

Vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát gặp nhiều nhất là ổ bụng (36,7%), hô hấp (26,5%), không rõ ổ nhiễm khuẩn (23,5%), da, mô mềm (12,2%), thần kinh trung ương ít gặp nhất (1,1%).

Các căn nguyên gây bệnh là E. coli (chiếm 33,4%), S. suis và K.pneumonia, B. pseudomallei chiếm 13,3%, còn S. aureus và Salmonella là 6,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Levinson, A.T., B.P. Casserly, and M. Levy, (2011). Reducing Mortality in Severe Sepsis and Septic Shock. *Semin Respir Crit Care Med*, 32(02), 195-205.
2. Dellinger, R.P., M.M. Levy, A. Rhodes, et al., (2013). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012. *Intensive Care Medicine*, 39(2), 165-228.
3. Giang, B.T.H., (2016). Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở

- người bệnh sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; .
4. Trần Văn Quý, (2019). Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn điều trị tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; .
 5. Beck, V., D. Chateau, G. Bryson, et al., (2014). Timing of vasopressor initiation and mortality in septic shock: A cohort study. *Critical care (London, England)*, 18, R97.
 6. Singer, M., C.S. Deutschman, C.W. Seymour, et al., (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-810.
 7. Trần Minh Điển, (2008). Nghiên cứu mối tương quan giữa nồng độ procacitonin huyết tương với mức độ nặng nhiễm khuẩn. Đại học Y Hà Nội; .
 8. De Backer, D., J. Creteur, M.-J. Dubois, et al., (2006). The effects of dobutamine on microcirculatory alterations in patients with septic shock are independent of its systemic effects. *Critical care medicine*, 34(2), 403-408.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TẠI NGÀY THỨ 28 TRÊN BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Bùi Thị Hương Giang^{1,2}, Đoàn Duy Thành¹, Nguyễn Tú Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sốc nhiễm khuẩn (SNK) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các đơn vị hồi sức tích cực với rối loạn sinh lý bệnh đặc trưng là tình trạng suy giảm chức năng đa cơ quan gây ra bởi sự đáp ứng mất điều hòa của cơ thể đối với nhiễm trùng. Việc tiên lượng khả năng tử vong của với một trường hợp bệnh nhân SNK có vai trò quan trọng trong việc đưa ra các quyết định điều trị. Nghiên cứu này nhằm nhận xét khả năng dự đoán tử vong của một số yếu tố trong điều trị tại ngày 28 trên bệnh nhân SNK. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân được chẩn đoán SNK và điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 08/2022 đến tháng 07/2023. **Kết quả:** Trong 200 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, bệnh nhân nam chiếm 65,5%, bệnh nhân nữ chiếm 34,5%. Tuổi trung bình các bệnh nhân nghiên cứu là 58,27 ± 18,42 tuổi, lớn nhất là 91 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, điểm SOFA trung vị là 11 (thấp nhất 4, cao nhất 20), điểm APACHE II trung vị: 18 (thấp nhất 3 cao nhất 47), lactat máu: 3 mmol/l (0,7 – 20mmol/l) và procalcitonin máu: 25,15 ng/ml (0,324–100ng/ml), albumin huyết thanh: 26,3 g/l (11,3 - 45,6 g/l). Trong nghiên cứu, SNK với ổ nhiễm khuẩn khởi phát từ

đường hô hấp là chủ yếu với 51% và có tỷ lệ tương vong tương đương với $p < 0,05$. Điểm SOFA, điểm APACHE II có khả năng dự đoán tử vong ngày thứ 28 với AUC: 0,683 và 0,706. Các chỉ số: pro-calcitonin, lactat máu ít có khả năng dự đoán kết cục tử vong với AUC: 0,557 và 0,623. Nồng độ albumin huyết thanh có khả năng dự đoán kết cục tử vong ngày 28 thấp với AUC: 0,369, tuy nhiên albumin huyết thanh dưới 25g/l là yếu tố nguy cơ của tử vong với OR sống/tử vong: 0,425, $p < 0,05$. **Kết luận:** Các thang điểm SOFA, APACHE II đều có khả năng dự đoán tử vong tại ngày 28 trong điều trị SNK, các chỉ số pro-calcitonin, lactat máu có khả năng dự đoán nhưng mức độ thấp. Nồng độ albumin huyết thanh không có khả năng tiên lượng tử vong tại ngày 28. Yếu tố albumin huyết thanh thấp là một yếu tố tiên lượng nặng trong điều trị. **Từ khóa:** sốc nhiễm khuẩn, giảm albumin huyết thanh, rối loạn albumin huyết thanh, dự đoán kết cục điều trị trong shock nhiễm khuẩn.

SUMMARY

SOME FACTORS PROGNOSIS OF MORTALITY AT DAY 28 IN PATIENT WITH SEPTIC SHOCK

Objectives: Septic shock is one of the leading causes of death and disability in intensive care units with a pathophysiological disorder characterized by multi-organ dysfunction caused by body respond to infection, so that predicting the risk of mortality was an important role in making treatment decisions. This study aims to evaluate the ability of some factors to predict mortality at day 28 in patients with septic shock. **Methods:** A cross-sectional description study, data was collected on 200 patients diagnosed with septic shock and treated at the Intensive Care Center

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Giang

Email: giangbth2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

of Bach Mai Hospital during the period from August 2022 to July 2023. **Results:** A 200-patients study with the ratio male/female: 2:1, mean age: 58.27 ± 18.42, the common classification of age is 60-80 years old. The most common cause of septic shock was respiratory infection (51%) and has no difference about mortality rate in each causes. The mean albumin concentration: 26.3 ± 5.85 g/l (11.3- 45.6 g/l), SOFA score median: 11 (min:4, max: 20), APACHE II median: 18 (min: 3, max: 47), the median Pro-calciton concentration: 25,15 (min:0,324 – max:100), the median Lactat concentration: 3 (min:0,7 – max:20). SOFA score and APACHE II score have the ability to predict mortality on day 28 with AUC: 0.683 and 0.706. The concentration pro-calcitonin and lactate were less likely to predict mortality with AUC: 0.557 and 0.623. Albumin's ability to predict death on day 28 is low with AUC: 0.369, however the albumin concentration less than 25g/l is a risk factor for death with OR alive/dead: 0.425, p<0.05. **Conclusion:** The SOFA SCORES and APACHE II SCORES are both capable of predicting death at day 28 in septic shock, and the pro-calcitonium concentration and lactate concentration are capable of lower-level predicting. The albumin concentration was not predict mortality at day 28. The low albumin concentration is a prognostic factor in treatment. **Keywords:** Septic shock, hypoalbumina, albumin classification, Predict treatment outcomes in septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn được định nghĩa là một phân nhóm của nhiễm khuẩn nặng trong đó có sự hiện diện của những bất thường đặc biệt nặng nề về tuần hoàn, chuyển hóa tế bào. Trên lâm sàng, chẩn đoán SNK khi bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng cần phải sử dụng các thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình ≥ 65 mmHg và có nồng độ lactat huyết thanh > 2 mmol/l (>18mg/dl) sau khi đã bù đầy đủ thể tích tuần hoàn. SNK là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các đơn vị hồi sức tích cực với rối loạn sinh lý bệnh đặc trưng là tình trạng suy giảm chức năng đa cơ quan gây ra bởi sự đáp ứng mất điều hòa của cơ thể đối với nhiễm trùng. Mặc dù có nhiều biện pháp điều trị hồi sức tích cực, hướng dẫn điều trị được cập nhật tuy nhiên tỉ lệ tử vong do SNK ở người lớn vẫn rất cao lên tới 30%-50%.^{1 2} Vì vậy, việc tiên lượng được sớm rủi ro trong điều trị là vấn đề quan trọng với các nhà lâm sàng để lên kế hoạch điều trị phù hợp. Trên thế giới, đã có nhiều thang điểm, chỉ số được sử dụng để tiên lượng mức độ nặng cũng như nguy cơ tử vong trong 28 ngày của bệnh nhân SNK trong đó vai trò của các thang điểm SOFA và APACHE II hay của các chỉ số như nồng độ lactat máu hay nồng độ pro-calcitonin máu đã được chứng minh và khẳng định được giá trị tiên lượng trong tử vong ngày

thứ 28 của SNK, ngoài ra gần đây vai trò của nồng độ albumin huyết thanh cũng được coi như là một chỉ dấu sinh học cho vấn đề này.³ Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về sự kết hợp các phương pháp này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Nhận xét một số yếu tố tiên lượng tử vong tại ngày thứ 28 trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Các bệnh nhân trên 18 tuổi nhập Trung tâm Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán SNK theo tiêu chuẩn SEPSIS 3-2016 của Surviving Sepsis Campaign.⁴

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân được truyền albumin hoặc các chế phẩm liên quan albumin trong vòng 21 ngày trước thời điểm nhập khoa.

+ Bệnh nhân có các bệnh đồng mắc gây tình trạng giảm nặng albumin huyết thanh như xơ gan (điểm Child-Pugh: C) hoặc hội chứng thận hư giai đoạn kháng trị.

+ Bệnh nhân có thai hoặc mắc các bệnh mạn tính giai đoạn cuối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân SNK đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 8/2022 đến tháng 7/2023.

- **Địa điểm nghiên cứu:** trung tâm Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Bệnh nhân vào Trung tâm được chẩn đoán tình trạng SNK theo tiêu chuẩn lựa chọn và được tiến hành điều trị theo phác đồ được áp dụng tại Trung tâm Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai.

+ Lựa chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, được tiến hành xét nghiệm nồng độ albumin huyết thanh và các xét nghiệm theo thiết kế nghiên cứu.

+ Tiến hành ghi nhận các chỉ số về albumin huyết thanh, các thông số lâm sàng và cận lâm sàng vào bệnh án nghiên cứu.

+ Theo dõi đáp ứng tình trạng bệnh nhân, ghi nhận kết quả điều trị tại thời điểm ra viện.

+ Sử dụng điện thoại liên hệ, đánh giá kết cục tại ngày 28 sau ra viện, ghi chép vào bệnh án nghiên cứu.

2.3. Phân tích số liệu

- Các dữ liệu được thu thập, lưu trữ và xử lý

bảng phần mềm thống kê y học SPSS 20.00.

- Các thuật toán sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, tính giá trị trung vị với giá trị tối đa, tối thiểu, so sánh tỷ lệ với test kiểm định T-test, Mann-Whitney test. Khoảng tin cậy 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

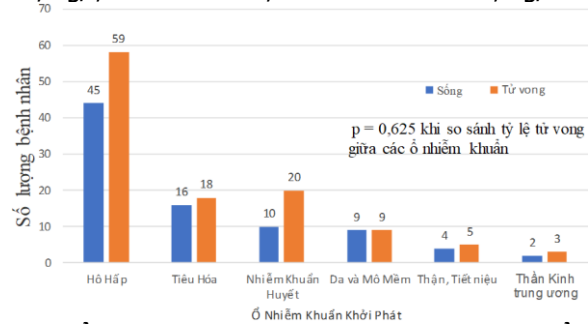
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 8/2022 đến 7/2023 có 200 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu trong đó bệnh nhân nam chiếm 65,5%, bệnh nhân nữ chiếm 34,5%. Tỷ lệ tử vong tại ngày 28 của nghiên cứu là tương đối cao là 57% (114 bệnh nhân).

Bảng 1. Đặc điểm sốc nhiễm trùng khi nhập viện

Chỉ số	Giá trị trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị cao nhất
Điểm SOFA (điểm)	11	4	20
Điểm APACHE II (điểm)	18	3	47
Nồng độ Lactat máu (mmol/l)	3	0,70	20
Nồng độ Pro-calcitonin (ng/ml)	25,15	0,324	100
Nồng độ Albumin huyết thanh (g/l)	26,3	11,3	45,6
n = 200			

Nhận xét: Các thông số bệnh nhân khi nhập viện đều ở mức độ nặng, có sự tương đồng về phân loại giữa các điểm SOFA và APACHE II của bệnh nhân khi vào nghiên cứu, đồng thời cũng ghi nhận sự giảm albumin huyết thanh tại thời điểm nhập viện với albumin giá trị trung vị là 26,3 g/l, lớn nhất là 45,6 và nhỏ nhất là 26,3 g/l.

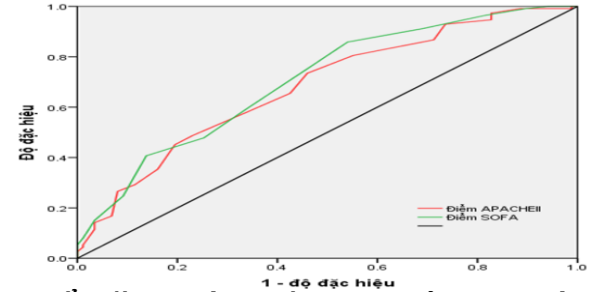


Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong ngày 28 theo ổ nhiễm khuẩn khởi phát

	AUC	Cut-off	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Điểm APACHE	0,683	16,5	73,7	55
Điểm SOFA	0,706	9,5	86	47
$p < 0,05$				

Nhận xét: SNK với ổ nhiễm khuẩn khởi phát

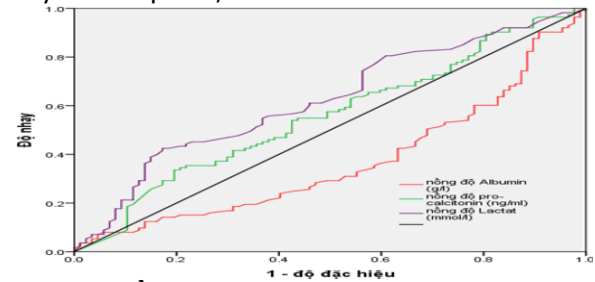
là nhiễm khuẩn huyết có tỷ lệ tử vong cao nhất 66,67%, các phân nhóm khác tỷ lệ tử vong đều cao trên 50%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 2: Giá trị tiên lượng tử vong ngày 28 của điểm APACHE II và điểm SOFA

	AUC	Cut-off	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Nồng độ pro-calcitonin	0,557	79	34	47
Nồng độ Lactat	0,623	4,65	81	46,5
Nồng độ albumin	0,369	35,7	79%	65%
$p < 0,05$				

Nhận xét: trong nghiên cứu, điểm APACHE II và điểm SOFA tại thời điểm nhập viện đều có khả năng dự đoán kết cục tử vong tại ngày 28 với AUC lần lượt: 0,683 và 0,705 các giá trị AUC này đều có $p < 0,05$.



Biểu đồ 3: Khả năng tiên lượng của procalcitonin, lactat và albumin huyết thanh trong tiên lượng tử vong ngày 28

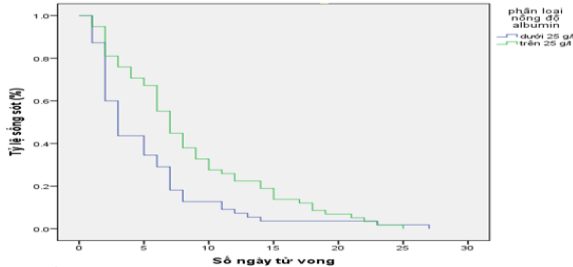
Nhận xét: Trong nghiên cứu, nồng độ lactat máu có khả năng tiên lượng yếu với AUC 0,623, nồng độ albumin huyết thanh không có giá trị tiên lượng tử vong ngày 28 khi xét độc lập với AUC 0,369. Các giá trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Nồng độ albumin huyết thanh và kết cục ngày thứ 28

	Sống tại ngày 28	Tử vong tại ngày 28	p
Nồng độ albumin huyết thanh trung bình (g/l ($\bar{X} \pm SD$))	27,34 ± 5,32	25,32 ± 6,12	$p = 0,013$

Phân độ albumin	Trên 25g/l (số lượng bệnh nhân, %)	62	72,1%	58	50,9%	p = 0,04 OR:0,425 với 95% CI: 0,24- 0,69
	Dưới 25g/l (số lượng bệnh nhân, %)	24	27,9%	56	49,1%	
Tổng		86	100%	114	100%	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nồng độ albumin huyết thanh trung bình ở nhóm tử vong thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót với $p < 0,05$, đồng thời nồng độ albumin huyết thanh dưới 25 là một yếu tố nguy cơ của tử vong với tỷ suất lệ sống sót/ tử vong là 0,425 và 95% CI không chứa 1.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ tử vong tích lũy trong thời gian 28 ngày

	Giá trị χ^2	p
Log Rank	7,936	0,005
n = 200		

Nhận xét: Nhóm có nồng độ albumin dưới 25g/l có tỷ lệ tử vong tích lũy theo thời gian cao hơn so với nhóm có nồng độ albumin trên 25g/l, với kiểm định Log-rank bậc tự do 1 cho giá trị χ^2 là 7,936 với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 200 bệnh nhân SNK điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ 8/2022 đến 7/2023 đã đưa ra một số kết luận về các yếu tố tiên lượng tử vong tại ngày thứ 28. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nam chiếm 65,5%, bệnh nhân nữ chiếm 34,5%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,27 \pm 18,42$ tuổi, nhóm tuổi 60 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 41%. Điều này cho thấy rằng người cao tuổi có nguy cơ bị SNK cao hơn do có thể liên quan đến bệnh lý nền, tình trạng suy giảm miễn dịch ở người lớn tuổi, khiến họ trở nên dễ mắc nhiễm khuẩn và SNK. Nghiên cứu của Hà Ngọc Diễm tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ cho thấy kết quả tương tự, với tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (55,4% so với 44,6%). Tuy nhiên, độ tuổi trung

bình ở nghiên cứu này là $67,7 \pm 15,7$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.⁵ Nghiên cứu của Pietro Caironi cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ và có độ tuổi phổ biến từ 57 - 77 tuổi.⁶ Như vậy, có sự đồng nhất về đặc điểm của các bệnh nhân trong nghiên cứu so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Về mức độ nặng của các bệnh nhân trong nghiên cứu, điểm trung vị SOFA, APACHE II khi nhập viện đều ở mức cao lần lượt là 11 điểm và 18 điểm, nồng độ lactat trung bình là 3 và có tình trạng nhiễm trùng thể hiện tương đối rõ ràng với pro-calcitonin là 25,15. Khi so sánh cùng nghiên cứu của Pietro, cũng cho thấy sự tương đồng về mức độ nặng, thậm chí trong nghiên cứu chúng tôi, các bệnh nhân đều có xu hướng nặng hơn so với trong nghiên cứu của Pietro (SOFA: 11 so với 8, Lactat: 3 so với 2,5).

Từ biểu đồ 1, hô hấp là căn nguyên nhiễm khuẩn hay gặp chiếm 52%, theo sau đó là các nhiễm khuẩn tại đường tiêu hóa và nhiễm khuẩn huyết với 17% và 15%, các nhiễm khuẩn da, mô mềm và nhiễm khuẩn tiết niệu gặp ít hơn với 9% và 4,5%. Tỷ lệ phân bố này cũng tương tự phân bố trong nghiên cứu của Florian⁷ với nhiễm trùng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,5%, sau đó là nhiễm khuẩn huyết với 39%, nhiễm trùng da mô mềm chiếm 14,5% và ít nhất là thần kinh trung ương với 0,8%. Trong nghiên cứu này thì không đề cập tới tỷ lệ tử vong theo từng vị trí nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt tỷ lệ tử vong liên quan tới các ổ nhiễm khuẩn với $p > 0,05$ khi so sánh các giá trị này, tuy nhiên trong nghiên cứu không ghi nhận các nhiễm khuẩn từ tim và hoặc van tim, cũng như các trường hợp nhiễm khuẩn nặng phức tạp.

Từ biểu đồ 2 và 3, các điểm SOFA và APACHE II có khả năng tiên lượng tử vong trong nghiên cứu với AUC: 0,703 và 0,683, điều này cũng tương đương với nghiên cứu của Samera, với AUC của SOFA: 0,879 và APACHE II là 0,826.³ Như vậy điểm SOFA và điểm APACHE II là các thang điểm được đánh giá từ nhiều yếu tố được lượng hóa từ các chức năng các tạng cho khả năng dự đoán tốt hơn so với các thông số đơn thuần như procalcitonin hay lactat máu. Đồng thời khi xét riêng giá trị albumin huyết thanh cũng không ghi nhận khả năng dự đoán kết quả tử vong tại ngày 28, tuy nhiên giữa nhóm tử vong và sống sót có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ albumin huyết thanh khởi đầu, cụ thể nhóm tử vong có nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa thống kê, và albumin dưới 25g/l là một yếu tố liên

quan đến tỷ lệ tử vong với OR giữa sống/tử vong là 0,425 với 95% CI không chứa 1 và $p < 0,05$. Như vậy, nồng độ albumin huyết thanh tại thời điểm nhập viện khi đứng độc lập không đủ khả năng tiên lượng tử vong tương tự như procalcitonin và lactat máu, tuy nhiên việc nồng độ albumin thấp có thể đưa đến một kết quả điều trị không tốt do các tác động sinh lý mà albumin mang lại.⁸

V. KẾT LUẬN

Các thang điểm SOFA, APACHE II đều có khả năng dự đoán tử vong tại ngày 28 trong điều trị SNK, các chỉ số pro-calcitonin, lactat máu có khả năng dự đoán nhưng mức độ thấp. Các yếu tố như vị trí nhiễm trùng, nồng độ albumin huyết thanh không có khả năng tiên lượng tử vong tại ngày 28. Yếu tố albumin huyết thanh thấp là một yếu tố tiên lượng nặng trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Angus DC, Van der Poll T.** Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med.* 2013;369:840-851.
2. **Kotfis K, Wittebole X, Jaschinski U, et al.** A worldwide perspective of sepsis epidemiology and survival according to age: Observational data from the ICON audit. *Journal of critical care.*

- 2019;51:122-132.
3. **Dronamraju S, Agrawal S, Kumar S, et al.** Comparison of PIR0, APACHE IV, and SOFA Scores in Predicting Outcome in Patients with Sepsis Admitted to Intensive Care Unit: A Two-year Cross-sectional Study at Rural Teaching Hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine.* 2022; 26(10):1099.
4. **Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al.** The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Jama.* 2016;315(8):801-810.
5. **Hà Ngọc Diễm.** Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện đa khoa trung ương cần thơ năm 2017-2019. *Tạp chí y dược học Cần Thơ.* 2019;
6. **Caironi P, Tognoni G, Masson S, et al.** Albumin Replacement in Patients with Severe Sepsis or Septic Shock. *New England Journal of Medicine.* 2014;370(15):1412-1421. doi:10.1056/NEJMoa1305727
7. **Mayr FB, Yende S, Linde-Zwirble WT, et al.** Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis. *Jama.* 2010;303(24):2495-2503.
8. **Akirov A, Masri-Iraqi H, Atamna A, Shimon I.** Low albumin levels are associated with mortality risk in hospitalized patients. *The American journal of medicine.* 2017;130(12): 1465. e11-1465. e19.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM MELD-ALBUMIN TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Thị Đào¹, Ngô Gia Mạnh¹, Trần Ngọc Ánh¹

TÓM TẮT

Xơ gan là bệnh lý mạn tính phổ biến và tỉ lệ tử vong cao, vì vậy việc đưa ra tiên lượng sớm là cần thiết. Có nhiều thang điểm tiên lượng trong đó thang điểm MELD-Albumin phát triển dựa trên thang điểm MELD và chỉ số Albumin có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng (90 ngày). **Mục tiêu:** Khảo sát thang điểm MELD-Albumin trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan. So sánh thang điểm MELD-Albumin với MELD và MELDNa trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả tiến cứu trên 157 bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là 52.75±8.9. Bệnh nhiều hơn ở nam giới, chiếm 95.5%. Nguyên nhân do rượu hay gặp nhất 68.8%, tiếp đến virus viêm gan B 26.1%, virus viêm gan C 7% (1.9%

bệnh nhân đồng nhiễm cả virus viêm gan B và virus viêm gan C). Điểm MELD-Albumin trung bình là 20.72±6.99. Thang điểm MELD-Albumin có giá trị tiên lượng bệnh nhân xơ gan sau 30 ngày với AUROC 0.919 ($p=0.000<0.05$) và sau 90 ngày với AUROC 0.896 ($p=0.000<0.05$). Diện tích dưới đường cong của thang điểm MELD-Albumin, MELDNa và MELD tiên lượng tử vong trong 90 ngày lần lượt là 0.896, 0.906, 0.882 với điểm cắt của 2 thang điểm MELD-Albumin và MELD là 23, MELDNa là 22, có giá trị dự đoán về tỉ lệ tử vong với ý nghĩa thống kê với $p<0.05$. **Kết luận:** Thang điểm MELD-Albumin có ý nghĩa tiên lượng tử vong trong 90 ngày ở bệnh nhân xơ gan.

Từ khóa: MELD-Albumin, xơ gan

SUMMARY

VALUE OF MELD-ALBUMIN SCORE IN PROGNOSIS OF PATIENTS CIRROHIS

Cirrhosis is a common chronic disease with a high mortality rate, so early prognosis is necessary. There are many prognostic scores, in which the MELD-Albumin score developed based on the MELD score and the serum Albumin have certain significance in the prognosis of cirrhosis patients within 3 months (90 days). **Objective:** To survey the MELD-Albumin score

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Đào

Email: nguyendao28021997@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024