

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Đặng Chiêu Dương, Lê Văn Thiệu, Hoàn Thị Hiên:** Đánh giá kết quả tiêm, kẹp Clip vàesomeprazol (nexium) trong điều trị XHTH cao do loét dạ dày-tá tràng. Y học Việt nam (2015), 11, tr. (275-282).
- 2. Nguyễn Thị Hạnh:** Nghiên cứu đánh giá tiên lượng xuất huyết tiêu hóa trên theo thang điểm BLATCHFORD tại bệnh viện đa khoa Tiền giang.Y học Việt nam (2017)(9), tr. 302-308.
- 3. Đào Việt Hằng, Nguyễn Thanh Long, Trần Quốc Tiến, Đào Văn Long:** Đánh giá kết quả cầm máu can thiệp qua nội soi trong xuất huyết tiêu hóa trên tại bệnh viện đại học Y hà nội từ 2013-2017. Y học thực hành 1 (2018), tr.57-59.
- 4. Thái Nguyên Hưng, Trịnh Văn Tuấn:** Điều trị phẫu thuật chảy máu đường mật do sỏi có sử dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm.Nghiên cứu Y học 83(2013), tr. 63-67.
- 5. Đào Văn Long và CS:** Nghiên cứu về xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp lực tĩnh mạch cửa tại 17 bệnh viện lớn ở Việt nam. Y học Việt Nam 1(2015), tr. 109113).
- 6. Nguyễn Thăng Toàn:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp Hải phòng. Y học Việt Nam 11(2015), tr.102-107.
- 7. Alberti L.R, Santos R.S(2016):** Upper Gastrointestinal Bleeding in Oncological Patients Gastroenterology and Hepatology :open Acces .Volum 4.Isue 6.
- 8. Church N.I, Letard J.C (2011):** "Endoscopic treatment of upper gastrointestinal hemorrhage in patient with peptic ulcer", Gastrointestinal Endoscopy in Practice, Elsilver Churchill Livingstone, pp. 209-214.

TỈ LỆ TỬ VONG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN TIÊN LƯỢNG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Ngọc Trang¹, Khổng Nam Hương², Phạm Thị Hồng Thi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ tử vong và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong ở người bệnh viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK). **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tiến cứu được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán VNTMNK theo tiêu chuẩn DUKE cải tiến và điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến tháng 2/2021. Chỉ tiêu nghiên cứu: tử vong do mọi nguyên nhân trong bệnh viện và trong 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 49.7 ± 19.3, giới nam 64.5%. Trong quá trình điều trị, phẫu thuật được thực hiện ở 42,9% BN. Tỉ lệ tử vong trong bệnh viện là 10,3% và tỉ lệ tử vong trong 6 tháng là 25,4%. Trong phân tích đa biến, các yếu tố tiên lượng độc lập tử vong là số lượng bạch cầu (OR=1.17; KTC 95% 1.03-1.33), nồng độ ure máu (OR=1.26; KTC 95% 1.04 - 1.53), mức lọc cầu thận (OR=1.03; KTC 95% 1 - 1.07) và điều trị phẫu thuật (OR=0,03; KTC 95% 0,01-0,39).

Từ khóa: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, tỉ lệ tử vong, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

MORTALITY AND PROGNOSTIC FACTORS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS

Objectives: To investigate the mortality rate and find out some factorsthe prognosis of mortality in patients with infective endocarditis. **Subjects and**

methods: A retrospective, prospective descriptive study was conducted onpatients diagnosed with infective endocarditis according to improved DUKE criteria and treated at Bach Mai hospital from January 2019 to February 2021. Research target: all-cause mortality in hospital and in 6 months. **Results:** Mean age was 49.7 ± 19.3, male 64.5%. During treatment, surgery was performed in 42.9% of patients. The in-hospital mortality rate was 10.3% and the 6-month mortality rate was 25.4%. In multivariate analysis, the independent prognostic factors for death were white blood cell count (OR= 1.17; 95% CI 1.03 - 1.33), blood urea nitrogen level (OR=1.26; 95% CI 1.04 - 1.53). glomerular filtration rate (OR= 1.03; 95% CI 1 - 1.07) and surgical treatment (OR= 0.03; 95% CI 0.01-0.39).

Keywords: infective endocarditis, mortality, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VNTMNK là bệnh lý nhiễm trùng nặng, có nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao^{1,2}. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là điều trị phẫu thuật giúp sửa chữa các tổn thương cấu trúc van tim, dự phòng thuyên tắc mạch hệ thống, tuy nhiên tỉ lệ tử vong do VNTMNK vẫn còn cao, dao động từ 15% đến 30%³⁻⁵. Do vậy, việc xác định được sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao xuất hiện biến chứng và tử vong dựa trên những chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng sẽ giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân VNTMNK. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát tỉ lệ tử vong và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong của bệnh nhân VNTMNK.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Viện Tim mạch Việt Nam- Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trang

Email: misscao168@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2021

Ngày duyệt bài: 19.11.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 126 bệnh nhân được chẩn đoán VNTMNK theo tiêu chuẩn DUKE cải tiến tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến 2/2021 (gồm 67 bệnh nhân hồi cứu và 59 bệnh nhân tiến cứu). Thông tin bệnh nhân đã được ghi lại, bao gồm thời gian của các triệu chứng, diễn biến nhiệt độ, biểu hiện lâm sàng, sử dụng kháng sinh, tiền sử bệnh lý tim mạch và các bệnh kèm theo. Các xét nghiệm thường quy và cấy máu được thực hiện tại thời điểm nhập viện và trong quá trình điều trị. Công thức máu toàn bộ, CRP, sinh hoá máu, máu lắng kết quả cấy máu đã được ghi lại.

Tất cả bệnh nhân được siêu âm tim qua lồng ngực và / hoặc qua thực quản, theo chỉ định lâm sàng^{1,2}. Sự hiện diện của sùi, áp xe, hở cạnh van nhân tạo, hoặc trào ngược van tim mới được coi là tiêu chí Duke sửa đổi cho VNTMNK⁵. Các phép đo kích thước sùi là được thực hiện trong các mặt phẳng khác nhau và độ dài tối đa đã được chọn. Để xác định mức độ hở van tim, định

lượng phân tích được thực hiện bằng siêu âm tim Doppler dòng màu. Ngoài ra, siêu âm tim còn đánh giá ảnh hưởng đến huyết động của tổn thương van và đánh giá chức năng thất trái. Các tiêu chí đánh giá chính là tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào liên quan đến NMTMNK hoặc điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa và các biến chứng chính như suy tim, sốc nhiễm khuẩn, tắc mạch, xuất huyết não, đứt dây chằng van 2 lá. Các biến cố được thu thập khi BN vào viện, trong thời gian nằm viện và trong vòng 6 tháng kể từ khi ra viện.

Các số liệu thống kê được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 126 BN được chẩn đoán VNTMNK theo tiêu chuẩn DUKE cải tiến. Tuổi trung bình là 49.7 ± 19.3 (từ 16-88 tuổi), 85 bệnh nhân là nam (chiếm 64,5%) tỷ lệ nam: nữ là 2,07: 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản của đối tượng nghiên cứu

	Chung(n =126)	Ổn định(n=94)	Tử vong(n= 32)	p
Tuổi	49.7 ± 19.3	46.2 ± 17.3	59.8 ± 21.4	0.000
Giới nam	85(67.5%)	61(64.9%)	24(75%)	0,292
Tiền sử: Đái tháo đường	11 (8.7%)	6 (6.4%)	5 (15.6%)	0.110
Bệnh van tim	19 (15.1%)	11 (11.7%)	8 (25.0%)	0.069
Van tim nhân tạo	13 (10.3%)	9 (9.6%)	4 (12.5%)	0.638
Chích ma túy	16 (12.7%)	12 (12.8%)	4 (12.5%)	0.969
Tim bẩm sinh	4 (3.2%)	4 (4.3%)	0 (0.0%)	0.236
Lâm sàng: Sốt	84(66.7%)	63(67%)	21(65.6%)	0.885
Khó thở	86(68.3%)	61(64.9%)	25(78.1%)	0.165
Tiếng thổi mới	53(42.1%)	44(46.8%)	9(28.1%)	0.064
Tắc mạch	13(10.3%)	7(7.4%)	6(18.8%)	0.069
Xét nghiệm: Hồng cầu (T/l)	3.6 ± 0.9	3.7 ± 0.8	3.4 ± 1.1	0.422
Haemoglobin (g/l)	101.1 ± 22	102.7 ± 20.2	96.3 ± 26.3	0.159
Bạch cầu (G/l)	13.3 ± 6.5	12 ± 5.5	16.9 ± 8	0.556
BC Trung tính (G/l)	11.4 ± 8.3	10.2 ± 8.3	14.7 ± 7.5	0.008
Tiểu cầu (G/l)	243.3 ± 121	252.9 ± 118.5	215 ± 125.9	0.126
Mức lọc cầu thận ml/ph	77.5 ± 39.2	86.3 ± 36.3	51.6 ± 36.2	0.000
BNP (pg/ml)	1035 ± 2697.2	476.5 ± 841.6	2584.4 ± 4769.5	0.003
Troponin T (ng/ml)	214.6 ± 768.9	61.3 ± 132.9	639.8 ± 1407.9	0.002
CRP (mg/dl)	9.6 ± 9.2	8.4 ± 6.9	13.3 ± 13.4	0.020
Procalcitonin (pm/l)	8.4 ± 20.9	0.9 ± 1.2	17.4 ± 29.3	0.000
Cấy máu dương tính	52 (41.3%)	37 (39.4%)	15 (46.9%)	0,456
Staphylococcus	18(14,3%)	11(11,7%)	7(21,9%)	0,155
Streptococcus	19(15,1%)	19(20,2%)	0(0%)	0,006

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm tim, điều trị, biến chứng của đối tượng nghiên cứu

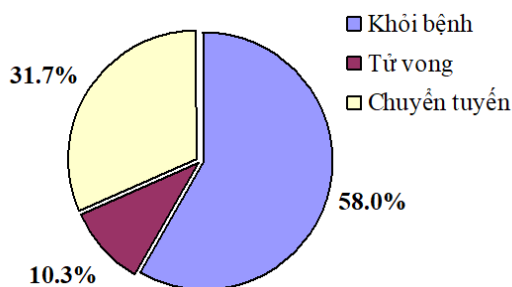
	Tổng(n=126)	Ổn định(n=94)	Tử vong(n=32)	p
Dd (mm)	53 ± 8.3	53 ± 8.4	53 ± 7.9	0.980
Ds (mm)	34 ± 6.9	33.6 ± 6.5	35 ± 8	0.352
Phân suất tổng máu (%)	62.1 ± 9.4	63.5 ± 6.9	57.9 ± 13.8	0.000

Áp lực ĐMP (mmHg)	45.1 ± 16	42.5 ± 13.8	53 ± 19.4	0.001
Kích thước sùi (mm)	11.8 ± 5.4	11.7 ± 5.3	12.0 ± 5.6	0.810
Van hai lá	62 (47.2%)	45 (47.9%)	17 (53.1%)	0.608
Van động mạch chủ	48 (34.1%)	32 (34.0%)	16 (50.0%)	0.108
Điều trị: Nội khoa	72(57.1%)	43(59.7%)	29(40.3%)	0.000
Phẫu thuật	54(42.9%)	51(94.4%)	3(5.6%)	
Thời gian nằm viện	30,8 ± 20,6	21,6 ± 2,2	10,3 ± 1,8	0.000
Biến chứng: Tắc mạch	17 (13.5%)	12 (12.8%)	5 (15.6%)	0.683
Suy tim nặng	59 (46.8%)	35 (37.2%)	24 (75.0%)	0.000
Sốc nhiễm khuẩn	9 (7.1%)	0 (0.0%)	9 (28.1%)	0.000

Trên siêu âm tim, nhóm BN tử vong có phân suất tổng máu trung bình thấp hơn và áp lực động mạch phổi cao hơn so với nhóm BN ổn định. Biến chứng suy tim và sốc nhiễm khuẩn làm tăng nguy cơ tử vong ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng phương pháp phẫu thuật thấp hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa.

Phẫu thuật được thực hiện trên 54 BN (chiếm 42,9%), có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong ở nhóm điều trị phẫu thuật và điều trị nội khoa. Nhóm BN tử vong có tỷ lệ biến chứng suy tim nặng, sốc nhiễm khuẩn cao hơn so với nhóm BN ổn định, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

***Kết quả của đợt điều trị**



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị của đợt điều trị

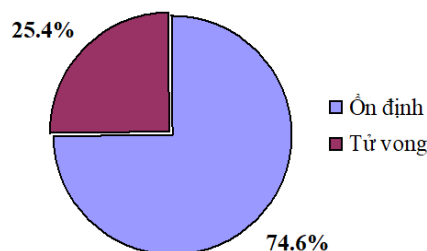
Sau đợt điều trị: + Có 73 trường hợp khỏi bệnh, chiếm tỷ lệ 57,9%.

+ Có 40 trường hợp được chuyển tuyến về cơ sở điều trị tiếp, dùng kháng sinh cho đủ thời gian theo phác đồ, chiếm 31,7%.

+ Có 13 trường hợp tử vong, chiếm 10,3%. Trong đó nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất là nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn 7/13 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 53,8%, suy tim nặng và suy đa tạng đứng thứ 2, đều gồm 4 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 30,8%. Có 1 bệnh nhân tử vong do xuất huyết não chiếm tỷ lệ 7,7%.

***Tình hình của bệnh nhân 6 tháng sau xuất viện**

+ Sau 6 tháng xuất viện, có thêm 19 bệnh nhân tử vong, nâng tổng số bệnh nhân tử vong lên 32 bệnh nhân. Tỷ lệ tử vong chung sau 6 tháng theo dõi là 25,4%.



Biểu đồ 2. Tình hình bệnh nhân 6 tháng sau xuất viện

Bảng 3. Phân tích logistic đơn biến các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và điều trị ảnh hưởng đến tiên lượng tử vong trong 6 tháng

Biến	OR (95%CI)	p
Tuổi	1.04 (1.02-1.07)	0.001
Giới tính (Nam giới)	1.62 (0.66 - 4.01)	0.294
Huyết học		
Hồng cầu	0.67 (0.41-1.09)	0.105
Hemoglobin	0.99 (0.97-1.01)	0.160
Bạch cầu	1.12 (1.05 - 1.19)	0.001
Bạch cầu trung tính	1.07(1.01-1.13)	0.026
Tiểu cầu	1 (0.99 - 1)	0.128
Sinh hóa		
Ure (mmol/l)	1.2 (1.1 - 1.3)	0.000
Creatinine (μmol/l)	1.01 (1 - 1.01)	0.002
Mức lọc cầu thận (ml/ph)	0.98 (0.96 - 0.99)	0.000
Glucose (mmol/l)	1.05 (0.93 - 1.17)	0.431
NT-proBNP (pmol/l)	1 (1 - 1)	0.000
Troponin T (mmol/l)	1 (1 - 1.01)	0.011
CRP (mg/dl)	1.06 (1.01 - 1.11)	0.024
Procalcitonin(μmol/l)	1.44 (0.86 - 2.43)	0.168
Đặc điểm siêu âm tim		
Phân suất tổng máu thất trái (%)	0.94 (0.9 - 0.98)	0.006
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	1.04 (1.01-1.07)	0.003
Điều trị phẫu thuật	0.09 (0.03-0.31)	0.000
Biến chứng		

Tắc mạch	1.27 (0.41-3.92)	0.683
Suy tim	5.06 (2.05-12.47)	0.000

Khi phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong và tái nhập viện sau 6 tháng kể từ khi xuất viện gồm tuổi, số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, nồng độ ure, creatinin, mức lọc cầu thận, nồng độ CRP, NT-BNP, troponin T, phân suất tổng máu thất trái, áp lực động mạch phổi, điều trị phẫu thuật, và có biến chứng suy tim.

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong

Biến	OR (95%CI)	p
Tuổi	1.05 (1 - 1.09)	0.058
Số lượng bạch cầu	1.17 (1.03 - 1.33)	0.017
Ure	1.26 (1.04 - 1.53)	0.018
Mức lọc cầu thận	1.03 (1 - 1.07)	0.048
NT pro BNP	1 (1 - 1)	0.057
Troponin T	1 (1 - 1.01)	0.389
CRP	0.93 (0.82 - 1.05)	0.228
Phân suất tổng máu	1 (0.92 - 1.09)	0.973
Áp lực động mạch phổi	1.04 (0.99 - 1.09)	0.158
Suy tim	0.63 (0.12 - 3.23)	0.584
Điều trị phẫu thuật	0.03 (0 - 0.39)	0.007

Khi phân tích đa biến, số lượng bạch cầu (OR: 1.17; 95%CI: 1.03-1.33), nồng độ ure (OR:1.26; 95%CI 1.04 - 1.53), mức lọc cầu thận (OR:1.03; 95%CI 1 - 1.07), là những yếu tố dự báo độc lập tăng nguy cơ tử vong sau 6 tháng, $p < 0,05$.

Điều trị ngoại khoa làm giảm nguy cơ tử vong/tái nhập viện một cách độc lập sau 6 tháng kể từ khi xuất viện (OR:0,03 (95% CI:0,01-0,39), $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong 126 đối tượng nghiên cứu, biến chứng thường gặp nhất là suy tim, tỷ lệ 46,8%, biến chứng tắc mạch kế tiếp với tỷ lệ 13,5%, sốc nhiễm khuẩn có 9 trường hợp, chiếm 7,1%, đứt dây chằng van hai lá 4,0% và xuất huyết não chỉ chiếm 1,6%.

Trong nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai trên 292 bệnh nhân VNTMNK điều trị nội trú của nhóm tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài⁶, thời gian nằm viện điều trị trung bình là 22 ± 18 ngày. Biến chứng suy tim trên lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất với 162 bệnh nhân (55,48%). Kế tiếp đó là biến chứng tai biến mạch máu não 14 bệnh nhân (4,79%). Biến chứng nặng trong các tổn thương van là đứt dây chằng cột cơ với 11 bệnh nhân (4,12%) và áp xe vòng van hai lá 2 bệnh nhân (0,68%), áp xe gốc động mạch chủ 1 bệnh nhân (0,34%). Nghiên cứu của Siciliano⁷ nhận

định các biến chứng đe dọa tính mạng nhất của VNTMNK là suy tim, nhiễm trùng huyết và tắc mạch. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là 31%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 126 BN nghiên cứu, có 13 bệnh nhân tử vong trong bệnh viện, chiếm tỉ lệ 10,3%, trong 6 tháng kể từ khi ra viện, có thêm 19 BN tử vong, tỉ lệ tử vong chung tăng lên 25,4%.

Nghiên cứu về VNTMNK tại Tây Ban Nha, nhóm tác giả Ortera-Loubon⁸ và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tử vong của căn bệnh này trong giai đoạn 1997-2014 là 27,2%, trong đó có 6801 trường hợp, chiếm 26,2% trong tổng số đối tượng nghiên cứu chết trong vòng 90 ngày sau khi ra viện. Tỷ lệ tái nhập viện sau đó là 17,7%. Riêng đối với nhóm bệnh nhân VNTMNK mắc tại cộng đồng, tỷ lệ tử vong là 22,4% và tỷ lệ tử vong trong vòng 90 ngày sau khi ra viện là 21,7%. Tỷ lệ tái nhập viện của riêng nhóm này là 15,8%.

Tại một bệnh viện cấp ba của Trung Quốc nơi tác giả Zhenzhu Wu⁹ và cộng sự thực hiện nghiên cứu về VNTMNK trong giai đoạn 2007-2016, có 43/407 trường hợp (chiếm 10,6%) bệnh nhân tử vong tại viện. Tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm sau khi nhập viện là 11,3%.

Khi phân tích đơn biến, chúng tôi thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tử vong và tái nhập viện sau 6 tháng kể từ khi xuất viện gồm tuổi, số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, nồng độ ure, creatinin, mức lọc cầu thận, nồng độ CRP, NT- BNP, troponin T, phân suất tổng máu thất trái, áp lực động mạch phổi, điều trị phẫu thuật, và có biến chứng suy tim.

Nhưng khi phân tích đa biến, số lượng bạch cầu, nồng độ ure, mức lọc cầu thận, là những yếu tố dự báo độc lập tăng nguy cơ tử vong sau 6 tháng, $p < 0,05$. Điều trị ngoại khoa làm giảm nguy cơ tử vong/tái nhập viện một cách độc lập sau 6 tháng kể từ khi xuất viện (OR:0,03 (95% CI:0,01-0,39), $p < 0,05$).

So sánh với các kết quả nghiên cứu đã được công bố trước đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Wu và cộng sự công bố năm 2020³ tiến hành trên 407 bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn. Trong phân tích hồi quy đa biến, áp lực động mạch phổi, tiền sử chạy thận nhân tạo và tổn thương sùi > 30mm là những yếu tố có liên quan độc lập đến tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ($p < 0,05$). Chỉ số OR hồi quy đa biến có ý nghĩa thống kê: Áp lực động mạch phổi (OR 5,308; 95% CI 2,034 – 13,852); Tiền sử

chạy thận nhân tạo (OR 4,697; 95%CI 1,068 – 20,665); Tổn thương sùi > 30 mm (O 13,754; 95% CI 1,832 - 103,250).

Nghiên cứu của nhóm tác giả Jiwon Hwang ở đại học Sungkyuwan ghi nhận độ tuổi, phương pháp điều trị và nhiễm khuẩn chủng S.aureus kháng methicillin là các yếu tố liên quan độc lập đến tỷ lệ tử vong/ tái nhập viện ở các bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cộng đồng ($p < 0,05$). Giá trị OR hồi quy đa biến có ý nghĩa thống kê: Tuổi (OR 1,04; 95%CI 1,01-1,07); Bệnh nhân không được phẫu thuật dù có chỉ định (OR 29,83; 95%CI 10,19 – 87,31); Nhiễm khuẩn chủng S.aureus kháng methicillin (OR 9,58; 95%CI 2,27-40,45).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tử vong chung của bệnh nhân VNTMNK sau 6 tháng theo dõi là 25,4% (32 bệnh nhân), trong đó tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 10,3% (13 bệnh nhân).

- Các yếu tố tiên lượng độc lập với tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân gồm: số lượng bạch cầu tăng; nồng độ ure và creatinin máu tăng; mức lọc cầu thận giảm; điều trị phẫu thuật sớm làm giảm tỷ lệ bệnh nhân tử vong ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear**

Medicine (EANM). Eur Heart J. 2015;36(44):3075-3128. doi:10.1093/eurheartj/ehv319

2. **Sci-Hub | Infective Endocarditis in Adults: Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications.** Circulation, 132(15), 1435–1486 | 10.1161/ CIR.000000000000296. Accessed October 24, 2021. <https://sci-hub.se/10.1161/CIR.000000000000296>
3. **Wu Z, Chen Y, Xiao T, Niu T, Shi Q, Xiao Y.** Epidemiology and risk factors of infective endocarditis in a tertiary hospital in China from 2007 to 2016. BMC Infect Dis. 2020;20(1):428. doi:10.1186/s12879-020-05153-w
4. **Chu VH, Cabell CH, Benjamin DK, et al.** Early predictors of in-hospital death in infective endocarditis. Circulation. 2004;109(14):1745-1749. doi:10.1161/01.CIR.0000124719.61827.7F
5. **Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al.** Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2000;30(4):633-638. doi:10.1086/313753
6. **Nguyễn Thị Thu Hoài.** Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai, 2012 - 2017. 2019. Published online 2019.
7. **Siciliano RF, Gualandro DM, Bittencourt MS, et al.** Biomarkers for prediction of mortality in left-sided infective endocarditis. Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis. 2020;96:25-30. doi:10.1016/j.ijid.2020.03.009
8. **Ortega-Loubon C, Muñoz-Moreno MF, Andrés-García I, et al.** Nosocomial Vs. Community-Acquired Infective Endocarditis in Spain: Location, Trends, Clinical Presentation, Etiology, and Survival in the 21st Century. J Clin Med. 2019; 8(10):E1755. doi:10.3390/jcm8101755
9. **Wu Z, Chen Y, Xiao T, Niu T, Shi Q, Xiao Y.** Epidemiology and risk factors of infective endocarditis in a tertiary hospital in China from 2007 to 2016. BMC Infect Dis. 2020;20(1):428. doi:10.1186/s12879-020-05153-w

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH LAO MÀNG NÃO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Phương Thảo*, Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT

Bệnh lao là một nguyên nhân quan trọng gây ra bệnh tật ở trẻ em. Lao màng não là thể lao nặng, có nguy cơ tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng của Lao màng não ở trẻ em tại BV Nhi TW. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu tất cả các bệnh nhân được

chẩn đoán lao màng não tại BV Nhi TW từ tháng 06/2015 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** có 125 bệnh nhân lao màng não trong 6 năm từ tháng 06/2015 đến tháng 5/2021, tuổi mắc bệnh chủ yếu dưới 5 tuổi (81%), tỷ lệ nam/nữ là 1,6:1; tiếp xúc với nguồn lây lao (55,6%). Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi chẩn đoán trung bình là 25 ngày. Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (98%), gầy sút cân (52%); co giật (47%), tăng trương lực cơ (56%), dấu hiệu màng não (71%), liệt thần kinh sọ (35,2%), tỷ lệ các mức độ nặng (theo BMRC) I, II, III tương ứng 22,4%, 38,4%, 39,2%. Số lượng tế bào DNT < 100 BC/ml chiếm 53,6%, protein dịch não tủy trung vị 2 g/l (tứ phân vị: 1,4 – 3,8); Natri máu giảm chiếm (87,2 %). Tỷ lệ nuôi cấy và PCR lao dương tính trong DNT là (70,4%). Tổn thương trên MRI sọ não (85,5%), giãn não thất

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2021

Ngày duyệt bài: 22.11.2021