

European Gastroenterol J. Apr 2017;5(3):365-373. doi:10.1177/2050640616662160

6. **Grant DG, Bradley PT, Pothier DD, et al.** Complications following gastrostomy tube insertion in patients with head and neck cancer: a prospective multi-institution study, systematic review and meta-analysis. Clin Otolaryngol. Apr

2009;34(2): 103-12. doi:10.1111/j.1749-4486.2009.01889.x

7. **Ljungdahl M, Sundbom M.** Complication rate lower after percutaneous endoscopic gastrostomy than after surgical gastrostomy: a prospective, randomized trial. Surg Endosc. Aug 2006; 20(8):1248-51. doi:10.1007/s00464-005-0757-6

GIÁ TRỊ CỦA TỶ SỐ CRP/ALBUMIN TRONG DỰ ĐOÁN KẾT CỤC 28 NGÀY CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG NẶNG

Nguyễn Lê Hồng Phát¹, Đoàn Lê Minh Hạnh¹,
Lê Thị Thu Hương², Nguyễn Hoàng Hải²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng là thách thức y tế toàn cầu với tỷ lệ tử vong cao lên đến 25% tại các khoa hồi sức tích cực bất chấp những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị. Việc tiên lượng sớm kết cục của người bệnh do đó đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị và theo dõi. Trong bối cảnh đó, tỷ số CRP/Albumin hiện nay được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu như một chỉ số tiên lượng nặng hoặc dự đoán tử vong ở nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau. CRP và albumin là hai xét nghiệm sinh hoá sẵn có, có thể thực hiện được ở mọi tuyến điều trị và ngay tại thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định giá trị của tỷ số CRP/Albumin trong dự đoán kết cục 28 ngày của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 105 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian từ 10/2024 tới 06/2025. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân tử vong có chỉ số CRP máu trung vị cao hơn (190,8 so với 103,01 mg/L; $p < 0,001$) và có chỉ số albumin máu trung bình thấp hơn (25,3 so với 29,71 g/L; $p = 0,014$) so với nhóm không tử vong. Giá trị trung vị của tỷ số CRP/Albumin máu (CAR) là 4. Có sự khác biệt về tỷ số CRP/Albumin máu giữa nhóm sống là 3,7 và nhóm tử vong là 8 ($p < 0,001$). Phân tích đường cong ROC cho thấy tỷ số CRP/Albumin tiên lượng tử vong 28 ngày có AUC = 0,817 (KTC 95% 0,727- 0,907; $p < 0,001$), với điểm cắt là 5,23 cho độ nhạy là 84,2%, và độ đặc hiệu là 73,3%. **Kết luận:** Tỷ số CRP/Albumin máu cao ở nhóm tử vong hơn nhóm không tử vong và có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong 28 ngày ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. **Từ khóa:** viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng, tỷ số CRP/Albumin máu.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE CRP/ALBUMIN RATIO FOR 28-DAY OUTCOMES IN PATIENTS WITH SEVERE COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Background: Severe community-acquired pneumonia represents a global healthcare challenge with mortality rates reaching up to 25% in intensive care units despite advances in diagnostic and therapeutic modalities. Early prognostic assessment of patient outcomes therefore plays a pivotal role in the management and monitoring process. In this context, the CRP-to-albumin ratio is increasingly utilized in contemporary research as a prognostic indicator of disease severity or mortality prediction across diverse patient populations. C-reactive protein and albumin are readily available biochemical parameters that can be obtained at all levels of healthcare delivery and immediately upon diagnosis of severe community-acquired pneumonia. The objective of this study was to determine the prognostic value of the CRP-to-albumin ratio in predicting 28-day outcomes in patients with severe community-acquired pneumonia. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 105 patients with severe community-acquired pneumonia treated at Gia Dinh People's Hospital from October 2024 to June 2025. **Results:** Non-survivors had significantly higher median serum C-reactive protein levels compared to survivors (190.8 vs 103.01 mg/L, $p < 0.001$) and significantly lower mean serum albumin levels (25.3 vs 29.71 g/L, $p = 0.014$). The median CRP-to-albumin ratio was 4. There was a significant difference in the CRP-to-albumin ratio between survivors (3.7) and non-survivors (8.0) ($p < 0.001$). Receiver operating characteristic (ROC) curve analysis demonstrated that the CRP-to-albumin ratio had good predictive performance for 28-day mortality with an area under the curve (AUC) of 0.817 (95% CI: 0.727-0.907; $p < 0.001$). Using a cut-off value of 5.23, the sensitivity and specificity were 84.2% and 73.3%, respectively. **Conclusion:** Serum CRP/Albumin ratio was significantly higher in non-survivors compared to survivors and demonstrated good predictive value for 28-day mortality in patients with severe community-acquired pneumonia.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Hồng Phát

Email: phatnlh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

Keywords: severe community-acquired pneumonia, serum CRP/Albumin ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp, dẫn đầu trong các bệnh lý có tỷ lệ mắc cao nhất trên toàn quốc¹. Khoảng 40% bệnh nhân viêm phổi cần phải nhập viện và 5% trong số đó mắc viêm phổi nặng cần phải được điều trị ở khoa hồi sức tích cực². Tử vong do viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng chiếm hơn một phần tư các bệnh nhân nhập khoa hồi sức³. Một trong những công cụ tiên lượng viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng là các thang điểm như: SCAP, SMART-COP. Tuy nhiên, hạn chế của các thang điểm này là tương đối phức tạp, cần nhiều thông số cả về lâm sàng lẫn cận lâm sàng và hình ảnh học, dẫn đến nhiều trường hợp không sẵn có tại thời điểm chẩn đoán. Hiện nay, tỷ số CRP/Albumin được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu như một chỉ số tiên lượng nặng hoặc dự đoán tử vong ở nhiều đối tượng bệnh nhân khác nhau. CRP và albumin là hai xét nghiệm sinh hoá sẵn có, có thể thực hiện được ở mọi tuyến điều trị và ngay tại thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. Tác giả Zhang và các cộng sự báo cáo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ số CRP/Albumin có giá trị tốt trong dự đoán tử vong 28 ngày ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng với độ nhạy là 78,36% và độ đặc hiệu là 70,75%⁴. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định giá trị của tỷ số CRP/Albumin trong dự đoán kết cục 28 ngày của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng trên 18 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định - Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 - tháng 06/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng, phân mức độ nặng theo ATS/IDSA 2007 và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí viêm phổi nặng theo ATS/IDSA 2007⁵: khi có một trong hai tiêu chuẩn chính bao gồm suy hô hấp cần phải thông khí cơ học hoặc choáng nhiễm khuẩn cần phải dùng thuốc vận mạch hoặc từ 3 tiêu chuẩn phụ trở lên bao gồm: tần số thở ≥ 30 lần/phút, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$, tổn thương nhiều thùy phổi trên phim X-quang, lú lẫn, mất định hướng, Ure máu ($\text{BUN} \geq 20$ mg/dL), bạch cầu máu $< 4000/\text{mm}^3$,

giảm tiểu cầu ($< 100.000/\text{mm}^3$), hạ thân nhiệt ($< 36^\circ\text{C}$), hạ huyết áp cần phải bù dịch tích cực.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Được truyền chế phẩm chứa albumin trong vòng 21 ngày trước nhập viện.

+ Được chuyển viện từ tuyến trước hoặc từ khoa lâm sàng khác tới sau khi được điều trị kháng sinh ≥ 48 giờ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu đoàn hệ

- **Phương pháp thu thập số liệu:** tiền cứu

- **Tính cỡ mẫu:** dựa vào công thức tính cỡ mẫu theo diện tích dưới đường cong (AUC). Theo nghiên cứu của tác giả Zhang và cộng sự năm 2023, diện tích dưới đường cong giúp dự đoán tử vong 28 ngày của tỷ số CRP/Albumin là 0,768; cỡ mẫu ước lượng là $n \geq 92$ bệnh nhân. Do thiết kế nghiên cứu là đoàn hệ nên cần hiệu chỉnh với 10% mất mẫu, vì vậy nghiên cứu cần 101 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** thuận tiện

- **Phương pháp tiến hành:** Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ sẽ được ghi nhận các thông tin hành chính, hỏi bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng, ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể. Bệnh nhân sẽ được lấy máu tĩnh mạch trong vòng 24 giờ từ lúc được đưa vào nghiên cứu làm xét nghiệm CRP, albumin máu và các xét nghiệm theo phác đồ chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. Theo dõi diễn tiến bệnh nhân tới khi xuất viện hoặc tới thời điểm 28 ngày từ lúc nhập viện và ghi nhận kết cục 28 ngày của bệnh nhân. Kết cục chính là không tử vong hoặc tử vong tại thời điểm 28 ngày. Kết cục phụ bao gồm: điều trị thở máy xâm lấn, sử dụng thuốc vận mạch.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 26. Biến định lượng tuân theo luật phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn và kiểm định sự khác biệt bằng phép kiểm t-test. Biến định lượng không tuân theo luật phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung vị và khoảng tứ phân vị, kiểm định sự khác biệt bằng phép kiểm Mann-Whitney. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Fisher's Exact test nếu tần số lý thuyết nhỏ hơn 5 hay phép kiểm Chi bình phương nếu tần số lý thuyết lớn hơn 5. Đánh giá độ chính xác trong việc dự đoán kết cục 28 ngày của tỷ số CRP/Albumin bằng cách vẽ đường cong ROC và tính diện tích dưới đường cong AUC.

2.4. Ý đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu

được tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Nhân Dân Gia Định chấp thuận theo quyết định số 113/NDGD-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và kết cục 28 ngày của dân số nghiên cứu. Trong thời gian từ tháng 10/2024 tới tháng 06/2025, chúng tôi thu nhận được 105 bệnh nhân (BN). Tuổi trung vị là 69 tuổi với khoảng tứ phân vị 60 – 78,5 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 21 và tuổi lớn nhất là 101. Tuổi trung vị của nhóm tử vong là 70 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p= 0,032$) so với nhóm không tử vong là 68. Về phân bố giới tính, nam giới chiếm 67 BN (63,8%) và nữ giới chiếm 38 BN (36,2%). Không có sự khác biệt về giới giữa 2 nhóm ($p= 0,948$).

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh lý nền

Bệnh lý nền	Số lượng (tỷ lệ %) (n = 105)
Tăng huyết áp	61 (58,1)
Đái tháo đường	36 (34,3)
Bệnh lý mạch máu não	36 (34,3)
Bệnh thận mạn	21 (20)
Suy tim	17 (16,2)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	14 (13,3)
Lao phổi cũ	14 (13,3)
Ung thư	13 (12,4)
Xơ gan	4 (3,8)
HIV	3 (2,9)

Tăng huyết áp là bệnh lý nền thường gặp nhất với 61 BN (58,1%), tiếp theo là đái tháo

đường và bệnh lý mạch máu não với cùng tỷ lệ 36 BN (34,3%). Bệnh thận mạn và suy tim là hai bệnh lý thường gặp tiếp theo với số lượng bệnh nhân lần lượt là 21 (20%) và 17 (16,2%).

Bảng 3.2. Phân tầng nguy cơ theo thang điểm tiên lượng

Thang điểm	Chung (n=105)	
PSI (số lượng, tỷ lệ%)	Nhóm III	16 (15,2)
	Nhóm IV-V	85 (80,9)
APACHE II (Trung vị - KTPV)	18 (15-21)	

Hơn 80% BN trong dân số nghiên cứu được phân nhóm PSI IV hoặc V (85/105 BN). Còn lại BN được phân nhóm PSI nhóm III chiếm khoảng 15,2%. Điểm APACHE II trung vị trong dân số nghiên cứu là 18 với khoảng tứ phân vị (15 - 21).

Bảng 3.3. Kết cục 28 ngày của dân số nghiên cứu

Kết cục	Chung (n=105)
Sử dụng vận mạch (số lượng, tỷ lệ %)	31 (29,5)
Thở máy xâm lấn (số lượng, tỷ lệ %)	41 (39)
Thời gian nằm viện (trung vị - KTPV), ngày	9 (6-18)
Tử vong 28 ngày (số lượng, tỷ lệ%)	19 (18,1)

Có 31 BN cần được điều trị với thuốc vận mạch (29,5%), số BN cần thở máy xâm lấn là 41 (39%). Thời gian nằm viện trung vị là 9 ngày với khoảng tứ phân vị 6 – 18 ngày. Tỷ lệ tử vong 28 ngày là 18,1%.

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa 2 nhóm tử vong và không tử vong

Đặc điểm		Tử vong (n=19)	Không tử vong (n=86)	Giá trị p
Rối loạn ý thức	Số lượng, tỷ lệ(%)	10 (52,6)	17 (19,8)	0,007*
Huyết áp trung bình (mmHg)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	78,89 ± 22,19	88,05 ± 15,55	0,101**
Mạch (l/p)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	109,16 ± 20,61	102,35 ± 19,17	0,199**
SpO ₂ (%)	Trung vị - KTPV	94 (91 – 97)	95 (90 – 97)	0,738***
PaO ₂ /FiO ₂	Trung vị - KTPV	169,75 (107,01 – 273,55)	167,50 (67,06 – 267,9)	0,531***
pH	Trung vị - KTPV	7,4 (7,28 – 7,46)	7,4 (7,37 – 7,46)	0,376***
Nhịp thở (l/p)	Trung vị - KTPV	27 (25 – 28,5)	30 (24 – 31)	0,303***
BMI (kg/m ²)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	19,15 ± 3,29	20,80 ± 3,92	0,084**
WBC (k/ μ L)	Trung vị - KTPV	11,26 (6,77– 11,98)	11,39 (8,48 – 17,25)	0,205***
Hct (%)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	34,86 ± 8,81	37,10 ± 7,08	0,310**
PLT ($\times 10^9$ /L)	Trung vị - KTPV	265 (206 – 432)	272 (212 – 340)	0,868***
Creatinine (μ mol/L)	Trung vị - KTPV	109,70 (95,69–210,34)	89,56 (66,17–133,50)	0,037***
Glucose (mmol/L)	Trung vị - KTPV	7,21 (5,86–10,30)	5,96 (5,50–6,71)	0,007***
AST (U/L)	Trung vị - KTPV	60,90 (41,55–93,85)	32,80 (25,18–50,70)	0,002***
ALT (U/L)	Trung vị - KTPV	28,10 (13,45–46,75)	27,45 (16,45–46,65)	0,861***
Natri (mmol/L)	Trung vị - KTPV	133,40 (129,90–143,30)	133,90 (128,35–138,20)	0,259***
Kali (mmol/L)	Trung vị - KTPV	3,94 (3,47– 4,17)	3,69 (3,22 – 4,10)	0,277***

CRP (mg/L)	Trung vị - KTPV	190,8 (112,76 – 282,9)	103,01 (50,93-174,23)	<0,001***
Albumin (g/L)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	25,3 ± 6,74	29,71 ± 5,72	0,014**
CAR (mg/g)	Trung vị - KTPV	8 (5,76 – 9,9)	3,7 (1,62 – 5,98)	<0,001***
APACHE II (điểm)	Trung vị - KTPV	24 (18 – 26)	17 (15 – 20)	<0,001***

* Kiểm định Fisher's Exact, ** Kiểm định t, *** Kiểm định Mann-Whitney

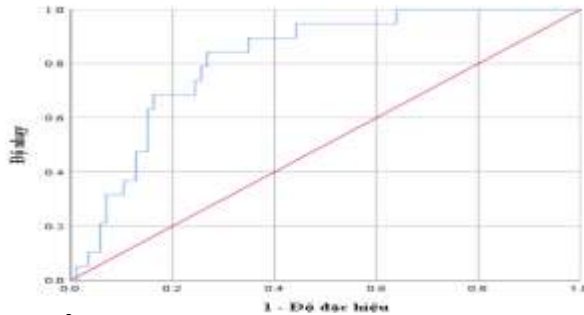
Nhóm tử vong có tỷ lệ rối loạn ý thức cao hơn có ý nghĩa thống kê, mạch nhanh hơn, nhưng không có sự khác biệt về huyết áp trung bình, SpO₂, tỷ số PaO₂/FiO₂, và nhịp thở so với nhóm không tử vong. Về các đặc điểm cận lâm sàng, nhóm tử vong có chỉ số creatinine, glucose và AST huyết thanh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tử vong. Đồng thời, nhóm tử

vong có chỉ số CRP cao hơn (190,8 so với 103,01 mg/L; p<0,001), chỉ số albumin thấp hơn (25,3 so với 29,71 g/L; p=0,014), và tỷ số CAR cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tử vong (8 so với 3,7; p<0,001). Điểm APACHE II cũng cao hơn đáng kể trong nhóm tử vong.

3.2. Giá trị tiên lượng tử vong 28 ngày của tỷ số CRP/Albumin

Bảng 3.5. Giá trị tiên lượng của tỷ số CRP/Albumin

Chỉ số	AUC	KTC 95%	Điểm cắt tối ưu	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	NPV (%)	PPV (%)
CAR	0,817	0,727- 0,907	5,23	84,2	73,3	95,5	41



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC dự đoán tử vong 28 ngày của tỷ số CRP/Albumin máu

Kết quả phân tích ROC cho thấy tỷ số CAR có khả năng dự đoán tử vong 28 ngày tốt với AUC = 0,817 và khoảng tin cậy 95% là 0,727 - 0,907. Điểm cắt tối ưu được xác định là 5,23 có độ nhạy 84, 2%, độ đặc hiệu 73,3%, giá trị dự đoán âm là 95,5% và giá trị dự đoán dương là 41%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và kết cục 28 ngày của dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 105 BN viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng với tuổi trung vị là 69 tuổi (khoảng tứ phân vị 60 – 78,5), tương tự với nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Thuỳ là 67,36 ± 14,08⁶. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu chúng tôi là 63,8%/36,2%, tương đồng với kết quả 62%/38% của tác giả Tạ Thị Diệu Ngân⁷. Tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (58,1%), tiếp theo là đái tháo đường và bệnh lý mạch máu não (34,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Zhang, trong đó các bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp với 28,9%, đái tháo đường chiếm 32,9% và bệnh lý mạch

máu não chiếm 19,1%⁴.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ số CRP/Albumin máu giữa nhóm sống và nhóm tử vong (p<0,001). Cụ thể, tỷ số CAR trung vị ở nhóm tử vong là 8 (5,76 – 9,9) cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,001) so với nhóm sống còn là 3,7 (1,62 – 5,98). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Özdemir và cộng sự với tỷ số CAR ở nhóm tử vong là 3,64 (1,61-6,80) cao hơn đáng kể so với nhóm sống là 2,00 (0,63-4,33) với p<0,001⁸. Nghiên cứu trên bệnh nhân COVID-19 cũng cho thấy xu hướng tương tự với tỷ số CAR ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống còn (3,98 so với 2,41; p<0,001)⁹.

4.2. Giá trị của tỷ số CRP/Albumin trong dự đoán tử vong 28 ngày.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ số CAR tại thời điểm nhập viện có giá trị tiên lượng tử vong 28 ngày ở BN viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng. Phân tích đường cong ROC cho thấy diện tích dưới đường cong đạt 0,817 (KTC 95%: 0,727 - 0,907), thể hiện khả năng phân biệt tốt. Giá trị dự đoán tử vong theo AUC của chúng tôi cao hơn kết quả của các tác giả Zhang là 0,768 (KTC 95%: 0,721 – 0,794), Uzum là 0,721 (0,664 – 0,774), và Özdemir là 0,651 (KTC 95%: 0,613 – 0,688)^{4,8,9}. Sự khác biệt về giá trị tiên lượng này có thể liên quan đến các đặc điểm của dân số nghiên cứu như tuổi, bệnh lý nền, tiêu chuẩn chọn vào và mức độ nặng của viêm phổi. Nghiên cứu của tác giả Uzum thực hiện trên BN mắc COVID-19 nặng nhập khoa hồi sức, còn của tác giả Özdemir khảo sát đối tượng BN viêm phổi mắc phải cộng đồng nhập khoa cấp cứu. Tuy

nhiên, nhìn chung tỷ số CAR đều có giá trị dự đoán tử vong ngắn hạn khá tốt trong các nghiên cứu. Ngưỡng cắt tối ưu của tỷ số CAR trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,23 cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ozdemir là 2,72 (độ nhạy 62,5%, độ đặc hiệu 59,5%) và Uzum là 2,15 (độ nhạy 80,4%, độ đặc hiệu 55,7%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ số CRP/Albumin máu cao ở nhóm tử vong hơn nhóm không tử vong và có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong 28 ngày ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Nam Liên, Phan Lê Thu Hằng. Niên giám thống kê Y tế. Bộ Y Tế; 2018.
2. Ferrer M, Traverso C, Cilloniz C, et al. Severe community-acquired pneumonia: Characteristics and prognostic factors in ventilated and non-ventilated patients. PLoS One. 2018;13(1): e0191721. doi:10.1371/journal.pone.0191721
3. Cavallazzi R, Furmanek S, Arnold FW, et al. The Burden of Community-Acquired Pneumonia Requiring Admission to ICU in the United States. Chest. Sep 2020;158(3):1008-1016. doi:10.1016/j.chest.2020.03.051

4. Zhang C, Zheng F, Wu X. Predictive value of C-reactive protein-to-albumin ratio for risk of 28-day mortality in patients with severe pneumonia. Journal of Laboratory Medicine. 2023;47(3):115-120.
5. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. Oct 1 2019; 200(7):e45-e67. doi:10.1164/rccm.201908-1581ST
6. Hoàng Thị Thủy. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. Đại học Y Hà Nội; 2020.
7. Tạ Thị Diệu Ngân. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
8. Özdemir S, Akça H, Algin A, et al. Can C-reactive protein-to-albumin ratio be a predictor of short-term mortality in community-acquired pneumonia? J Clin Med Kaz. 2021;18(6):35-39.
9. Uzum Y, Turkkan E. Predictivity of CRP, Albumin, and CRP to Albumin Ratio on the Development of Intensive Care Requirement, Mortality, and Disease Severity in COVID-19. Cureus. Jan 2023;15(1): e33600. doi:10.7759/cureus.33600

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA THEO TIÊU CHUẨN MỚI 2022 Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN ĐƯỢC CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Hoàng Huy Trường^{1,2}, Hoàng Lê Phương Hồng Ngọc¹, Phạm Văn Mỹ¹, Đinh Đức Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm hội chứng chuyển hóa (HCCH) theo tiêu chuẩn mới năm 2022 ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTC KSTCL) được can thiệp mạch vành qua da. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 222 bệnh nhân NMCTC KSTCL (tuổi trung bình 69,9 ± 12,1, nam giới chiếm 59,9%). HCCH được xác định khi có béo phì (BMI ≥ 25 kg/m²) và ≥ 2 trong 3 thành tố: tăng huyết áp (THA), tiền đái tháo đường (ĐTĐ)/ĐTĐ, tăng non-HDL-C. **Kết quả:** Tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn mới năm 2022 là 19,8%. Tỷ lệ các thành tố HCCH theo thứ tự lần lượt là THA (67,1%), tăng non-HDL-C (45,5%), tiền ĐTĐ/ĐTĐ

(40,1%) và béo phì (31,5%). Hai dạng kết hợp phổ biến nhất đều chiếm 65,9% là béo phì kèm THA và tiền ĐTĐ/ĐTĐ, và béo phì kèm tiền ĐTĐ/ĐTĐ và tăng non-HDL-C. Nhóm có HCCH ghi nhận huyết áp tâm thu, điểm GRACE, đường huyết đói, HbA1C, cholesterol toàn phần, LDL-C, non-HDL-C và hs-Troponin T cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tổn thương ≥ 2 nhánh mạch vành (75% so với 61,8%, p=0,14) và thang điểm Gensini (27 so với 28 điểm, p=0,57) giữa hai nhóm. **Kết luận:** Tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn 2022 ở bệnh nhân NMCTC KSTCL được can thiệp mạch vành qua da là 19,8%, với THA và tăng non-HDL-C là hai thành phần phổ biến nhất. Mặc dù nhóm có HCCH có các chỉ số chuyển hóa và mức nguy cơ cấp tính cao hơn, mức độ tổn thương mạch vành không khác biệt đáng kể so với nhóm không có HCCH.

Từ khóa: béo phì; hội chứng chuyển hóa; nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên; non-HDL-C.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF METABOLIC SYNDROME ACCORDING TO THE NEW 2022

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tim Tâm Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Trường

Email: truonghh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025