

44(1): 18-23. doi:10.1111/j.1365-2559.2004.01757.x

7. **Chen L, Fan Y, Lang R gang, et al.** Breast carcinoma with micropapillary features: clinicopathologic study and long-term follow-up of 100 cases. *Int J Surg Pathol.* 2008;16(2):155-163.

doi:10.1177/1066896907307047

8. **Verras GI, Tchabashvili L, Mulita F, et al.** Micropapillary Breast Carcinoma: From Molecular Pathogenesis to Prognosis. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2022;14:41-61. doi:10.2147/BCTT.S346301

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO VI KHUẨN GRAM ÂM TẠI BỆNH VIỆN E GIAI ĐOẠN 2022-2024

Nguyễn Văn Dũng<sup>1</sup>, Trần Văn Giang<sup>2</sup>,  
Nguyễn Quốc Phương<sup>2</sup>, Phạm Thị Vân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 201 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm điều trị tại bệnh viện E năm 2022-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong là 31,3%; nhóm *Enterobacter* spp. tỷ lệ tử vong cao nhất 50%. Tuổi  $\geq 65$ , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc; Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l là yếu tố liên quan đến tử vong,  $p < 0,05$ . Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, Kali, pro-calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn huyết, yếu tố tiên lượng tử vong, Vi khuẩn Gram âm

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS OF GRAM-NEGATIVE BACTERIAL BLOODSTREAM INFECTIONS IN PATIENTS AT E HOSPITAL DURING 2022-2024

**Objective:** To study some factors related to the treatment outcomes of patients with Gram-negative bacteremia at E Hospital in 2022-2024. **Subjects and methods:** Retrospective cross-sectional description of 201 patients diagnosed with Gram-negative bacteremia treated at E Hospital in 2022-2024. **Results:** Mortality rate was 32.9%; *Enterobacter* spp. group had the highest mortality rate of 50%. Age  $\geq 65$ , clinical manifestations of cough, dyspnea, impaired consciousness, subcutaneous hemorrhage, purple streaks, pulmonary rales, ascites and shock; Hgb < 100g/l, Platelets < 100G/l, CRP > 100mg/l,

Lactate > 4 mmol/l were factors related to mortality,  $p < 0.05$ . The average concentration of red blood cells, hemoglobin, albumin, potassium, pro-calcitonin in the death group and the disease group had a statistically significant difference,  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Sepsis, mortality predictor, Gram-negative bacteria

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) được định nghĩa là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng gây ra bởi sự lưu hành vi khuẩn trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân ở nhiều cơ quan, có thể dẫn tới sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong cao [1]. Vấn đề NKH do vi khuẩn Gram âm gây ra ngày càng phổ biến và hiện là mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới vì chúng khó điều trị và có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao [2]. Tại Việt Nam, nhiều bệnh viện cũng đã có báo cáo các số liệu về tỷ lệ bệnh nhân NKH căn nguyên là vi khuẩn Gram âm cũng như tình trạng kháng thuốc của nhóm bệnh nhân trên [3], [4]. Trong thời gian vừa qua tại bệnh viện E đã tiếp nhận rất nhiều người bệnh NKH tại các khoa lâm sàng, trong đó có nguyên nhân do vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh kể trên rất đa dạng, đặc biệt là nhiều người bệnh có diễn biến nặng, có một số đã tử vong. Để nâng cao hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng cho người bệnh NKH do vi khuẩn Gram âm tại bệnh viện E, chúng tôi tiến hành đề tài: "Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết Gram âm tại bệnh viện E giai đoạn 2022-2024" với mục tiêu: *Tìm hiểu kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại Bệnh viện E 2022-2024.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu.

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Đối tượng nghiên cứu: 201 bệnh nhân được chẩn đoán NKH do căn nguyên vi khuẩn Gram âm điều trị nội trú tại Bệnh viện E từ 1/1/2022 đến 31/12/2024

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** Bệnh nhân có đủ 2 tiêu chuẩn: chẩn đoán NKH theo Bộ Y tế 2015 [1] và tiêu chuẩn về vi sinh:

(1) Tiêu chuẩn chẩn đoán NKH: Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và/ hoặc có triệu chứng lâm sàng gợi ý NKH.

+ Tiêu chuẩn của SIRS: khi có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau: Nhiệt độ  $>38^{\circ}\text{C}$  hoặc  $<36^{\circ}\text{C}$

Tần số tim  $>90$  lần/phút

Tần số thở  $>20$  lần/phút hoặc  $\text{PaCO}_2 <32$  mmHg

Số lượng bạch cầu  $>12$  G/l hoặc  $>10\%$  dạng chưa trưởng thành.

+ Hoặc triệu chứng gợi ý NKH: sốt, có triệu chứng của ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, có thể có triệu chứng của ổ nhiễm khuẩn di bệnh, phản ứng của hệ liên võng nội mô.

(2) Tiêu chuẩn vi sinh: Kết quả cấy máu phân lập được vi khuẩn Gram âm.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng NKH nhưng cấy máu không phân lập được vi khuẩn Gram âm.

- Bệnh nhân cấy máu phân lập được vi khuẩn Gram âm nhưng không có triệu chứng lâm sàng gợi ý NKH.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu

**Cỡ mẫu:** Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 201 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

**Phương pháp chọn mẫu:** Thuận tiện

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Tại thời điểm chẩn đoán NKH. Các chỉ số: tuổi, giới tính. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu. Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại các khoa huyết học, sinh hóa Bệnh viện E.

**Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu thu thập từ nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học. Các thông số, phép toán được tính toán bao gồm: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, phân tích mối liên quan giữa yếu tố phơi nhiễm và bệnh với  $\text{OR} > 1$ ; 95% CI. Độ tin cậy có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức tại Bệnh viện E.

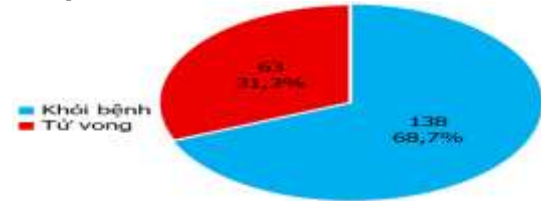
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm về tuổi: tuổi trung bình là  $65,29 \pm 17,71$ ; nhóm tuổi  $\geq 65$  chiếm 68,2%

- Tỷ lệ nam giới là 52,7%.

### 3.2. Kết quả điều trị và mối liên quan của bệnh nhân NKH Gram âm



**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị của bệnh nhân NKH**

Tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu là 31,3%.

**Bảng 1. Liên quan giữa loại vi khuẩn và kết quả điều trị**

|                   | Tử vong (n=63) |       | Khỏi bệnh (n=138) |       | Tổng |
|-------------------|----------------|-------|-------------------|-------|------|
|                   | n              | %     | n                 | %     |      |
| E.Coli            | 26             | 25,7% | 75                | 74,3% | 101  |
| K.pneumoniae      | 17             | 38,6% | 27                | 61,4% | 44   |
| A Baumanii        | 4              | 30,8% | 9                 | 69,2% | 13   |
| P. aeruginosa     | 2              | 20,0% | 8                 | 80,0% | 10   |
| Enterobacter spp. | 11             | 50,0% | 11                | 50,0% | 22   |
| Khác              | 3              | 27,3% | 8                 | 72,7% | 11   |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân tử vong cao nhất ở nhóm Enterobacter spp với 50%, K. pneumoniae 38,6%.

**Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và tử vong**

| Lâm sàng                   | OR    | CI 95%      | p     |
|----------------------------|-------|-------------|-------|
| Nam                        | 1,279 | 0,719-2,274 | 0,245 |
| $\geq 65$ tuổi             | 2,057 | 1,120-3,777 | 0,013 |
| Bệnh nền $>2$              | 0,778 | 0,424-1,430 | 0,257 |
| Ho                         | 2,81  | 1,56-3,07   | 0,001 |
| Khó thở                    | 2,62  | 1,46-4,73   | 0,001 |
| Đi ngoài phân lỏng         | 0,67  | 0,26-1,85   | 0,316 |
| Tiểu buốt rất              | 0,62  | 0,33-1,18   | 0,163 |
| Vàng da                    | 0,813 | 0,38-1,71   | 0,364 |
| Nôn                        | 1,66  | 0,91-3,02   | 0,067 |
| Đau bụng                   | 1,47  | 0,82-2,61   | 0,124 |
| Đau đầu                    | 0,42  | 0,15-1,17   | 0,066 |
| Rối loạn ý thức            | 2,84  | 1,44-5,62   | 0,002 |
| Xuất huyết dưới da         | 4,72  | 1,69-13,19  | 0,002 |
| Nổi vân tím                | 4,00  | 1,851-8,65  | 0,001 |
| Ran phổi                   | 3,47  | 1,89-6,34   | 0,001 |
| Cổ cứng                    | 3,63  | 1,85-7,15   | 0,001 |
| Dấu hiệu thần kinh khu trú | 0,662 | 0,60-0,73   | 0,088 |
| Sốc                        | 4,36  | 2,37-8,03   | 0,001 |

**Nhận xét:** Tuổi  $\geq 65$ , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc là yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu,  $p < 0,05$ . Tuổi  $\geq 65$  là yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu.

cứu,  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. So sánh cận lâm sàng giữa nhóm tử vong và khỏi bệnh**

| Cận lâm sàng       | Tử vong       | Khỏi bệnh     | p     |
|--------------------|---------------|---------------|-------|
| HC                 | 3,73±1,09     | 4,08±0,83     | 0,031 |
| Hgb (g/l)          | 112,73±26,96  | 119,99±22,12  | 0,029 |
| BC (G/l)           | 11,39 ± 7,05  | 12,29± 6,06   | 0,127 |
| TC (G/l)           | 174,76±122,69 | 201,51±108,17 | 0,242 |
| Creatinin (μmol/l) | 121,71±86,83  | 119,63±127,53 | 0,988 |
| Bilirubin (mmol/l) | 38,54±67,91   | 51,49±79,47   | 0,188 |
| PT (%)             | 73,64±24,66   | 74,87±25,56   | 0,873 |
| Fibrinogen         | 4,81±2,15     | 4,77±1,71     | 0,163 |
| Albumin (g/l)      | 30,86±11,49   | 31,31±6,19    | 0,034 |
| Kali (mmol/l)      | 4,03±0,88     | 3,75±0,58     | 0,004 |
| Natri (mmol/l)     | 135,22±7,47   | 133,70±12,81  | 0,814 |
| Lactat (mmol/l)    | 4,42±3,05     | 3,74±4,01     | 0,411 |
| PCT(ng/ml)         | 45,19±93,64   | 31,64±59,29   | 0,036 |
| CRP (mg/l)         | 126,62±104,56 | 122,93±102,11 | 0,905 |

**Nhận xét:** Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, kali, pro- calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Liên quan giữa cận lâm sàng và tử vong**

| Các yếu tố             | OR    | CI 95%     | p     |
|------------------------|-------|------------|-------|
| Bạch cầu > 12 G/l      | 0,98  | 0,56-1,74  | 0,538 |
| Hgb < 100 g/l          | 2,52  | 1,28-4,96  | 0,006 |
| Tiểu cầu < 100 G/l     | 2,02  | 1,04-3,95  | 0,03  |
| PT > 70%               | 1,43  | 0,75-2,71  | 0,178 |
| Creatinin > 120 μmol/l | 1,091 | 0,96-1,67  | 0,437 |
| Bilirubin > 17 mmol/l  | 1,81  | 0,94-3,45  | 0,044 |
| Albumin < 35g/l        | 1,61  | 0,90-2,87  | 0,071 |
| CRP > 100 mg/l         | 2,03  | 1,04-3,95  | 0,024 |
| PCT > 10 ng/ml         | 1,36  | 0,753-2,46 | 0,192 |
| Lactat > 4 mmol/l      | 2,01  | 1,05-3,84  | 0,026 |

**Nhận xét:** Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l, là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tình trạng tử vong của bệnh nhân nghiên cứu,  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 52,74%, tương đồng với nghiên cứu về NKH một số nghiên cứu khác. Độ tuổi trung bình bệnh nhân là 65,29±17,71, tỷ lệ ≥ 65 tuổi chiếm 68,1%, tương đồng nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Duyên độ tuổi trung bình là 66,2 ± 16,6 [3]. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân trong nghiên

cứu 31,3%, một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong của NKH dao động từ 20% đến 50%, tùy theo quần thể, điều kiện y tế và khả năng hồi sức [4]. So sánh tỷ lệ khỏi bệnh của bệnh nhân nghiên cứu theo căn nguyên gây bệnh, bệnh nhân nhiễm Enterobacter spp. có tỷ lệ tử vong cao nhất (50%), tiếp theo là Acinetobacter baumannii (33,3%), Klebsiella pneumoniae (38,6%) và E. coli (25,7%). Trong khi đó, nhóm nhiễm Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ tử vong thấp nhất (20,0%). Những khác biệt này phản ánh độc lực và khả năng kháng thuốc khác nhau của các chủng vi khuẩn. Enterobacter spp. và A. baumannii vốn được biết là các tác nhân thường gây nhiễm khuẩn bệnh viện với tỷ lệ kháng kháng sinh cao, đặc biệt là kháng carbapenem và kháng cephalosporin thế hệ ba. Tình trạng kháng thuốc này có thể dẫn đến thất bại điều trị ban đầu nếu kháng sinh không phù hợp, làm tăng nguy cơ tử vong.

Đánh giá mối liên quan giữa biểu hiện lâm sàng và tỷ lệ tử vong một số triệu chứng có ý nghĩa tiên lượng mạnh bao gồm: tuổi ≥ 65, ho, khó thở rối loạn ý thức, ran phổi, cổ cứng, nổi vân tím, xuất huyết dưới da và biểu hiện, trong đó, nổi vân tím và xuất huyết dưới da là hai biểu hiện đặc trưng của rối loạn tưới máu mô và đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) – những biến chứng nặng và tiên lượng xấu trong NKH [4], [5]. Đặc biệt, tình trạng sốc (suy tuần hoàn, cần vận mạch để duy trì huyết áp) có liên quan mạnh với tử vong Do đó, việc nhận diện sớm biểu hiện sốc và can thiệp tích cực ngay từ giờ đầu có vai trò quyết định đến khả năng sống còn.

Đánh giá sự khác biệt các chỉ số huyết học, sinh hóa và dấu ấn viêm giữa hai nhóm tử vong và khỏi bệnh, chúng tôi nhận thấy nồng độ Hgb và số lượng hồng cầu thấp hơn rõ rệt ở nhóm tử vong. Thiếu máu trong NKH thường do sự kết hợp giữa giảm sản xuất hồng cầu (ức chế tủy), tiêu hủy hồng cầu, và xuất huyết do rối loạn đông máu. Albumin thấp hơn ở nhóm tử vong, đây là chỉ số phản ánh tình trạng dinh dưỡng và phản ứng viêm kéo dài. Giảm albumin máu trong sepsis liên quan đến tăng tính thấm mao mạch, thoát protein huyết tương và giảm tổng hợp tại gan. Nhóm tử vong có kali máu cao hơn có ý nghĩa thống kê, có thể là biểu hiện của tổn thương thận cấp hoặc rối loạn chuyển hóa nội bào, và có thể dẫn đến biến chứng loạn nhịp nguy hiểm nếu không kiểm soát kịp thời. Giá trị PCT trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm tử vong, đây là một marker phản ánh mức độ nặng của nhiễm khuẩn huyết. PCT có khả năng phân biệt nhiễm khuẩn nặng với các tình trạng viêm không

do vi khuẩn và được xem là công cụ tiên lượng hữu ích trong ICU [6]. Tuy nhiên, một số chỉ số khác như bạch cầu, tiểu cầu, creatinine, bilirubin, PT%, lactat, và CRP lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điều này có thể là do biến thiên nội tại cao hoặc ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố can thiệp trong quá trình điều trị.

Hgb < 100 g/l, tiểu cầu < 100 G/l, CRP > 100 mg/l, lactat > 4 mmol/l có mối liên quan đến tử vong ở bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu tại bệnh viện Huế cho thấy có sự khác biệt về nồng độ ure, creatinin giữa hai nhóm tử vong và còn sống ở bệnh nhân NKH [7]. Những yếu tố này đều là dấu hiệu phản ánh mức độ rối loạn chức năng cơ quan, phản ứng viêm và tổn thương tưới máu mô. Lactate > 4 mmol/l là chỉ báo của thiếu oxy mô và thường liên quan đến sốc, rối loạn tuần hoàn vi mô. Tiểu cầu thấp cũng là yếu tố phản ánh nguy cơ rối loạn đông máu tiến triển và DIC, trong khi CRP cao phản ánh mức độ phản ứng viêm hệ thống. Những yếu tố này hoàn toàn có thể ứng dụng để phân tầng nguy cơ và điều chỉnh chiến lược điều trị kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân tử vong là 31,3%; cao nhất ở nhóm Enterobacter spp. (50%). Tuổi  $\geq 65$ , biểu hiện lâm sàng ho, khó thở, rối loạn ý thức, xuất huyết dưới da, nổi vân tím, có ran phổi, cổ cứng và biểu hiện sốc là yếu tố lâm sàng liên quan đến tử vong của bệnh nhân nghiên cứu,  $p < 0,05$ .

- Nồng độ trung bình của hồng cầu, hemoglobin, albumin, Kali, pro-calcitonin ở nhóm tử vong và nhóm khỏi bệnh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ . Hgb < 100g/l, Tiểu cầu < 100G/l, CRP > 100mg/l, Lactat > 4 mmol/l là các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến tình trạng tử

vong của bệnh nhân nghiên cứu,  $p < 0,05$ .

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân NKH Gram âm cần được đánh giá một cách toàn diện về lâm sàng, cận lâm sàng, để nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm tỷ lệ tử vong.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. 2015. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Nhà xuất bản Y học.
2. Arzilli G, Scardina G, Casigliani V, et al. 2022. Screening for antimicrobial-resistant Gram-negative bacteria in hospitalised patients, and risk of progression from colonisation to infection: Systematic review. Journal of Infection. 2022;84(2): 119-130. doi:10.1016/j.jinf.2021.11.007.
3. Duyên LTT, Mạnh BV, Dũng PT. 2023. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm tại bệnh viện hữu nghị việt tiếp giai đoạn 2018 - 2020. VMJ. 2023; 528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6136
4. Nguyen HB, Kuan WS, Batech M, et al. 2011. Outcome effectiveness of the severe sepsis resuscitation bundle with addition of lactate clearance as a bundle item: a multi- national evaluation. Crit Care. 2011;15(5):R229. doi:10.1186/cc10469
5. Guo SY, Zhou Y, Hu QF, Yao J, Wang H. 2015. Procalcitonin Is a Marker of Gram- Negative Bacteremia in Patients With Sepsis. The American Journal of the Medical Sciences. 2015;349(6):499-504. doi:10.1097/MAJ.0000000000000477
6. Hải NT, Hưng LV, Lượng VH, et al. 2023. Tình hình đa kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2022. VMJ. 2023;527(2). doi:10.51298/vmj.v527i2.5880.
7. Thảo NTP, Bình ND, Đức PV, Chương TX. 2024. Study the factors associated with mortality in sepsis adult patients at Hue Central Hospital 2021 - 2022. Tạp chí Y Dược học. 14(1):30.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ ATEZOLIZUMAB KẾT HỢP BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Phương Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hường<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hường

Email: nguyenthuhuong.onc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan không còn khả năng phẫu thuật được điều trị bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan không còn chỉ định phẫu thuật, có chỉ định điều trị toàn thân bằng phác đồ Atezolizumab kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện K trong giai đoạn từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025. **Kết quả:** Bệnh