

- and Association With Clinical Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*. 2019 Mar 7;45(2):287–95.
4. **Dondé C, Jaffiol A, Khouri C, Pouchon A, Tamisier R, Lejoyeux M, et al.** Sleep disturbances in early clinical stages of psychotic and bipolar disorders: A meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022 Sep;56(9):1068–79.
 5. **To N, Nguyen N.** Validity of the Vietnamese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*. 2015 Dec 1;16:S52.
 6. **Dương Minh Tâm, Trần Nguyễn Ngọc.** Lâm sàng rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có triệu chứng của tâm thần phân liệt. *TCNCYH*. 2022 Jun 1;153(5):18–25.
 7. **Hồ Võ Tiểu Anh, Dương Minh Tâm, Bùi Xuân Đạt.** Đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở người bệnh rối loạn phân liệt cảm xúc. *YHCD [Internet]*. 2025 Aug 1 [cited 2025 Aug 5];66(CĐ12-NCKH). Available from: <https://www.tapchihcd.vn/index.php/yhcd/article/view/2925>
 8. **Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D.** Sleep and schizophrenia: From epiphenomenon to treatable causal target. *Schizophrenia Research*. 2020 Jul;221:44–56.

ỨNG DỤNG TRỊ SỐ URE-NITƠ TRONG TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Hứa Tấn An¹, Bùi Thế Dũng²,
Nguyễn Việt Hậu², Trương Quang Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa trị số ure-nitơ máu (BUN) với nguy cơ tử vong nội viện và giá trị tiên lượng của BUN trong tiên lượng kết cục ở bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu đoàn hệ, thực hiện tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 01/2022–12/2024. Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện vì đợt cấp COPD được phân tích. Sử dụng hồi quy logistic và phương pháp bắt cặp theo điểm xu hướng để xác định vai trò tiên lượng tử vong của BUN. **Kết quả:** Có 521 bệnh nhân được phân tích, trong đó 33 trường hợp (6,3%) tử vong nội viện. Nguy cơ tử vong tăng 1,4 lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L ($p < 0,001$). Giá trị AUC của BUN là 0,87 (KTC 95%: 0,81–0,93). Ngưỡng BUN 8,83 mmol/L giúp xác định nguy cơ tử vong tăng 16 lần ($p < 0,001$), với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 85%. **Kết luận:** BUN là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp COPD. Ngưỡng 8,83 mmol/L có giá trị ứng dụng lâm sàng trong phân tầng nguy cơ và định hướng xử trí.

Từ khóa: đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Ure-Nitơ, tiên lượng.

SUMMARY

APPLICATION OF BLOOD UREA NITROGEN IN PREDICTING IN-HOSPITAL MORTALITY IN ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: To assess the association between blood urea nitrogen (BUN) levels and in-hospital mortality, and to evaluate its prognostic value in

patients admitted with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Subjects and methods:** This retrospective cohort study was conducted at the Emergency Department of the University Medical Center, Ho Chi Minh City, from January 2022 to December 2024. All patients aged ≥ 18 years admitted for AECOPD were included. Logistic regression and propensity score matching were applied to evaluate the prognostic significance of BUN. **Result:** A total of 521 patients were analyzed, of whom 33 (6.3%) died during hospitalization. The risk of in-hospital mortality increased 1.4-fold for each 1 mmol/L increase in BUN ($p < 0.001$). The area under the receiver operating characteristic (ROC) curve for BUN was 0.87 (95% CI: 0.81–0.93). A cut-off BUN level of 8.83 mmol/L was identified, which predicted a 16-fold increased risk of mortality ($p < 0.001$) with 76% sensitivity and 85% specificity. **Conclusion:** BUN is an independent predictor of in-hospital mortality in patients with AECOPD. A cut-off value of 8.83 mmol/L may be clinically useful for risk stratification and guiding early intervention. **Keywords:** acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, blood urea nitrogen, prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những bệnh hô hấp mãn tính thường gặp nhất trên toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên thế giới theo Tổ chức Y tế Thế giới [1,2], gây tổn thất kinh tế ở nhiều quốc gia. Đợt cấp COPD không chỉ làm gia tăng gánh nặng kinh tế và xã hội, mà còn liên quan đến nguy cơ nhập viện, thờ máy và tử vong [3,4]. Nhiều thang điểm hay tỉ số đã được nghiên cứu để tiên lượng kết cục đợt cấp COPD, trong đó trị số ure-nitơ máu (blood urea nitrogen - BUN) được đề cập nhiều trong các nghiên cứu quốc tế như một yếu tố dự báo tử vong độc lập ở bệnh nhân đợt cấp COPD. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu đó được thực hiện ở nước ngoài,

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

còn tại Việt Nam hiện chưa ghi nhận nghiên cứu nào đánh giá vai trò tiên lượng của BUN ở bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu: Tất cả người bệnh từ đủ 18 tuổi nhập viện vì đợt cấp COPD từ khoa cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh-chứng, hồi cứu, cắt ngang có phân tích.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, thực tế chọn được 521 người bệnh trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh nhập viện có chẩn đoán đợt cấp COPD theo GOLD 2023 (ho tăng, khó thở tăng, đàm tăng, hoặc đổi màu so với thường ngày).

Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 4-5 có hoặc không điều trị thay thế thận, được hồi sức ngưng tuần hoàn hô hấp, tràn dịch tràn khí màng phổi phải đặt dẫn lưu, có xuất huyết tiêu hoá lúc nhập cấp cứu.

2.4. Phương pháp thực hiện: Thu thập dữ liệu bằng bệnh án điện tử bằng chẩn đoán lúc vào viện theo ICD-10 là J44.0 hoặc J44.1. Người bệnh được chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu, sau đó được thu thập thông tin nghiên cứu: tuổi, giới, tần số tim, huyết áp tâm thu, BMI, nhập ICU, tiền căn tăng huyết áp/ đái tháo đường/ rung nhĩ/ lao phổi/ suy tim/ bệnh thận mạn, thở máy xâm lấn, bạch cầu, hemoglobin,

tiểu cầu, troponin T hs, NTproBNP, procalcitonin, glucose, BUN, creatinin, CRP, pH, PaCO₂, PaO₂, HCO₃⁻, lactate, P/F được ghi nhận đầu tiên trong 24 giờ nhập viện. Tử vong được ghi nhận lúc xuất viện là tình trạng bệnh nặng và hôn mê và đang được thở máy xâm lấn và dùng vận mạch và được người nhà xin về dù được bác sĩ giải thích nguy cơ tử vong trong 24 giờ sau xuất viện.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và được xử lý phân tích thống kê bằng phần mềm Stata 17.0. Phân tích mối liên quan giữa BUN và tử vong bằng hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Xác định ngưỡng BUN tiên lượng qua ROC curve và chỉ số Youden. Hiệu chỉnh nhiễu bằng các mô hình hồi quy logistic điều chỉnh theo các yếu tố nguy cơ. Phương pháp Propensity Score Matching (PSM) được áp dụng để đánh giá độ ổn định giữa 2 nhóm theo BUN.

2.6. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi ghi nhận được 521 người bệnh thỏa các tiêu chuẩn của nghiên cứu. Trong đó, 33 (6,3%) người bệnh tử vong nội viện.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Chung, N=521	Không tử vong, n=488	Tử vong, n=33	p
Tuổi (năm)	74,6±10,3	74,5±10,3	76,4±9,6	0,285
Giới nam, n (%)	459 (88,1)	432 (88,5)	27 (81,3)	0,250
Tần số tim (lần/phút)	103,4±18,7	102,5±17,6	116,4±28,4	0,009
HATT (mmHg)	137,1±28,2	137,9±27,6	125,2±34,9	0,047
BMI (kg/m ²)	21,1±3,6	21,1±3,6	21,2±2,5	0,764
Tăng huyết áp, n (%)	375 (71,9)	351 (71,9)	24 (72,7)	0,921
Đái tháo đường, n (%)	158 (30,3)	146 (29,9)	12 (36,3)	0,436
Rung nhĩ, n (%)	44 (8,4)	43 (8,8)	1 (3,0)	0,345
Lao phổi, n (%)	92 (17,6)	87 (17,8)	5 (15,1)	0,696
Suy tim, n (%)	33 (6,3)	30 (6,1)	3 (9,0)	0,456
Bệnh thận mạn giai đoạn 1-3, n(%)	47 (9,0)	43 (8,8)	4 (12,1)	0,525
Hút thuốc lá, n (%)	243 (46,6)	232 (47,5)	11 (33,3)	0,113
Nhập ICU, n (%)	74 (14,2)	49 (10,0)	25 (75,7)	<0,001
Thở máy xâm lấn, n (%)	74 (14,2)	41 (8,4)	33 (100)	<0,001

Nhận xét: Tuổi trung bình 74,6±10,3; 88,1% là nam. Hai bệnh đồng mắc chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Nhóm tử vong có tần số tim cao hơn (116,4 vs. 102,5 lần/phút, p=0,009), HATT thấp hơn (125,2 vs. 137,9 mmHg, p=0,047), nhập ICU nhiều hơn (75,7% vs. 10%, p<0,001), và thở máy xâm lấn 100% so với 8,4% (p<0,001).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Chung, n=521	Nhóm chứng, n=488	Tử vong, n=33	p
Bạch cầu (G/L)	12,4±5,2	12,2±5,0	15,1±7,2	0,035
Haemoglobin (g/L)	134,9±21,1	135,4±20,7	127,7±26,4	0,113
Tiểu cầu (G/L)	253,3±95,9	257,7±94,4	187,7±95,9	<0,001
Troponin T-hs (ng/L)	22,5 (13,85-40,7)	21,7 (13,5-36,7)	51,6 (28,7-102)	<0,001
NTproBNP (mg/L)	278,5 (110-827)	258 (104-755)	1553 (262-2989)	<0,001
Procalcitonin (ng/mL)	0,09 (0,0-0,2)	0,08 (0,0-0,1)	0,5 (0,2-2,8)	<0,001
Glucose (mg/dL)	141,8±60,8	140,9±59,6	154,3±76,6	0,331
BUN (mmol/L)	5,9 (4,3-8,0)	5,8 (4,1-7,5)	11,8 (8,8-16,0)	<0,001
Creatinin (mg/dL)	0,9±0,3	0,9±0,3	1,2±0,5	0,011
CRP (mg/L)	23,3 (7,7-73,1)	21,3 (7,2-66,7)	80,9 (38,6-112,5)	<0,001
pH	7,3±0,0	7,3±0,0	7,3±0,1	0,908
PaCO ₂ (mmHg)	41,7 (36,0-50,9)	41,5 (36,1-50,9)	41,8 (33-50,8)	0,645
PaO ₂ (mmHg)	72,3 (63,5-85,6)	72,3 (63,9-85,5)	70,6 (58,9-97,4)	0,616
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	26,8±5,2	26,8±5,1	27,0±6,7	0,861
Lactate (mmol/L)	1,5 (1,1-2,3)	1,545 (1,0-2,2)	2,1 (1,5-2,5)	0,003
P/F	289,5±103,5	293,7±102,7	227,4±97,5	<0,001

Nhận xét: Nhóm tử vong có bạch cầu cao hơn (15,1 vs. 12,2 G/L, p=0,035), tiểu cầu giảm, troponin T hs, NTproBNP, procalcitonin, creatinin, CRP, lactate đều tăng đều đặn kể. P/F thấp hơn (điểm trung bình 227,4 vs. 293,7, p<0,001). BUN trung vị tại nhóm tử vong cao hơn (11,8 vs. 5,8 mmol/L, p<0,001).

3.2. Giá trị của chỉ số ure-nito trong tiên lượng bệnh nhân đợt cấp COPD. Phân tích hồi quy logistic cho thấy hệ số BUN thay đổi >10% so với hệ số BUN ban đầu khi có sự xuất hiện của thở máy xâm lấn hoặc NTproBNP hay creatinine và nguy cơ tử vong tăng 1,4 (1,18-1,80; p=0,000) lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L (Bảng 3 và 4).

Bảng 3. Nguy cơ tử vong theo BUN liên tục

Tử vong nội viện	Giá trị BUN mmol/L	Đơn biến		Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
		OR (95CI)	p	OR (95CI)	p	OR (95CI)	p	OR (95CI)	p
	Tăng mỗi 1 mmol/L	1,36 (1,24-1,48)	<0,001	1,37 (1,25-1,50)	<0,001	1,46 (1,18-1,80)	<0,001	1,38 (1,23-1,54)	<0,001

Bảng 4. Đặc điểm kết cục theo điểm cắt BUN

	Chung, N=521	Nhóm tử vong			Nhóm thở máy xâm lấn			Nhóm nhập ICU		
		Không, n=488	Có, n=33	p	Không, n=447	Có, n=74	p	Không, n=447	Có, n=74	p
BUN ≥8,83 mmol/L, n(%)	98 (18,8)	73 (14,9)	25 (75,7)	<0,001	52 (11,6)	46 (62,1)	<0,001	57 (12,7)	41 (55,4)	<0,001

Bảng 5. Nguy cơ tử vong theo BUN điểm cắt

Tử vong nội viện	Giá trị BUN	Đơn biến		Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
		OR (95CI)	p	OR (95CI)	p	OR (95CI)	p	OR (95CI)	p
	<8,83mmol/L	1,00		1,00		1,00		1,00	
	≥8,83mmol/L	17,76 (7,71-40,90)	<0,001	18,81 (7,93-44,64)	<0,001	28,36 (4,39-182,86)	<0,001	16,07 (6,21-41,53)	<0,001

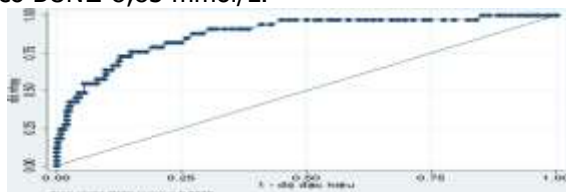
Nhận xét: Nguy cơ tử vong tăng 16 lần khi BUN ≥8,84 mmol/L (đa biến OR=16,07; KTC 95%: 6,21-41,53; p<0,001).

Bảng 6. Nguy cơ tử vong theo BUN sau bắt cặp

Tử vong nội viện	Giá trị BUN	Đơn biến		Mô hình 1		Mô hình 3	
		OR (95CI)	p	OR (95CI)	p	OR (95CI)	p
	Tăng mỗi 1 mmol/L	1,38 (1,07-1,79)	0,013	1,40 (1,07- 1,84)	0,014	1,45 (1,12-1,86)	0,004
	<8,83 mmol/L	1,00		1,00		1,00	
	≥8,83 mmol/L	9,1 (1,03-80,08)	0,047	9,94 (1,08- 90,83)	0,042	9,61 (1,06-86,64)	0,044

Nhận xét: Hồi quy logistic đơn biến và đa biến tử vong theo BUN liên tục hoặc điểm cắt được nguy cơ tử vong tăng 1,45 (1,12-1,86; p=0,004) lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L và

9,61 (1,06-86,64; $p=0,044$) lần khi người bệnh có $BUN \geq 8,83$ mmol/L.



Hình 1. Đường cong ROC BUN tiên lượng tử vong

Nhận xét: Đường cong ROC BUN với AUC = 0,87 (khoảng tin cậy 95%: 0,81–0,93). Điểm cắt BUN 8,83 mmol/L (Youden = 0,6) đạt độ nhạy 76% và đặc hiệu 85%.

Bảng 7. Nguy cơ thở máy xâm lấn và nhập ICU theo BUN

	Nguy cơ	Thở máy xâm lấn			Nhập ICU		
		OR	95CI	p	OR	95CI	p
Mô hình đơn biến	BUN tăng mỗi 1 mmol/L	1,38	1,27-1,49	<0,001	1,27	1,18-1,36	<0,001
	BUN <8,83 mmol/L	1,00			1,00		
	BUN $\geq 8,83$ mmol/L	12,47	7,18-21,66	<0,001	8,50	4,97-14,52	<0,001
Mô hình 1	BUN tăng mỗi 1 mmol/L	1,39	1,28-1,52	<0,001	1,29	1,20-1,39	<0,001
	BUN <8,83 mmol/L	1,00			1,00		
	BUN $\geq 8,83$ mmol/L	13,02	7,35-23,06	<0,001	9,23	5,27-16,18	<0,001
Mô hình 2	BUN tăng mỗi 1 mmol/L	1,38	1,19-1,61	<0,001	1,27	1,12-1,45	<0,001
	BUN <8,83 mmol/L	1,00			1,00		
	BUN $\geq 8,83$ mmol/L	7,58	2,64-21,72	<0,001	6,07	2,16-17,04	0,001
Mô hình 3	BUN tăng mỗi 1 mmol/L	1,41	1,28-1,56	<0,001	1,31	1,20-1,43	<0,001
	BUN <8,83 mmol/L	1,00			1,00		
	BUN $\geq 8,83$ mmol/L	12,96	6,68-25,14	<0,001	9,84	5,20-18,62	<0,001

Ghi chú: Mô hình 1: hiệu chỉnh theo tuổi, giới (lấy nam giới làm giá trị tham khảo); Mô hình 2: hiệu chỉnh theo các biến số khác biệt ở 2 nhóm kết cục: mạch, HATT, bạch cầu, tiểu cầu, troponin T hs, NT-proBNP, procalcitonin, creatinin, CRP, lactate và P/F; Mô hình 3: hiệu chỉnh theo biến nhiễu: NTproBNP và creatinin

Nhận xét: Phân tích hồi quy biến cố thở máy xâm lấn và nhập ICU theo BUN cho thấy nguy cơ thở máy xâm lấn và nhập ICU đều tăng 1,3 lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L và tăng 6 lần khi BUN $\geq 8,83$ mmol/L

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nhận thấy BUN dù tăng mỗi 1 mmol/L hay trên điểm cắt 8,83 mmol/L đều làm tăng nguy cơ tử vong nội viện. Nguy cơ này tăng 1,3 lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L cả trước và sau bắt cặp, tăng 16 lần trước bắt cặp và 9 lần sau bắt cặp khi BUN $\geq 8,83$ mmol/L sau khi hiệu chỉnh đa biến. Nghiên cứu của Lan Chen [5] cũng cho thấy nguy cơ tử vong nội viện đều có liên quan với BUN, cụ thể, nguy cơ tử vong tăng 1,1 lần khi BUN tăng liên tục và 3,29 lần khi BUN $\geq 8,83$ mmol/L sau khi hiệu chỉnh đa biến trước và sau bắt cặp. Nghiên cứu của Mohan Giri [6] cũng thấy nguy cơ tử vong tăng 1,014 và 1,015 lần khi BUN tăng 1 mg/dL trước và sau khi bắt cặp, Jiarui Zhang [7] cũng tìm thấy nguy cơ này tăng 2,09 lần khi BUN trên điểm cắt đã hiệu chỉnh đa biến. Các nghiên cứu này cũng như

nhiều nghiên cứu khác [8], đều cho thấy BUN ở nhóm tử vong đều cao hơn nhóm sống sót ($p<0,05$). Điều này có thể cho thấy nhóm tử vong có tình trạng rối loạn chức năng thận. Cơ chế đưa đến tình trạng tăng BUN cho đến nay chưa rõ nhưng nhiều giả thuyết được đưa ra như: Người bệnh COPD đã có 1 quá trình tăng CO_2 và giảm O_2 kéo dài làm kích hoạt hệ renin-angiotensin-aldosterone (RASS) và tăng dòng chảy tái hấp thu Ure ở ống lượn xa, kết quả là tăng BUN. Các bệnh tim mạch đồng mắc như suy tim thường gặp ở người COPD. Các bệnh tim mạch này hoạt hoá hệ thần kinh-thể dịch, làm kích hoạt hệ thần kinh giao cảm thận và RASS, kết quả là rối loạn điều hoà tái hấp thu Ure [6], COPD có liên hệ với tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong máu và đường thở, đồng thời, giảm O_2 mô và hệ thống. Người bệnh thường có nồng độ cao protein từ quá trình tăng bạch cầu đa nhân trung tính do giảm oxy và tăng nồng độ các chất trung gian tiền viêm, gây ảnh hưởng đến chức năng tim-thận và điều hoà thần kinh-thể dịch, kết quả là tăng BUN [6]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy BUN có liên quan với thở máy xâm lấn và nhập ICU với cả 2 nguy cơ đều tăng 1,3 lần và 6 lần khi BUN tăng mỗi 1 mmol/L và BUN trên điểm cắt. Nghiên cứu của Jiarui Zhang [7] cho thấy nguy cơ thở máy xâm lấn gấp 1,5 lần và nhập ICU là 1,3 lần khi BUN trên điểm cắt. Kết quả này có thể gợi ý điểm cắt BUN có thể ứng dụng

để tiên lượng kết cục xấu trong đợt cấp COPD.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trị số ure-nitơ máu (BUN) có mối liên quan chặt chẽ với tử vong nội viện ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nguy cơ tử vong tăng dần khi BUN tăng liên tục, đồng thời điểm cắt 8,83 mmol/L giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có khả năng tử vong, cần thở máy xâm lấn hoặc nhập ICU cao hơn rõ rệt. Kết quả này gợi ý BUN là một chỉ dấu đơn giản, dễ áp dụng trong lâm sàng để phân tầng nguy cơ và hỗ trợ quyết định điều trị sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinidis A, Kyriakopoulos C, Ntritsos G, Giannakeas N, Gourgoulis KI, Kostikas K, et al.** The Role of Digital Tools in the Timely Diagnosis and Prevention of Acute Exacerbations of COPD: A Comprehensive Review of the Literature. *Diagnostics*. 2022;12(2):269.
2. **Ming X, Duan W, Yi W.** Long non-coding RNA NEAT1 predicts elevated chronic obstructive pulmonary disease (COPD) susceptibility and acute exacerbation risk, and correlates with higher disease severity, inflammation, and lower miR-193a in COPD patients. *Int J Clin Exp Pathol*. 2019;12(8):2837–2848.
3. **Cao Y, Xing Z, Long H, Huang Y, Zeng P, Janssens J-P, et al.** Predictors of mortality in COPD exacerbation cases presenting to the

- respiratory intensive care unit. *Respir Res*. 2021;22(1):77.
4. **Vu-Hoai N, Ly-Phuc D, Duong-Minh N, Tran-Ngoc N, Nguyen-Dang K.** Predictive value of neutrophil-to-lymphocyte ratio for adverse outcomes in hospitalized patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(38):e39797.
 5. **Chen L, Chen L, Zheng H, Wu S, Wang S.** The association of blood urea nitrogen levels upon emergency admission with mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Chron Respir Dis*. 2021;18:14799731211060051.
 6. **Giri M, He L, Hu T, Puri A, Zheng X, Dai H, et al.** Blood Urea Nitrogen Is Associated with In-Hospital Mortality in Critically Ill Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Propensity Score Matching Analysis. *J Clin Med*. 2022;11(22):6709.
 7. **Zhang J, Qin Y, Zhou C, Luo Y, Wei H, Ge H, et al.** Elevated BUN Upon Admission as a Predictor of in-Hospital Mortality Among Patients with Acute Exacerbation of COPD: A Secondary Analysis of Multicenter Cohort Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2023;18:1445–1455.
 8. **Long Z, Zhu T, Zhou Y, Xiang Z, Zeng Q, Qiu Y, et al.** The Relationship Between Blood Urea Nitrogen to Creatinine Ratio and Severe Acute Exacerbation of COPD Patients: A Propensity Score Matching Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2024;19:2529–2543.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT GIAI ĐOẠN TIẾN TRIỂN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE – CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K CƠ SỞ TAM HIỆP

Trần Phương Thảo¹, Đỗ Anh Tú²,
Trần Thị Kim Phượng¹, Trần Khắc Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trên bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc trên 28 bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển được điều trị hóa chất bằng phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại khoa Nội Tam Hiệp – Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân giảm triệu chứng sau điều trị là 39,3%. Tỷ lệ kiểm soát

bệnh là 53,5%. Tỷ lệ bệnh tiến triển là 46,4%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 7,2 ± 0,8 tháng (KTC 5,7-8,8). Tỷ lệ thiếu máu độ II là 25%, độ I và độ III là 14,29%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ III chiếm 25%, có 2 bệnh nhân hạ bạch cầu độ IV chiếm 7,14%. Độc tính hạ tiểu cầu có 1 bệnh nhân chiếm 3,57%. Triệu chứng nôn chiếm 28,6%. Độc tính độ 1 trên gan, chiếm 25%, không có bệnh nhân có độc tính tại thận. **Kết luận:** Phác đồ điều trị Gemcitabine- Cisplatin là phù hợp với bệnh nhân ung thư đường mật giai đoạn tiến triển giúp kéo dài thời gian sống thêm, dung nạp tốt và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư đường mật giai đoạn tiến triển, phác đồ Gemcitabine-Cisplatin, độc tính.

SUMMARY

EVALUATION OF FIRST-LINE TREATMENT RESULTS OF ADVANCED CHOLANGIOCARCINOMA WITH GEMCITABINE

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025