

Kết quả nghiên cứu cho thấy tế bào Breg chiếm tỉ lệ 2,6%. Tế bào Breg công nhận về vai trò ức chế bệnh tự miễn dịch thông qua sản xuất IL-10. Bregs thường chiếm ít hơn 20% trong các quần thể tế bào B. Có sự rối loạn về mặt chức năng của tế bào Breg; khả năng Bregs ức chế phản ứng miễn dịch IFN- γ và Th1 ở bệnh nhân pemphigus bị suy giảm so với những người khỏe mạnh. Sự thay đổi số lượng và /hoặc chức năng của Bregs dẫn đến sự xuất hiện các bệnh da qua trung gian miễn dịch như pemphigus, song đến nay còn ít lượng thông tin về kiểu hình và chức năng của Bregs theo đặc điểm lâm sàng và hoạt động của trong PV.

Kết quả nghiên cứu là một bức tranh về sự tồn tại và phân bố của dòng tế bào B trong máu ngoại vi góp phần hiểu sâu hơn về cơ chế bệnh sinh cũng như vai trò của tế bào B trong bệnh pemphigus, góp phần tìm ra các phương pháp điều trị mới hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Có sự tồn tại của các dưới nhóm tế bào B trong máu ngoại vi bệnh nhân pemphigus thông thường với số lượng và tỉ lệ khác nhau. Nhận biết được đặc điểm dưới nhóm tế bào B ở BN PV đặc biệt là các tế bào B memory, Breg, plasmablast có thể là một công cụ dự đoán để đánh giá diễn biến bệnh và dự đoán hiệu quả của các biện pháp can thiệp điều trị nhằm đích tế bào B ở bệnh nhân mắc bệnh pemphigus thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spindler V, Eming R, Schmidt E, et al.

Mechanisms Causing Loss of Keratinocyte Cohesion in Pemphigus. *J Invest Dermatol*. 2018;138(1):32-37. doi:10.1016/j.jid.2017.06.022

2. Lim YL, Bohelay G, Hanakawa S, Musette P, Janela B, Yen Loo Lim, Gerome Bohelay, Sho Hanakawa, Autoimmune Pemphigus: Latest Advances and Emerging Therapies, *Front. Mol. Biosci*. 8:808536. *Front Mol Biosci*. 2022;8:26.

3. Yamagami J. B-cell targeted therapy of pemphigus. *J Dermatol*. 2023;50(2):124-131. doi:10.1111/1346-8138.16653

4. Liu et al. 2017 - Peripheral CD19hi B cells exhibit activated phenot.pdf.

5. Shimizu T, Takebayashi T, Sato Y, et al. Grading criteria for disease severity by pemphigus disease area index. *J Dermatol*. 2014;41(11):969-973. doi:10.1111/1346-8138.12649

6. Rosenbach M, Murrell DF, Bystry JC et al. Reliability and convergent validity of two outcome instruments for pemphigus. *J Invest Dermatol* 2009; 129: 2404–2410.

7. Morbach H, Eichhorn EM, Liese JG, Girschick HJ. Reference values for B cell subpopulations from infancy to adulthood. *Clin Exp Immunol*. 2010;162(2): 271-279. doi:10.1111/j.1365-2249.2010.04206.x

8. Sanz I, Wei C, Jenks SA, et al. Challenges and Opportunities for Consistent Classification of Human B Cell and Plasma Cell Populations. *Front Immunol*. 2019;10: 2458. doi:10.3389/fimmu.2019.02458

9. Pollmann R, Walter E, Schmidt T, et al. Identification of Autoreactive B Cell Subpopulations in Peripheral Blood of Autoimmune Patients With Pemphigus Vulgaris. *Front Immunol*. 2019;10: 1375. doi:10.3389/fimmu.2019.01375

10. Yuan H, Zhou S, Liu Z, et al. Pivotal Role of Lesional and Perilesional T/B Lymphocytes in Pemphigus Pathogenesis. *J Invest Dermatol*. 2017;137(11): 2362-2370. doi:10.1016/j.jid.2017.05.032

BIẾN ĐỔI RỐI LOẠN CHỨC NĂNG CƠ QUAN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI KẾT CỤC TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN

Nguyễn Việt Thu Trang¹, Võ Minh Phương¹, Đoàn Đức Nhân¹,
Lê Quang Trung¹, Nguyễn Thành Luân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA tại các thời điểm khác nhau với tử vong nội viện ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Phương pháp và đối tượng:** Nghiên

cứu loạt ca bệnh tiến cứu với 82 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis-3, nhập Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA giảm dần theo thời gian ở nhóm sống nhưng thay đổi không đáng kể ở nhóm tử vong ($p < 0,05$). Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA chẩn đoán liên quan tử vong nội viện với odds cao nhất lần lượt có OR 2,66 (95% CI 1,38 – 5,15) và OR 1,47 (95% CI 1,18 – 1,84). Số cơ quan rối loạn chức năng và SOFA 24 giờ dự đoán tử vong nội viện với diện tích dưới đường cong tốt nhất lần lượt có AUC 0,78 (95% CI 0,68–0,88), tại điểm cắt 3,5 cho độ nhạy 0,90, độ đặc hiệu 0,66 ($p < 0,001$) và AUC 0,84 (95% CI 0,75–0,93), tại

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: dr.thanhluan@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

điểm cắt 8,5 cho độ nhạy 0,90, độ đặc hiệu 0,65 ($p < 0,001$). **Kết luận:** Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA giảm dần theo thời gian ở nhóm sống nhưng thay đổi không đáng kể ở nhóm tử vong. Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA 24 giờ dự đoán tử vong nội viện với AUC tốt hơn các thời điểm khác. **Từ khóa:** Số cơ quan rối loạn chức năng, điểm SOFA, tử vong nội viện, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

CHANGES IN ORGAN DYSFUNCTION AND ITS ASSOCIATION WITH OUTCOMES IN SEPTIC SHOCK

Objective: To investigate the association between the number of organ dysfunctions and SOFA scores at different time points with in-hospital mortality in patients with septic shock. **Materials and methods:** A prospective case series study was conducted on 82 patients with septic shock, defined by Sepsis-3 criteria, admitted to Hoan My Cuu Long Hospital from May 2023 to May 2024. **Results:** The number of organ dysfunctions and SOFA scores tended to decrease over time in the survivor group but showed no significant changes in the non-survivor group ($p < 0.05$). The number of organ dysfunctions and SOFA scores at diagnosis were associated with in-hospital mortality, with the highest odds ratios of OR 2.66 (95% CI 1.38 – 5.15) and OR 1.47 (95% CI 1.18 – 1.84), respectively. The number of organ dysfunctions and SOFA scores at 24-hour predicted in-hospital mortality achieving the best area under the curve (AUC) of 0.78 (95% CI 0.68–0.88) for the number of organ dysfunctions with a cutoff point of 3.5, sensitivity of 0.90, and specificity of 0.66 ($p < 0.001$); and at 0.84 (95% CI 0.75–0.93) for the SOFA score with a cutoff point of 8.5, sensitivity of 0.90, and specificity of 0.65 ($p < 0.001$). **Conclusion:** The number of organ dysfunctions and SOFA scores showed a tendency to decrease over time in the survivor group but showed no significant changes in the non-survivor group. The number of organ dysfunctions and 24-hour SOFA scores had better predictive power for in-hospital mortality compared to other time points.

Keywords: Number of organ dysfunctions, SOFA score, in-hospital mortality, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng đa cơ quan cấp tính, được đánh giá bằng thang điểm SOFA là tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn [1], [2]. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm khảo sát giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [3], [4], [5], nhưng diễn biến suy đa cơ quan bao gồm số cơ quan rối loạn chức năng theo thời gian, biến đổi điểm SOFA qua các thời điểm trong những ngày đầu hồi sức và ảnh hưởng của chúng đến kết cục vẫn chưa được đánh giá thỏa đáng [4]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan của số cơ quan rối loạn chức năng và điểm

SOFA tại các thời điểm khác nhau với tử vong nội viện ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nhập Khoa Hồi sức tích cực (ICU), Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis-3 (2016) [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai, dưới 18 tuổi, đã được hồi sức sốc nhiễm khuẩn hơn 24 giờ tại cơ sở điều trị trước đó, tử vong hoặc chuyển viện trong vòng 24 giờ đầu sau chẩn đoán.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh tiến cứu.

Cỡ mẫu: Tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024, nhập Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Bệnh nhân nhập viện, thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không bị loại trừ sẽ được thu thập dữ liệu theo các biến số định trước. Số cơ quan rối loạn chức năng là thành tố của thang điểm SOFA, bao gồm thần kinh, tim mạch, hô hấp, thận, gan và tiểu cầu được thu thập dữ liệu vào các thời điểm 0 giờ (chẩn đoán), 24 giờ, 48 giờ. Theo dõi bệnh nhân đến khi xuất viện: sống hoặc tử vong (bao gồm trường hợp bệnh nặng xin về). Nếu bệnh nhân chuyển viện sau 24 giờ nhập viện trong tình trạng có thể điều trị, sẽ theo dõi qua số điện thoại người thân trực tiếp chăm sóc, liên lạc mỗi bảy ngày đến khi xác định kết quả điều trị.

Phương pháp phân tích dữ liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Rstudio 4.2.0. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn (ĐLC) nếu có phân bố chuẩn hoặc bằng trung vị (khoảng tứ phân vị (KTPV) 25; 75) nếu không có phân bố chuẩn. Các biến số định tính và phân nhóm được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến đánh giá mối liên quan giữa các biến số và nguy cơ tử vong nội viện, kết quả được báo cáo bằng tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI). Khả năng dự đoán tử vong nội viện của số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA được ước tính qua diện tích dưới đường cong, với điểm cắt có độ nhạy và độ đặc hiệu tối ưu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024, có 82 bệnh nhân sốc

nhễm khuẩn thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không bị loại trừ được đưa vào phân tích dữ liệu.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của mẫu nghiên cứu

Biến số	Tổng n=82	Sống n=62	Tử vong n=20	p
Nam giới n(%)	36 (43,9%)	27 (43,5%)	9 (45,0%)	1,000*
Tuổi (năm) TB (± ĐLC)	68,6 (±11,6)	66,8 (±10,8)	74,2 (±12,6)	0,024 [†]
VIS KTPV	35,0 (26,3; 58,8)	30,0 (26,0; 45,8)	47,0 (34,5; 143,2)	0,043 [‡]
Cấy máu (+) n(%)	46 (56,1%)	37 (59,7%)	9 (45,0%)	0,373*
Thở máy n(%)	32 (39,0%)	14 (22,6%)	18 (90,0%)	<0,001*
Lọc máu n(%)	17 (20,7%)	9 (14,5%)	8 (40%)	0,024*
Nằm viện (ngày) KTPV	7,0 (5,0; 10,75)	8,5 (6,0; 11,0)	5,0 (3,0; 8,5)	0,012 [‡]
Procalcitonin (ng/mL) KTPV	28,1 (11,5; 71,7)	29,5 (11,5; 61,1)	23,9 (11,3; 132,5)	0,837 [‡]
Lactate T0 (mmol/L) KTPV	4,64 (2,87; 7,37)	4,64 (2,89; 6,94)	4,52 (2,82; 8,71)	0,619 [‡]
SOFA T0 KTPV	8,0 (6,25; 10,75)	8,0 (6,0; 10,0)	10,5 (9,0; 12,0)	<0,001 [‡]
Điểm Glasgow TB (± ĐLC)	13,7 (±2,17)	14,4 (±1,31)	11,6 (±2,89)	<0,001 [†]
Creatinine máu (mg/dL) TB (±ĐLC)	1,89 (±1,15)	1,84 (±0,95)	2,05 (±1,65)	0,584 [†]
Bilirubin toàn phần (mg/dL) TB (±ĐLC)	1,45 (±1,42)	1,18 (±0,69)	2,30 (±2,46)	0,059 [†]
AST (U/L) KTPV	57,0 (26,25; 91,0)	44,5 (23,25; 77,0)	113,5 (56,0; 232,5)	0,003 [‡]
ALT (U/L) KTPV	43,5 (23,0; 94,95)	40,5 (22,25; 70,75)	66,0 (41,0; 103,5)	0,059 [‡]
Bạch cầu (x10 ³ /mm ³) TB (± ĐLC)	16,5 (±11,0)	17,9 (±11,5)	12,0 (±7,98)	0,014 [†]
Hemoglobin (g/dL) TB (± ĐLC)	11,7 (±2,34)	12,2 (±2,28)	10,4 (±2,05)	0,003 [†]
Tiểu cầu (x10 ³ /mm ³) TB (± ĐLC)	192 (±115)	198 (±116)	175 (±115)	0,458 [†]
PaO ₂ /FiO ₂ TB (± ĐLC)	315 (±110)	332 (±106)	262 (±107)	0,015 [†]

VIS: điểm số thuốc vận mạch tối đa 24 giờ đầu. T0: thời điểm chẩn đoán

*Phép kiểm Chi bình phương, [†] Phép kiểm t-test, [‡] Phép kiểm Kruskal-Wallis

Nhận xét: Tuổi trung bình 68,6 (±11,6) với 43,9% là nam giới, 39% cần thông khí cơ học. Điểm số thuốc vận mạch tối đa trong 24 giờ đầu có trung vị 35,0 điểm (KTPV 26,3; 58,8). Tại thời điểm chẩn đoán, trung vị lactate 4,64 (KTPV 2,87; 7,37) mmol/L, trung vị SOFA 8,0 (KTPV 6,25; 10,75) điểm. Có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa nhóm sống và nhóm tử vong về điểm số thuốc vận mạch tối đa 24 giờ đầu, điểm SOFA chẩn đoán, tỷ lệ thở máy, tỷ lệ lọc máu (p <0,05).

3.2. Diễn biến rối loạn chức năng đa cơ quan trong 48 giờ đầu. Tại thời điểm 48 giờ, còn 59 bệnh nhân điều trị tại ICU (tỷ lệ tử vong nhóm này là 27,1%), 23 trường hợp đã xuất khỏi ICU (5 bệnh nhân tử vong, 18 bệnh nhân đã thoát sốc chuyển đến khoa phòng điều trị).

3.2.1. Số cơ quan rối loạn chức năng trong 48 giờ đầu

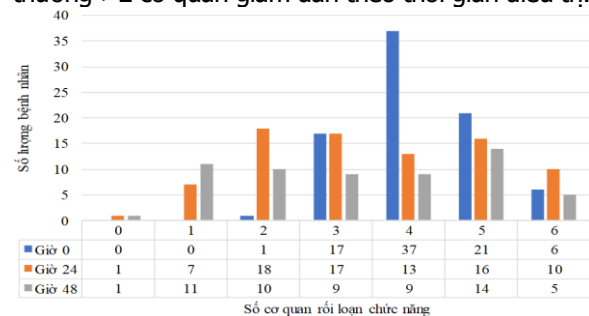
Bảng 2. Số cơ quan rối loạn chức năng trong 48 giờ đầu

Số cơ quan rối loạn chức năng	Thời điểm			p
	0 giờ (n=82)	24 giờ (n=82)	48 giờ (n=59)	
Trung vị (KTPV)	4 (4; 5)	3 (2; 5)	3 (2; 5)	0,002*
≤2	1	26	22	<
>2	81	56	37	

*Phép kiểm Kruskal-Wallis;

**Phép kiểm Fisher's Exact

Nhận xét: Số cơ quan rối loạn chức năng tại thời điểm 0 giờ (T0), 24 giờ (T24) và 48 giờ (T48) lần lượt có trung vị 4 (KTPV 4; 5), 3 (KTPV 2; 5) và 3 (KTPV 2; 5). Số bệnh nhân rối loạn ≤2 cơ quan ở thời điểm T24 và T48 lần lượt chiếm tỷ lệ 31,7% và 37,3%, trong khi ở thời điểm T0 có 98,8% bệnh nhân rối loạn chức năng từ 3 cơ quan trở lên (p <0,001). Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương >2 cơ quan giảm dần theo thời gian điều trị.



Biểu đồ 1. Số cơ quan rối loạn chức năng theo thời gian

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân suy đa cơ quan (≥2) tại thời điểm chẩn đoán. Số cơ quan tổn thương có xu hướng giảm sau thời gian hồi sức.

3.2.2. Diễn biến rối loạn chức năng đa cơ quan theo thời gian

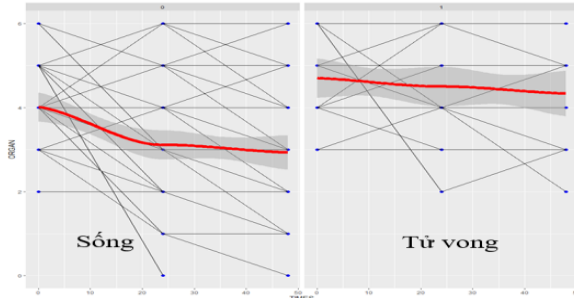
Bảng 3. Rối loạn chức năng đa cơ quan trong 48 giờ đầu theo kết quả điều trị

Biến số		Tổng	Sống	Tử vong	p
Số cơ quan rối loạn chức năng (KTPV)	T0 n=82	4 (4;5)	4 (3,25;4)	5 (4;5)	0,003
	T24 n=82	3 (2;5)	3 (2; 4)	5 (5;5,25)	< 0,001
	T48 n=59	3 (2;5)	3 (1;4)	5 (3,5;5)	0,005
Điểm SOFA (KTPV)	T0 n=82	8,0(6,25; 10,75)	8,0(6,0; 10,0)	10,5(9,0; 12,0)	< 0,001
	T24 n=82	8,0 (5,0;11,0)	6,0 (4,0;9,0)	12,0 (9,0;17,0)	< 0,001
	T48 n=59	8,0 (3,0;11,0)	6,0 (2,0;9,0)	12,0 (8,0;17,0)	0,001

Phép kiểm Kruskal-Wallis

Nhận xét: Giảm điểm SOFA tương ứng với giảm số cơ quan rối loạn chức năng và ngược lại.

Số cơ quan rối loạn chức năng

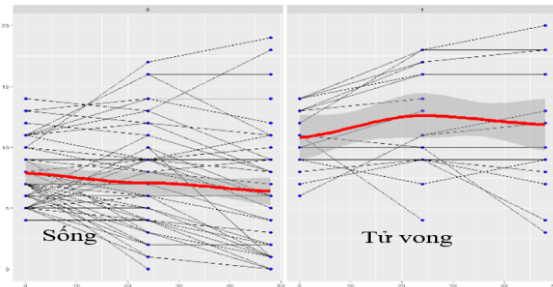
**Biểu đồ 2. Diễn biến số cơ quan rối loạn chức năng theo thời gian điều trị**

Nhận xét: Số cơ quan rối loạn chức năng T0 và SOFA T0 liên quan tử vong nội viện với odds cao nhất lần lượt có OR 2,66 (95% CI 1,38 – 5,15), $p = 0,004$ và OR 1,47 (95% CI 1,18 – 1,84), $p < 0,001$. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA tại tất cả thời điểm quan sát đều có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong nội viện ($p < 0,05$).

Bảng 5. Khả năng dự đoán tử vong nội viện theo thời gian của số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA

Biến số	Điểm cắt	AUC	95% CI	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm	p
Số cơ quan rối loạn chức năng	T0	4,5	0,71	0,58-0,84	0,60	0,76	0,44	0,002
	T24	3,5	0,78	0,68-0,88	0,90	0,66	0,46	<0,001
	T48	2,5	0,74	0,61-0,86	0,93	0,48	0,38	0,003
Điểm SOFA	T0	8,5	0,77	0,66-0,88	0,80	0,65	0,42	<0,001
	T24	8,5	0,84	0,75-0,93	0,9	0,65	0,45	<0,001
	T48	11,5	0,77	0,64-0,90	0,53	0,86	0,57	0,001

Nhận xét: Số cơ quan rối loạn chức năng T24 và SOFA T24 dự đoán tử vong nội viện với diện tích dưới đường cong tốt nhất lần lượt có AUC 0,78 (95% CI 0,68 – 0,88), $p < 0,001$ và AUC 0,84 (95% CI 0,75 – 0,93), $p < 0,001$. Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA có khả năng dự đoán tử vong nội viện mức độ khá tốt (AUC từ 0,7 đến 0,8). Đặc biệt, điểm SOFA thời điểm 24 giờ dự đoán tốt tử vong với AUC >0,8.

Điểm SOFA**Biểu đồ 3. Diễn biến điểm SOFA theo thời gian điều trị**

Nhận xét: Biểu đồ 2 thể hiện số cơ quan rối loạn chức năng có xu hướng giảm nhiều hơn theo thời gian điều trị ở nhóm sống nhưng ít thay đổi ở nhóm tử vong. Biểu đồ 3 cho thấy điểm SOFA giảm dần theo thời gian điều trị ở nhóm sống, nhưng tăng ở thời điểm T24, T48 ở nhóm tử vong.

3.2.3. Mối liên quan của rối loạn chức năng đa cơ quan và tử vong nội viện

Bảng 4. Mối liên quan của rối loạn chức năng đa cơ quan và tử vong nội viện

Biến số	OR	95% CI	p
Số cơ quan rối loạn chức năng	T0 n=82	2,66 (1,38 – 5,15)	0,004
	T24 n=82	2,11 (1,38 – 3,21)	<0,001
	T48 n=59	1,76 (1,15 – 2,71)	0,009
Điểm SOFA	T0 n=82	1,47 (1,18 – 1,84)	<0,001
	T24 n=82	1,35 (1,17 – 1,57)	<0,001
	T48 n=59	1,2 (1,06 – 1,36)	0,003

Phép hồi quy logistic đơn biến

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm chẩn đoán chỉ 1,2% tổng số bệnh nhân có rối loạn chức năng ≤ 2 cơ quan, tăng lên 31,7% và 37,3% ở các thời điểm 24 giờ và 48 giờ. Trung vị số cơ quan rối loạn chức năng giảm từ 4 (KTPV 4; 5) xuống 3 (KTPV 2; 5) ở các thời điểm quan sát sau đó ($p = 0,002$). Tại các thời điểm này, nhóm bệnh nhân tử vong có

số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân sống. Đối với số cơ quan rối loạn chức năng, trung vị của nhóm bệnh nhân sống tại T0, T24, T48 lần lượt là 4 (KTPV 3,25; 4), 3 (KTPV 2; 4) và 3 (KTPV 1; 4) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với 5 (KTPV 4; 5), 5 (KTPV 5; 5,25) và 5 (KTPV 3,5; 5) của nhóm bệnh nhân tử vong ($p < 0,05$). Đối với điểm SOFA, trung vị của nhóm sống lần lượt là 8 (KTPV 6; 10), 6 (KTPV 4; 9) và 6 (KTPV 2; 9) tại các thời điểm quan sát so với 10,5 (KTPV 9; 12), 12 (KTPV 9; 17) và 12 (KTPV 8; 17) ở nhóm tử vong ($p < 0,05$). Như vậy, số cơ quan rối loạn chức năng giảm theo thời gian điều trị ở nhóm sống nhưng không thay đổi rõ ràng ở nhóm tử vong. Tương tự, điểm SOFA cũng giảm dần ở nhóm sống trong khi có xu hướng tăng dần ở nhóm tử vong. Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Xuân Thảo (2018) trên 78 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn cũng cho thấy kết quả tương tự [6]. Cụ thể, điểm SOFA tại các thời điểm T0, T24, T48 ở nhóm sống đã giảm dần lần lượt là 12,22 ($\pm 2,26$), 10,65 ($\pm 3,47$) và 9,02 ($\pm 3,84$) so với tăng dần 12,59 ($\pm 3,31$), 13,93 ($\pm 3,66$) và 14,29 ($\pm 3,01$) ở nhóm tử vong. Điểm SOFA tăng theo thời gian, tức là suy đa cơ quan tiếp tục tiến triển nặng đã được chứng minh có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong trong sốc nhiễm khuẩn [7].

Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA tại các thời điểm quan sát đều có liên quan với nguy cơ tử vong nội viện trong phân tích đơn biến. Cụ thể, tại thời điểm T0 có OR 2,66 (95% CI 1,38 – 5,15), T24 có OR 2,11 (95% CI 1,38 – 3,21) và T48 có OR 1,76 (95% CI 1,15 – 2,71). Tương tự, điểm SOFA T0 có OR 1,47 (95% CI 1,18 – 1,84), SOFA T24 có OR 1,35 (95% CI 1,17 – 1,57) và SOFA T48 có OR 1,20 (95% CI 1,06 – 1,36) trong tiên lượng tử vong. Nghiên cứu của tác giả Thiều Thị Trúc Quyên (2022) trên 39 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cho thấy số cơ quan rối loạn chức năng T48 (RR 1,96; 95% CI 1,08 – 2,52) và SOFA T48 (RR 2,15; 95% CI 2,04 – 2,52) là các yếu tố liên quan đến tử vong trong phân tích đơn biến [7]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2024) trên 110 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết cho thấy SOFA T0 và T24 đều có giá trị tiên lượng diễn biến nặng, trong đó SOFA T24 có giá trị tiên lượng tử vong [4]. Điểm SOFA phản ánh số lượng và mức độ nặng của rối loạn chức năng cơ quan, là yếu tố kinh điển đã được công nhận rộng rãi trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu của tác giả Bodin Khwannimit (2022)

trên 1522 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết cho thấy tỷ lệ tử vong tăng dần tương ứng với điểm SOFA tăng [8].

Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA tại các thời điểm quan sát đều có khả năng dự đoán tử vong nội viện với AUC trong khoảng từ 0,71 đến 0,84 ($p < 0,05$). Đối với số cơ quan rối loạn chức năng, T24 có AUC 0,78 (95% CI 0,68 – 0,88) tốt hơn thời điểm T0 và T48. Đối với điểm SOFA, T24 có AUC 0,84 (95% CI 0,75 – 0,93) tốt hơn các thời điểm còn lại. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2024) cũng cho kết quả SOFA T24 dự đoán tử vong tốt hơn SOFA T0 với AUC lần lượt là 0,76 (95% CI 0,66 – 0,86), $p < 0,001$ và 0,71 (95% CI 0,60 – 0,83), $p = 0,004$ [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân (2024) trên 96 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn cho thấy điểm SOFA chẩn đoán dự đoán tử vong nội viện với AUC 0,77 (95% CI 0,68 – 0,86), $p < 0,001$ [9], tương tự với nghiên cứu của chúng tôi AUC 0,77 (95% CI 0,66 – 0,88), $p < 0,001$. Nghiên cứu của tác giả Bodin Khwannimit (2022), SOFA chẩn đoán dự đoán tử vong với AUC 0,89 (95% CI 0,87 – 0,91), $p < 0,001$ [8]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Sơn (2023) trên 252 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn, điểm SOFA tại thời điểm chẩn đoán có khả năng dự đoán tử vong nội viện với AUC 0,69 (95% CI 0,62 – 0,76), $p < 0,001$ [3]. Diện tích dưới đường cong của điểm SOFA dự đoán tử vong trong các nghiên cứu khác nhau có thể được giải thích do mức độ bệnh nặng (khác biệt về điểm SOFA trung bình hoặc trung vị) và tính đồng nhất của mẫu nghiên cứu (sốc nhiễm khuẩn đơn thuần hoặc nhiễm khuẩn huyết/sốc nhiễm khuẩn).

Hạn chế chính của nghiên cứu là thiết kế mô tả loạt ca bệnh với cỡ mẫu nhỏ, dẫn đến giảm sức mạnh thống kê. Ngoài ra, việc khoảng một phần ba số bệnh nhân ổn định ở thời điểm 48 giờ không được đánh giá điểm SOFA đã ảnh hưởng đến tính đồng nhất của dữ liệu tại các thời điểm 0 giờ, 24 giờ so với 48 giờ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA giảm dần theo thời gian ở nhóm sống, trong khi ở nhóm tử vong các chỉ số này thay đổi không đáng kể. Số cơ quan rối loạn chức năng và điểm SOFA tại thời điểm 24 giờ cho thấy khả năng dự đoán tử vong nội viện với diện tích dưới đường cong tốt hơn các thời điểm khác. Điểm SOFA tại thời điểm 24 giờ dự đoán tốt tử vong nội viện ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al.** The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315(8): 801-10. DOI: 10.1001/jama. 2016.0287
2. **Vincent J.L., Moreno R., Takala J., et al.** The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 1996;22(7): 707-10. DOI: 10.1007/BF01709751
3. **Do S.N., Dao C.X., Nguyen T.A., et al.** Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score for predicting mortality in patients with sepsis in Vietnamese intensive care units: a multicentre, cross-sectional study. BMJ Open. 2023;13(3): e064870.
4. **Nguyễn Thị Phương Thảo, Phạm Văn Đức, Nguyễn Duy Bình, Trần Xuân Chương.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng của thang điểm SOFA ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết người lớn. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2024;3(47): 9-16.
5. **Zimmermann T., Kaufmann P., Amacher S., et al.** Sex differences in the SOFA score of ICU patients with sepsis or septic shock: a nationwide analysis. Crit Care. 2024;28(1): 209. DOI: 10.1186/s13054-024-04996-y
6. **Lê Thị Xuân Thảo, Lê Xuân Trường, Bùi Thị Hồng Châu, Trương Anh Tuấn.** Mối liên quan giữa nồng độ lactat máu, procalcitonin, c-reactive protein (CRP) ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết và nhiễm khuẩn huyết có sốc tại Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018;22(2): 229-235.
7. **Thiều Thị Trúc Quỳnh, Huỳnh Văn Ân.** Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SOFA trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 520 (Tháng 11 - Hội nghị khoa học kỹ thuật năm 2022 - Bệnh viện Nhân dân Gia Định): 3-10.
8. **Khwannimit B., Bhurayanontachai R., Vattanavanit V.** Ability of a modified Sequential Organ Failure Assessment score to predict mortality among sepsis patients in a resource-limited setting. Acute Crit Care. 2022;37(3): 363-371. DOI: 10.4266/acc.2021.01627
9. **Nguyễn Thị Xuân, Đoàn Đức Nhân, và cộng sự.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm NEWS 2 trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024(77): 205-212. DOI: <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i77.2749>.

GIÁ TRỊ CỦA CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN BƯỚU TUYẾN MANG TAI

Vương Lam Linh*, Nguyễn Phan Thế Huy*, Võ Đắc Tuyền*

TÓM TẮT

Chọc hút bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration, FNA) được chỉ định để đánh giá ban đầu bướu tuyến mang tai. Ưu điểm của kỹ thuật này là ít xâm lấn, kỹ thuật đơn giản, cho kết quả nhanh, có thể được thực hiện ở bệnh nhân ngoại trú và nguy cơ biến chứng thấp. **Mục tiêu:** đánh giá giá trị của FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán bướu tuyến mang tai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả 252 ca bướu tuyến nước bọt đã khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023 được chẩn đoán là bướu tuyến mang tai. **Kết quả:** bệnh nhân bướu tuyến mang tai nhóm tuổi 35- <60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (54,0%), thấp nhất là nhóm tuổi <18 tuổi (1,2%), xuất độ nam:nữ là 1,5:1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Kết quả FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính có độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 99,1%, giá trị tiên đoán dương là 90,9%, giá trị tiên đoán âm là 97,1%. Độ chính xác đạt giá trị cao là 96,5%. **Kết luận:** Áp dụng FNA dưới hướng dẫn siêu âm như một quy trình

thường quy trong chẩn đoán trước phẫu thuật bướu tuyến mang tai. **Từ khóa:** bướu tuyến mang tai, FNA, bướu lành tính, bướu ác tính.

SUMMARY

VALUE OF ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION IN THE DIAGNOSIS OF PAROTID GLAND TUMORS

FNA is indicated for the initial assessment of parotid gland tumors. The advantages of this technique are that it is minimally invasive, simple, gives quick results, can be performed on outpatients, and has a low risk of complications. **Objective:** to evaluate the value of FNA in diagnosing parotid gland tumors. **Subjects and methods:** A cross-sectional retrospective study describing 252 cases of parotid gland tumors examined and treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2022 to June 2023 with the diagnosis of parotid gland tumors. **Results:** Patients with parotid tumors were in the age group of 35- <60 years old, with the highest rate of 54.0%; the lowest was in the age group of <18 years old with 1.2%, with a male: female ratio of 1.5:1. In 261 tumors performed FNA, 91.2% were benign, 8.4% were malignant, and 0.4% were undetermined. **Conclusion:** Applying ultrasound-guided FNA as a routine procedure in preoperative diagnosis of parotid tumors. **Keywords:** parotid tumors, FNA, benign tumors, malignant tumors.

*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Thế Huy
Email: npthuy@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 23.01.2025