

trẻ nếu cần sau khi ra viện 48%. Tỷ lệ NNNB hài lòng về công tác đi buồng của ĐDV tương đối cao: rất hài lòng 38%, hài lòng 43%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (1997), "Quy chế công tác chăm sóc người bệnh toàn diện", Quy chế Bệnh viện, NXB Y học, Hà Nội, tr 146-148.
- Phạm Thị Xuyên** (2015), "Thực trạng công tác đi buồng thường quy của điều dưỡng viên tại

bệnh viện Đa khoa Hà Đông," Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

- Nguyễn Thị Hương và cộng sự** (2009), Đánh giá thực trạng thực hiện nhiệm vụ đi buồng của Điều dưỡng viên khoa nhi Bệnh viện Xanh Pôn, Trường Trung cấp Y tế Bạch Mai, Hà Nội.
- Trần Thị Thảo** (2013), Đánh giá việc thực hiện chăm sóc người bệnh theo đội tại bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Ưông Bí năm 2013, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công Cộng, Hà Nội.

GIÁ TRỊ CÁC TIÊU CHUẨN PHỤ VIÊM PHỔI NẶNG THEO ATS/IDSA TRONG DỰ ĐOÁN TỬ VONG 30 NGÀY Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN PHẠM NGỌC THẠCH

Phan Vũ Nguyên¹, Đỗ Thị Tường Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị các tiêu chuẩn phụ viêm phổi nặng theo ATS/IDSA trong dự đoán tử vong 30 ngày ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu kết hợp hồi cứu hồ sơ bệnh án trên những bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 145 bệnh nhân, nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ xấp xỉ 2:1. Độ tuổi trung vị là 62 (52-72) tuổi, cao nhất là 92 tuổi và thấp nhất là 16 tuổi. Tỷ lệ tử vong 30 ngày là 42 (28,9%) bệnh nhân, số lượng tiêu chí phụ theo ATS/IDSA càng nhiều thì tỷ lệ tử vong 30 ngày càng cao ($p < 0,001$). Diện tích dưới đường cong AUC là 0,902 có ý nghĩa thống kê, với độ nhạy là 92,9% và độ đặc hiệu là 73,8% (với điểm cắt là lớn hơn hoặc bằng 3 tiêu chí phụ). **Kết luận:** Bộ tiêu chí phụ ATS/IDSA có giá trị tiên lượng cao và có ý nghĩa thống kê. Ngưỡng cắt ≥ 3 số tiêu chí phụ là phù hợp để xác định giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhân VPMPGD với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92,9% và 73,8%. Số lượng tiêu chí phụ theo ATS/IDSA càng nhiều thì tỷ lệ tử vong càng cao. **Từ khóa:** viêm phổi cộng đồng, ATS/IDSA, tiên lượng

SUMMARY

VALUE OF SEVERE PNEUMONIA SUB-CRITERIA ACCORDING TO ATS/IDSA IN PREDICTING 30-DAY MORTALITY IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT PHAM NGOC THACH HOSPITAL

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Vũ Nguyên

Email: pvnguyen@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

Objective: To determine the value of severe pneumonia sub-criteria according to ATS/IDSA in predicting 30-day mortality in community-acquired pneumonia patients at Pham Ngoc Thach Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective cohort study, combining retrospective medical record reviews, was conducted on patients diagnosed with community-acquired pneumonia at Pham Ngoc Thach Hospital from January to October 2022. **Results:** The study enrolled 145 patients, with a male predominance at a ratio of approximately 2:1. The median age was 62 (52-72) years, with the highest being 92 years and the lowest being 16 years old. The 30-day mortality rate was 42 (28,9%) patients, and as the number sub-criteria under ATS/IDSA increased, the 30-day mortality rate also increased. The area under the AUC curve was 0,902, statistically significant, with a sensitivity of 92,9% and specificity of 73,8% (using a cut-off of ≥ 3 sub-criteria). **Conclusion:** The ATS/IDSA sub-criteria have a relatively high prognostic value and statistical significance. A cut-off threshold of ≥ 3 sub-criteria is appropriate for determining the prognostic value of mortality in community-acquired pneumonia patients, with sensitivity and specificity of 92,9% and 73,8% respectively. The higher the number of sub-criteria according to ATS/IDSA, the higher the mortality rate. **Keywords:** Community Acquired Pneumonia, ATS/IDSA, prognosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (Community Acquired Pneumonia – CAP) là một bệnh nhiễm trùng thường gặp, là gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn cầu với khoảng 3 triệu ca tử vong hàng năm.¹ Tỷ lệ tử vong phụ thuộc vào mức độ nặng của viêm phổi mắc phải cộng đồng và các bệnh nền của bệnh nhân. Trong hai thập kỷ qua, cách tiếp cận chẩn đoán và điều trị CAP đã có nhiều thay đổi, do đó việc cập nhật liên tục kiến thức về hướng dẫn chẩn đoán đóng vai trò quan trọng nhằm hỗ trợ công tác điều trị

và quản lý bệnh nhân, đặc biệt là các nước đang phát triển.³

CAP được chẩn đoán dựa vào các tiêu chí như bộ tiêu chí ATS/IDSA, thang điểm CURB-65, thang điểm PSI,... trong đó tiêu chí ATS/IDSA được Hội lồng ngực Hoa Kỳ cập nhật là có giá trị cao trong xác định bệnh phân CAP vào năm 2019. Tiêu chí ATS/IDSA ra đời vào năm 2007, đến nay đã có nhiều nghiên cứu thực hiện đánh giá tiêu chí trong việc tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân CAP. Kết quả từ các nghiên cứu có diện tích dưới đường cong (Area Under Curve – AUC) từ 0,78 đến 0,89 và độ đặc hiệu là 90,5% cho thấy khả năng tiên lượng tốt.⁴

Tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu sử dụng thang điểm CURB-65 hoặc PSI để đánh giá bệnh nhân, với mục đích phân loại nơi điều trị thích hợp nhằm hạn chế bội nhiễm và nhiễm trùng bệnh viện. Chúng tôi tìm thấy rất ít nghiên cứu đánh giá về giá trị tiên lượng cho bệnh nhân CAP bằng bộ tiêu chí ATS/IDSA, nhằm bổ sung thêm bằng chứng khoa học và hỗ trợ trong việc tiên lượng sớm cho bệnh nhân viêm phổi nặng, nghiên cứu chúng tôi thực hiện với mục tiêu "Xác định giá trị các tiêu chuẩn phụ viêm phổi nặng theo ATS/IDSA trong dự đoán tử vong 30 ngày ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Khoa Hồi sức tích cực và Cấp cứu ngoại chấn của Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn vào: có tổn thương mới xuất hiện trên Xquang ngực (1 hoặc 2 bên phổi); bệnh nhân có một hoặc nhiều triệu chứng cấp tính của đường hô hấp (ho đàm hay ho khan, khạc đàm với sự thay đổi màu sắc từ đục sang vàng sang xanh, khó thở, sốt trên 38°C hoặc hạ nhiệt độ dưới 36°C, có hội chứng đông đặc hoặc ran ẩm ran nổ). Những bệnh nhân có một trong số các tiêu chí sau được loại ra khỏi nghiên cứu: được chẩn đoán viêm phổi bệnh viện; lao phổi tiến triển; tiền sử hoặc vừa phát hiện bị nhiễm HIV; những bệnh nhân không đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu kết hợp hồi cứu hồ sơ bệnh án trên những bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2022.

Nội dung nghiên cứu: Phòng vấn trực tiếp

kết hợp ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án.

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, chỉ số BMI, hút thuốc lá.

- Đặc điểm bộ tiêu chí ATS/IDSA: tiêu chí chính, tiêu chí phụ, số lượng tiêu chí bệnh nhân có.

- Khả năng tiên lượng: kết cục của bệnh nhân (tử vong/sống sót), diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ tiêu chí ATS/IDSA.

Xử lý và phân tích số liệu. Nghiên cứu tiến hành nhập liệu bằng phần mềm Epidata v.4.6.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mô tả tần số, tỷ lệ cho các biến định tính và trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng có phân phối bình thường (không thỏa dùng trung vị, khoảng tứ phân vị). Sử dụng hồi quy logistic đơn biến để kiểm định mối liên quan giữa kết cục với các tiêu chí và số lượng tiêu chí mà bệnh nhân có. Hồi quy logistic đa biến để xây dựng giá trị tiên lượng cho bộ tiêu chí phụ ATS/IDSA, được thể hiện qua diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của mô hình và nguy cơ tương đối (RR). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch số 549/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ký ngày 10/12/2021 và Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch số 352/QĐ-PNT ký ngày 25/4/2022.

Toàn bộ thông tin được bảo mật tuyệt đối, số liệu thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 145 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng thỏa tiêu chí chọn vào. Trong đó, độ tuổi có trung vị là 62 (52-72) với tỷ lệ người bệnh trên 65 tuổi là 38,6%, độ tuổi cao nhất là 92 tuổi và thấp nhất là 16 tuổi. Nam giới nhiều hơn nữ giới xấp xỉ 2:1 và tỷ lệ người bệnh có hút thuốc lá là 53,1%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa tỷ lệ tử vong với các tiêu chí theo ATS/IDSA (n = 145)

Đặc điểm	Tỷ vong n (%)		p
	Không (n=103)	Có (n=42)	
Tiêu chí chính			
Thở máy	11 (25,6)	32 (74,4)	<0,001
Vận mạch	3 (21,4)	11 (78,5)	<0,001
Tiêu chí phụ			
Nhịp thở (≥ 30 lần/phút)	2 (15,3)	11 (84,6)	<0,001
PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 250	68 (64,7)	37 (35,2)	0,007

Thâm nhiễm nhiều thùy	89 (70,6)	37 (29,4)	0,153
Lú lẫn/mất định hướng	14 (29,2)	34 (80,8)	<0,001
Tăng urê huyết	27 (50,9)	26 (49,1)	0,137
Giảm bạch cầu	0 (0)	3 (100)	0,023
Giảm tiểu cầu	4 (50,0)	4 (50,0)	0,229
Hạ thân nhiệt	0 (0)	0 (0)	-
Hạ huyết áp	8 (34,8)	15 (65,2)	<0,001

Xét trên từng tiêu chí chính của thang điểm ATS/IDSA, trong 43 bệnh nhân thở máy thì có 74,4% bệnh nhân tử vong. Có 11 bệnh nhân tử vong và 3 bệnh nhân sống sót ở nhóm bệnh nhân có sử dụng vận mạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Số bệnh nhân tử vong ở các tiêu chuẩn phụ: tăng nhịp thở, rối loạn tri giác và giảm bạch cầu cao hơn so với số bệnh nhân sống sót. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở tiêu chí giảm PaO_2/FiO_2 có số bệnh nhân sống cao hơn số bệnh nhân tử vong và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tỷ lệ tử vong với số tiêu chí phụ theo ATS/IDSA (n = 145)

Đặc điểm	Tử vong n (%)		P
	Không (n=103)	Có (n=42)	
Số tiêu chí phụ			
0	4 (100)	0 (0)	< 0,001
1	22 (95,7)	1 (4,3)	< 0,001
2	50 (96,2)	2 (3,8)	< 0,001
3	18 (69,2)	8 (30,8)	< 0,001
4	9 (31,0)	20 (69,0)	< 0,001
≥ 5	0 (0)	11 (100)	< 0,001

Số bệnh nhân tử vong nhiều nhất nằm trong khoảng 4 tiêu chí với tỷ lệ là 69,0%. Không có bệnh nhân nào sống sót với tổng số tiêu chí phụ là 5 hoặc 6 và ngược lại không có bệnh nhân tử vong khi có 0 tiêu chí phụ. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong theo số lượng các tiêu chí phụ đều có ý

Bảng 4. Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày theo các tiêu chí phụ ATS/IDSA

Tiêu chí phụ ATS/IDSA	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	RR	p
Nhịp thở (≥ 30 lần/phút)	26,2	98,1	84,6	76,5	13,5	<0,001
$PaO_2/FiO_2 \leq 250$	88,1	34,0	35,2	87,5	1,3	<0,001
Thâm nhiễm nhiều thùy	95,2	13,4	31,0	87,5	1,1	0,0620
Lú lẫn/ mất định hướng	78,6	86,4	70,2	90,8	5,8	<0,001
Tăng urê huyết	61,9	73,8	49,1	82,6	0,8	0,192
Giảm bạch cầu	7,1	100	100	72,5	16,9	0,059
Giảm tiểu cầu	9,5	96,1	50	72,2	2,5	0,189
Hạ thân nhiệt	40,5	91,2	65,4	79,0	4,6	<0,001

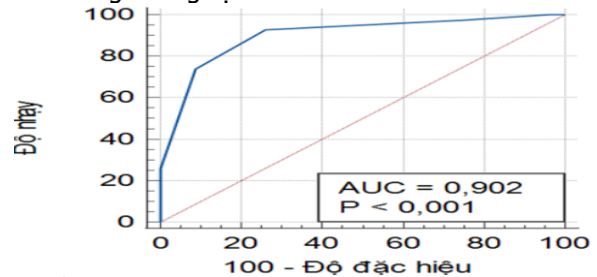
Tăng nhịp thở có độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương khá cao (98,1% và 84,6%) nhưng độ nhạy của tiêu chuẩn này khá thấp (26,2%). Giảm tỷ lệ PaO_2/FiO_2 máu gặp ở nhiều bệnh nhân, độ nhạy của tiêu chuẩn này cũng khá cao

ngĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày theo số tiêu chí phụ ATS/IDSA

Tiêu chí phụ ATS/IDSA	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)
≥ 0	100	0	29,0	-
≥ 1	100,0	3,9	29,8	100,0
≥ 2	97,6	25,2	35,0	96,3
≥ 3	92,9	73,8	59,1	96,2
≥ 4	73,8	91,3	77,5	89,5
≥ 5	26,2	100,0	100,0	76,9
≥ 6	7,1	100,0	100,0	72,5

Độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị tiên lượng sẽ khác nhau tùy thuộc điểm cắt được chọn. Với điểm cắt ≥ 0 và ≥ 1 , độ nhạy của thang điểm là cao nhất với 100% và độ đặc hiệu lần lượt là 0% và 3,9%. Ngược lại, với điểm cắt ≥ 5 và ≥ 6 độ đặc hiệu là 100% nhưng độ nhạy lần lượt là 26,2% và 7,1%. So sánh giữa điểm cắt ≥ 2 và ≥ 3 , độ nhạy của điểm cắt ≥ 2 cao hơn so với độ nhạy của điểm cắt ≥ 3 (97,6% so với 92,9%) tuy nhiên độ đặc hiệu của điểm cắt ≥ 3 cao hơn so với điểm cắt ≥ 2 . Giá trị tiên đoán dương và âm của hai điểm cắt này cũng có xu hướng tương tự.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC thể hiện giá trị tiên lượng của tiêu chí ATS/IDSA

(88,1%), tuy nhiên độ đặc hiệu thấp (34%). Tương tự, tiêu chuẩn thâm nhiễm nhiều thùy có độ nhạy cao nhất với 95,2% nhưng độ đặc hiệu chỉ 13,4% và giá trị tiên đoán dương là 31,0%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân CAP theo 2 tiêu chí chính là thở máy, sử dụng thuốc vận mạch lần lượt là 74,4% và 78,5% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Bệnh nhân CAP nặng thường diễn tiến đến sốc nhiễm khuẩn hoặc suy hô hấp, được chỉ định nhập ICU và xử trí bằng thuốc vận mạch hoặc thở máy. Đây cũng là 2 tiêu chí chính trong bộ tiêu chí ATS, tuy nhiên định nghĩa này còn hạn chế vì không phải tất cả bệnh nhân CAP nhập ICU đều có một trong hai biến chứng trên. Do đó, các nhà lâm sàng đã thực hiện nhiều nghiên cứu nhằm cải thiện độ nhạy, độ tin cậy trong quá trình tiên lượng mức độ nặng cho bệnh nhân bằng cách bổ sung những tiêu chí phụ. Trong số các tiêu chí phụ theo ATS/IDSA, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận lú lẫn/mất định hướng (80,8% so với 29,2%), tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ (35,2% so với 64,7%) và hạ huyết áp (65,2% so với 34,8%), có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tử vong và sống sót ở bệnh nhân CAP. Kết quả gần tương đồng với phân tích đa biến của tác giả Gou khi ghi nhận tất cả các tiêu chí phụ đều có khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.⁵ Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được đa số các bệnh nhân tử vong có tổng số tiêu chí phụ từ 4 trở lên với tỷ lệ tử vong lần lượt là 69,0% (4 tiêu chí) và 100% (≥ 5 tiêu chí). Kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tăng lên tỷ lệ thuận với số lượng tiêu chí phụ mà người bệnh đang có, và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tử vong và số lượng tiêu chí phụ theo ATS/IDSA. Kết quả tương đồng và phù hợp theo khuyến cáo của ATS/IDSA 2007/2019.⁶

Chúng tôi sử dụng điểm cắt là số lượng tiêu chí phụ theo ATS/IDSA lớn hơn hoặc bằng 3 để phân loại bệnh nhân CAP nặng và là ngưỡng cắt để tiên lượng tử vong 30 ngày cho bệnh nhân. Cơ sở lí luận cho việc sử dụng ngưỡng cắt này là tại giá trị số lượng tiêu chí phụ ≥ 3 thì chỉ số Youden cao nhất (0,666) và độ nhạy cũng như độ đặc hiệu là phù hợp nhất so với các điểm cắt khác (theo bảng 3). Theo đó, giá trị tiên lượng AUC của bộ tiêu chí phụ ATS/IDSA trong nghiên cứu chúng tôi là 0,902 và khả năng tiên lượng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đường cong ROC càng cao và gần sát về giá trị cao nhất trên trục tung chứng minh diện tích dưới đường cong AUC của bộ tiêu chí phụ ATS/IDSA càng cao, và trục tung thể hiện tỷ lệ dương tính thật và trục hoành cho thấy tỷ lệ dương tính giả.⁷ Kết quả chúng tôi

có giá trị AUC cao hơn so với nghiên cứu phân tích gộp của tác giả Salih cùng cộng sự⁸ khi ghi nhận AUC = 0,78 (độ nhạy là 58,3% và độ đặc hiệu là 79,6%). Sự khác biệt này do tác giả tiến hành phân tích gộp với cỡ mẫu lớn 5000 bệnh nhân nhưng tỷ lệ tử vong thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi⁸ (10,4% so với 29%) dẫn đến giá trị tiên lượng cũng như độ nhạy và độ đặc hiệu ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với tác giả. Tương tự, kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Matri⁴ được thực hiện vào năm 2012. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm phụ thuộc nhiều vào kết cục (tỷ lệ tử vong) của bệnh nhân, do đó dẫn đến sự khác biệt về giá trị tiên lượng của nghiên cứu chúng tôi so với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, chúng tôi sử dụng điểm cắt là từ 3 tiêu chí phụ trở lên để xác định giá trị tiên lượng cho bệnh nhân CAP phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Bên cạnh đó, các nghiên cứu khác đều nhận định rằng việc không sử dụng đến 2 tiêu chí chính (thở máy, dùng vận mạch) của ATS/IDSA vẫn không ảnh hưởng đến độ nhạy, độ đặc hiệu của các tiêu chí phụ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 4 tiêu chí phụ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết cục tử vong của bệnh nhân, trong đó tiêu chí "nhịp thở ≥ 30 lần/phút" có ảnh hưởng nhiều nhất đến tỷ lệ tử vong của người bệnh. Các tiêu chí khác như "thâm nhiễm nhiều thùy", "tăng ure huyết", "giảm bạch cầu", "giảm tiểu cầu" không có mối liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Chalmers và Liapikou khi cùng nhận định rằng "giảm bạch cầu" và "giảm tiểu cầu" ít có giá trị trong tiên lượng tử vong hoặc phân tầng nguy cơ trong thực hành lâm sàng vì tỷ lệ xuất hiện rất thấp.⁹

V. KẾT LUẬN

Giá trị tiên lượng tử vong của bộ tiêu chí phụ ATS/IDSA khá cao, được thể hiện qua diện tích dưới đường cong (AUC = 0,902) có ý nghĩa thống kê. Ngưỡng cắt ≥ 3 số tiêu chí phụ là phù hợp để xác định giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhân CAP với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 92,9% và 73,8%. Bệnh nhân CAP càng xuất hiện nhiều tiêu chí phụ thì khả năng tử vong ở bệnh nhân càng cao. Trong các tiêu chí phụ theo ATS/IDSA, tiêu chí về "nhịp thở ≥ 30 lần/phút" có ảnh hưởng nhiều nhất đến kết cục tử vong ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** The top 10 causes of

- death. World Health Organization. Accessed Jan 24th, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Ramirez JA, Wiemken TL, Peyrani P, et al.** Adults hospitalized with pneumonia in the United States: incidence, epidemiology, and mortality. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;65(11):1806-1812.
 - Song JaeHoon SJ, Huh KyungMin HK, Chung DooRyeon CD.** Community-acquired pneumonia in the Asia-Pacific region. 2017
 - Marti C, Garin N, Grosgrurin O, et al.** Prediction of severe community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. Jul 27 2012;16(4):R141. doi:10.1186/cc11447
 - Guo Q, Song W-d, Li H-y, et al.** Scored minor criteria for severe community-acquired pneumonia predicted better. *Respiratory research*. 2019;20:1-10.
 - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn (Bộ Y tế) (2020).**
 - Nguyễn Văn Tuấn.** Mô hình hồi quy và Khám phá Khoa học. vol 1. Nhà xuất bản tổng hợp TP. Hồ Chí Minh; 2022:252-253.
 - Salih W, Schembri S, Chalmers JD.** Simplification of the IDSA/ATS criteria for severe CAP using meta-analysis and observational data. *European Respiratory Journal*. 2014;43(3):842-851.
 - Chalmers JD, Taylor JK, Mandal P, et al.** Validation of the Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society minor criteria for intensive care unit admission in community-acquired pneumonia patients without major criteria or contraindications to intensive care unit care. *Clinical infectious diseases*. 2011;53(6):503-511.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CỦA DIỆN BẮM CỦA DÂY CHẰNG CÙNG QUẠ VÀO MỖM CÙNG VAI TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN HẸP KHOANG DƯỚI MỖM CÙNG VAI ĐÃ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Hữu Mạnh^{1,2}, Vũ Đức Việt^{1,2}, Trần Quyết^{1,2},
Trần Trung Dũng^{1,2}, Nguyễn Quốc Trung², Trần Đại Hiệp²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Đối với các trường hợp rách chóp xoay do bệnh lý thì các tác giả ủng hộ giả thuyết bên ngoài cho rằng đây là hậu quả của tình trạng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai dẫn đến gân chóp xoay bị chèn ép chủ yếu ở góc trước ngoài mỏm cùng vai, điều này dẫn đến viêm và rách gân chóp xoay. Về mặt giải phẫu thì khu vực góc 1/3 trước ngoài mặt dưới mỏm cùng vai là nơi bám chủ yếu của dây chằng cùng quạ. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm hình thái của dây chằng cùng quạ tại vị trí bám tại mỏm cùng vai dựa trên hình ảnh cận lâm sàng trước mổ và hình ảnh nội soi trong phẫu thuật. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu bao gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai có hoặc không kèm theo rách chóp xoay có chỉ định phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu. Đánh giá tình trạng bề mặt dây chằng cùng quạ, chồi xương ở mặt dưới mỏm cùng vai dựa trên hình ảnh X-quang, cộng hưởng từ và hình ảnh thực tế trên nội soi khi phẫu thuật. **Kết quả:** Có 28/36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,8% có hình ảnh xơ tước bề mặt dây chằng cùng quạ trên nội soi. Có 18/36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 50 % có xuất hiện hình ảnh chồi xương trong khoang dưới mỏm cùng vai. **Kết luận:** Có sự thay đổi hình thái tại diện bám

của dây chằng cùng quạ trên các bệnh nhân bị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai. **Từ khóa:** Rách chóp xoay, dây chằng cùng quạ, xơ hoá.

SUMMARY

GEOMETRIC MORPHOLOGICAL OF THE CORACOACROMIAL LIGAMENT INSERTION TO THE ACROMION IN A GROUP OF PATIENTS WITH NARROWING SUBACROMIAL SPACE WHO UNDERWENT ARTHROSCOPIC SURGERY

Introduction: In cases of pathological rotator cuff tears, the authors support the extrinsic mechanism theory that this is a consequence of narrowing subacromial space, leading to compression of the rotator cuff tendon mainly in the anterolateral portion of the acromion, which leads to inflammation and tearing of the rotator cuff tendon. Anatomically, the anterior third of the inferior surface of the acromion is the main attachment site of the coracoacromial ligament. The objective of the study is to evaluate the morphological characteristics of the coracoacromial ligament at the attachment site at the acromion based on preoperative radiographic features and intraoperative arthroscopic images. **Study subjects:** A prospective study included 36 patients diagnosed with subacromial impingement syndrome with or without rotator cuff tear and having surgical indication. **Research methods:** Descriptive, prospective. Evaluate the condition of the coracoacromial ligament surface and bone spur on the inferior surface of the acromion based on X-ray images, magnetic resonance, and actual arthroscopic images during surgery. **Results:** 28/36 patients,

¹Bệnh viện Đa Khoa Khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Trường Đại Học Vinuniversity

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Mạnh

Email: manhnghuyen0901@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024