

3. **Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA.** The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. *Gut*.2008;57(12):1698-1703. doi:10.1136/gut.2008.152702.
4. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al.** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*.2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.
5. **Yi Zhao, Xia W, Lu Y, Chen W, Zhuang Y.** Predictive value of the C-reactive protein/albumin ratio in severity and prognosis of acute pancreatitis. *Front Surg*. 2023; 9:1026604. doi:10.3389/fsurg.2022.1026604.
6. **Nguyễn Văn Chí, Nguyễn Anh Tuấn, Trần Văn Đông.** Giá trị của thang điểm BISAP trong dự đoán mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;539(1B). doi:10.51298/vmj.v539i1B.9958.
7. **Gupta D, Mandal NS, Arora JK, Soni RK.** Comparative Evaluation of Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS) and Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP) Scoring System in the Stratification of Prognosis in Acute Pancreatitis. *Cureus*. 2022 Dec 15;14(12):e32540. doi:10.7759/cureus.32540.
8. **Lê Thị Ngọc Sương, Trần Phạm Chí, Trần Văn Huy.** Nghiên cứu giá trị của phối hợp thang điểm HAP và BISAP trong đánh giá độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y Dược học Trường Đại học Y Dược Huế*. 2019;9(1):96-100. doi:10.34071/jmp.2019.1.15.
9. **Bhoi PR, Sethy MK, Jena AK, Mallick SN, Mishra CR, Chakraborty S, Gond S.** A comparative study between BISAP score and HAPS score as predictors of severity in acute pancreatitis. *J Cardiovasc Dis Res*. 2025;16(3):252-264. doi:10.48047/.
10. **Phùng Thị Quỳnh Hoa, Diệp Quảng Minh, Hồ Tấn Phát.** Đánh giá giá trị của CRP so với BISAP trong tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam*. 2025;66(2):56-63. doi:10.52163/yc.v66i2.2094.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RUNG NHỊ MỚI KHỞI PHÁT VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Thái Dũng¹, Đặng Văn Ba¹,
Lê Tiến Dũng¹, Vũ Minh Dương¹, Nguyễn Quang Huy¹,
Nguyễn Đắc Khôi¹, Hoàng Tích Lộc¹, Bùi Văn Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng rung nhĩ mới khởi phát trong 3 ngày đầu sau chẩn đoán và mối liên quan với kết quả điều trị ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 54 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Khoa Hồi sức nội - Bộ môn - trung tâm hồi sức cấp cứu, chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y từ tháng 07 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025. **Kết quả:** BN SNK có tình trạng rung nhĩ mới khởi phát chiếm 53,7% tổng số BN. Trong 03 ngày đầu sau chẩn đoán SNK, nhóm BN có rung nhĩ mới khởi phát có tỷ lệ tử vong là 41,4% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát (8%) với OR=8,12 (KTC 95%: 1,60-41,14, p<0,01). Tương tự, trong 07 ngày đầu sau chẩn đoán, nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có tỉ lệ tử vong là 62,1%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ (24%) với OR=5,18 (KTC 95%: 1,58-16,95, p<0,01). Tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa tỉ lệ tử vong trong vòng 28 ngày ở nhóm có và không có rung nhĩ mới khởi phát với p>0,05. **Kết luận:** Rung nhĩ mới khởi phát là loại rối loạn nhịp tim thường gặp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Nhóm

bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm không có rung nhĩ trong giai đoạn 03 ngày và 07 ngày đầu sau chẩn đoán. **Từ khóa:** Rung nhĩ mới khởi phát, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

NEW-ONSET FIBRILLATION AND ASSOCIATION WITH TREATMENT

OUTCOMES IN SEPTIC SHOCK PATIENTS

Objectives: To evaluate the new-onset atrial fibrillation in the first 3 days after diagnosis of septic shock and its association with treatment outcomes in septic shock patients. **Materials and method:** Prospective Descriptive Study on 54 septic shock patients treated in the Medical Intensive Care Department - Center of Emergency, Intensive Care Medicine and Clinical Toxicology - 103 Military Hospital - Vietnam Military Medical University. **Results:** Septic shock patients with new-onset atrial fibrillation accounted for 53.7%. In the first 3 days, the group with new-onset atrial fibrillation had a mortality rate of 41.4%, which was statistically significantly higher than the group without new-onset atrial fibrillation (8%) with OR=8.12 (95% CI: 1.60-41.14, p<0.01). Similarly, in the first 7 days, the group with new-onset atrial fibrillation had a mortality rate of 62.1%, which was statistically significantly higher than the group without atrial fibrillation (24%) with OR=5.18 (95% CI: 1.58-16.95, p<0.01). However, there was no difference between the mortality rate within 28 days in the groups with and without new-onset atrial

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng
Email: domanhhungpt95@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025
Ngày duyệt bài: 14.11.2025

fibrillation ($p > 0.05$). **Conclusion:** New-onset atrial fibrillation was a common arrhythmia in septic shock patients. The group with new-onset atrial fibrillation had a higher risk of death than the group without atrial fibrillation in the first 3 and 7 days after diagnosis. **Keywords:** new-onset atrial fibrillation, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là tình trạng rối loạn về tuần hoàn, tế bào và chuyển hóa ở bệnh nhân (BN) nhiễm khuẩn huyết (NKH), biểu hiện bởi tụt huyết áp dai dẳng phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp và tình trạng giảm tưới máu mô [7]. Sốc nhiễm khuẩn đang là một trong số những vấn đề quan trọng trong chăm sóc y tế, ảnh hưởng đến hàng triệu người mỗi năm trên toàn thế giới, gây tổn kém rất nhiều về kinh tế và có tỉ lệ tử vong rất cao.

Các độc tố của vi khuẩn, cơn bão cytokin, tình trạng rối loạn vi tuần hoàn trong sốc nhiễm khuẩn gây tổn thương các hệ thống cơ quan trong cơ thể, trong đó có tổn thương cơ tim cấp và rối loạn nhịp tim. Trong các kiểu rối loạn nhịp tim mới khởi phát, rung nhĩ là tình trạng rối loạn nhịp phổ biến ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Rung nhĩ mới khởi phát lại làm gia tăng thêm mức độ nặng của tình trạng sốc nhiễm khuẩn thông qua việc làm tăng nguy cơ huyết khối gây tắc mạch cấp tính hoặc làm rối loạn huyết động trầm trọng thêm. Do đó, rung nhĩ mới khởi phát ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cũng là vấn đề đang được nhiều tác giả trên thế giới quan tâm nghiên cứu [3], [4], [6], [8]. Tuy gần đây đã có nhiều hơn các nghiên cứu đề cập đến nhưng rung nhĩ mới khởi phát ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn vẫn là một vấn đề khó, có giá trị trong thực hành lâm sàng, cần được tìm hiểu và nghiên cứu thêm. Vì vậy chúng tôi đề xuất thực hiện nghiên cứu: "Khảo sát tình trạng rung nhĩ mới khởi phát và mối liên quan với kết quả điều trị ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn" nhằm mục tiêu sau: *Đánh giá tình trạng rung nhĩ mới khởi phát trong 3 ngày đầu sau chẩn đoán và mối liên quan với kết quả điều trị ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 54 BN SNK điều trị tại Khoa Hồi sức nội- BM - TT Hồi sức cấp cứu, chống độc - Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y từ tháng 07/2024 đến tháng 03/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- BN được chẩn đoán SNK theo định nghĩa sepsis 3 năm 2016 [7].

- Gia đình hoặc người đại diện hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị rối loạn nhịp tim trước khi nhập viện.
- BN tử vong trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện và được chẩn đoán xác định SNK, không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cỡ mẫu thuận tiện.
- Tiến hành: các BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, sau đó BN được lấy các thông số lâm sàng và xét nghiệm ở 4 thời điểm T0: khi chẩn đoán SNK (thời điểm bắt đầu nghiên cứu); T24, T48, T72 thứ tự là thời điểm 24 giờ, 48 giờ, 72 giờ sau khi được chẩn đoán xác định. Sau khi thu thập đầy đủ, chúng tôi tiến hành xử lý số liệu theo các nội dung nghiên cứu để tìm ra kết quả nghiên cứu sau đó đưa ra bàn luận và kết luận. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.2.2. Các nội dung và chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, tỉ lệ bệnh nhân lọc máu liên tục, tỉ lệ tử vong trong vòng 3 ngày, 7 ngày, 28 ngày.
- Tỉ lệ BN có rung nhĩ mới khởi phát trong vòng 3 ngày đầu.
- Giá trị tiên lượng tử vong của tình trạng rung nhĩ mới khởi phát trong 3 ngày đầu ở BN SNK.
- Mối liên quan của việc xuất hiện rung nhĩ mới khởi phát trong 3 ngày đầu với điểm SOFA, APACHE II ở BN SNK.
- Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:
 - + Giới tính: nam hoặc nữ.
 - + Lọc máu liên tục (CRRT): BN được tiến hành CRRT.
 - + Kết quả điều trị trong vòng 03 ngày, 07 ngày, 28 ngày thứ tự là:

BN sống trong vòng 03 ngày, 07 ngày và 28 ngày thứ tự là BN khỏi được ra viện hoặc chuyển về các khoa lâm sàng khác hoặc BN còn sống được ra viện sau 03 ngày, 07 ngày hoặc 28 ngày sau chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn.

BN tử vong trong vòng 03 ngày, 07 ngày và 28 ngày thứ tự là BN tử vong trong vòng 03 ngày, 07 ngày hoặc 28 ngày sau khi chẩn đoán xác định, bao gồm cả các BN nặng xin ra viện.

+ Rung nhĩ mới khởi phát: tình trạng rung nhĩ xuất hiện trong vòng 03 ngày đầu sau khi chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn.

2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu

- BN được theo dõi sát điện tim trên mornitor, làm điện tim 12 đạo trình ở 02 thời điểm trong 03 ngày đầu sau khi chẩn đoán SNK: thời điểm chẩn đoán SNK, thời điểm nghi ngờ rung nhĩ.

- Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 với các phương pháp:

+ Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm.

+ Kiểm định hai giá trị trung bình phân phối chuẩn bằng phép kiểm: independent sample T-test.

+ Dùng test X^2 để kiểm định sự khác biệt các tỷ lệ và mối liên quan của 2 biến định tính.

+ Khi so sánh, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng gì đến quá trình chẩn đoán, cấp cứu và điều trị BN. Thông tin của các BN trong nghiên cứu được đảm bảo tính bảo mật. Không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 54 BN thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và được đưa vào nghiên cứu với các kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

		Số lượng	$\bar{X} \pm SD$
Giới (n=54)	Nam	38 (70,4%)	
	Nữ	16 (29,6%)	
Tuổi (n=54)	Dưới 40	2 (3,7%)	67,3 $\pm$ 15,7
	40-60	13 (24,1%)	
	Trên 60	39 (72,2%)	
CRRT (n=54)	Có	31 (57,4%)	
	Không	23 (42,6%)	
Kết quả điều trị trong vòng 3 ngày (n=54)	Sống	40 (74,1%)	
	Tử vong	14 (25,9%)	
Kết quả điều trị trong vòng 7 ngày (n=54)	Sống	30 (55,6%)	
	Tử vong	24 (44,4%)	
Kết quả điều trị trong vòng 28 ngày (n=54)	Sống	19 (35,2%)	
	Tử vong	35 (64,8%)	
Rung nhĩ mới khởi phát	Có	29 (53,7%)	
	Không	25 (46,3%)	

Nhận xét: Trong số 54 BN được lựa chọn và đưa vào nghiên cứu, có 38 BN nam (70,4%) và 16 BN nữ (29,6%); độ tuổi trung bình là 67,3 $\pm$ 15,7; số BN được lọc máu liên tục là 31 BN chiếm 57,4%; tỉ lệ tử vong trong vòng 03 ngày, 07 ngày và 28 ngày sau chẩn đoán SNK thứ tự là

25,9%, 55,6% và 64,8%, có 29 BN chiếm 53,7% tổng số BN khởi phát rung nhĩ trong 03 ngày đầu sau chẩn đoán SNK.

3.2. Mối liên quan của rung nhĩ mới khởi phát với kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Bảng 2: Mối liên quan của rung nhĩ mới khởi phát với kết cục tử vong trong 3 ngày đầu sau chẩn đoán

	Kết cục		OR	p
	Tử vong	Sống		
Rung nhĩ (n=29)	12(41,4%)	17(58,6%)	8,12	<0,01
Không rung nhĩ (n=25)	2(8%)	23(92%)		

Nhận xét: Nhóm BN rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong trong vòng 3 ngày đầu cao hơn nhóm không rung nhĩ với OR=8,12 (KTC 95%: 1,60-41,14, $p < 0,01$).

Bảng 3: Mối liên quan của rung nhĩ mới khởi phát với kết cục tử vong trong 7 ngày đầu sau chẩn đoán

	Kết cục		OR	p
	Tử vong	Sống		
Rung nhĩ (n=29)	18(62,1%)	11(37,9%)	5,18	<0,01
Không rung nhĩ (n=25)	6(24%)	19(76%)		

Nhận xét: Nhóm BN rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong trong vòng 7 ngày đầu cao hơn nhóm không rung nhĩ với OR=5,18 (KTC 95%: 1,58-16,95, $p < 0,01$).

Bảng 4: Mối liên quan của rung nhĩ mới khởi phát với kết cục tử vong trong 28 ngày đầu sau chẩn đoán

	Kết cục		p
	Tử vong	Sống	
Rung nhĩ (n=29)	22(75,9%)	7(24,1%)	>0,05
Không rung nhĩ (n=25)	13(52%)	12(48%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tử vong trong vòng 28 ngày đầu sau chẩn đoán SNK giữa nhóm có và không có rung nhĩ mới khởi phát ($p > 0,05$).

Bảng 5: Điểm SOFA và điểm APACHE II ở nhóm có rung nhĩ và không có rung nhĩ mới khởi phát

Chỉ số	Rung nhĩ	Có	Không	p
SOFA		12,3 $\pm$ 0,65	11,7 $\pm$ 0,66	>0,05
APACHE II		24,6 $\pm$ 1,34	20,1 $\pm$ 1,38	<0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm SOFA giữa hai nhóm có và không có rung nhĩ mới khởi phát ($p > 0,05$). Trong khi đó, nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có

điểm APACHE II cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 54 BN SNK, trong số đó, tỷ lệ BN nam chiếm đa số với 70,4%, gấp hơn 2 lần so với BN nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $67,3 \pm 15,7$, số BN SNK được lọc máu liên tục là 31 BN chiếm 57,4% tổng số BN. Tỷ lệ tử vong sau 03 ngày, 07 ngày và 28 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán SNK có xu hướng tăng dần, thứ tự là 25,9%, 55,6% và 64,8% tổng số BN. Qua khảo sát trong vòng 03 ngày đầu sau chẩn đoán SNK, có đến 29 BN có rung nhĩ mới khởi phát, chiếm tỷ lệ 53,7% tổng số BN trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Đình Phú và cộng sự tiến hành trên 98 BN SNK công bố năm 2024, có độ tuổi trung bình là $55 \pm 15,6$ tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số với 71,4% tổng số BN [1]. Một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Thủy và cộng sự tiến hành trên 47 BN SNK được công bố năm 2020 với tuổi trung bình là $61,4 \pm 15,2$, trong đó có tới 76,6% BN nam giới, với tỷ lệ tử vong là 76,6% [2]. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ mới khởi phát trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 53,7%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả Elhadad và cộng sự, tiến hành trên 80 BN NKH và SNK, công bố năm 2025 với tỷ lệ BN NKH và SNK có rung nhĩ mới khởi phát là 30% [5]. Điều này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm BN SNK nên có tỷ lệ tổn thương tim và rối loạn nhịp tim cao hơn so với đối tượng nghiên cứu của tác giả Elhadad và cộng sự tiến hành trên cả nhóm BN NKH và nhóm BN SNK.

4.2. Mối liên quan của rung nhĩ mới khởi phát với kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Sau khi thu thập đầy đủ và thống kê số liệu, chúng tôi tiến hành đánh giá mối liên quan của tình trạng rung nhĩ mới khởi phát với kết quả điều trị ở BN SNK qua 03 mốc thời gian là trong 03 ngày đầu, 07 ngày đầu và 28 ngày sau thời điểm chẩn đoán SNK. Kết quả cho thấy rằng, trong 03 ngày đầu sau chẩn đoán SNK, tình trạng rung nhĩ mới khởi phát có mối liên quan với kết quả điều trị ở BN SNK, cụ thể, nhóm BN có rung nhĩ mới khởi phát có tỷ lệ tử vong là 41,4% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát (8%) với $OR = 8,12$ (KTC 95%: 1,60-41,14, $p < 0,01$). Điều

này có nghĩa là trong vòng 03 ngày đầu, BN có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong cao hơn gấp 8,12 lần so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát. Tương tự, trong giai đoạn 07 ngày đầu sau chẩn đoán SNK, nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có tỷ lệ tử vong là 62,1%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ (24%) ($p < 0,01$). Nhóm rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong trong vòng 07 ngày đầu sau chẩn đoán SNK cao hơn 5,18 lần so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát ($OR = 5,18$ (KTC 95%: 1,58-16,95, $p < 0,01$)). Tuy nhiên, nếu xét đến kết quả điều trị sau 28 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán SNK thì tỷ lệ tử vong ở 2 nhóm có rung nhĩ mới khởi phát là 75,9% vẫn cao hơn nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát (52%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể lý giải do tình trạng rung nhĩ mới khởi phát mang tính chất cấp tính, có thể làm tăng nguy cơ huyết khối tắc mạch cấp tính hoặc tình trạng rối loạn huyết động cấp tính nên ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị trong thời gian ngắn hạn như 03 ngày, 07 ngày sau khi chẩn đoán SNK, do đó giá trị tiên lượng tử vong trong giai đoạn này của tình trạng rung nhĩ mới khởi phát là khá rõ ràng. Tuy nhiên, khi tình trạng BN ổn định hơn, vượt qua được giai đoạn cấp tính ban đầu thì sau đó có rất nhiều yếu tố khác gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị BN SNK, nên vai trò tiên lượng của rung nhĩ mới khởi phát cũng có thể bị giảm đi. Điều này cũng có thể gợi ý rằng, nếu chúng ta giữ cho BN ổn định, tránh được tình trạng nặng do biến chứng của rung nhĩ mới khởi phát gây ra trong giai đoạn đầu của SNK thì kết quả điều trị ở nhóm BN SNK có rung nhĩ mới khởi phát có thể được cải thiện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm BN SNK có rung nhĩ mới khởi phát có điểm SOFA trung bình là $12,3 \pm 0,65$ cao hơn nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát ($11,7 \pm 0,66$), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ngược lại, điểm APACHE II trung bình ở nhóm SNK có rung nhĩ mới khởi phát là $24,6 \pm 1,34$ cao hơn rõ rệt so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát ($20,1 \pm 1,38$), với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Xíao. F. P và cộng sự tiến hành trên 225841 BN NKH và SNK, công bố năm 2020, nghiên cứu của các tác giả này đã chỉ ra rằng ở các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ rung nhĩ mới khởi phát dao động từ 1,9% đến 46%, nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm không có rung nhĩ mới

khởi phát 2.09 lần (OR=2,09, 95% CI: 1,53–2,86; $p < 0,001$). Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của Xiao. F. P và cộng sự còn cho thấy nhóm có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong sau khi xuất viện, nguy cơ đột quỵ não và tái phát rung nhĩ cao hơn so với nhóm không có rung nhĩ [8].

Một nghiên cứu của tác giả Corica. B và cộng sự công bố năm 2022, tiến hành trên 207847 BN NKH, cho kết quả có 13,5% số BN NKH có xuất hiện rung nhĩ mới khởi phát và nhóm BN có rung nhĩ mới khởi phát có tỉ lệ tử vong nội viện cao hơn 1,69 lần (RR: 1.69, 95%CI: 1.47–1.96, 95%PI: 1.15–2.50), tỉ lệ tử vong tại ICU cao hơn 2,12 lần (RR: 2.12, 95%CI: 1.86–2.43, 95%PI: 1.71–2.63) so với nhóm không có rung nhĩ mới khởi phát [4].

Nghiên cứu của tác giả Huo. Y và cộng sự, công bố năm 2025, cũng chỉ ra rằng so với nhóm không có rung nhĩ, nhóm BN NKH có rung nhĩ mới khởi phát có thời gian nằm viện cao hơn, nguy cơ tử vong nội viện cao hơn, nguy cơ tiến triển thành SNK cao hơn, nguy cơ khởi phát đột quỵ cao hơn, nguy cơ suy tim, nhồi máu cơ tim và nguy cơ tử vong sau khi xuất viện cũng cao hơn [6].

Nghiên cứu của tác giả Aibar. J và cộng sự công bố năm 2021, một nghiên cứu tổng hợp phân tích 17 nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra rằng, 10/17 nghiên cứu cho thấy nhóm BN NKH có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong nội viện cao hơn nhóm không có rung nhĩ, 4/17 nghiên cứu cho kết quả tỉ lệ tử vong ở nhóm có và không có rung nhĩ là tương đương nhau, còn 3 nghiên cứu còn lại không chỉ ra tỉ lệ tử vong ở nhóm có rung nhĩ và không có rung nhĩ. Trong đó, 3 nghiên cứu còn cho kết quả rung nhĩ mới khởi phát liên quan đến tăng

tỉ lệ tử vong trong vòng 28 ngày, 1 năm và 5 năm sau khi xuất viện [3].

V. KẾT LUẬN

- Rung nhĩ mới khởi phát là loại rối loạn nhịp tim thường gặp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

- Nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rung nhĩ mới khởi phát có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm không có rung nhĩ trong giai đoạn 03 ngày và 07 ngày đầu sau chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phú V. Đ. et al.** (2024) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên gây sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 535 (1).
2. **Thủy N. T. et al.** (2021) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 498 (1).
3. **Aibar J. et al.** (2021) New-Onset Atrial Fibrillation in Sepsis: A Narrative Review. Semin Thromb Hemost. 47 (1): 18-25.
4. **Corica B. et al.** (2022) Prevalence of New-Onset Atrial Fibrillation and Associated Outcomes in Patients with Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Pers Med. 12 (4).
5. **Elhadad M. A. et al.** (2025) Prevalence, Outcomes, and Risk Factors of New-Onset Atrial Fibrillation in Critically Ill Patient with Sepsis and Septic Shock %J Benha Medical Journal.
6. **Huo Y. et al.** (2025) Risk Factors and Prognosis of New-Onset Atrial Fibrillation in Sepsis. JACC: Advances. 4 (4): 101681.
7. **Singer M. et al.** (2016) The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Jama. 315 (8): 801-810.
8. **Xiao F. P. et al.** (2021) Outcomes of new-onset atrial fibrillation in patients with sepsis: A systematic review and meta-analysis of 225,841 patients. Am J Emerg Med. 42 (23-30).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU DO TÁN SỎI MẶT QUA DA BẰNG LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) tán sỏi mặt qua da (TSMQD) bằng LASER có biến chứng chảy máu tại Bệnh viện

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

Nguyễn Xuân Toàn¹, Nguyễn Thái Bình^{1,2}

Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 26 BN có chảy máu sau TSMQD bằng LASER tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 3/2020 – 03/2025. **Kết quả:** 26 BN (tuổi trung bình là $63,7 \pm 13,4$ tuổi, trong đó nữ giới chiếm 61,5%) có chảy máu đường mặt cần can thiệp. Viêm đường mặt trước cần thiệp được ghi nhận ở 76,9%, xơ gan ở 38,5%. Nguồn chảy máu xác định trên chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) từ động mạch (ĐM) gan chiếm 65,4% (17 BN), nhu mô gan 15,4% (4 BN), tĩnh mạch (TM) gan và/hoặc TM cửa 15,4% (4 BN), tử cả ĐM và TM gan 3,8% (1 BN). Trên cắt lớp vi tính (CLVT) có 19,2% (5 BN) quan sát thấy