

nghiên cứu tiếp độ ổn định của chế phẩm trong thời gian 6 tháng, 2 năm, 3 năm; tiến hành sản xuất ở quy mô pilot.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. <https://diabetesatlas.org/>, Diabetes around the world in 2021. (Truy cập ngày 19/10/2023).
2. **Baskaran, K., et al.**, Antidiabetic effect of a leaf extract from *Gymnema sylvestris* in non-insulin-dependent diabetes mellitus patients. *J Ethnopharmacol*, 1990. 30(3): p. 295-300.
3. **Võ Văn Chi**, Từ điển cây thuốc Việt Nam. NXB Y học, 2012.
4. **Shanmugasundaram, E.R., et al.**, Possible regeneration of the islets of Langerhans in streptozotocin-diabetic rats given *Gymnema sylvestris* leaf extracts. *J Ethnopharmacol*, 1990. 30(3): p. 265-79.
5. **Shanmugasundaram, E.R., et al.**, Use of *Gymnema sylvestris* leaf extract in the control of blood glucose in insulin-dependent diabetes mellitus. *J Ethnopharmacol*, 1990. 30(3): p. 281-94.
6. **Phan Xuân Diệm, Trần Thị Oanh, Hồ Thị Dung và cộng sự**, Ứng dụng tiến bộ KHCN xây dựng mô hình chế biến sản phẩm cao, trà hoà tan từ cây dược liệu tại huyện Con Cuông, tỉnh Nghệ An. Dự án cấp Tỉnh., 2022.
7. **Nguyễn Đăng Thoại and H.T. Quyên**, Nghiên cứu bào chế viên nang chứa cao tổ mộc (*Lignum sappan*). *Y học Việt Nam*, 2021. 2: p. 12-15.
8. **Nguyễn Đăng Thoại, N.M.H., Khưu Mỹ Lệ**, Nghiên cứu bào chế viên nang từ bài thuốc lục vị hoàn. *Vietnam Medical Journal*, 2021. 2.
9. **Hội đồng dược điển Việt Nam.**, Dược điển Việt Nam. NXB Y Học., 2017.

ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ ALBUMIN HUYẾT THANH TẠI THỜI ĐIỂM NHẬP VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Albumin là một protein trong huyết thanh đảm nhận nhiều vai trò quan trọng trong hoạt động sinh lý của cơ thể, nồng độ albumin huyết thanh có nhiều biến đổi phụ thuộc vào từng bệnh cảnh lâm sàng trong đó bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn với nhiều biến đổi mang hệ thống phức tạp, nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm nồng độ albumin ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm nhập viện. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn 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. Trong nghiên cứu, sốc nhiễm khuẩn với ổ nhiễm khuẩn khởi phát từ đường hô hấp là chủ yếu với 51%. Nồng độ albumin huyết thanh trung bình là 26,3 ± 5,85 g/l, cao nhất 45,6 g/l, thấp nhất 11,3 g/l, trong đó tỷ lệ albumin dưới 25 g/l chiếm 40%. Nồng độ albumin huyết thanh ở bệnh nhân nam và nữ và giữa các nhóm BMI là không có sự khác biệt với $p > 0,05$, các chỉ số SOFA, APACHE II cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh dưới 25 g/l (12,14 so với 11,11, 19,24 so với 17,56 với $p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có xu hướng giảm nồng độ albumin huyết thanh, các yếu tố giới, nhóm tuổi,

BMI và đường vào sốc nhiễm khuẩn không gây nên sự khác biệt về nồng độ albumin huyết thanh. Nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh dưới 25 g/l có điểm SOFA, điểm APACHE II cao hơn.

Từ khóa: sốc nhiễm khuẩn, giảm albumin huyết thanh, rối loạn albumin huyết thanh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SERUM ALBUMIN CONCENTRATION AT THE TIME OF ADMISSION IN PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK

Objectives: Albumin is a protein in serum that has important roles in the physiological activities. Serum albumin concentration was depending on clinical situation, including septic shock with many systems complex changes. This study aims to characterize albumin concentrations in patients with septic shock at the time of admission. **Methods:** A cross-sectional description study, data was collected on 200 patients diagnosed with septic shock and treated at the Intensive Care Center 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%). The mean albumin concentration: 26.3±5.85g/l (11.3- 45.6 g/l), in that the ratio albumin concentration below 25 g/l was 40%, there was no differences about albumin concentration in male and female patients (25.92 and 26.67, $p > 0.05$), at each BMI levels (25.52; 25.84; 28.03; 28.12 and 29 with $p > 0.05$). SOFA score and APACHE II indexes were higher in the group had albumin level below 25 g/l (12.14 with 11.11, 19.24 with 17.56, $p < 0.05$). **Conclusion:** Albumin concentration was lower in septic shock patients. Some factors as sex, age classification, BMI levels and cause of infection did not

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: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024

make a difference about albumin levels. SOFA score and APACHE II score were higher in the group has albumin concentration lower than 25 g/l.

Keywords: Septic shock, hypoalbumina, albumin classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Albumin là một protein huyết thanh đảm nhận nhiều vai trò quan trọng trong hoạt động sinh lý của cơ thể. Nồng độ albumin huyết thanh có nhiều biến đổi phụ thuộc vào từng bệnh cảnh lâm sàng, trong đó sự thay đổi nồng độ albumin huyết thanh trong nhóm bệnh nhân cần hồi sức đã được chứng minh. Một phân tích gộp gồm 90 nghiên cứu trên 291433 bệnh nhân nhận thấy albumin huyết thanh thấp chiếm 21% tổng số bệnh nhân tại thời điểm bắt đầu hồi sức, nghiên cứu này cũng chỉ ra nồng độ albumin thấp có mối liên quan đến tỉ lệ tử vong và kết cục xấu [1]. Nghiên cứu của Mei Yin nhận thấy nồng độ albumin thấp là yếu tố nguy cơ độc lập của tình trạng tử vong trên các bệnh nhân nhiễm trùng nặng [2]. Hiện nay, tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tình trạng albumin tại thời điểm nhập viện cũng như giá trị tiên lượng tử vong của albumin ở các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu "Nhận xét một số đặc điểm về nồng độ albumin huyết thanh tại thời điểm nhập viện của các 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 sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn SEPSIS 3-2016 của Surviving Sepsis Campaign [3].

- 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 tình trạng suy dinh dưỡng nặng được xác định theo tiêu chuẩn của Bảo Hiểm Y Tế Quốc Gia Đài Loan (NHIRD).

+ 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 chọn toàn bộ.

- **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 sốc nhiễm khuẩn 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, 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 bằng 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 nam chiếm 65,5%, nữ chiếm 34,5%. Tuổi trung bình các bệnh nhân nghiên cứu là $58,27 \pm 18,42$ tuổi, lớn nhất là 91 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi. Trong nghiên cứu, sốc nhiễm khuẩn với ổ nhiễm khuẩn khởi phát từ đường hô hấp là chủ yếu với 51%, các ổ nhiễm khuẩn từ tiêu hóa và nhiễm khuẩn huyết gặp ít hơn với 17% và 15%. Tỷ lệ tử vong 28 ngày của nghiên cứu là tương đối cao với 57% (114 bệnh nhân).

Bảng 1. Một số đặc điểm bệnh nhân khi nhập viện

Chỉ số	Median (n=200)	Min (n=200)	Max (n=200)
Điểm SOFA	11	4	20
Điểm APACHE II	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 (g/l)	26,3	11,3	45,6

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 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, lớn nhất là 45,6 và nhỏ nhất là 26,3 g/l.

Bảng 2. Các mức độ albumin huyết thanh khi nhập viện

	Nồng độ albumin (g/l)	n	(%)
Phân độ theo định nghĩa giảm albumin của Bộ Y Tế 2015	dưới 25g/l	80	40%
	trên 25g/l	120	60%
Phân độ theo hướng dẫn chẩn đoán hạ albumin huyết thanh của NHIRD	< 20	30	15%
	20 – 23	22	11%
	23-30	103	51%
	>30	45	22,5%
Phân độ albumin theo Amit	<25	80	40%
	25 – 35	105	52,5%
	35-45	13	6,5%
	>45	2	1%
Tổng		200	100%

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa các bảng phân loại về giá trị cut-off nồng độ albumin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảm albumin là tương đối cao chiếm tới 77,5% theo phân loại của NHIRD và giảm nặng albumin huyết thanh chiếm tới 40%.

Bảng 3. Đặc điểm albumin huyết thanh theo các nhóm bệnh (n=200)

Đường vào	n	X ± SD	Min	Max	p
Hô hấp	104	26,41±5,65	11,3	40,8	p=0,923
Tiêu hóa	34	25,95±4,91	14,7	35,0	
Nhiễm khuẩn huyết	30	26,69±6,41	12,1	45,6	
Da mô mềm	18	24,62±6,05	15,5	35,8	
Thận tiết niệu	9	25,85±10,56	14,4	45,3	
Thần kinh trung ương	5	26,10±1,25	24,1	27,2	

Nhận xét: Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn với ổ khởi phát từ da và mô mềm có nồng độ trung bình albumin thấp nhất, bệnh nhân nhiễm trùng thần kinh trung ương có sự dao động albumin rất ít 24,1 – 27,2 g/l, các trường hợp khác có cách biệt lớn về nồng độ albumin. Tuy nhiên, giá trị trung bình giữa các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 4. Đặc điểm nồng độ albumin huyết thanh của bệnh nhân nghiên cứu

Một số đặc điểm	n	X ± SD	p
Giới	Nam	125	25,92±5,99
	Nữ	75	26,67±5,64
			p=0,28

Nhóm tuổi	< 40	40	27,67±5,69	p=0,37
	40 - 60	56	25,71±7,0	
	60 - 80	82	25,89±5,57	
	> 80	22	25,96±3,40	
BMI	< 18,5	28	25,52±5,785	p=0,33
	18,5 - 22,9	136	25,84±5,97	
	23 - 24,9	28	28,03±5,47	
	25 - 29,9	8	28,12±4,82	

Nhận xét: Trong nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt về nồng độ albumin huyết thanh giữa 2 giới nam và nữ với p < 0,05. Nhóm dưới 40 tuổi có nồng độ albumin huyết thanh cao hơn so với các nhóm tuổi khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Giữa các nhóm thể trạng, nhóm có BMI cao có xu hướng có nồng độ albumin cao hơn nhóm BMI thấp, nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Tình trạng bệnh nhân khi nhập viện với albumin huyết thanh

	Phân loại albumin theo Bộ Y Tế 2015		p
	<25 g/l (n=80) X ± SD	≥25 g/l (n=120) X ± SD	
Nồng độ Pro-calcitonin (ng/ml)	49,44±38,42	37,65±37,70	0,033
Nồng độ Lactat máu (mmol/l)	4,76±4,03	4,49±4,27	0,664
Điểm SOFA	12,14±3,00	11,11±3,18	0,023
Điểm APACHE II	19,24±5,20	17,56±6,13	0,045
Nồng độ Creatinin máu (umol/l)	203,91±148,35	197,89±149,69	0,78

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh trên 25 g/l có các chỉ số pro-calcitonin, điểm SOFA và điểm APACHE II cao hơn nhóm dưới 25 g/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Các chỉ số về nồng độ creatinin máu, nồng độ lactat máu có xu hướng cao hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa với p > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 200 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn 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 những đặc điểm của những người bệnh bị sốc nhiễm khuẩn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam chiếm 65,5%, tỷ lệ nữ chiếm 34,5%. Điều này cho thấy rằng sốc nhiễm khuẩn có thể ảnh hưởng đến cả nam và nữ, nhưng có sự chênh lệch rõ rệt về giới tính, với tỷ lệ cao hơn ở nam giới. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là

58,27 ± 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 sốc nhiễm khuẩn 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 sốc nhiễm khuẩn. 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 ± 15,7 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Điều này phản ánh sự biến đổi về độ tuổi của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tùy thuộc vào khu vực địa lý. Nghiên cứu của Pietro Caironi tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 61%, bệnh nhân nữ chiếm 39%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân nằm trong khoảng từ 57 - 77 tuổi [5]. Những thông tin này có thể hỗ trợ trong việc đánh giá yếu tố nguy cơ và chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn trong bệnh nhân, đặc biệt là trong việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và quản lý chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu cụ thể hơn để hiểu rõ hơn về tình hình sốc nhiễm khuẩn và cách tối ưu hóa quản lý cho các nhóm bệnh nhân dễ bị sốc nhiễm khuẩn.

Trong 200 trường hợp bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ ổ nhiễm khuẩn trên đường hô hấp chiếm cao nhất với 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 Florian 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% [8].

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, nồng độ albumin huyết thanh trung bình của bệnh nhân khi vào viện là 26 g/l trong đó thấp nhất là 11,3 g/l và cao nhất là 45,6 g/l. Giá trị này tương tự trong nghiên cứu của Pietro Caironi là 24,1 ± 6,3 g/l, tuy nhiên các giá trị tối thiểu thấp hơn nhiều trong nghiên cứu của Caironi [5]. Khi xét các đặc điểm khác về mức độ nặng của sốc bao gồm SOFA và nồng độ lactat, nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn so với nghiên cứu của Caironin, điểm SOFA trung bình chúng tôi là 11 so với 8 của Caironin, và nồng độ lactat cũng cao hơn là 3 so với 2,3. Nghiên cứu chúng tôi sử dụng APACHE II, tác giả Caironi sử dụng thang điểm SAPS2, dù vậy vẫn có thể nhận thấy bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có tình trạng sốc

nặng hơn và mức độ suy tạng cao hơn, điều này có thể là lý do giải thích cho sự khác biệt về giá trị albumin huyết thanh giữa 2 nghiên cứu.

Kết quả ở bảng 2 cho thấy các bệnh nhân có giảm albumin huyết thanh theo định nghĩa bộ y tế 2015 chiếm 40%, tuy nhiên nếu dựa theo định nghĩa về giảm albumin huyết thanh của Bảo Hiểm Y Tế Quốc Gia Đài Loan (NHIRD) thì tỷ lệ này chiếm tới 77,5%, tương tự nếu dựa theo phân độ của Amit thì tỷ lệ giảm albumin lên tới 92,5% trong đó giảm albumin huyết thanh nặng chiếm tới 40%. Như vậy, giữa các bảng phân loại có sự khác nhau nhiều về các điểm cut-off albumin. Trong nghiên cứu của Amit chỉ ra rằng giảm albumin huyết thanh nặng có tỷ lệ tử vong tích lũy trong 12 tháng cao hơn nhiều so với các nhóm còn lại với $p < 0,05$ [6].

Kết quả ở bảng 3 cho thấy các nhóm nhiễm trùng có sự khác nhau về nồng độ albumin huyết thanh tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có vẻ như sốc nhiễm khuẩn là một bệnh lý đáp ứng toàn thân với sự suy sụp đa cơ quan nhiều hơn là rối loạn đơn độc chức năng của mình cơ quan gây bệnh cho nên không ghi nhận sự khác biệt này, tuy nhiên nhiễm trùng đa mô mềm với đặc trưng là các hiện tượng thoát quản có nồng độ albumin thấp hơn các nhóm khác, nhưng sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa khi so sánh với từng nhóm nguyên nhân khác với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu Jia-Kui Sun, cũng không nhận thấy sự khác biệt nào về phân bố ổ nhiễm trùng ở các nồng độ albumin khác nhau, tuy nhiên nghiên cứu này cũng cho rằng các nhiễm trùng ổ bụng có tần suất gặp giảm albumin huyết thanh nặng nhiều hơn các nhiễm trùng khác [7]. Đồng thời qua bảng 4, các chỉ số BMI, nhóm tuổi và giới đều không có sự ảnh hưởng đến nồng độ albumin với $p > 0,05$. Tuy nhiên Amit Akirov lại chỉ ra rằng, tuổi và BMI là các yếu tố nguy cơ gây giảm albumin huyết thanh trong sốc nhiễm khuẩn, cụ thể với các trường hợp giảm albumin huyết thanh có tuổi trung bình là 76 - 78 tuổi, còn ở nhóm có albumin bình thường, tuổi trung bình là 69 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương tự với BMI, ở nhóm có giảm albumin huyết thanh có chỉ số BMI trung bình là 25, còn nhóm bình thường thì là 27 với $p < 0,05$ [6]. Như vậy, 2 nghiên cứu có sự khác biệt, tuy nhiên các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đều có diễn biến nặng hơn nhiều so với nghiên cứu của Armit và cũng có cỡ mẫu nhỏ hơn nhiều (200 so với 30732 bệnh nhân), có thể đó là lý do cho sự khác biệt này.

Kết quả ở bảng 5 cho thấy giữa nhóm giảm và không giảm albumin huyết thanh có sự khác biệt về nồng độ procalcitonin, điểm SOFA và điểm APACHE II, không có sự khác biệt về nồng độ lactat và creatinin máu. Như vậy, bệnh nhân có tình trạng nặng hơn ở nhóm có albumin huyết thanh dưới 25 g/l, tuy nhiên cũng khó có thể kết luận là do albumin huyết thanh thấp gây nên tình trạng nặng ở bệnh nhân do lactat và creatinin máu khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Vì vậy cần thêm các dữ liệu để khẳng định mối liên quan này có phụ thuộc nhau hay không. Trong nghiên cứu của Jia-Kui Sun [5] cũng nhận thấy điểm SOFA, điểm APACHE II cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các nhóm có nồng độ albumin thấp (27 và 9 ở nhóm albumin huyết thanh < 15 g/l, so với 12 và 6 ở nhóm albumin huyết thanh > 25 g/l), đồng thời trong nghiên cứu cũng cho rằng SOFA, APACHE II và lactat máu cũng cho phép dự đoán nồng độ albumin huyết thanh, hay nói cách khác là giữa các yếu tố có mối quan hệ hồi quy tuyến tính nhưng cũng không đưa ra được phương trình hồi quy trong kết luận của mình [7].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ albumin huyết thanh có giảm ở các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, tuy nhiên mức độ giảm nhiều hay ít phụ thuộc vào các bảng phân loại khác nhau, trong đó bảng phân loại của NHIRD cho phép phân loại chi tiết theo nhiều mức. Các yếu tố tuổi, giới, BMI có ảnh hưởng

nhưng không phải yếu tố chính gây giảm albumin trong sốc nhiễm khuẩn. Các chỉ số điểm SOFA, điểm APACHE II và nồng độ pro-calcitonin có thể gợi ý một tình trạng giảm albumin huyết thanh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vincent J.-L., et al (2003). Hypoalbuminemia in acute illness: is there a rationale for intervention? A meta-analysis of cohort studies and controlled trials. *Ann Surg*, 237(3), 319–334.
2. Yin M., Si L., et al (2018). Predictive Value of Serum Albumin Level for the Prognosis of Severe Sepsis Without Exogenous Human Albumin Administration: A Prospective Cohort Study. *J Intensive Care Med*, 33(12), 687–694.
3. Singer M., et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801.
4. **Điểm HN và cộng sự** (2020). 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.
5. Caironi P, et al (2014). Albumin Replacement in Patients with Severe Sepsis or Septic Shock. *New England Journal of Medicine*.370(15):1412-1421.
6. Akirov, Amit, et al (2017). "Low albumin levels are associated with mortality risk in hospitalized patients." *The American journal of medicine* 130.12: 1465-e11.
7. Sun J.-K., et al (2015). Risk factors and prognosis of hypoalbuminemia in surgical septic patients. *PeerJ*. 3. e1267.
8. Mavr, Florian B., et al (2010). "Infection rate and acute organ dysfunction risk as explanations for racial differences in severe sepsis." *Jama* 303.24: 2495-2503.

NGHIÊN CỨU KỸ THUẬT CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH HẠI MỨC NẶNG LƯỢNG TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Đinh Hoàng Việt¹, Đỗ Đặng Khánh², Nguyễn Văn Thi¹, Cao Văn Chính³, Nguyễn Mạnh Hùng¹, Bùi Văn Giang⁴, Cao Văn Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá giá trị của các chỉ số của chụp CLVT hai mức năng lượng trong việc chẩn đoán các type Carcinôm tuyến và Carcinôm vảy trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng và**

phương pháp: 42 bệnh nhân có nốt đơn độc ở phổi nghi ung thư, được chụp CLVT hai mức năng lượng ngực tại Trung tâm CĐHA Bệnh Viện K, Hà Nội từ tháng 03/2022 đến 02/2023. Các bệnh nhân đã có kết quả giải phẫu bệnh thông qua sinh thiết hoặc bệnh phẩm sau phẫu thuật. Độ dốc HU được tính toán từ đường cong phổ. Sử dụng kiểm định T-test để so sánh định lượng chỉ số IC, nIC ở thì tĩnh mạch và thì động mạch, độ dốc HU giữa các type ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 23 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (20 nam, 3 nữ). Tuổi trung bình là 57,0 ± 9,9. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 60,9%. Hai type mô bệnh học phổ biến nhất là ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô vảy. Các chỉ số naIC, vIC và nvIC ở tổn thương Carcinôm tuyến đều cao hơn Carcinôm vảy với các giá trị tương ứng là 0,25

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

⁴Trường Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Hoàng Việt

Email: hoangvietdinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024