

chúng tôi ngoài can thiệp bằng phương pháp điều trị hướng mục tiêu ở 2 lĩnh vực vận động tri liệu, hoạt động tri liệu, đồng thời can thiệp về ngôn ngữ tri liệu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm PEDI kĩ năng chức năng xã hội cải thiện nhiều hơn khi khả năng giao tiếp ban đầu CFCS của trẻ bại não tốt hơn. Đồng thời điểm PEDI kĩ năng chức năng xã hội cũng cải thiện tốt hơn khi khả năng vận động thô GMFCS và chức năng tay MACS (Mini MACS) tốt hơn. Sự khó khăn về vận động thô và vận động tinh khiến các cử chỉ, dấu hiệu thể hiện giao tiếp bị hạn chế, trẻ khó tiếp cận, khám phá, học hỏi từ môi trường xung quanh³. Do đó, khả năng vận động thô GMFCS và chức năng tay MACS (Mini MACS) cũng liên quan đến khả năng giao tiếp và sự tiến bộ của can thiệp ngôn ngữ tri liệu.

Sau 6 tháng PHCN, 249 mục tiêu GAS về ngôn ngữ tri liệu đã được thiết lập. Tỷ lệ đạt mục tiêu (GAS mức 0,1,2) là 74,7%. Kết quả này cho thấy khi mục tiêu can thiệp dựa trên sự đồng thuận giữa gia đình và nhà chuyên môn, xuất phát từ những nhiệm vụ cụ thể có ý nghĩa trong cuộc sống hàng ngày, có khả năng đạt mục tiêu cao⁸.

V. KẾT LUẬN

Sau 6 tháng phục hồi chức năng bằng phương pháp ngôn ngữ tri liệu (Huấn luyện kĩ năng giao tiếp sớm, kĩ năng hiểu và diễn đạt ngôn ngữ), chức năng xã hội của trẻ bại não thể co cứng dưới 6 tuổi được cải thiện rõ rệt thông

qua tỷ lệ đạt mục tiêu GAS và sự cải thiện điểm của thang đo PEDI kĩ năng chức năng xã hội và PEDI trợ giúp của người chăm sóc - chức năng xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al (2007), A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl;109:8-14.
2. Trần Thị Thu Hà (2002), Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
3. Fran R (2000), Effective SLP Interventions for Children with Cerebral Palsy. Plural Publishing.
4. Vũ Thị Bích Hạp, Đặng Thái Thu Hương (2004), Hướng dẫn thực hành âm ngữ tri liệu. Nhà xuất bản Y học.
5. Sorsdahl AB, Moe-Nilssen R, Kaale HK, Rieber J, Strand LI (2010), Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. BMC Pediatr;10:26.
6. Löwing K, Bexelius A, Carlberg EB. Goal-directed functional therapy (2010), A longitudinal study on gross motor function in children with cerebral palsy. Disabil Rehabil. 2010;32(11):908-916.
7. Ahl LE, Johansson E, Granat T, Carlberg EB (2005), Functional therapy for children with cerebral palsy: an ecological approach. Dev Med Child Neurol;47(9):613-619.
8. Bộ Y tế - Cục quản lý Khám chữa bệnh (2020), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho trẻ bại não. Hướng dẫn về ngôn ngữ tri liệu.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM LRINEC Ở BỆNH NHÂN NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công¹, Trương Minh Thịnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thang điểm LRINEC được đưa ra nhằm phân biệt sớm viêm mạc hoại tử với nhiễm trùng mô mềm khác. Ngoài ra, thang điểm LRINEC còn có thể tiên lượng kết cục xấu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mối liên quan giữa thang điểm LRINEC và viêm mạc hoại tử ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu và mối liên quan giữa thang điểm LRINEC với biến

chứng nhiễm trùng cổ sâu. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu ở 62 trường hợp NTCS được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 12/2019-7/2022, có điểm LRINEC được tính vào thời điểm nhập viện. **Kết quả:** Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm LRINEC của nhóm viêm mạc hoại tử và nhóm không viêm mạc hoại tử (OR=1,21; KTC 95%: 0,96 – 1,53; p=0,1). Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với chẩn đoán viêm mạc hoại tử là không tốt (AUC= 0,6079; KTC 95%: 0,47 – 0,75). Điểm LRINEC có liên quan với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu (OR=1,48; KTC 95%:1,14 - 1,92, p=0,003). Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu là trung bình (AUC=0,7249; KTC 95%: 0,59 – 0,86). với điểm cắt LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 77,1% và độ đặc hiệu 74,1%. **Kết luận:** Thang điểm LRINEC là một công cụ

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congntm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

hữu ích trong việc tiên lượng biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. **Từ khóa:** Nhiễm trùng cổ sâu, viêm mạc hoại tử, thang điểm LRINEC, biến chứng, tiên lượng.

SUMMARY

INVESTIGATION ON THE PROGNOSTIC VALUE OF THE LRINEC SCORE IN PATIENTS WITH DEEP NECK INFECTIONS AT CHO RAY HOSPITAL

Background: The LRINEC score was developed to early distinguish necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. In addition, the LRINEC score can also predict poor outcomes. **Objective:** To investigate the association between the LRINEC score and necrotizing fasciitis in patients with deep neck infections and the association between the LRINEC score and complications of deep neck infections. **Methods:** We did a retrospectively and prospectively descriptive study of 62 cases of deep neck infections treated at Cho Ray Hospital from December 2019 to July 2022, with LRINEC scores calculated at the time of hospital admission. **Results:** There was no statistically significant association between the LRINEC score of the necrotizing fasciitis group and the non-necrotizing fasciitis group (OR=1.21; 95% CI: 0.96–1.53; p=0.1). The prognostic value of the LRINEC score for the diagnosis of necrotizing fasciitis is poor (AUC = 0.6079; 95% CI: 0.47 - 0.75). LRINEC score was associated with complications of deep neck infections (OR=1.48; 95% CI:1.14 - 1.92, p=0.003). The prognostic value of the LRINEC score for complications of deep neck infection is fair (AUC=0.7249; 95% CI: 0.59 - 0.86), with cut-off LRINEC score ≥ 7 having a sensitivity of 77.1% and specificity of 74.1%. **Conclusion:** The LRINEC score is a useful tool in predicting complications of deep neck infections.

Keywords: Deep neck infections, necrotizing fasciitis, LRINEC score, complications, prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạc hoại tử (VMHT) là một nhiễm trùng mô mềm tiến triển nhanh và đe dọa tính mạng, đặc trưng bởi sự hoại tử lớp mạc và mô dưới da. Viêm mạc hoại tử thường gặp ở thành bụng, vùng đáy chậu hoặc tứ chi, ít gặp ở vùng đầu cổ chỉ chiếm 1-10% tổng số ca, nhưng có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao¹. Chẩn đoán sớm VMHT là rất quan trọng để thực hiện phẫu thuật cắt lọc tích cực, giảm biến chứng và tử vong. Tuy nhiên, trên lâm sàng chẩn đoán sớm VMHT vẫn còn là thách thức do các dấu hiệu lâm sàng giai đoạn đầu khó có thể phân biệt với viêm mô tế bào hoặc áp xe. Năm 2004 Wong C. H. và cộng sự² đưa ra thang điểm LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis - Chỉ dấu nguy cơ cận lâm sàng cho viêm mạc hoại tử) nhằm chẩn đoán sớm viêm mạc hoại tử với các nhiễm trùng mô mềm khác. Thang điểm LRINEC

gồm các yếu tố: CRP, bạch cầu, Hemoglobin, Natri máu, Creatinine máu, Glucose máu, nếu tổng điểm ≥ 6 nghi ngờ có VMHT (Bảng 1). Về sau thang điểm LRINEC còn cho thấy giá trị tiên lượng, như thời gian nằm viện kéo dài hơn, sốc nhiễm trùng và tử vong cao hơn ở nhóm bệnh nhân VMHT có điểm LRINEC ≥ 6 ³. Tuy nhiên, thang điểm LRINEC hiện nay vẫn chưa được áp dụng nhiều trên bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu tại Việt Nam. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa thang điểm LRINEC và viêm mạc hoại tử ở bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu và mối liên quan giữa thang điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu.

Bảng 1. Thang điểm LRINEC

Điểm	0	1	2	4
CRP (mg/L)	<150			≥ 150
Bạch cầu (G/L)	<15	15-25	>25	
Hb (g/dL)	>13,5	11-13,5	<11	
Natri máu (mmol/L)	≥ 135		<135	
Creatinine (mg/dL)	$\leq 1,6$		>1,6	
Glucose (mg/dL)	≤ 180	>180		

Tổng điểm tối đa là 13. Điểm ≥ 6 nghi ngờ VMHT, khi điểm ≥ 8 tiên lượng mạnh có VMHT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị NTCS tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2019 đến tháng 7/2022.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Các bệnh nhân được chẩn đoán NTCS và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ 12/2019 đến 7/2022: từ 16 tuổi trở lên, có xét nghiệm: công thức máu, CRP, đường huyết, ion đồ, creatinine máu tại thời điểm nhập viện.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp NTCS sau chấn thương, sau phẫu thuật vùng đầu cổ, các trường hợp không đủ dữ liệu nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, mô tả hàng loạt ca

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ

2.5. Thu thập số liệu. Tiến hành thu thập dữ liệu trong hồ sơ bệnh án theo bảng thu thập số liệu về: đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng (hình ảnh học, sinh hóa), ghi nhận các biến chứng trong thời gian nằm viện. Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định viêm mạc hoại tử gồm triệu chứng lâm sàng như thay đổi màu sắc da đặc trưng và dấu hiệu trong phẫu thuật như hoại tử mạc nông, mỡ hoặc cơ, mũ màu nước cá điển hình, cũng như kết quả giải phẫu bệnh.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu thống kê bằng phần mềm Stata 14.

Các biến số định tính được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %. Các biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn bằng phép kiểm Skewness - Kurtosis. Các biến số định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (đối với phân phối chuẩn) và trung vị, khoảng tứ phân vị (đối với phân phối không chuẩn). Phân tích hồi quy logistic đơn biến điểm LRINEC với viêm mạc hoại tử và điểm LRINEC với biến chứng NTCS. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xác định đường cong ROC và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) để đánh giá khả năng tiên lượng của thang điểm LRINEC với viêm mạc hoại tử và biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. Diện tích dưới đường cong ROC từ 0,6 – 0,7 là không tốt; 0,7 – 0,8 là trung bình; 0,8 – 0,9 là tốt; $> 0,9$ là rất tốt.

2.7. Y đức. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận, mã số 21568 – ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 12/2019 đến 7/2022 có 62 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu.

Nam chiếm 62,9% (39/62) và nữ chiếm 37,1%

3.2. Môi liên quan giữa thang điểm LRINEC với viêm mạc hoại tử

Bảng 2. Môi liên quan giữa các biến số trong LRINEC với viêm mạc hoại tử

Biến số	VMHT	KVMHT	OR	KTC 95%	p
CRP (mg/L)	212,8 ± 114,5	166,1 ± 108,4	1,003	0,99 – 1,008	0,11
Bạch cầu (G/L)	15,0 ± 7,9	13,0 ± 4,5	1,06	0,97 – 1,15	0,21
Hb (g/L)	124,2 ± 19,4	123,9 ± 23,6	1,00	0,98 – 1,02	0,97
Na (mmol/L)	132,0 ± 6,4	133,7 ± 5,6	0,95	0,87 – 1,04	0,28
Creatinine (mg/dL)	0,7 (0,5 – 0,9)	0,8 (0,7 – 1,0)	0,85	0,39 – 1,83	0,67
Glucose (mg/dL)	138,5 (98 – 269)	134 (101 – 307)	0,99	0,996 – 1,004	0,99
Điểm LRINEC	6,0 ± 2,1	5,1 ± 2,4	1,21	0,96 – 1,53	0,10

Nhận xét: Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các biến số CRP, bạch cầu, Hb, Na, Creatinine, Glucose và điểm LRINEC của nhóm viêm mạc hoại tử và nhóm không viêm mạc hoại tử (áp xe và viêm mô tế bào) ($p > 0,05$).

Bảng 3. Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với chẩn đoán viêm mạc hoại tử. Điểm cắt tối ưu là LRINEC ≥ 7

LRINEC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	GTTĐD	GTTĐA
≥6	76,9	47,2	51,3	73,9
≥7	69,2	55,6	52,9	71,4
≥8	46,2	61,1	46,2	61,1

Biểu đồ 1. Đường cong ROC của điểm LRINEC với chẩn đoán viêm mạc hoại tử

(23/62). Tỷ lệ nam/nữ: 1,70.

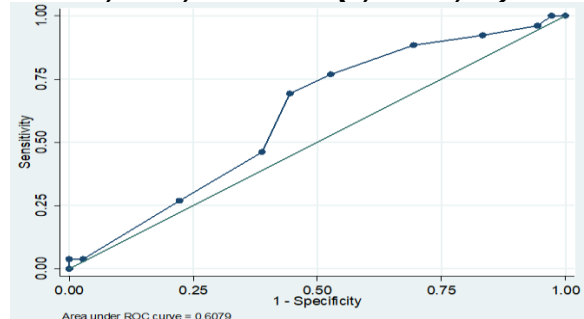
Tuổi trung bình là 56,0 ± 14,3 tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi.

Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng: đau vùng cổ mặt (96,8%), sưng vùng cổ mặt (95,2%), há miệng hạn chế (25,8%), khó thở (22,6%), khó nuốt (21,0%), nuốt đau (19,4%), phù nề họng miệng (16,1), sốt (12,9%), phù nề sàn miệng (11,3%), rối loạn giọng nói (9,7%), đau ngực (8,1%), đau răng (6,5%), đau tai (1,6%). Các triệu chứng muộn cũng gặp là dò mủ ra da, hoại tử da và dấu lép búp dưới da chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,1%, 6,5% và 4,8%.

Trong 62 trường hợp, áp xe chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,4% (35/62), tiếp đến là viêm mạc hoại tử chiếm 41,2% (26/62) và viêm mô tế bào ít gặp nhất chiếm 1,6% (1/62).

Trong dân số nghiên cứu biến chứng nhiễm trùng cổ sâu chiếm tỷ lệ 56,5% (35/62). Biến chứng viêm trung thất thường gặp nhất chiếm 29,0% (18/62), tiếp đến là tắc nghẽn đường thở chiếm 27,4% (17/62), viêm phổi chiếm 19,4% (12/62), nhiễm trùng huyết chiếm 11,3% (7/62), sốc nhiễm trùng chiếm 9,7% (6/62), tràn dịch màng phổi chiếm 6,5% (4/62), thuyên tắc tĩnh mạch cảnh chiếm 1,6% (1/62) và tràn mủ màng phổi chiếm 1,6% (1/62).

từ Diện tích dưới đường cong ROC là 0,6079; KTC 95% (0,47 – 0,75)



Nhận xét: Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với chẩn đoán viêm mạc hoại tử là không

tốt (Diện tích dưới đường cong ROC 0,6079; KTC 95%: 0,47 – 0,75) (Bảng 3, Biểu đồ 1).

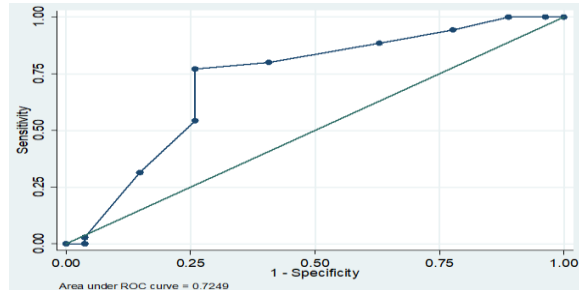
3.2. Mối liên quan giữa thang điểm LRINEC biến chứng nhiễm trùng cổ sâu

Bảng 4. Mối liên quan giữa các biến số trong LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu

Biến số	Biến chứng	Không BC	OR	KTC 95%	p
CRP (mg/L)	230,1 ± 98,5	128,2 ± 104,6	1,01	1,00 – 1,02	0,001
Bạch cầu (G/L)	14,3 ± 7,5	13,2 ± 4,0	1,03	0,95 – 1,12	0,48
Hb (g/L)	120,2 ± 22,8	129 ± 19,6	0,98	0,96 – 1,01	0,12
Na (mmol/L)	132,5 ± 6,09	133,7 ± 5,7	0,96	0,88 – 1,05	0,41
Creatinine (mg/dL)	0,8 (0,5 – 0,9)	0,9 (0,7 – 1,2)	0,46	0,17 – 1,23	0,12
Glucose (mg/dL)	130 (98 – 285)	138 (102 – 308)	0,10	0,996 – 1,003	0,90
Điểm LRINEC	6,3 ± 1,9	4,4 ± 2,5	1,48	1,14 – 1,92	0,003

Nhận xét: CRP và điểm LRINEC có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu (p=0,001 và p=0,003).

Bảng 5. Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. Điểm cắt tối ưu là LRINEC ≥ 7



LRINEC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	GTTĐĐ	GTTĐA
≥6	80,0	59,3	71,8	69,6
≥7	77,1	74,1	79,4	71,4
≥8	54,3	74,1	73,1	55,6

Biểu đồ 2. Đường cong ROC của điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. Diện tích dưới đường cong ROC là 0,7249; KTC 95% (0,59 – 0,86)

Nhận xét: Giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu là trung bình (Diện tích dưới đường cong ROC 0,7249; KTC 95%: 0,59 – 0,86). Điểm cắt tối ưu là LRINEC ≥ 7 với độ nhạy 77,1%, độ đặc hiệu 74,1%, giá trị tiên đoán dương 79,4% và giá trị tiên đoán âm 71,4% (Bảng 5, Biểu đồ 2).

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu hiện tại đối với giá trị của thang điểm LRINEC trong chẩn đoán VMHT có kết quả tương đối khác nhau. Tác giả Sandner ghi nhận thang điểm LRINEC là công cụ rất tốt để phân biệt các trường hợp VMHT với nhiễm trùng mô mềm khác vùng đầu cổ (AUC 0,978; KTC 95%: 0,962 - 0,993) với LRINEC ≥ 6 độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 94%⁴. Tác giả Sideris ghi nhận điểm cắt LRINEC ≥ 6 có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 72,5% trong chẩn đoán viêm mạc

hoại tử vùng đầu cổ và các chỉ số CRP, bạch cầu, glucose máu có giá trị đáng kể hơn trong thang điểm LRINEC⁵. Tác giả Fiorella, M. L. ghi nhận thang điểm LRINEC có thể dùng để chẩn đoán VMHT vùng đầu cổ (AUC 0,716) với điểm cắt tối ưu là LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 54,5%, độ đặc hiệu 84,8%.

Trong khi đó, tác giả Thomas A.J. ghi nhận thang điểm LRINEC không hữu dụng trong phân biệt VMHT vùng đầu cổ với nhiễm trùng mô mềm khác với LRINEC ≥ 6 có độ nhạy 56%, độ đặc hiệu 60%, giá trị tiên đoán dương 25% và giá trị tiên đoán âm 85%⁶. Tác giả Hsiao C. T. nghiên cứu 1003 trường hợp cho thấy LRINEC không phải là công cụ tốt để chẩn đoán viêm mạc hoại tử ở chi (AUC 0,696; KTC 95%: 0,640 – 0,751) với LRINEC ≥ 6 có độ nhạy 43%, độ đặc hiệu 83%⁷. Tại Việt Nam, tác giả Trần Võ Thủy Chung nghiên cứu trên 152 trường hợp nhiễm trùng cổ sâu tại Bệnh viện Chợ Rẫy, viêm mạc hoại tử chiếm tỷ lệ 19,7% (30/152) và ghi nhận điểm LRINEC không phải là công cụ tốt để chẩn đoán viêm mạc hoại tử (AUC=0,66), LRINEC ≥ 6 có độ nhạy 40%, độ đặc hiệu 73,8%; LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 33,3%, độ đặc hiệu 84,4%; LRINEC ≥ 8 có độ nhạy 26,7%, độ đặc hiệu 91%. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC trong chẩn đoán viêm mạc hoại tử là không tốt (Diện tích dưới đường cong ROC 0,6079; KTC 95%: 0,47 – 0,75), với điểm cắt tối ưu LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 69,2%, độ đặc hiệu 55,6%. Do không có tiêu chuẩn vàng duy nhất để chẩn đoán VMHT, nên bác sĩ Tai Mũi Họng phải xem xét kỹ bệnh sử, triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng, kết quả hình ảnh học và xét nghiệm để đưa đến chẩn đoán VMHT.

Đối với giá trị của thang điểm LRINEC trong tiên lượng kết cục xấu, tác giả Fiorella, M. L. ghi nhận giá trị của thang điểm LRINEC là không tốt trong tiên lượng nhiễm trùng huyết/sốc nhiễm trùng (AUC 0,672), với điểm cắt tối ưu là LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 42,6%, độ đặc hiệu 86,1%⁸.

Trong khi đó, Tác giả El-Menyar nghiên cứu trên 294 trường hợp VMHT, ghi nhận nhóm bệnh nhân LRINEC ≥ 6 có điểm SOFA cao hơn, sốc nhiễm trùng, thời gian nằm viện dài và tử vong cao hơn so với nhóm LRINEC < 6 ($p < 0,001$ ở các biến)³. Ở nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị tiên lượng của thang điểm LRINEC với biến chứng nhiễm trùng cổ sâu là trung bình (AUC=0,7249; KTC 95%: 0,59 – 0,86), với điểm cắt LRINEC ≥ 7 có độ nhạy 77,1% và độ đặc hiệu 74,1%. Do đó, thang điểm LRINEC có thể dùng để tiên lượng biến chứng nhiễm trùng cổ sâu và phân loại những bệnh nhân có nguy cơ cao. Tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu sâu hơn để đánh giá thang điểm LRINEC trong tiên lượng kết cục xấu.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm LRINEC là một công cụ hữu ích trong việc tiên lượng biến chứng nhiễm trùng cổ sâu. Điểm LRINEC ≥ 7 lúc nhập viện là một dấu hiệu tiên lượng biến chứng và có thể đơn giản giúp xác định bệnh nhân nhiễm trùng cổ sâu có nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oguz H, Yilmaz MS.** Diagnosis and management of necrotizing fasciitis of the head and neck. *Curr Infect Dis Rep.* Apr 2012;14(2):161-5. doi:10.1007/s11908-012-0240-1
2. **Wong CH, Khin LW, Heng KS, Tan KC, Low CO.** The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing

- necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. *Crit Care Med.* Jul 2004; 32(7):1535-41. doi:10.1097/01.ccm.0000129486.35458.7d
3. **El-Menyar A, Asim M, Mudali IN, Mekkodathil A, Latifi R, Al-Thani H.** The laboratory risk indicator for necrotizing fasciitis (LRINEC) scoring: the diagnostic and potential prognostic role. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* Mar 7 2017;25(1):28. doi:10.1186/s13049-017-0359-z
4. **Sandner A, Moritz S, Unverzagt S, Plontke SK, Metz D.** Cervical Necrotizing Fasciitis--The Value of the Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis Score as an Indicative Parameter. *J Oral Maxillofac Surg.* Dec 2015;73(12):2319-33. doi:10.1016/j.joms.2015.05.035
5. **Sideris G, Sapountzi M, Malamas V, Papadimitriou N, Maragkoudakis P, Delides A.** Early detecting cervical necrotizing fasciitis from deep neck infections: a study of 550 patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* Feb 9 2021;doi:10.1007/s00405-021-06653-4
6. **Thomas AJ, Meyer TK.** Retrospective evaluation of laboratory-based diagnostic tools for cervical necrotizing fasciitis. *Laryngoscope.* Dec 2012;122(12):2683-7. doi:10.1002/lary.23680
7. **Hsiao CT, Chang CP, Huang TY, Chen YC, Fann WC.** Prospective Validation of the Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) Score for Necrotizing Fasciitis of the Extremities. *PLoS One.* 2020;15(1):e0227748. doi:10.1371/journal.pone.0227748
8. **Fiorella ML, Greco P, Madami LM, Giannico OV, Pontillo V, Quaranta N.** New laboratory predictive tools in deep neck space infections. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* Oct 2020;40(5):332-337. doi:10.14639/0392-100x-n0790

ỨNG DỤNG CLVT 64 DÂY CÓ DỰNG HÌNH MẠCH MÁU ĐÁNH GIÁ GIẢI PHẪU NGÃ BA CHỦ CHẬU TRONG PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO CSTL CÙNG L5S1

Trần Đình Toàn^{1,2}, Nguyễn Văn Thạch², Nguyễn Lê Bảo Tiến²

TÓM TẮT

Xác định hiệu quả chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong đánh giá giải phẫu phía trước cột sống ở những bệnh nhân phẫu thuật cột sống thắt lưng đường trước. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 56 bệnh nhân được chụp CT 64 dãy ổ bụng có dựng hình hệ mạch ngã 3 chủ chậu tại bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Trong tổng số 56 bệnh nhân có 29 nữ và 27 nam, tuổi trung bình là 41,3. Trong tổng số

bệnh nhân nghiên cứu có 21 bệnh nhân được phẫu thuật cột sống đường trước chiếm tỷ lệ 37,5% và 1 bệnh nhân có chỗ chia tĩnh mạch ngang đĩa đệm L5S1 gây khó khăn trong phẫu thuật. Chỗ chia hay gặp trong động mạch là ngang thân đốt L4 chiếm 42,8%, trong khi chỗ chia hay gặp của tĩnh mạch là ngang đĩa đệm L45 chiếm 57,1%. **Kết luận:** MSCT rất có giá trị trong đánh giá giải phẫu, biến thể, bất thường động mạch, tĩnh mạch thận ngã 3 chủ chậu. Đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật cột sống thắt lưng đường trước, giúp các nhà phẫu thuật có kế hoạch trước mổ về đường mổ cũng như chuẩn bị trước các vật liệu có thể xử trí kịp thời trong khi phẫu thuật.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, thay đĩa đệm nhân tạo, phẫu thuật đường trước.

SUMMARY

64 SLICE CT ARRAYS APPLICATION WITH

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Toàn

Email: tdtoancs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023