại điểm cắt 1 điểm là 94,7% [1]. Trong khi đó, thang điểm Mansoura đã được nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy và cho thấy hiệu quả tốt trong dự đoán VPMNKNP với diện tích dưới đường cong ROC là 0,89, tại điểm cắt ≥ 4 điểm có độ đặc hiệu 97,7% và giá trị tiên đoán dương 93,5% [5].

Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Wehmeyer và Mansoura trong dự báo VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan mất bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng sẽ cung cấp thêm cơ sở khoa học cho việc ứng dụng các công cụ sàng lọc nguy cơ VPMNKNP trong thực hành lâm sàng, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh. Đây là vấn đề cấp thiết, đặc biệt khi tình hình đáp ứng điều trị VPMNKNP hiện nay không thuận lợi như trước, với tỷ lệ vi khuẩn Gram âm kháng Cephalosporine thế hệ III lên đến 53,8% và tỷ lệ thất bại điều trị khi dùng Ceftriaxone là 41,9% [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù có cổ trướng đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi bị xơ gan cổ trướng.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được tiến hành chọc dịch ổ bụng xét nghiệm tế bào, sinh hóa và cấy dịch ổ bụng.

Bệnh nhân có đầy đủ dữ liệu cần thiết để tính điểm Wehmeyer và Mansoura.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang điều trị kháng sinh tại thời điểm chọc dịch hoặc trong vòng 2 tuần trước đó.

Có bằng chứng nhiễm trùng từ các cơ quan ngoài ổ bụng như nhiễm trùng tiểu, viêm phổi hoặc nhiễm trùng huyết.

Có các nguyên nhân khác gây dịch cổ trướng như lao màng bụng, bệnh lý ác tính, xuất huyết khoang màng bụng hoặc viêm phúc mạc nhiễm khuẩn thứ phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 40 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (≥ 60 ; < 60), giới tính (nam, nữ), nguyên nhân xơ gan (viêm gan siêu vi B, rượu, kết hợp rượu và viêm gan B), các bệnh kèm theo (tim mạch, hô hấp, tiết niệu, nội tiết, các bệnh khác).

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xơ gan có VPMNKNP bao gồm các triệu chứng thường gặp được khảo sát: sốt, vàng da niêm, phù, xuất huyết dưới da, sao mạch, lòng bàn tay son, lách to, báng bụng, hội chứng suy tế bào gan, hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa.

Đặc điểm cận lâm sàng: RBC ($10^6/\mu\text{L}$), HGB (g/dL), Hct (%), MCV (fl), MCH (pg), WBC (G/L), NEU (%), LYM (%), PLT (G/L), PT (giây), INR, aPTT (giây), CRP (mg/L), Albumin (g/L), AST (U/L), ALT (U/L), Glucose máu (mmol/L), Na (mmol/L), K (mmol/L), Cl (mmol/L).

Chẩn đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) xác định khi số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch ổ bụng ≥ 250 tế bào/mm³ và không có bằng chứng nhiễm trùng ổ bụng cần can thiệp ngoại khoa.

Tính điểm và đánh giá thang điểm Wehmeyer và Mansoura: tính điểm từng bệnh nhân theo hai thang điểm Wehmeyer và Mansoura và phân tích giá trị dự đoán của từng thang điểm tại các điểm cắt khác nhau. Sau đó tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, âm và độ phân định.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được thể hiện bằng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Khả năng dự báo của thang điểm Wehmeyer và Mansoura về viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan mất bù có ổ trống được xác định dựa vào AUC. Điểm cắt dự báo được xác định dựa vào chỉ số Youden (J) tối đa, với $J = \text{độ nhạy} + \text{độ đặc hiệu} - 1$.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số

24.244.HV/PCT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2024 đến tháng 03/2025, có tổng cộng 40 bệnh nhân tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=40)

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	≥ 60	14	35,0
	< 60	26	65,0
Giới tính	Nam	26	65,0
	Nữ	14	35,0
Nguyên nhân xơ gan	Do rượu	24	60,0
	HBV	26	65,0
	Rượu kèm HBV	12	30,0
Tiền sử bệnh tim mạch	Có	22	55,0
	Không	18	45,0
Tiền sử bệnh lý tiết niệu	Có	2	5,0
	Không	38	95,0
Tiền sử bệnh lý hô hấp	Có	14	35,0
	Không	26	65,0
Tiền sử bệnh lý nội tiết	Có	14	35,0
	Không	26	65,0
Bệnh khác	Có	8	20,0
	Không	32	80,0

Nhận xét: Trong số 40 bệnh nhân, đa số dưới 60 tuổi (65,0%) và nam giới chiếm ưu thế (65,0%). Xơ gan do viêm gan B chiếm 65,0%, do rượu 60,0% và phối hợp rượu – HBV là 30,0%. Hơn một nửa có tiền sử bệnh tim mạch (55,0%), trong khi bệnh lý tiết niệu ít gặp (5,0%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=40)

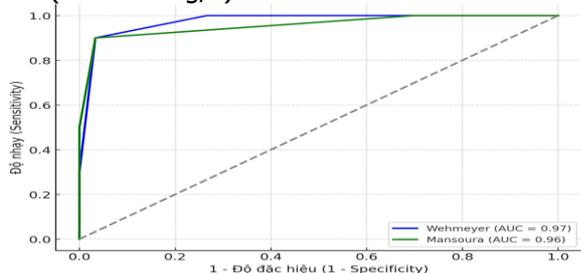
Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Sốt	2	5,0
Hội chứng suy tế bào gan	22	55,0
Vàng da niêm	34	85,0
Phù	8	20,0
Xuất huyết dưới da	10	25,0
Sao mạch	10	25,0
Lòng bàn tay son	8	20,0
Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa	26	65,0
Lách to	2	5,0
Báng bụng	2	5,0

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng nổi bật là vàng da niêm (85,0%), hội chứng suy tế bào gan (55,0%) và hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa (65,0%). Sốt chỉ xuất hiện ở 5,0% bệnh nhân, cho thấy triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=40)

Đặc điểm	Kết quả
RBC (10 ⁶ /μL)	3,86 ± 1,82
HgB (g/dL)	9,41 ± 1,29
Hct (%)	28,62 ± 3,95
MCV (fl)	89,28 ± 13,15
MCH (pg)	44,84 ± 65,69
WBC (G/L)	5,90 ± 2,16
NEU (%)	54,03 ± 30,58
LYM (%)	10,96 ± 8,74
PLT (G/L)	95,25 ± 38,42
PT (giây)	51,88 ± 16,70
INR	1,77 ± 0,51
aPTT (giây)	40,25 ± 23,16
CRP (mg/L)	75 ± 18
Albumin (g/L)	21,88 ± 5,89
AST (U/L)	77,70 ± 64,05
ALT (U/L)	39,00 ± 31,94
Glucose máu (mmol/L)	17,19 ± 25,15
Na (mmol/L)	131,45 ± 4,86
K (mmol/L)	4,80 ± 5,66
Cl (mmol/L)	100,90 ± 5,98

Nhận xét: Bệnh nhân có tình trạng thiếu máu nhẹ (HgB trung bình 9,41 ± 1,29 g/dL), giảm tiểu cầu (PLT trung bình 95,25 ± 38,42 G/L) và rối loạn đông máu với INR trung bình 1,77 ± 0,51. Trong đó, Albumin huyết thanh giảm đáng kể (21,88 ± 5,89 g/L) và CRP tăng cao (75 ± 18 mg/L).



Biểu đồ 1. Giá trị của Wehmer và Mansoura trong dự đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát

Nhận xét: Cả hai thang điểm Wehmer và Mansoura đều cho thấy giá trị phân định cao trong dự đoán VPMNKNP, đặc biệt tại điểm cắt ≥ 3 với độ chính xác lần lượt là 97% và 96%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 40 bệnh nhân chẩn đoán xơ gan mất bù có cổ trướng đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiêu hóa – Huyết học, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát (VPMNKNP) là 25,0%. Biểu hiện lâm sàng của VPMNKNP thường không điển hình, chỉ 5,0%

bệnh nhân có sốt, trong khi các dấu hiệu mất bù gan như vàng da niêm (85,0%) và hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa (65,0%) lại phổ biến hơn. Giá trị trung bình của thang điểm Wehmer là 2,1 ± 0,9 và thang điểm Mansoura là 2,15 ± 0,92. Cả hai thang điểm đều cho thấy khả năng phân định cao với độ chính xác lần lượt là 97% và 96% tại điểm cắt ≥ 3 .

Về tỷ lệ VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan mất bù có cổ trướng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước và quốc tế trước đây, dao động từ 10–30% ở nhóm bệnh nhân nhập viện [3]. Tỷ lệ này cho thấy VPMNKNP vẫn là biến chứng nhiễm trùng thường gặp và đáng lo ngại trên nhóm bệnh nhân xơ gan giai đoạn tiến triển.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân dưới 60 tuổi và nam giới chiếm ưu thế. Nguyên nhân xơ gan thường gặp là viêm gan siêu vi B và rượu, trong đó có đến gần 1/3 bệnh nhân có phối hợp hai yếu tố. Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ xơ gan tại Việt Nam hiện nay, nơi viêm gan B và rượu vẫn là hai căn nguyên chủ yếu gây xơ gan mất bù [4]. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lưu hành viêm gan B với tỷ lệ mắc chiếm khoảng 15–20% và viêm gan C chiếm tỷ lệ khoảng 8–10% dân số, biến chứng thường gặp nhất là xơ gan và ung thư gan [4].

Về mặt lâm sàng, các triệu chứng kinh điển của VPMNKNP như sốt và đau bụng xuất hiện ở tỷ lệ rất thấp (sốt chỉ 5,0%), trong khi các dấu hiệu mất bù mạn tính như vàng da niêm, hội chứng suy tế bào gan, và tăng áp lực tĩnh mạch cửa lại nổi bật [6]. Qua đó càng củng cố nhận định rằng biểu hiện của VPMNKNP ở bệnh nhân xơ gan thường mờ nhạt, dễ bị bỏ sót nếu không chủ động chọc dịch ổ bụng để tầm soát. Thật vậy, một nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân VPMNKNP có biểu hiện sốt và đau bụng chỉ chiếm 50,8%, thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác [3]. Bên cạnh đó, kết quả xét nghiệm cho thấy đa số bệnh nhân có tình trạng giảm tiểu cầu, giảm albumin huyết thanh và rối loạn đông máu, phản ánh đặc điểm thường thấy ở bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù.

Đáng chú ý, kết quả phân tích cho thấy điểm trung bình của thang Wehmer là 2,1 ± 0,9 và điểm trung bình của thang Mansoura là 2,15 ± 0,92. Tại điểm cắt ≥ 3 , cả hai thang điểm đều cho độ phân định cao, lần lượt là 97% (Wehmer) và 96% (Mansoura). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy hai thang điểm này có khả năng sàng lọc tốt bệnh nhân có nguy cơ cao bị VPMNKNP và có thể

được ứng dụng trong lâm sàng để chỉ định chọc dò dịch ổ bụng sớm khi chưa có biểu hiện rõ ràng [1]. Thật vậy, nghiên cứu của Huỳnh Cao Ngọc và cộng sự tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy hệ thống tính điểm Wehmeyer có giá trị tiên đoán dương trong chẩn đoán VPMNKNP là 100% (khoảng tin cậy 95%: 73,5% - 100%) tại điểm cắt ≥ 3 điểm [1].

Qua đó cho thấy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định giá trị của các thang điểm Wehmeyer và Mansoura trong phân tầng nguy cơ VPMNKNP. Đặc biệt, điểm mạnh của hai thang điểm là dễ áp dụng, sử dụng các thông số thường quy sẵn có (tuổi, CRP, MPV, NLR, tiểu cầu) mà không cần chọc dò dịch ổ bụng ngay từ đầu [5]. Trong đó, thang điểm Mansoura bao gồm 4 yếu tố: tuổi ≥ 55 tuổi, thể tích trung bình tiểu cầu (MPV) $\geq 8,5$ fl, tỷ lệ bạch cầu trung tính/lympho (NLR) $\geq 2,5$ và CRP ≥ 40 mg/l, đã được chứng minh có hiệu quả tốt trong dự đoán VPMNKNP với diện tích dưới đường cong ROC là 0,89 [5], [7]. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng những bệnh nhân có điểm thấp vẫn có thể mắc bệnh, do đó không thể thay thế hoàn toàn chỉ định chọc dò trong một số trường hợp lâm sàng nghi ngờ [1], [7].

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Wehmeyer và Mansoura cho thấy khả năng phân định cao trong dự báo viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan mất bù có cổ trướng, với độ chính xác lần lượt 97% và 96% tại điểm cắt ≥ 3 . Cả hai thang điểm đều dễ áp dụng và có thể hỗ trợ sàng lọc sớm bệnh nhân nguy cơ cao trong thực hành lâm sàng.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO BỌNG THẨM VÀ HIỆU QUẢ HẠ NHÃN ÁP SAU KHI SỬA SẸO BỌNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM ĐÃ MỔ CẮT BÈ THẤT BẠI

Trần Tiến Đạt¹, Giang Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả tạo bong thẩm và hiệu quả hạ nhãn áp của kỹ thuật sửa sẹo bong bằng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Cao Ngọc, Bùi Hữu Hoàng, Hồ Tấn Phát, Võ Duy Thông (2022), "Dự đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan ổ bụng bằng hệ thống tính điểm đơn giản WEHMEYER", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1), tr. 338-342. <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.3016>.
2. Trần Đăng Khoa, Cao Ngọc Nga, Phạm Thị Lệ Hoa, Nguyễn Văn Hào, Phạm Trần Diệu Hiền (2015), "Lựa chọn kháng sinh trong điều trị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân người lớn xơ gan", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 19(1), tr. 432. <https://tapchihocphcm.vn/articles/13430>.
3. Nguyễn LC, Lo TT, La HD, Doan HT, Le NT (2022), "Clinical, Laboratory and Bacterial Profile of Spontaneous Bacterial Peritonitis in Vietnamese Patients with Liver Cirrhosis", Hepatic Medicine: Evidence and Research, 14, tr. 101-109. doi:10.2147/HMER.S369966.
4. Phạm Cẩm Phương, Võ Thị Thúy Quỳnh, Phạm Văn Thái, Lê Việt Nam, Đoàn Thu Trà, Nguyễn Văn Dũng và cộng sự (2021), "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan", Tạp chí Y học Việt Nam, 508(1), tr. 204-208. <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i1.1542>.
5. Huỳnh NC, Võ TD (2023), "Validation of a new simple scoring system to predict spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis and ascites", BMC Gastroenterology, 23(1):272. Published 2023 Aug 9. doi:10.1186/s12876-023-02919-9.
6. Strauss E, Caly WR (2006), "Spontaneous bacterial peritonitis: a therapeutic update", Expert Review of Anti-infective Therapy, 4(2), tr. 249-260. doi:10.1586/14787210.4.2.249.
7. Abdel-Razik A, Mousa N, Abdel-Aziz M, et al. (2019), "Mansoura simple scoring system for prediction of spontaneous bacterial peritonitis: lesson learnt", European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 31(8), tr. 1017-1024. doi:10.1097/MEG.0000000000001364.

¹Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: datbacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

kim kết hợp tiêm 5Fluorouracil dưới kết mạc trên nhóm bệnh nhân Glôcôm đã mổ cắt bè thất bại. **Đối tượng:** 13 mắt Glôcôm bao gồm 8 mắt glôcôm góc đóng và 5 mắt glôcôm góc mở đã mổ cắt bè thất bại được đưa vào nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nhãn áp trung bình giảm từ 29.69 ± 4.37 mmHg trước điều trị xuống 18.94 ± 1.05 mmHg, số lượng thuốc hạ nhãn áp giảm từ trung bình 2.46 thuốc trước điều trị xuống còn 0.39 thuốc sau 3 tháng điều trị. Hình thái sẹo bong cải thiện ở 86.7% các trường hợp. Biến chứng chủ yếu hay gặp là xuất huyết dưới kết mạc và xuất huyết tiền