

- Khoảng cách test đi bộ 6 phút có tương quan đồng biến yếu với chức năng thể lực ($r = 0,132$; $p < 0,05$) và hoạt động thể lực ($r = 0,120$; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wu Z, McGoogan JM.** Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama.* 2020;323(13):1239-1242.
2. **National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines.** In: COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Copyright © NICE 2020.; 2020.
3. **Taquet M, Dercon Q.** Incidence, co-occurrence, and evolution of long-COVID features: A 6-month retrospective cohort study of 273,618 survivors of COVID-19. 2021;18(9):e1003773.
4. **Hastie CE, Lowe DJ, McAuley A, et al.** Outcomes among confirmed cases and a matched comparison group in the Long-COVID in Scotland study. *Nature Communications.* 2022;13(1):5663.
5. **Chen KY, Li T, Gong FH, Zhang JS, Li XK.** Predictors of Health-Related Quality of Life and Influencing Factors for COVID-19 Patients, a Follow-Up at One Month. *Frontiers in psychiatry.* 2020;11:668.
6. **Raman B, Cassar MP, Tunncliffe EM, et al.** Medium-term effects of SARS-CoV-2 infection on multiple vital organs, exercise capacity, cognition, quality of life and mental health, post-hospital discharge. *EclinicalMedicine.* 2021;31:100683.
7. **Rass V, Ianosi B-A, Zamarian L, et al.** Factors associated with impaired quality of life three months after being diagnosed with COVID-19. *Quality of Life Research.* 2022;31(5):1401-1414.
8. **Zhou F, Tao M, Shang L, et al.** Assessment of Sequelae of COVID-19 Nearly 1 Year After Diagnosis. *Frontiers in medicine.* 2021;8:717194.

ĐÁNH GIÁ SỰ KẾT HỢP BA CHỈ SỐ PROCALCITONIN, PROTEIN PHẢN ỨNG C VÀ D-DIMER TRONG TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHÚ THỌ

Vi Quốc Hương¹, Lê Quốc Tuấn², Lê Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự kết hợp 3 chỉ số procalcitonin, CRP và D-dimer trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 62 bệnh nhân VTC điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023. Phương pháp nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng VTC thể nặng: AUC: 0,734, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5%, độ đặc hiệu là 59,3%. 95% CI: 0,568 – 0,9. **Kết luận:** Sự kết hợp procalcitonin, CRP và D dimer có giá trị trong tiên lượng VTC vừa và nặng.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tiên lượng, procalcitonin, CRP, D dimer.

SUMMARY

EVALUATE THE COMBINATION OF PROCALCITONIN, C-REACTIVE PROTEIN AND D-DIMER IN PREDICTING THE

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trung tâm Y tế Thanh Ba

Chịu trách nhiệm chính: Vi Quốc Hương

Email: qhuongbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS PATIENTS TREATED AT PHU THO GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the combination of PCT, CRP and D-dimer in predicting the severity of acute pancreatitis patients treated at Phu Tho General Hospital. Subjects and methods: Including 62 patients with acute pancreatitis treated at Phu Tho General Hospital from October 2022 to June 2023. Descriptive, cross-sectional, prospective study. **Results:** The value of the combination of CRP, Procalcitonin and D-Dimer in the prognosis of severe acute pancreatitis: AUC: 0.734, the cut-off point was 2.7, the sensitivity was 87.5%, the specificity was 59.3%. 95% CI: 0.568 – 0.9. **Conclusion:** The combination of procalcitonin, CRP and D dimer is valuable in the prognosis of moderate and severe acute pancreatitis.

Keywords: Acute pancreatitis, prognosis, procalcitonin, CRP, D dimer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm xảy ra ở tuyến tụy, bệnh tử mức độ nhẹ đến suy đa tạng và tử vong. Theo thống kê toàn cầu có 2.814.972,3 trường hợp VTC; với tỷ lệ tử vong 1,4/100.000 dân vào năm 2019. VTC là bệnh lý đường tiêu hóa hay gặp ở Hoa Kỳ, và tổng chi phí cho điều trị VTC là hơn 2 tỷ đô la [5]. Đánh giá mức độ nặng VTC có ý nghĩa rất quan trọng

đối với điều trị bệnh. Có nhiều thang điểm tiên lượng mức độ nặng của VTC như: RANSON, IMRIE, APACHE II...các thang điểm này phức tạp và khó áp dụng rộng rãi. Protein phản ứng với C (CRP) đang được khuyến cáo là xét nghiệm đánh giá mức độ và tiên lượng của VTC. Procalcitonin (PCT) có thể đánh giá được mức độ nặng của VTC trước khi có suy tạng. D-dimer là sản phẩm thoái biến của fibrin. Rối loạn đông máu có thể xảy ra vài giờ sau khi đau, thường gặp ở VTC nặng. Để đánh giá mức độ nặng của VTC có thể sử dụng kết hợp các chỉ thị viêm và đông máu như PCT, CRP và D-dimer đã được chứng minh là hữu ích để tiên lượng VTC. Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ chưa có nghiên cứu kết hợp 3 chỉ số này để phân tầng nguy cơ VTC. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá sự kết hợp 3 chỉ số PCT, CRP và D-dimer trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 62 bệnh nhân VTC điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Những bệnh nhân VTC được chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 [4]. Chẩn đoán VTC khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn (trong đó tiêu chuẩn lâm sàng là bắt buộc):

- Lâm sàng: Cơ đau bụng cấp điển hình kiểu viêm tụy
- Amylase máu và hoặc Lipase máu tăng tối thiểu 3 lần giới hạn trên của mức bình thường.
- Có hình ảnh điển hình của VTC trên siêu âm bụng và hoặc CLVT ổ bụng và/hoặc cộng hưởng từ bụng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã sử dụng thuốc chống viêm và thuốc miễn dịch trong tháng vừa qua; bệnh nhân đang điều trị các bệnh thấp khớp, ung thư, chấn thương nặng, bệnh lao và các bệnh tâm thần kinh.
- Bệnh nhân dưới 18 tuổi; bệnh nhân mang thai hoặc cho con bú
- Viêm tụy mạn đợt cấp.
- BN VTC nhưng kèm theo bệnh lý mạn tính trước đó như: đái tháo đường, suy tim, suy thận mạn, xơ gan giai đoạn Child- Pugh B, C...
- BN đang có viêm nhiễm ở các cơ quan khác làm ảnh hưởng kết quả CRP, PCT.
- VTC đến muộn sau 72 giờ.
- BN không hợp tác nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang, tiến cứu. chọn mẫu thuận tiện theo chủ đích.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Giá trị của PCT 48h, CRP 48h, D-dimer 48h và mô hình 3 tham số để dự đoán viêm tụy cấp vừa và nặng.

Bảng giá trị tham chiếu 3 chỉ số PCT, CRP, D-dimer

Chỉ tiêu	Giá trị bình thường
Procalcitonin (ng/mL)	0,05
CRP (mg/L)	< 5
D-dimer (mg/L)	< 0,5

Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu, được nhập liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1. Xử lý bằng chương trình IBM SPSS 25.0, ý nghĩa các thuật toán được nhận định theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: VTC vừa và nặng (64,5%) nhiều hơn VTC nhẹ (35,5%). Số BN nam (82,3%) mắc nhiều hơn nữ (17,7%). Tuổi trung bình của nhóm VTC nhẹ là 49,5 ± 12,7 và của nhóm VTC vừa và nặng là 48,2 ± 11,4.

Bảng 1. Giá trị của chỉ số CRP trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng

Chỉ số	Viêm tụy cấp mức độ nặng					
	AUC	P	95% CI	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
CRP	0,789	< 0,01	0,641-0,938	108,3	75%	81%

Nhận xét: Giá trị của chỉ số CRP trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng: AUC: 0,789, điểm cắt là 108,3, độ nhạy là 75%, độ đặc hiệu là 81%. 95% CI: 0,641-0,938.

Bảng 2. Giá trị của chỉ số Procalcitonin trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng

Chỉ số	Viêm tụy cấp mức độ nặng					
	AUC	P	95% CI	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Procalcitonin	0,722	< 0,05	0,566 – 0,879	0,33	75%	74,1%

Nhận xét: Giá trị của chỉ số Procalcitonin trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng: AUC: 0,722, điểm cắt là 0,33, độ nhạy là 75%, độ đặc hiệu là 74,1%. 95% CI: 0,566 – 0,879.

Bảng 3. Giá trị của chỉ số D-dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng

Chỉ số	Viêm tụy cấp mức độ nặng					
	AUC	P	95% CI	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu

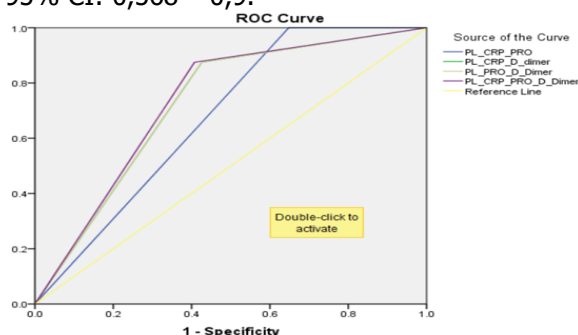
D-dimer	0,838	<0,01	0,64 - 1	2,7	87,5%	87%
----------------	-------	-------	----------	-----	-------	-----

Nhận xét: Giá trị của chỉ số D-dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp mức độ nặng: AUC: 0,838, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5, độ đặc hiệu là 87%. 95% CI: 0,64 - 1.

Bảng 4. Giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp thể nặng

Chỉ số	Viêm tụy cấp mức độ nặng				
	AUC	P	95%CI	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
CRP, Procalcitonin	0,676	> 0,05	0,517 – 0,835	0	0
CRP, D-Dimer	0,725	< 0,05	0,557 – 0,892	87,5%	57,4%
Procalcitonin, D-Dimer	0,725	< 0,05	0,557 – 0,892	87,5%	57,4%
CRP, Procalcitonin và D-Dimer	0,734	< 0,05	0,568 – 0,9	87,5%	59,3%

Nhận xét: Giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp thể nặng: AUC: 0,734, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5%, độ đặc hiệu là 59,3%. 95% CI: 0,568 – 0,9.



Hình 1. Đường cong ROC giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp thể nặng

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Số BN nam (82,3%) mắc nhiều hơn nữ (17,7%). Tuổi trung bình của nhóm VTC nhẹ là $49,5 \pm 12,7$ và của nhóm VTC vừa và nặng là $48,2 \pm 11,4$. Theo Võ Duy Thông và cs tuổi trung bình của bệnh nhân là $49,9 \pm 17,2$ [2]. Hồ Thanh Nhật Trường và cs, đa số bệnh nhân ở độ tuổi < 60 (84,6%), nam giới cao gấp 2,9 lần nữ giới [3]. Lê Phúc Trường Thịnh, nam 77%, nữ 23% [1]. Khan Md. Nazmus Saqeb (2021) 57,3% là nam giới [7].

VTC nặng có biểu hiện lâm sàng phức tạp và tỷ lệ tử vong cao. Dự đoán sớm mức độ nặng của VTC sẽ giúp các bác sĩ điều trị chính xác hơn và nâng cao hiệu quả can thiệp. Nghiên cứu này nhằm mục đích xây dựng một mô hình tổng hợp có thể dự đoán VTC bằng cách sử dụng các dấu ấn viêm và chỉ thị đông máu. Kết quả nghiên cứu của đề tài chúng tôi quan sát thấy giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng viêm tụy cấp thể nặng: AUC: 0,734, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5%, độ đặc hiệu là 59,3%. 95% CI: 0,568 – 0,9.

He Q và cs (2022) ghi nhận diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu, chỉ số Youden và giá trị của mô hình 3 tham số CRP, Procalcitonin và D-Dimer để dự đoán VTC vừa và nặng lần lượt là 0,853 (95%CI, 0,804–0,903), 84,71%, 70,59%, 55,30% và 0,2833. Độ nhạy của mô hình 3 tham số cao hơn so với MCTSI (84%), điểm Ranson (73,53%), điểm BISAP (56,47%), điểm APACHE II (27,65%), điểm Marshall sửa đổi (17,06%) và điểm SIRS (78,24%); độ đặc hiệu cao hơn MCTSI (52,94%) và điểm Ranson (67,65%), nhưng thấp hơn điểm BISAP (73,53%), điểm APACHE II (76,47%), điểm Marshall sửa đổi (100%) và điểm SIRS (100%). Mô hình tham số được xây dựng bằng cách sử dụng procalcitonin, CRP và D dimer có thể được coi là một mô hình để tiên lượng VTC vừa và nặng [6].

V. KẾT LUẬN

Giá trị của chỉ số CRP trong tiên lượng VTC mức độ nặng: AUC: 0,789, điểm cắt là 108,3, độ nhạy là 75%, độ đặc hiệu là 81%. 95% CI: 0,641-0,938.

Giá trị của chỉ số Procalcitonin trong tiên lượng VTC mức độ nặng: AUC: 0,722, điểm cắt là 0,33, độ nhạy là 75%, độ đặc hiệu là 74,1%. 95% CI: 0,566 – 0,879.

Giá trị của chỉ số D-dimer trong tiên lượng VTC mức độ nặng: AUC: 0,838, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5, độ đặc hiệu là 87%. 95% CI: 0,64 - 1.

Giá trị của của kết hợp 3 chỉ số CRP, Procalcitonin và D-Dimer trong tiên lượng VTC thể nặng: AUC: 0,734, điểm cắt là 2,7, độ nhạy là 87,5%, độ đặc hiệu là 59,3%. 95% CI: 0,568 – 0,9.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Phúc Trường Thịnh, Tạ Văn Trâm** (2018) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang". Y Học TP. Hồ Chí Minh 22 (5)
- Võ Duy Thông, và cs** (2019) "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy

- cấp tại Bệnh Viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh". Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 23 (6)
- Hồ Thanh Nhật Trường, và cs** (2023) "Tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp do tăng triglycerid". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (56), 115-120.
 - Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al** (2013) "Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus". Gut, 62 (1), 102-11.
 - Chang-li Li, Meng Jiang, Chun-qiu Pan, et al** (2021) "The global, regional, and national burden of acute pancreatitis in 204 countries and territories, 1990–2019". BMC Gastroenterol, 21, 332.
 - He Q, Ding J, He S, et al** (2022) "The predictive value of procalcitonin combined with C-reactive protein and D dimer in moderately severe and severe acute pancreatitis ". Eur J Gastroenterol Hepatol, 34 (7), 744-750.
 - Khan Md. Nazmus Saqeb** (2021) "Serum Procalcitonin in the Prediction of Severity and Outcome of Acute Pancreatitis". Bangladesh Crit Care J 9(1), 16-21.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN U TẾ BÀO THẦN KINH ĐỆM ĐỘ III

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Đức Liên²,
Ngô Quang Hùng³, Nguyễn Thành Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tế bào thần kinh đệm độ III tại Bệnh viện K Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 18 bệnh nhân u tế bào thần kinh đệm độ III được phẫu thuật, làm các xét nghiệm cận lâm sàng tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** tuổi mắc trung bình của bệnh nhân là 42,1 ± 11,4 tuổi. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (55,6%). Bệnh nhân thường có triệu chứng chủ yếu là đau đầu (88,9%), buồn nôn và nôn (22,2%), chóng mặt (22,2%), liệt nửa người (16,7%). Khi nhập viện cho thấy có 61,1% trường hợp có điểm Karnofsky >80 điểm. Tỷ lệ đột biến gen IDH ở những bệnh nhân nghiên cứu là 66,7%. **Kết luận:** U tế bào thần kinh đệm độ III có tuổi mắc bệnh thường ngoài 40, triệu chứng chủ yếu là đau đầu, buồn nôn và nôn. Bệnh nhân lúc vào viện thường có thể trạng tốt. Đột biến gen IDH thường xảy ra ở u tế bào thần kinh đệm độ III với tỷ lệ cao.

Từ khóa: u tế bào thần kinh đệm độ III, u tế bào hình sao kém biệt hóa, u tế bào thần kinh đệm kém biệt hóa.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATTERNS WITH GRADE III GLIOMA

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with grade III glioma at K Central Hospital. **Subjects and**

methods: Cross-sectional tissue study on 18 patients with grade III glioma undergoing surgery, performing subclinical tests at K Central Hospital, Tan Trieu campus, from January 2019 to December 2020. **Results:** the mean age of patients was 42.1 ± 11.4 years old. The proportion of men is higher than that of women (55.6%). The main symptoms of patients are headache (88.9%), nausea and vomiting (22.2%), dizziness (22.2%), and hemiplegia (16.7%). On admission, 61.1% of cases had Karnofsky scores >80 points. The rate of IDH gene mutation in the studied patients was 66.7%. **Conclusion:** Glioblastoma grade III is usually over 40 years old; the main symptoms are headache, nausea, and vomiting. Patients on admission are generally in good condition. IDH gene mutations often occur in grade III gliomas at a high rate. **Keywords:** grade III glioma, anaplastic astrocytoma anaplastic oligodendroglioma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tế bào thần kinh đệm là u nguyên phát trong trục hay gặp nhất, chiếm khoảng 40-70% các u nguyên phát nội, tỷ lệ mắc mới hằng năm của u tế bào thần kinh đệm độ III khoảng 3,2/100.000 dân, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại u não ác tính nguyên phát, bệnh tiến triển rất nhanh, người bệnh chỉ có thời gian sống trung bình từ 6 tháng tới 1 năm mặc dù đã được điều trị rất tích cực và tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ ở mức 5,5% [1].

U thần kinh đệm ác tính bao gồm các khối u độ III, độ IV. U tế bào hình sao kém biệt hóa (Anaplastic Astrocytoma) là khối u thần kinh đệm độ II thường gặp nhất, tỷ lệ mắc của chúng là 4/100.000, và chúng chiếm khoảng 2% tổng số các khối u ác tính ở người lớn [2]. Hiện nay, tại Việt Nam, dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng về các khối u thần kinh đệm độ III còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả

¹Bệnh viện Quân Y 103. Học Viện Quân Y

²Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

³Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Bắc

Email: bacnt103@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023