

TÌNH HÌNH SEPSIS VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Tất Thành¹, Phạm Minh Tuấn¹, Phạm Ngọc Thạch¹

Mục tiêu: Nghiên cứu tình hình Sepsis và tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu quan sát mô tả 90 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Kết quả: Tuổi trung bình 56,7, tỷ lệ nam 72%, có 80% bệnh nhân có bệnh lý nền kèm theo. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân được chẩn đoán Sepsis là 42,2%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 35,6%. Các yếu tố có liên quan đến tiên lượng Sepsis tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương: bệnh nền xơ gan, điểm glasgow ≥ 12 , SOFA 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu, giảm albumin, số tạng suy > 4 tại thời điểm 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu, AST ≥ 40 IU/l, creatinin $\geq 120\mu\text{mol/l}$, PaO₂/FiO₂ < 200 , lactat $> 1\text{mmol/l}$.

Kết luận: Một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân Sepsis cần được chú ý là bệnh lý nền xơ gan, điểm Glasgow < 12 điểm, điểm SOFA, giảm albumin; số tạng suy lớn hơn 4 ở thời điểm 24h đầu khi vào khoa cấp cứu.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, SOFA, SSC.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sepsis (nhiễm khuẩn nặng) là tình trạng bệnh nặng, nguy hiểm của các bệnh nhiễm trùng, rất hay gặp trên thế giới trong đó có Việt Nam. Nghiên cứu về ca bệnh nặng toàn cầu báo cáo rằng trong năm 2017, ước tính có khoảng 48,9 triệu trường hợp Sepsis được báo cáo^[1]. Khoảng 11 triệu trường hợp tử vong đã được báo cáo, chiếm 19,7% tổng số ca tử vong toàn cầu. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương là cơ sở tuyến cuối trong tiếp nhận điều trị bệnh truyền nhiễm của cả nước; vì vậy Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương thường xuyên được tiếp nhận ca bệnh nhiễm trùng nặng và nguy kịch. Với những bệnh nhân bị Sepsis được nhập viện việc chẩn đoán xác định sớm, chính xác, điều trị kháng sinh phù hợp và thực hiện các biện pháp điều trị khác theo hướng dẫn SSC có vai trò đặc

biệt quan trọng trong việc cứu sống người bệnh^[2]. Ngoài ra việc xác định được các yếu tố tiên lượng được tình trạng Sepsis sẽ giúp bác sĩ chủ động hơn trong điều trị, theo dõi và phòng ngừa các biến chứng có thể xảy ra, góp phần cải thiện tỷ lệ tử vong. Chính vì các lý do trên đây khiến chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu: Tìm hiểu tình hình Sepsis tại Khoa Cấp cứu cơ sở Giải Phóng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và đánh giá yếu tố tiên lượng bệnh nhân Sepsis tại Khoa Cấp cứu cơ sở Giải Phóng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: 90 bệnh nhân được chẩn đoán Sepsis điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu quan sát mô tả.

Cách thức tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán Sepsis theo tiêu chuẩn SSC 3 (Surviving Sepsis Campaign): Tình

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Ngày nhận bài: 09/7/2021.

Ngày phân biện xong: 02/8/2021.

Ngày duyệt đăng: 20/8/2021.

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Đỗ Tất Thành, Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Điện thoại: 0912071183. E-mail: dotatthanh226@gmail.com.



trạng đáp ứng của cơ thể đối với nhiễm khuẩn bị mất kiểm soát, gây nên rối loạn chức năng của các tạng đe dọa đến tính mạng^[2].

- Bệnh nhân có rối loạn chức năng các cơ quan được thể hiện bằng thay đổi cấp tính điểm SOFA ≥ 2 điểm.

- Chúng tôi tiến hành ghi lại các đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng, vi sinh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện, đặc điểm điều trị của nhóm nghiên cứu.

- Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng ảnh hưởng tới kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS và các thuật toán ứng dụng.

KẾT QUẢ

90 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu có kết quả như sau:

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56,7 tuổi (trẻ nhất 18 tuổi, cao nhất 88 tuổi), nam nhiều hơn nữ 65/25 (chiếm tỷ lệ 72%).

- Bệnh nhân có bệnh lý nền là 72 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 80 %. Các bệnh lý nền là: xơ gan (23,3%), nghiện rượu (22,2%), đái tháo đường (21,1%), bệnh tự miễn (13,3%), dùng corticoid kéo dài (10%), gout (11,1%), bệnh máu ác tính (7,8%), ung thư 1,1% và các bệnh lý khác (17,8%).

Một số đặc điểm về kết quả điều trị và mô hình nhiễm khuẩn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	%	Ngày điều trị X \pm SD (min - max)
Sống	52	57,78%	17,13 \pm 8,575 (7 - 55)
Tử vong	38	42,2%	8,53 \pm 7,504 (1 - 33)
Tổng số	90	100%	13,5 \pm 9,156 (1 - 55)

Nhận xét: Trong nghiên cứu có số bệnh nhân sống sót là 52 bệnh nhân chiếm 57,78%; số bệnh nhân tử vong là 38 bệnh nhân, chiếm 42,2%. Ngày

điều trị trung bình của các bệnh nhân là 13,5 \pm 9,156 ngày, ngày điều trị ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 55 ngày.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ các bệnh nhiễm trùng

Nhóm bệnh	n	%
Viêm phổi	34	37,8%
Nhiễm khuẩn huyết (có kết quả cấy máu dương tính)	32	35,6%
Viêm màng não	13	14,4%
Viêm mô mềm	9	10%
Nhiễm trùng tiết niệu	1	1,1%

Nhận xét: Trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân bị viêm phổi có số lượng lớn nhất với 34 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 37,8%; bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết (có kết quả cấy máu dương tính) là 32 chiếm tỷ lệ 35,6 %; viêm màng não là 13 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 14,4%; viêm mô mềm là 9 bệnh nhân, chiếm 10%. Hai nhóm bệnh nhân viêm phổi và nhiễm khuẩn huyết có 66 bệnh nhân, chiếm 73,4%. Các nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm mô mềm và viêm màng não có 88 bệnh nhân, chiếm 93,8%.

Một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân Sepsis

Bảng 4. Phân bố điểm SOFA 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu theo kết quả điều trị

Điểm SOFA	X \pm SD	Min - Max	P
Khỏi	5,52 \pm 2,493	2 - 10	0,01
Tử vong	9,24 \pm 4,541	2 - 19	
Tổng số (n = 90)	7,09 \pm 3,942	2 - 19	

Nhận xét: Điểm SOFA trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 7,09 \pm 3,942. Điểm SOFA trung bình của nhóm khỏi là 5,52 \pm 2,493 ngày, thấp hơn so với nhóm tử vong là 9,24 \pm 4,541. So sánh giá trị trung bình điểm SOFA 24 giờ giữa hai nhóm kết quả điều trị thì có giá trị p = 0,01 < 0,05. Như vậy điểm SOFA 24 giờ có sự khác biệt giữa hai nhóm kết quả điều trị và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu với kết quả điều trị

Đặc điểm lâm sàng		Kết quả điều trị		P (< 0,05)
		Sống sót (%)	Tử vong (%)	
Glasgow (n = 90)	≤ 12	9 (37,5)	15 (62,5)	0,02
	13 - 15	43 (65,2)	23 (34,8)	
HATB (mmHg) (n = 90)	< 70	8 (61,5)	5 (38,5)	0,77
	≥ 70	44 (57,1)	33 (42,9)	
Nhiệt độ (°C) (n = 90)	< 36,5	0 (0)	0 (0)	0,66
	36,5 - 38,5	33 (60)	22 (40)	
	≥ 38,5	19 (54,3)	16 (45,7)	
Mạch (l/p) (n = 90)	≤ 120	49 (59,8)	33 (4,2)	0,28
	> 120	3 (37,5)	5 (62,5)	
Nhịp thở (l/ph) (n = 90)	≤ 20	0 (0)	1 (100)	0,24
	> 20	52 (58,4)	37 (41,6)	
Ure (n = 90)	< 7,5 mmol/l	34 (66,7)	17 (33,3)	0,05
	≥ 7,5mmol/l	18 (46,2)	21 (53,8)	
Creatinin (n = 90)	< 120 μmol/l	44 (64,7)	24 (35,3)	0,02
	≥ 120 μmol/l	8 (36,4)	14 (63,6)	
Lactat (n = 87)	≤ 1 mmol/l	43 (63,2)	25 (36,8)	0,02
	> 1mmol/l	8 (42,1)	11 (57,9)	

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 24 bệnh nhân có điểm Glassgow ≤ 12, trong đó có 9 bệnh nhân ở nhóm sống sót và 15 bệnh nhân ở nhóm tử vong, sự khác biệt về điểm Glassgow ở các nhóm kết quả điều trị là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kết quả điều trị với nhóm nồng độ creatinin ≥ 120μmol/l với p = 0,02 và nồng độ lactat > 1mmol/l với p = 0,02 và đều < 0,05.

Bảng 6. Các yếu tố lâm sàng xét nghiệm tiên lượng tử vong (hồi quy đơn biến)

Yếu tố	P	OR	95%CI (OR)
Tuổi ≥ 45	0,03	0,265	0,08 - 0,872
Giới (nam)	0,8	1,135	0,444 - 2,902
Bệnh nền Xơ gan	0,01	3,482	1,226 - 9,89
M > 120 l/p	0,24	0,404	0,09 - 1,807
Nhiệt độ > 38,5°C	0,59	0,792	0,336 - 1,864
HATB < 70	0,97	1,029	0,216 - 4,890
Nhịp thở ≥ 30 l/p	0,45	1,915	0,351 - 10,443
Glasgow ≤ 12	0,02	3,116	1,182 - 8,213
Hb < 100g/l	0,65	1,244	0,49 - 3,16
BC < 4G/l	0,88	0,902	0,236 - 3,447
TC < 100G/l	0,3	1,563	0,667 - 3,661
PT (> 70%)	0,05	2,338	0,991 - 5,516
APTT(INR) > 1,5	0,12	0,356	0,095 - 1,326

D-dimer > 2400μg/l	0,38	0,669	0,275 - 1,630
Glucose > 7,7 mmo/l	0,59	0,780	0,317 - 1,917
Ure ≥ 7,5 mmol/l	0,05	0,429	0,182 - 1,01
Creatinin ≥ 120 μmol/l	0,02	0,312	0,115 - 0,848
Bilirubin > 70μmol/l	0,21	0,509	0,179 - 1,445
AST ≥ 40 U/l	0,02	0,3	0,107 - 0,845
ALT ≥ 40U/l	0,616	0,8	0,334 - 1,915
Albumin < 35g/l	0,03	5,645	1,186 - 26,863
Pao2/Fio2 < 200	0,01	3,680	1,516 - 8,930
SOFA > 9	0,01	0,076	0,02 - 0,286
Số tạng suy > 4	0,01	18,214	2,216 - 149,739
Lactat 24 giờ > 1 mmol/l	0,01	1,417	1,069 - 1,830
Lactat 48 giờ > 1 mmol/l	0,01	1,907	1,337 - 2,72

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến logistic, các yếu tố như bệnh nền xơ gan, điểm Glassgow ≤ 12 , albumin $< 35\text{g/l}$, creatinin, AST, P/F < 200 , SOFA > 9 , số tạng suy > 4 , thay đổi điểm SOFA và số tạng suy giữa thời điểm 24 giờ và 48 giờ và sốc, lactat $> 1\text{mmol/l}$ là có khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Về dịch tễ học: Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $56,69 \pm 17,91$ tuổi, từ 18 đến 88 tuổi. Độ tuổi trung bình này thấp hơn độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Zanon tại Brazil^[3] ($60,4 \pm 18,6$ tuổi) và nghiên cứu của Bùi Văn Vương tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trên 131 bệnh nhân ($57,79 \pm 16,23$)^[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, Sepsis có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào ở người trưởng thành. Tuy nhiên tỷ lệ mắc cao nhất nằm ở nhóm tuổi từ 45 - 64 tuổi (47,8%). Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy tỷ lệ người già bị nhiễm trùng nặng cũng đang gia tăng, điều này có thể liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, bệnh lý nền mạn tính, gia tăng mức độ già hóa dân số. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi nam có 65 bệnh nhân chiếm 72% cao hơn hẳn nữ (25 bệnh nhân, chiếm 28%), tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1. So sánh nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu ở khu vực thì nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Quốc Đạt^[5] (nam chiếm 69%), Khie Chen Lie^[6] (nam chiếm 63%), Bùi Văn Vương (nam chiếm 65,5%)^[4]. Tỷ lệ bị Sepsis cao hơn ở nhóm bệnh nhân nam có thể liên quan đến nam giới có tỷ lệ cao hơn mắc các bệnh lý mạn tính như nghiện rượu, xơ gan, tiểu đường, tính miễn cảm với các bệnh nhiễm trùng hoặc chưa thực sự quan tâm đến bảo vệ sức khỏe nên khiến họ có nguy cơ mắc nhiễm trùng nặng cao hơn^[5,6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mắc bệnh lý nền khá cao, có 72 bệnh nhân, chiếm 80%, kết quả này gần tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu của Bùi Văn Vương^[4] là 75%, của Schmidt de Oliver - Netto A.C (2019)^[7] là 78% và Suberiola B (2012)^[8] là 84,1%. Bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất là các nhóm bệnh lý khác như: bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính (COPD, bệnh hen), tiêm chích ma túy, rối loạn tâm thần sau chấn thương sọ não đã phẫu thuật...

sau đó là nhóm xơ gan (23,3%), nghiện rượu (22,2%), tiểu đường (21,1%), bệnh tự miễn (13,3%), sử dụng corticoid kéo dài 10%. Về tỷ lệ các bệnh nền ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đồng với nghiên cứu của Bùi Văn Vương như tiểu đường là 23,5%, xơ gan là 18,5%, nghiện rượu là 13%.

Đánh giá kết quả điều trị và mô hình nhiễm khuẩn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1 mô tả kết quả điều trị cho thấy số bệnh nhân tử vong là 38 bệnh nhân, chiếm 42,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Zanon tại Brazil (31,1%)^[3] cũng cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Văn Vương^[4]. Điều khác biệt này có thể do Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương thường xuyên phải tiếp nhận bệnh nhân bị nhiễm trùng nặng, nhiễm trùng kéo dài, khó điều trị và được chuyển đến từ các tuyến bệnh viện khác nhau. Các bệnh nhân nhập viện tại Khoa Cấp cứu khi vào khoa có đặc điểm đều là bệnh nhân diễn biến nặng, nguy kịch có thể chưa được xử trí ban đầu đầy đủ từ các tuyến trước, tình trạng lâm sàng chưa ổn định hoặc đang ở thời điểm tiến triển nặng lên. Khoa Cấp cứu của chúng tôi cũng thường xuyên nhận các bệnh nhân đang được điều trị nội trú tại các khoa khác của bệnh viện thì đột ngột tiến triển nặng lên và các bệnh nhân này có nguy cơ tử vong cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân bị viêm phổi có số lượng lớn nhất với 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 37,8%; bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết có cấy máu dương tính (sử dụng kết quả cả ở bệnh viện tuyến dưới) có 32 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 35,6%; viêm màng não có 13 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 14,4%; viêm mô mềm là 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 10%. Qua kết quả này, chúng ta thấy rất nhiều bệnh nhân khi nhập viện đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán Sepsis nhưng tỷ lệ cấy máu dương tính thấp, điều này có thể do bệnh nhân được dùng kháng sinh từ tuyến trước và kỹ thuật cấy máu tìm được căn nguyên vi sinh vật còn hạn chế. Mặc dù định nghĩa nhiễm khuẩn huyết “là tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân, gây ra bởi sự đáp ứng của vi khuẩn và các độc tố của vi khuẩn trong hệ tuần hoàn” còn nguyên giá trị nhưng hạn chế đã được chỉ ra là tỷ lệ cấy máu mọc vi sinh vật thấp^[9]. Qua đó chúng ta thấy rằng, cách tiếp cận bệnh nhân nhiễm trùng theo hướng Sepsis sẽ tốt hơn và sẽ giải quyết được các vấn đề

về cấp cứu của bệnh nhân nhiễm trùng nặng sớm nhất và tốt nhất theo chiến lược của SSC 3^[2].

Một số yếu tố tiên lượng Sepsis

Chúng tôi so sánh nhóm kết quả điều trị (gồm khỏi bệnh và tử vong) với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong 24 giờ đầu sau vào khoa cấp cứu để tìm ra các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Bảng 4 mô tả mối tương quan giữa điểm SOFA 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu với kết quả điều trị cho thấy điểm SOFA 24 giờ trung bình ở nhóm tử vong cao hơn nhóm khỏi và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Bùi Văn Vương^[4] và các kết quả khác. Điểm SOFA là một trong những yếu tố quan trọng tiên lượng bệnh nhân Sepsis theo SSC 3; khi điểm SOFA từ 2 đến 9 điểm dự báo tỷ lệ tử vong 10 - 33%; khi SOFA trên 11 điểm tỷ lệ tử vong lên đến 90%^[2].

Bảng 5 mô tả mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu với kết quả điều trị cho thấy với điểm Glasgow ≤ 12 thì số bệnh nhân thuộc nhóm tử vong có tỷ lệ cao hơn với nhóm sống sót tương ứng là 62,5% và 37,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bùi Văn Vương. Rối loạn ý thức là một trong những dấu hiệu sớm của nhiễm khuẩn, nó phản ánh tình trạng thiếu oxy não do giảm tưới máu não. Do vậy dấu hiệu giảm tưới máu não là một dấu hiệu quan trọng gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng phát hiện tình trạng nặng của bệnh nhân nhiễm trùng^[10]. Vì thế rối loạn tri giác được đưa vào thang điểm qSOFA để phát hiện sớm và sàng lọc tình trạng Sepsis của nhiễm trùng. Tỷ lệ bệnh lý não do nhiễm trùng nặng (Sepsis - Associated Encephalopathy - SAE) thay đổi tùy theo từng nghiên cứu, dao động từ 8 - 70% số ca bệnh ở người lớn^[11]. Sepsis là bệnh có thể có tiến triển từ nhẹ đến nặng và tình trạng giảm tưới máu não thường xuất hiện sớm nhất trong Sepsis. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi với điểm cắt Glasgow = 12 thì chỉ có 26 bệnh nhân, tương ứng 28,89% bệnh nhân có điểm Glasgow ≤ 12 . Theo quan điểm của chúng tôi, để lý giải kết quả này thì tại thời điểm vào viện có thể bệnh nhân đang ở giai đoạn sớm của nhiễm trùng và tình trạng mất điều hòa đáp ứng viêm chưa rối loạn đến mức làm suy giảm nặng tưới máu não, do đó tình trạng rối loạn ý thức

chưa thay đổi rõ rệt. Kết quả này gợi mở việc theo dõi diễn biến ý thức của bệnh nhân có ý nghĩa phát hiện xu thế diễn biến nặng lên của bệnh nếu điểm Glasgow xấu đi. Mặt khác trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân bị viêm màng não (chiếm 14,4%). Các bệnh nhân bị viêm màng não tại thời điểm vào Khoa Cấp cứu thường có thay đổi điểm Glasgow rõ rệt nhưng có tỷ lệ tử vong thấp, bên cạnh đó các bệnh nhân thở máy tại thời điểm vào viện thường được sử dụng an thần nên có thể có sai lệch trong việc tính toán điểm Glasgow.

Hạ huyết áp trung bình là một biểu hiện của nhiễm trùng nặng, gây thiếu tưới máu tổ chức^[12], trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về kết quả điều trị khi có hạ huyết áp trung bình, không có sự khác biệt giữa kết quả điều trị với các yếu tố như mạch, nhịp thở. Theo nghiên cứu của Bùi Văn Vương thì có khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị với các yếu tố như mạch > 120l/p, nhịp thở > 20l/p. Tuy nhiên, theo ý kiến của chúng tôi thì thực tế cho thấy các yếu tố mạch, nhịp thở là các triệu chứng phụ thuộc rất nhiều yếu tố như tình trạng bệnh nặng, phác đồ điều trị có đầy đủ và hợp lý hay không, đáp ứng của người bệnh, tình trạng bệnh nền của bệnh nhân...^[4].

Bảng 6 mô tả mối tương quan giữa yếu tố lâm sàng và xét nghiệm tiên lượng tử vong tại thời điểm 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu cho thấy: nồng độ albumin, AST, creatinin, lactat là có giá trị tiên lượng tỷ lệ tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có hạ albumin máu là 67 bệnh nhân, chiếm 77,91%. Trong thực hành lâm sàng rất hay gặp hạ albumin máu ở các bệnh nhân nhiễm trùng nặng. Albumin máu có nhiều chức năng quan trọng trong đó có chức năng liên kết với kháng sinh và vận chuyển thuốc đến cơ quan đích, tham gia tạo áp lực keo và qua đó giúp điều hòa cân bằng nội môi. Hạ albumin máu cho thấy trong Sepsis chức năng gan rất dễ bị tổn thương. Có nhiều nghiên cứu đã chứng minh nhiễm trùng nặng có thể tiến triển nặng lên và dẫn đến tình trạng suy các cơ quan như suy gan và suy thận cấp với tỷ lệ cao. Trong nghiên cứu của Bùi Văn Vương, Schmidt de Oliveira - Netto và Vũ Quốc Đạt cũng cho thấy tổn thương chức năng gan và thận cũng có tác động đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sự tác động này có ý nghĩa thống kê^[4,5,7].

KẾT LUẬN**Tình hình Sepsis tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương**

- Tuổi trung bình của bệnh nhân mắc bệnh là 57, nam nhiều hơn nữ.
- Có 80% bệnh nhân có bệnh lý nền kèm theo. Số bệnh nhân xơ gan, tiểu đường, sử dụng corticoid kéo dài, bệnh tự miễn, goute và các bệnh máu ác tính chiếm 81,1%.
- Tỷ lệ tử vong của Sepsis là 42,2%.
- Tỷ lệ cấy máu dương tính là 35,6 %.

Các yếu tố có liên quan đến tiên lượng Sepsis tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương:

- Bệnh nền xơ gan.
- Điểm Glasgow ≥ 12 .
- Số tạng suy > 4 tại thời điểm 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu.
- SOFA 24 giờ đầu sau vào Khoa Cấp cứu.
- Giảm albumin.
- Tăng AST ≥ 40 IU/l, creatinin $\geq 120\mu\text{mol/l}$.
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$.
- Lactat > 1mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rudd KE, J.S., Agesa KM, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 2020. 395(10219):200 - 211. doi:10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*. 2017;43(3):304-377. doi:10.1007/s00134-017- 4683-6 2.
3. Zanon F, C.J., Michel RS, et al, Sepsis in the intensive care unit: etiologies, prognostic factors and mortality. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2008. 20(2):128-134.
4. Vương B.V., Đánh giá một số yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 7/2017 - 6/2020. Luận văn Thạc sĩ Y học 2020. Đại học Y Hà Nội.
5. Dat VQ, L.N., Hieu VN, et al. Clinical characteristics, organ failure, inflammatory markers and prediction of mortality in patients with community acquired bloodstream infection.;18(1). doi:10.1186/s12879-018-3448-3. *BMC Infect Dis*, 2018. 18(1). doi:10.1186/s12879-018-3448-3.
6. Lie KC, L.C., Van Vinh Chau N, West TE, , Utility of SOFA score, management and outcomes of sepsis in Southeast Asia: a multinational multicenter prospective observational study. *J Intensive Care*. 2018 Feb 14;6:9. doi: 10.1186/s40560-018-0279-7. PMID: 29468069; PMCID: PMC5813360, 2018.
7. Schmidt de Oliveira-Netto AC, M.L., Dalla-Costa LM, et al, Procalcitonin, C-Reactive Protein, Albumin, and Blood Cultures as Early Markers of Sepsis Diagnosis or Predictors of Outcome: A Prospective Analysis. *Clin Pathol*. 12:2632010X1984767. doi:10.1177/2632010X19847673, 2019.
8. Suberviola B, C.-O.A., González-Castro A et al, Prognostic value of procalcitonin, C-reactive protein and leukocytes in septic shock. *Med Intensiva*. 36(3):177-84. Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2011.09.008. Epub 2011 Nov 4. PMID: 22055776., 2012. 36(3):177-84. Spanish. doi: 10.1016/j.medin.2011.09.008. Epub 2011 Nov 4. PMID: 22055776.
9. Bộ môn Truyền nhiễm - Đại học Y Hà Nội. Bệnh truyền nhiễm. 2016; Nhiễm khuẩn huyết: 75-88.

10. Eidelman LA, P.D., Putterman C et al The Spectrum of Septic Encephalopathy: Definitions, Etiologies, and Mortalities. JAMA, 1996. 275(6): 470 - 473. doi: 10.1001/jama.1996.03530300054040.
11. Alqahtani MF, W.M., Sepsis-Associated Neurologic Dysfunction. Clin Pediatr Emerg Med, 2015. 16(1):62-68. doi:10.1016/j.cpem.2015.02.001.
12. H., N., Guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Okayama Igakkai Zasshi J Okayama Med Assoc, 2013. 125(2): 153 - 157. doi: 10.4044/joma.125.153.

SITUATION OF SEPSIS AND FINDING SOME PROGNOSIS FACTORS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT IN NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

Summary

Objectives: To study the situation of Sepsis and find out some prognostic factors at the Emergency Department in National Hospital of Tropical Diseases.

Subjects and methods: A prospective observational study describing 90 patients diagnosed at the emergency department in National Hospital of Tropical Diseases.

Results: The average age was 56.7 years, the percentage of men was 72%, and 80% of the patients had comorbidities. The mortality rate of patients diagnosed with Sepsis was 42.2%. The positive blood culture rate was 35.6%. Some factors related to the prognosis of Sepsis in the Emergency Department: comorbidities cirrhosis, Glasgow score ≥ 12 , SOFA in the first 24 hours after admission to the Emergency Department, albumin reduction, organ failure > 4 At the first 24 hours after admission to the Emergency Department, AST ≥ 40 IU/l, creatinin $\geq 120\mu\text{mol/l}$, PaO₂/FiO₂ < 200 , lactat $> 1\text{mmol/l}$.

Conclusions: Some of the prognostic factors of death in Sepsis patients that need attention are comorbidities cirrhosis, Glasgow score < 12 points, SOFA score, albumin reduction; The number of organ failure was greater than 4 at the first 24 h of admission to the Emergency Department.

Key words: *Sepsis, SOFA, SSC.*