

MỘT SỐ **THANG ĐIỂM LÂM SÀNG** DƯỢC SĨ CẦN BIẾT

Ds. Phạm Công Khanh



Vì sao dược sĩ cần biết các thang điểm lâm sàng ?

- Thường gặp trong hồ sơ bệnh án, hướng dẫn điều trị
- Cung cấp một cách nhìn “định lượng hóa” về một khía cạnh của người bệnh
- Có nhiều ý nghĩa trong chăm sóc người bệnh:
 - ✓ Đánh giá ban đầu
 - ✓ Phân tầng nguy cơ người bệnh
 - ✓ Quyết định lựa chọn điều trị
 - ✓ Theo dõi đáp ứng điều trị



Hệ thống một số thang điểm lâm sàng được sử dụng cần biết

Một số thang điểm lâm sàng

Đánh giá chung	Tim mạch	Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch	Viêm phổi	An thần	Nấm Candida
Glasgow	Framingham	Wells for DVT	CURB-65	Ramsay	Candida Score
Karnofsky	ASCVD Risk Cal	Wells for PE	DRIP	RASS	Ostrosky
APACHE II	SCORE	Padua			
SOFA	CHA ₂ DS ₂ -VASc				
RIFLE/AKIN	HAS-BLED				
Child-Pugh					

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale)

- Giới thiệu lần đầu năm 1974, bởi Graham Teasdale và Bryan Jennett tại ĐH Glasgow
- Đánh giá tình trạng ý thức của người bệnh
- Ban đầu được thiết lập để đánh giá tình trạng hôn mê ở BN chấn thương đầu
- Hiện nay áp dụng cho gần như tất cả BN nhập viện
- Có giá trị tiên lượng & thuận tiện trong theo dõi diễn tiến người bệnh
- Tính online: <https://www.mdcalc.com/glasgow-coma-scale-score-gcs>

Glasgow Coma Scale/Score (GCS) ☆

Coma severity based on Eye (4), Verbal (5), and Motor (6) criteria.

IMPORTANT

We launched a [COVID-19 Resource Center](#), including a critical review of recommended calcs.

INSTRUCTIONS

Note that this calculator has been updated as of May 2019 in order to add more supporting [references](#) and to distinguish between the Glasgow Coma **Score** (total score, only applicable when all three components are testable) and the Glasgow Coma **Scale** (component scores, applicable if any of three components is not testable).

When to Use ▾

Pearls/Pitfalls ▾

Why Use ▾

About the Creator



Dr. Bryan Jennett

[Are you Dr. Bryan Jennett?](#)



Dr. Graham Teasdale ✓

Also from MDCalc...

Related Calcs

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale)

- Cấu thành từ 3 yếu tố, bao gồm các đáp ứng về:
 - Mắt (Eye – E)
 - Lời nói (Verbal – V)
 - Vận động (Motor – M)
- Được biểu thị bằng điểm của từng thành phần và điểm tổng (khoảng: 3 – 15)

Kiểm tra	Đáp ứng	Điểm
Đáp ứng mở mắt (E)	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi gọi	3
	Mở mắt khi kích thích đau	2
	Không mở mắt với mọi kích thích	1
Đáp ứng với lời nói (V)	Trả lời đúng câu hỏi	5
	Trả lời lẫn lộn, mất định hướng	4
	Trả lời không phù hợp với câu hỏi	3
	Nói những từ vô nghĩa	2
	Không đáp ứng hoàn toàn	1
Đáp ứng với vận động (M)	Làm chính xác theo yêu cầu	6
	Đáp ứng vận động phù hợp khi kích thích đau	5
	Đáp ứng vận động không phù hợp khi kích thích đau	4
	Co cứng kiểu mất vỏ khi kích thích đau	3
	Duỗi cứng kiểu mất não khi kích thích đau	2
	Không đáp ứng	1

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale)

- Dạng ban đầu không phù hợp để áp dụng ở trẻ em
- Phát triển dạng cải tiến để đánh giá hôn mê ở trẻ em
- Link: <https://www.mdcalc.com/pediatric-glasgow-coma-scale-pgcs>

Pediatric Glasgow Coma Scale (pGCS) ☆

Assesses impaired consciousness and coma in pediatric patients.

INSTRUCTIONS

Use for children 2 years and younger only. For older children, use the standard [Glasgow Coma Scale \(GCS\)](#). Note the difference between the Glasgow Coma **Score** (total score, only applicable when all three components are testable) and the Glasgow Coma **Scale** (component scores, applicable if any of three components is not testable).

Trẻ trên 2 tuổi	Trẻ dưới 2 tuổi	Điểm
Trạng thái mắt		
Mở tự nhiên	Mở tự nhiên	4
Mở khi gọi	Phản ứng với lời nói	3
Mở khi đau	Phản ứng với kích thích đau	2
Không đáp ứng	Không đáp ứng	1
Đáp ứng vận động tốt nhất		
Làm theo yêu cầu	Theo nhu cầu	6
Kích thích đau:	Kích thích đau:	
Định vị nơi đau	Định vị được nơi đau	5
Tư thế co khi kích thích đau	Co tay đáp ứng kích thích đau	4
Tư thế co bất thường	Tư thế mất vỏ não khi đau	3
Tư thế duỗi bất thường	Tư thế mất não khi đau	2
Không đáp ứng	Không đáp ứng	1
Đáp ứng ngôn ngữ tốt nhất		
Định hướng và trả lời đúng	Mỉm cười, nói bập bẹ	5
Mất định hướng và trả lời sai	Quấy khóc	4
Dùng từ không thích hợp	Quấy khóc khi đau	3
Âm thanh vô nghĩa	Rên rỉ khi đau	2
Không đáp ứng	Không đáp ứng	1

Trẻ hôn mê khi điểm tổng cộng theo thang điểm Glasgow ≤ 10 điểm
Glasgow < 8 điểm thường nặng, tử vong cao.

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm Karnofsky (Karnofsky Performance Scale - KPS)

- Đánh giá tình trạng chức năng toàn thân, thang điểm 0 - 100
- Áp dụng trong đánh giá tình trạng thể lực, đáp ứng điều trị, chất lượng sống của BN, tiến triển bệnh...
- Link: <https://www.mdcalc.com/karnofsky-performance-status-scale>

Karnofsky Performance Status Scale ☆

Determines ability of patient to tolerate chemotherapy.

INSTRUCTIONS

For patients ≥ 16 years old. Useful to use over time to track disease progression.

When to Use ▾

Pearls/Pitfalls ▾

Why Use ▾

Tình trạng thể lực Karnofsky	Thang điểm	Dấu hiệu
Có thể thực hiện được công việc và các hoạt động bình thường; không cần chăm sóc đặc biệt	100	Không phản nản, không có bằng chứng của bệnh
	90	Có thể thực hiện được các hoạt động thông thường; triệu chứng của bệnh lý học
	80	Làm việc bình thường phải gắng sức; xuất hiện một số triệu chứng bệnh lý
Không thể làm việc bình thường; có thể tự làm hầu hết công việc cá nhân	70	Tự chăm sóc được; không thể làm các việc thông thường hoặc các việc mang tính hoạt động
	60	Cần hỗ trợ đặc biệt nhưng tự làm phục vụ được phần lớn công việc thiết yếu
	50	Cần chăm sóc y tế thường xuyên
Không thể tự phục vụ; cần trợ giúp y tế; bệnh có thể diễn biến xấu nhanh	40	Không có khả năng làm việc, cần chăm sóc y tế đặc biệt
	30	Bệnh nặng, cần nằm viện
	20	Bệnh rất nặng, cần điều trị hỗ trợ
	10	Hấp hối
	0	Tử vong

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm APACHE II

- Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
- Tiên lượng độ nặng và ước tính nguy cơ tử vong của BN mới vào ICU
- Gồm 4 phiên bản: APACHE I (1981) → APACHE II (1985) → APACHE III (1991) → APACHE IV (2006)
- APACHE II (giới thiệu bởi William Knaus và cs. năm 1985) là thang điểm được chấp nhận và áp dụng rộng rãi nhất hiện nay
- Link online: <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score>

APACHE II Score ☆

Estimates ICU mortality.

IMPORTANT

We launched a [COVID-19 Resource Center](#), including a critical review of recommended calcs.

When to Use ^

Pearls/Pitfalls v

Why Use v

About the Creator



Dr. William Knaus

[Are you Dr. William Knaus?](#)

Also from MDCalc...

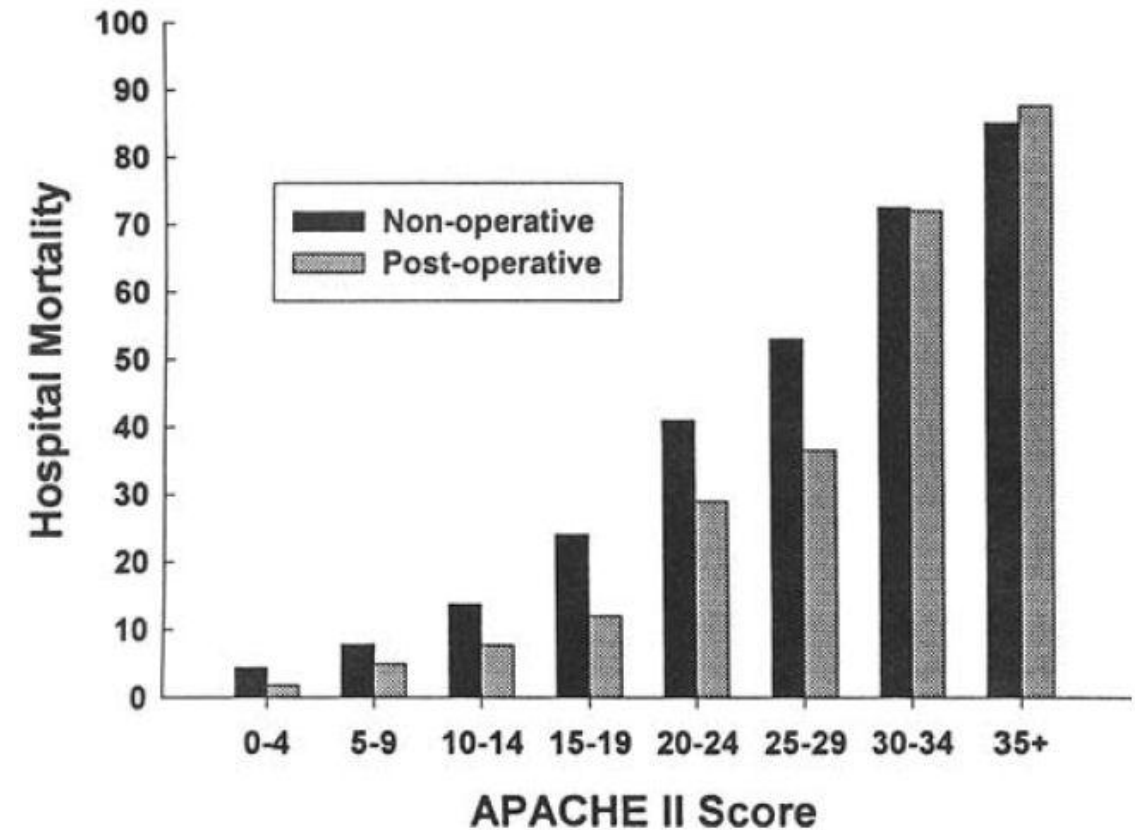
Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm APACHE II

- Tương quan giữa điểm APACHE II và tỷ lệ tử vong

Approximated in-hospital mortality rates

APACHE II Score	Nonoperative	Postoperative
0-4	4%	1%
5-9	8%	3%
10-14	15%	7%
15-19	25%	12%
20-24	40%	30%
25-29	55%	35%
30-34	73%	73%
>34	85%	88%



Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm SOFA

- Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)
- Giới thiệu bởi Jean-Louis Vincent và cộng sự năm 1996
- Áp dụng cho tất cả BN vào ICU
- Ước tính nguy cơ tử vong ở BN ICU, dựa trên đánh giá rối loạn chức năng của 6 hệ cơ quan: hô hấp, tuần hoàn, thận, gan mật, huyết học và thần kinh trung ương
- Mỗi cơ quan cho điểm từ 0 – 4, và điểm SOFA là tổng điểm các cơ quan (max: 24 điểm)
- SOFA sử dụng giá trị “xấu” nhất trong ngày để tính điểm
- Link online: <https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score>

Table 1. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score*

Variables	SOFA Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory Pao ₂ /Fio ₂ , mm Hg	>400	≤400	≤300	≤200†	≤100†
Coagulation Platelets ×10 ³ /μL‡	>150	≤150	≤100	≤50	≤20
Liver Bilirubin, mg/dL‡	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.9	>12.0
Cardiovascular Hypotension	No hypotension	Mean arterial pressure <70 mm Hg	Dop ≤5 or dob (any dose)§	Dop >5, epi ≤0.1, or norepi ≤0.1§	Dop >15, epi >0.1, or norepi >0.1§
Central nervous system Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinine, mg/dL or urine output, mL/d	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 or <500	>5.0 or <200

*Norepi indicates norepinephrine; Dob, dobutamine; Dop, dopamine; Epi, epinephrine; and Fio₂, fraction of inspired oxygen.

1. Critical Care Pharmacotherapy ACCP 2016
2. Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. JAMA. 2001 Oct 10;286(14):1754-8.

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm SOFA

- Tỷ lệ tử vong tương quan với điểm SOFA cao nhất và sự thay đổi điểm SOFA từ khi vào ICU

SOFA Score	Mortality if initial score	Mortality if highest score
0-1	0.0%	0.0%
2-3	6.4%	1.5%
4-5	20.2%	6.7%
6-7	21.5%	18.2%
8-9	33.3%	26.3%
10-11	50.0%	45.8%
12-14	95.2%	80.0%
>14	95.2%	89.7%

Mean SOFA Score	Mortality
0-1.0	1.2%
1.1-2.0	5.4%
2.1-3.0	20.0%
3.1-4.0	36.1%
4.1-5.0	73.1%
>5.1	84.4%

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm SOFA

- Các thang điểm SOFA cải tiến: ngắn gọn, dễ sử dụng hơn

qSOFA

- Đánh giá nhanh nguy cơ tử vong và nằm ICU kéo dài/BN nhiễm khuẩn nặng

Parameter	0 points	1 point
Altered mental status <small>GCS <15</small>	No	Yes
Respiratory rate ≥22	No	Yes
Systolic blood pressure ≤100	No	Yes

Interpretation:

qSOFA Score	Risk group
0-1	Not high risk for in-hospital mortality
2-3	High risk for in-hospital mortality (3- to 14-fold increase)

mSOFA

- Yêu cầu chỉ 1 thông số xét nghiệm
- Giá trị tiên lượng ≈ SOFA

Modified Sequential Organ Failure Assessment Score					
Organ System	0	1	2	3	4
Respiratory SpO ₂ /FIO ₂	>400	≤400	≤315	≤235	≤150
Liver	No scleral icterus or jaundice			Scleral icterus or jaundice	
Cardiovascular, hypotension	No hypotension	MAP <70 mm Hg	Dopamine ≤5 or dobutamine, any dose	Dopamine >5, epinephrine ≤0.1, norepinephrine ≤0.1	Dopamine >15, epinephrine >0.1, norepinephrine >0.1
CNS, Glasgow Coma Scale	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal, creatinine, mg/dL	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9	>5.0

Dopamine, dobutamine, epinephrine, and norepinephrine doses in micrograms per kilogram per minute. CNS, central nervous system; MAP, mean arterial pressure.

mSOFA Score	30-day mortality
0-7	4%
8-11	31%
>11	58%

Link: <https://www.mdcalc.com/modified-sequential-organ-failure-assessment-msofa-score>

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm đánh giá tổn thương thận cấp (Acute Kidney Injury – AKI)

- Áp dụng thang điểm **RIFLE** hoặc **AKIN**
- Phân tầng độ nặng của tổn thương thận cấp
- Quan trọng cho DLS ở ICU: lưu ý các thuốc có thể gây tổn thương thận

RIFLE Criteria for Acute Kidney Injury

	SCr Changes	Urine Output
Risk	1.5 × increase in SCr from baseline or decrease in GFR by ≥ 25%	< 0.5 mL/kg/hr for at least 6 hr
Injury	2 × increase in SCr from baseline or decrease in GFR by ≥ 50%	< 0.5 mL/kg/hr for at least 12 hr
Failure	3 × increase in SCr from baseline or a SCr of ≥ 4 mg/dL or decrease in GFR by ≥ 75%	< 0.3 mL/kg/hr for at least 24 hr or anuria for 12 hr
Loss	Complete loss of kidney function for at least 4 weeks	
End-stage renal disease	Complete loss of kidney function for > 3 mo	

GFR = glomerular filtration rate; SCr = serum creatinine.

Acute Kidney Injury Network Score

Stage	Serum Creatinine	Urine Output
1	Increase of ≥ 1.5–2 × baseline or increase of ≥ 0.3 mg/dL	< 0.5 mL/kg/hr for > 6 hr
2	Increase of > 2–3 × baseline	< 0.5 mL/kg/hr for > 12 hr
3	Increase of > 3 × baseline or SCr > 4.0 mg/dL with acute increase of at least 0.5 mg/dL	< 0.3 mL/kg/hr for > 24 hr or anuria for > 12 hr

<https://www.mdcalc.com/akin-classification-acute-kidney-injury-aki>

<https://www.mdcalc.com/rifle-criteria-acute-kidney-injury-aki>

Các thang điểm đánh giá chung

Thang điểm đánh giá tổn thương gan cấp

- Áp dụng thang điểm Child-Pugh
- Giới thiệu bởi Charles G. Child et al. (1964) và hiệu chỉnh bởi Pugh et al. (1973)
- Điểm Child-Pugh dao động từ 5 – 15
- Gồm 5 tiêu chí, mỗi tiêu chí cho từ 1 – 3 điểm: bụng báng (ascites), bệnh não gan (encephalopathy), tỷ lệ INR, albumin và bilirubin.
- Căn cứ hiệu chỉnh liều thuốc trong một số trường hợp

Measure	1 point	2 points	3 points
Total bilirubin, $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)
Serum albumin, g/l	>35	28-35	<28
INR	<1.7	1.71-2.20	> 2.20
Ascites	None	Mild	Severe
Hepatic encephalopathy	None	Grade I-II	Grade III-IV

Table 1. Child-Pugh Score

Points	Class	One year survival	Two year survival
5-6	A	100%	85%
7-9	B	81%	57%
10-15	C	45%	35%

Table 1.a Interpretation of Child-Pugh Score

Các thang điểm đánh giá về nguy cơ tim mạch

Thang điểm Framingham (Framingham Risk Score - FRS)

- Kết quả từ nghiên cứu Framingham Heart Study
- Nghiên cứu đoàn hệ trên dân cư thị trấn Framingham (ban Massachusetts, Hoa Kỳ), theo dõi từ 1948
- Ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm (10-year Cardiovascular Disease (CVD) Risk)
- Được khuyến cáo bởi **NCEP ATP III (2001)** & **Hội Tim mạch Canada 2018** (Canadian Cardiovascular Society) trong điều trị rối loạn lipid máu
- Tính online: <https://www.mdcalc.com/framingham-risk-score-hard-coronary-heart-disease>

Total Points	10-Year CVD Risk (%)*	
	Men	Women
-3 or less	<1	<1
-2	1.1	<1
-1	1.4	1.0
0	1.6	1.2
1	1.9	1.5
2	2.3	1.7
3	2.8	2.0
4	3.3	2.4
5	3.9	2.8
6	4.7	3.3
7	5.6	3.9
8	6.7	4.5
9	7.9	5.3
10	9.4	6.3
11	11.2	7.3
12	13.3	8.6
13	15.6	10.0
14	18.4	11.7
15	21.6	13.7
16	25.3	15.9
17	29.4	18.51
18	>30	21.5
19	>30	24.8
20	>30	27.5
21+	>30	>30

1. Wilson PW, et. al. Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories. *Circulation* 1998. 97(18): 1837-1847.2.

Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update. *CMAJ* October 09, 2018 190 (40) E1192-E1206

Các thang điểm đánh giá về nguy cơ tim mạch

Thang điểm ASCVD Risk Calculator (Pooled Cohort Equations)

- Do đặc điểm của dân số nghiên cứu, FRS không đại diện cho dân số Mỹ nói chung => thang điểm mới
- Năm 2013, ACC/AHA phát triển Pooled Cohort Equations để **ước tính nguy cơ 10-năm có một biến cố ASCVD đầu tiên**, với dữ liệu từ các NC ARIC, Cardiovascular Health Study, CARDIA và Framingham
- Định nghĩa **Biến cố ASCVD đầu tiên**: tử vong do bệnh mạch vành (CHD death), NMCT không chết (nonfatal MI), chết do đột quỵ hoặc đột quỵ không chết (fatal or nonfatal stroke).
- Các biến số bao gồm: giới, tuổi, chủng tộc, cholesterol toàn phần, HDL-C, HA tâm thu (có đang điều trị hay không), ĐTĐ và hút thuốc
- Áp dụng: **guideline điều trị RL lipid máu của AHA/ACC 2018**
- Tính online: <https://www.mdcalc.com/ascvd-atherosclerotic-cardiovascular-disease-2013-risk-calculator-aha-acc>

ASCVD (Atherosclerotic Cardiovascular Disease) 2013 Risk Calculator from AHA/ACC ☆

Determines 10-year risk of heart disease or stroke.

INSTRUCTIONS

Our **ASCVD Risk Algorithm** is a step-wise approach for all adult patients – including those with known ASCVD. This calculator is for use only in adult patients without known ASCVD and LDL 70-189 mg/dL (1.81-4.90 mmol/L).

About the Creator



Dr. David Goff

[Are you Dr. David Goff?](#)

Also from MDCalc...

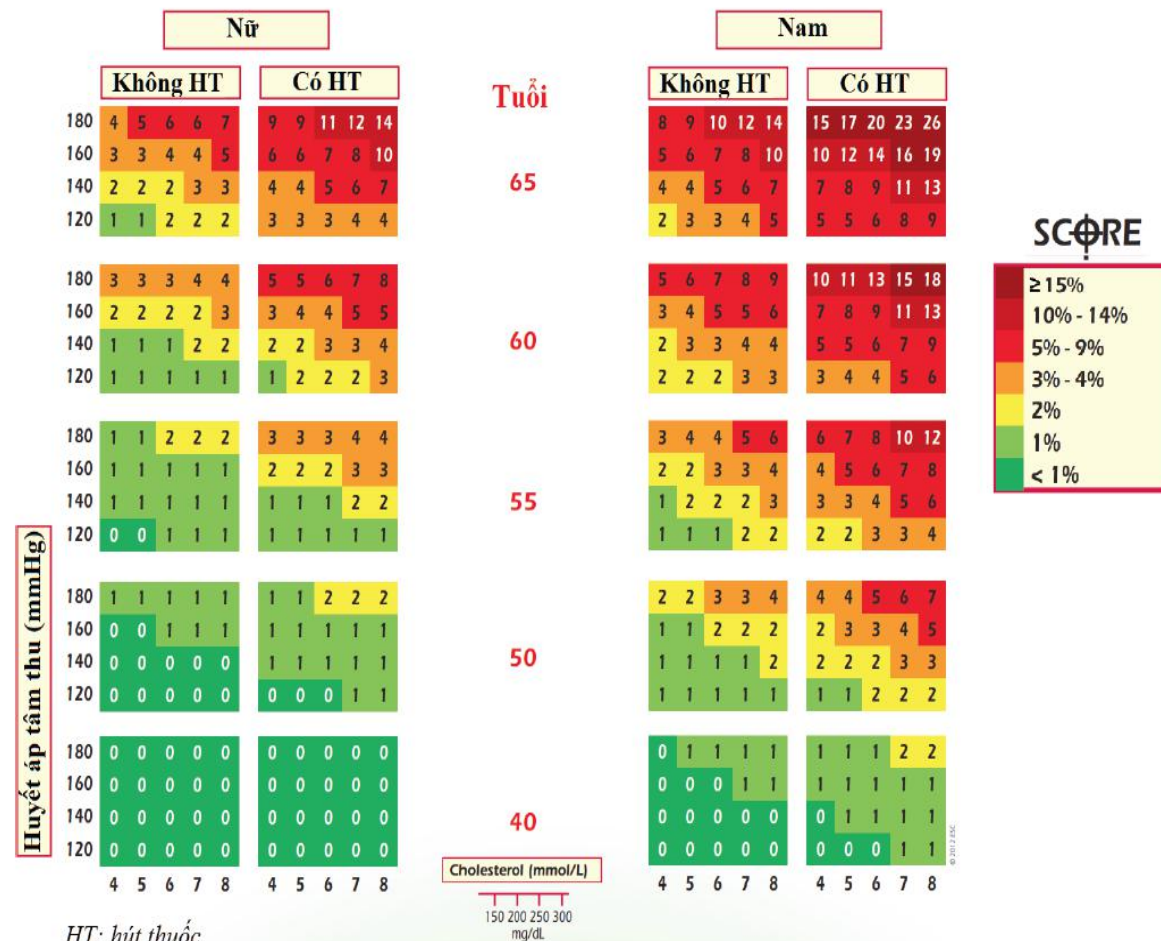
Related Calcs

ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease
Circulation. 2014;129:S49–S73

Các thang điểm đánh giá về nguy cơ tim mạch

Thang điểm SCORE

- **S**ystematic **C**oronary **R**isk **E**stimation
- Xây dựng năm 2003, từ 12 NC đoàn hệ tại các nước Châu Âu
- Dự báo tỷ lệ tử vong do nguyên nhân tim mạch trong 10 năm
- Các biến số: giới, tuổi, cholesterol toàn phần, HA tâm thu và hút thuốc
- Trình bày dưới dạng biểu đồ màu, 2 biểu đồ riêng cho các nhóm nước nguy cơ TM thấp và nguy cơ TM cao
- Được áp dụng trong guideline điều trị RL lipid máu của 2019 ESC/EAS
- Được áp dụng trong Khuyến cáo điều trị RL lipid máu 2015 của VNHA (nhóm nguy cơ TM thấp)



Hình 1. Thang điểm SCORE

Các thang điểm trong điều trị Rung nhĩ

Thang điểm CHA₂DS₂-VASc

- CHA₂DS₂-VASc = **C**ongestive Heart failure, **H**ypertension, **A**ge ≥75 (doubled), **D**iabetes, **S**troke (doubled), **V**ascular disease, **A**ge 65–74, and **S**ex (female)
- Đánh giá **nguy cơ đột quỵ do huyết khối** ở các BN rung nhĩ không do bệnh van tim
- Căn cứ để cân nhắc sử dụng thuốc chống đông dự phòng huyết khối
- Áp dụng trong guideline rung nhĩ: ESC 2016 và AHA/ACC/HRS 2019
- Áp dụng trong Khuyến cáo chẩn đoán & điều trị rung nhĩ VNHA 2016

Thang điểm CHA2DS2-VASc	
Yếu tố nguy cơ	Điểm
Suy tim sung huyết	1
Tăng huyết áp	1
Tuổi ≥ 75	2
Đái tháo đường	1
Đột quỵ/TIA/Thuyên tắc mạch	2
Bệnh mạch máu (tiền sử NMCT, bệnh ĐM ngoại biên, hoặc xơ vữa ĐM chủ)	1
Tuổi 65-74	1
Giới nữ	1
Điểm tối đa	9

1. Chest. 2010 Feb;137(2):263-72. doi: 10.1378/chest.09-1584.

2. European Heart Journal (2016) 37, 2893–2962

3. J Am Coll Cardiol 2019;74:104–132.

Các thang điểm trong điều trị Rung nhĩ

Thang điểm HAS-BLED

- HAS-BLED = **H**ypertension, **A**bnormal renal/liver function (1 point each), **S**troke, **B**leeding history or predisposition, **L**abile INR, **E**lderly (>65 years), **D**rugs/alcohol concomitantly (1 point each)
- Đánh giá **nguy cơ chảy máu** để cân nhắc sử dụng chống đông trong rung nhĩ
- Áp dụng trong guideline rung nhĩ: ESC 2016 và AHA/ACC/HRS 2019
- Áp dụng trong Khuyến cáo chẩn đoán & điều trị rung nhĩ VNHA 2016
- Ngoài ra còn có **HEMORR₂HAGES score** và **ATRIA score**

Các đặc điểm lâm sàng trong thang điểm nguy cơ xuất huyết HAS-BLED		
Chữ viết tắt	Các đặc điểm lâm sàng ^a	Điểm số
H	Tăng huyết áp	1
A	Bất thường chức năng gan và thận (1 điểm cho mỗi bệnh lý)	1 hoặc 2
S	Đột quỵ	1
B	Xuất huyết	1
L	INR bất thường	1
E	Lớn tuổi (VD: > 65 tuổi)	1
D	Sử dụng thuốc hoặc rượu (1 điểm cho mỗi loại)	1 hoặc 2
		Tối đa 9 điểm

1. Chest. 2010 Feb;137(2):263-72. doi: 10.1378/chest.09-1584.

2. European Heart Journal (2016) 37, 2893–2962

3. J Am Coll Cardiol 2019;74:104–132.

Các thang điểm liên quan đến Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE)

Thang điểm Wells

- Đánh giá nguy cơ lâm sàng bị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch
- Gồm thang điểm cho: Huyết khối tĩnh mạch sâu (Deep Vein Thrombosis - DVT) và Thuyên tắc động mạch phổi (Pulmonary Embolism - PE)
- Áp dụng trong Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch VNHA 2016

Bảng 7. Các thang điểm đánh giá nguy cơ thuyên tắc động mạch phổi trên lâm sàng

Thang điểm Wells	Điểm đầy đủ	Điểm đơn giản hóa
Các biến số		
ty thuyên tắc ĐMP	1,5	1
t	1,5	1
g trong 4 tuần	1,5	1
	1	1
	1	1
của HKTMSCD	3	1
chác	3	1
	0 - 1	Không áp dụng
	2 - 6	
	≥ 7	
ơ thuyên tắc ĐMP	0 - 4	0 - 1
thuyên tắc ĐMP	≥ 5	≥ 2

Bảng 4. Thang điểm Wells cải tiến đánh giá khả năng lâm sàng bị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Yếu tố nguy cơ	Điểm
1. Ung thư hoạt động (đang điều trị hoặc mới phát hiện trong vòng 6 tháng)	+ 1
2. Liệt, yếu cơ, hoặc mới phải bất động chi dưới (bỏ bột ...)	+ 1
3. Nằm liệt giường ≥ 3 ngày hoặc mới phẫu thuật lớn trong vòng 4 tuần trước	+ 1
Dấu hiệu lâm sàng (nếu bị cả 2 chân, đánh giá ở chân triệu chứng nặng hơn)	
4. Đau dọc đường đi của hệ tĩnh mạch sâu	+ 1
5. Sưng toàn bộ chi dưới	+ 1
6. Bắp chân sưng > 3 cm so với bên đối diện (đo ở dưới lồi củ chày 10 cm)	+ 1
7. Phù ấn lõm	+ 1
8. Giãn tĩnh mạch nông bành hệ (không phải búi giãn tĩnh mạch mạn tính)	+ 1
9. Chẩn đoán bệnh khác, nhiều khả năng hơn là chẩn đoán HKTMSCD	- 2
Xác suất lâm sàng bị HKTMSCD	Tổng điểm
Thấp	< 1
Trung bình	1 - 2
Cao	≥ 3

1. Ann Intern Med. 2001 Jul 17;135(2):98-107.
2. Lancet. 1995;345(8961):1326-30.
3. Lancet. 1997;350(9094):1795-8.

Các thang điểm liên quan đến Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE)

Thang điểm Padua

- Được phát triển bởi Sofia Barbar và Paolo Prandoni tại ĐH Padua (Italy) năm 2010
- Đánh giá **nguy cơ VTE** của BN nội trú và sự cần thiết của dự phòng VTE bằng thuốc chống đông
- Áp dụng trong Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch VNHA 2016

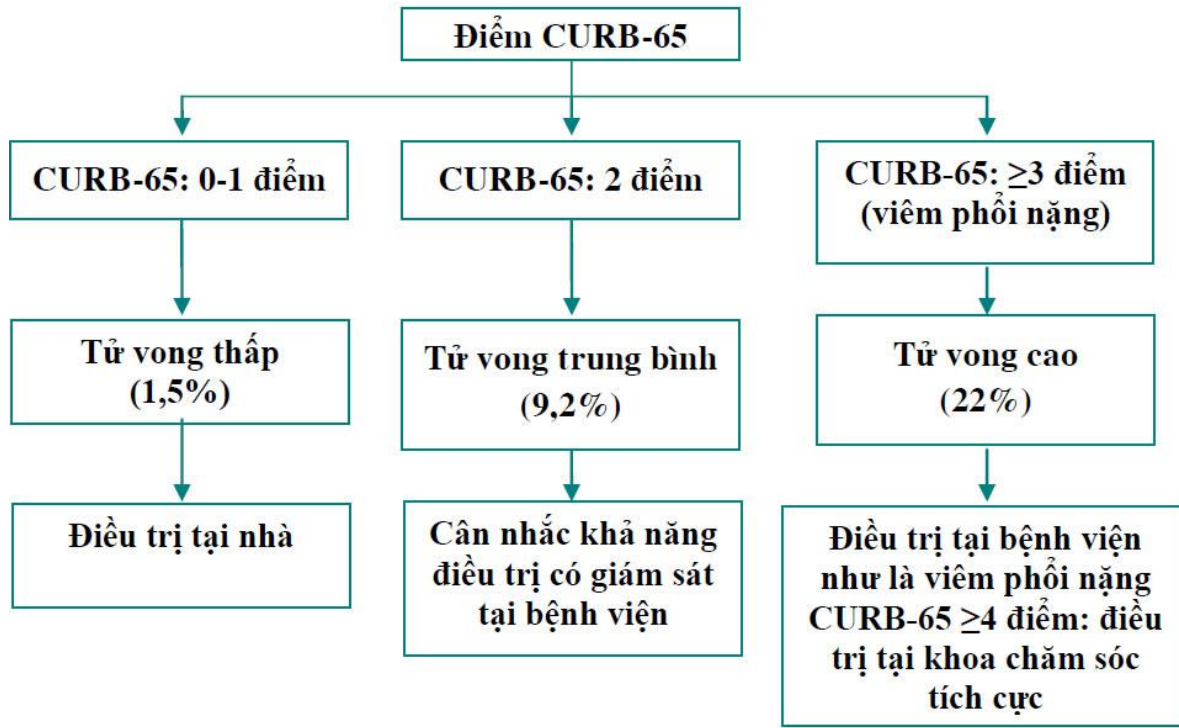
Bảng 25. Thang điểm PADUA dự báo nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Ung thư tiến triển	3
Tiền sử thuyên tắc HKTM (loại trừ HKTM nông)	3
Bất động (do hạn chế của chính bệnh nhân hoặc do chỉ định của bác sĩ)	3
Tình trạng bệnh lý tăng đông đã biết	3
Mới bị chấn thương và/hoặc phẫu thuật (≤ 1 tháng)	2
Tuổi cao (≥ 70 tuổi)	1
Suy tim và/hoặc suy hô hấp	1
NMCT cấp hoặc nhồi máu não cấp	1
Nhiễm khuẩn cấp và/hoặc bệnh cơ xương khớp do thấp	1
Béo phì ($BMI \geq 30$)	1
Đang điều trị Hormone	1
PPS < 4 : Nguy cơ thấp bị thuyên tắc HKTM: không cần điều trị dự phòng	
PPS ≥ 4 : Nguy cơ cao bị thuyên tắc HKTM: cần điều trị dự phòng	

Các thang điểm liên quan đến Viêm phổi

Thang điểm CURB-65

- Được khuyến cáo bởi Hội lồng ngực Anh quốc (BTS)
- Đánh giá độ nặng của Viêm phổi cộng đồng & tiên lượng tử vong
- Quyết định chế độ điều trị: ngoại trú/nội trú/Khoa ICU



CURB-65	
Confusion (Rối loạn ý thức)	+1
Uremia Ure máu > 7 mmol/L	+1
Respiratory rate Tần số thở ≥ 30 lần/phút	+1
Blood pressure HA tâm thu < 90 mmHg hoặc HA tâm trương ≤ 60 mmHg	+1
Age Tuổi > 65	+1

Các thang điểm liên quan đến Viêm phổi

Thang điểm DRIP

- Drug Resistance in Pneumonia (DRIP) Score
- Đánh giá nguy cơ VP mắc phải cộng đồng do VK kháng thuốc
- Hỗ trợ xác định sự cần thiết của chỉ định KS phổ rộng

Điểm DRIP:

- < 4: Nguy cơ thấp, không cần dùng KS phổ rộng
- ≥ 4: Nguy cơ cao, dùng KS phổ rộng có thể cần thiết

Yếu tố nguy cơ	Không	Có
Yếu tố nguy cơ chính		
1. Có dùng kháng sinh trong 60 ngày trước	0	2
2. Chăm sóc dài ngày tại nhà	0	2
3. Có nuôi dưỡng qua ống thông	0	2
4. Có chẩn đoán viêm phổi do VK kháng thuốc trong 1 năm	0	2
Yếu tố nguy cơ phụ		
5. Nhập viện trong vòng 60 ngày	0	1
6. Có bệnh phổi mạn tính	0	1
7. Toàn trạng kém, điểm Karnofsky < 70	0	1
8. Có dùng thuốc kháng H2, hoặc PPI trong vòng 14 ngày	0	1
9. Đang có vết thương cần chăm sóc ở thời điểm nhập viện	0	1
10. Phân lập được MRSA trong vòng 1 năm	0	1

Các thang điểm đánh giá tình trạng an thần

Thang điểm an thần Ramsay (Ramsay Sedation Scale - RSS)

- Được phát triển năm 1974 để đánh giá các mức độ an thần khác nhau
- Đơn giản và được sử dụng rộng rãi nhất
- Hạn chế lớn nhất: chỉ có 1 mức độ “kích động”, khó phân biệt cụ thể hơn các mức độ kích động nhẹ, vừa, nặng
- Áp dụng để điều chỉnh thuốc an thần (điểm Ramsay 2 - 3)

Thang điểm Ramsay	
Điểm	Mô tả
1	Bệnh nhân lo lắng, kích động
2	Bệnh nhân êm dịu, hợp tác
3	Bệnh nhân làm theo y lệnh
4	Bệnh nhân ngủ, lay gọi đáp ứng nhanh
5	Bệnh nhân ngủ, lay gọi đáp ứng chậm
6	Bệnh nhân ngủ, lay gọi không đáp ứng

Các thang điểm đánh giá tình trạng an thần

Thang điểm Richmond (Richmond Agitation-Sedation Scale - RASS)

- Được phát triển năm 1999 để phân biệt rõ hơn các mức độ an thần và kích động
- Thang RASS xoay quanh điểm 0 (bình tĩnh), và có 4 mức độ kích động, 5 mức độ an thần
- Được sử dụng rộng rãi nhất, vì: hợp lý, dễ sử dụng, độ tin cậy cao
- Áp dụng trong điều chỉnh liều lượng thuốc an thần (đạt RASS từ -2 đến 0)

Thang điểm Richmond		
Điểm	Thuật ngữ	Mô tả
+4	Chống cự	Chống cự dữ dội, có thể gây nguy hiểm cho người chăm sóc
+3	Rất kích động	Giật, rút ống thông
+2	Kích động	Cử động lung tung
+1	Bứt rứt	Lo lắng, nhưng không có cử động bất thường
0	Tỉnh táo, bình tĩnh	
-1	Ngủ gà	Tỉnh khá lâu (> 10 giây) khi có tiếng động
-2	An thần nhẹ	Tỉnh dậy một chút (< 10 giây) khi có tiếng động
-3	An thần vừa	Có cử động khi nghe tiếng động, nhưng không mở mắt
-4	An thần sâu	Gọi không đáp ứng, có cử động khi kích thích
-5	Không tỉnh	Không đáp ứng với kích thích

1. Critical Care Pharmacotherapy ACCP 2016
2. Sessler CN, Gosnell MS, et. al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002 Nov 15;166(10):1338-44.
3. Bài giảng Hồi sức cấp cứu - chống độc, NXB Y học 2013

Các thang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm nấm Candida

Thang điểm Candica Score

- Được phát triển năm 2006 bởi Leon và cộng sự
- Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên 1.699 bệnh nhân ICU => Phát triển Candida Score

Tiêu chí	Điểm
1. Tìm thấy Candida spp. đồng thời ở ≥ 2 vị trí	1
2. Vào khoa ICU sau phẫu thuật	1
3. Dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn	1
4. Nhiễm trùng huyết nặng	2
Candica Score ≥ 3: BN có nguy cơ cao nhiễm nấm Candida xâm lấn	

Các thang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm nấm Candida

Tiêu chí Ostrosky - Zeichner

- Được phát triển năm 2007 bởi Ostrosky-Zeichner và cộng sự
- Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm trên 2.890 bệnh nhân đã nằm ICU ít nhất 4 ngày

Tiêu chí chính	1. Dùng kháng sinh toàn thân ($D_1 - D_3$)
	2. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm ($D_1 - D_3$)
Tiêu chí phụ	1. Phẫu thuật ($D_{-7} - D_0$)
	2. Dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn TPN ($D_1 - D_3$)
	3. Viêm tụy cấp ($D_{-7} - D_0$)
	4. Lọc máu ($D_1 - D_3$)
	5. Dùng steroid ($D_{-7} - D_3$)
	6. Dùng thuốc ức chế miễn dịch ($D_{-7} - D_0$)
Đạt tiêu chí Ostrosky - Zeichner khi có đồng thời 1 tiêu chí chính và ≥ 2 tiêu chí phụ	
<i>Ghi chú: $D_{-7} - D_0$: trong vòng 7 ngày trước khi dùng thuốc kháng nấm $D_1 - D_3$: từ ngày đầu tiên đến ngày thứ 3 dùng thuốc kháng nấm $D_{-7} - D_3$: từ 7 ngày trước khi dùng thuốc cho đến ngày thứ 3 dùng thuốc kháng nấm</i>	



Thank you for watching

Trao đổi, góp ý về nội dung, xin liên hệ:

Ds. Phạm Công Khanh

Email: pckhanh304@gmail.com
