https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.966

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 GIAI ĐOẠN 2023 - 2025

Nguyễn Việt Phương[1]*, Trương Xuân Hoàn[2], Sean Sorya[2]
Noy Sojam[2], Đinh Hồng Quân[2], Đỗ Mỹ Linh[2], Trần Xuân Toản[2]
Phan Duy Khánh[2], Nguyễn Thái Huy Hoàng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Xác định một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến tiên lượng tử vong ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết.*

Đối tượng và phương pháp: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 399 người bệnh nhiễm khuẩn huyết, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.*

Kết quả: *Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ tử vong cao bao gồm: tuổi cao ≥ 70 tuổi (p < 0,01); tiền sử đột quỵ (p < 0,01), tăng huyết áp và suy tim (p < 0,05); đường vào từ đường hô hấp (OR = 2,27, p < 0,05). Nhóm tử vong có nồng độ Albumin thấp hơn (p < 0,01); nồng độ lactat, CRP và Procalcitonin cao hơn (p < 0,05) so với nhóm sống. Tình trạng sốc nhiễm khuẩn và nhu cầu can thiệp thở máy, lọc máu liên quan mật thiết đến kết cục tử vong (p < 0,01). Vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế (73,7%) nhưng không khác biệt tỉ lệ tử vong giữa nhóm nhiễm vi khuẩn Gram âm với nhiễm vi khuẩn Gram dương (p > 0,05).*

Kết luận: *Sốc nhiễm khuẩn, đường vào từ đường hô hấp, tuổi cao, các bệnh lí nền (đột quỵ, tăng huyết áp, tim mạch), tình trạng rối loạn các chỉ số Albumin, lactat, CRP, Procalcitonin và can thiệp hồi sức là những yếu tố quan trọng liên quan đến tiên lượng tử vong ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết.*

Từ khóa: Nhiễm khuẩn huyết, tiên lượng tử vong, yếu tố tiên lượng.

PROGNOSTIC FACTORS FOR MORTALITY IN PATIENTS WITH SEPSIS AT MILITARY HOSPITAL 103 BETWEEN 2023 - 2025

ABSTRACT

Objectives: *To identify clinical and subclinical factors associated with mortality prognosis in patients with sepsis.*

Subjects and methods: *A cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on 399 septic patients treated at Military Hospital 103 between 2023 and 2025. Prognostic factors were determined by comparing characteristics between survivors and non-survivors.*

Results: *Factors associated with high mortality included: Advanced age (≥ 70 years, p < 0.01); history of stroke (p < 0.01), hypertension, and heart failure (p < 0.05); respiratory tract as entry point (OR = 2.27, p < 0.05). Subclinically, the mortality group had significantly lower albumin levels compared to survivors (p < 0.01), and higher lactate, CRP, and procalcitonin (p < 0.05). Septic shock and the need for mechanical ventilation or dialysis were closely linked to fatal outcomes (p < 0.01). Gram-negative bacteria predominated (73.7%), with no mortality difference between Gram-negative and Gram-positive infections (p > 0.05).*

Conclusions: *Septic shock, respiratory entry, advanced age, underlying comorbidities (stroke, hypertension, cardiovascular), dysregulation of albumin, lactate, CRP, procalcitonin, and intensive care interventions are key factors associated with mortality prognosis in septic patients.*

Keywords: Sepsis, mortality prognosis, prognostic factors.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Việt Phương; Email: vietphuongnt203@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/12/2025, phản biện khoa học: 12/2025; chấp nhận đăng: 07/4/2026

[1]*Bệnh viện Quân y 103.*

[2]*Học viện Quân y.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) và sốc nhiễm khuẩn là những tình trạng sức khỏe nghiêm trọng trong cấp cứu y khoa, đặc trưng bởi sự rối loạn chức năng cơ quan do đáp ứng mất kiểm soát của cơ thể đối với nhiễm trùng [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong hồi sức và liệu pháp kháng sinh, NKH vẫn là nguyên nhân gây tử vong (TV) hàng đầu trên

toàn thế giới. Theo báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu, mỗi năm có khoảng 48,9 triệu ca mắc NKH và 11 triệu ca TV vì NKH, chiếm gần 20% tổng số ca TV toàn cầu [2].

Nghiên cứu MOSAICS II thực hiện tại các đơn vị hồi sức tích cực (ICU) ở khu vực châu Á (trong đó có Việt Nam), ghi nhận tỉ lệ TV ở người bệnh (NB) nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn còn ở mức cao. Phân tích nhóm người bệnh nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn tại Việt Nam cho thấy, tỉ lệ TV trong bệnh viện là 40,1% và tại ICU là 33,3% [3]. Những kết quả này phản ánh gánh nặng đáng kể của nhiễm khuẩn huyết trong thực hành lâm sàng. Đồng thời, sự thay đổi nhanh chóng của phổ vi sinh vật gây bệnh, đặc biệt là sự gia tăng các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng thuốc, càng làm phức tạp quá trình chẩn đoán và điều trị, góp phần ảnh hưởng đến tiên lượng của NB.

Bệnh viện Quân y 103 là cơ sở điều trị tuyến cuối, thường xuyên tiếp nhận NB NKH nặng kèm theo bệnh lí nền phức tạp. Việc nghiên cứu, cập nhật những đặc điểm lâm sàng, vi sinh vật và kết quả điều trị nhóm NB này tại Bệnh viện có ý nghĩa quan trọng, tích cực góp phần xây dựng cơ sở dữ liệu khoa học cho đào tạo, ứng dụng điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến tiên lượng TV ở NB NKH tại Bệnh viện Quân y 103, giai đoạn 2023 - 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

399 NB có chẩn đoán xác định NKH, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB từ 18 tuổi trở lên; có hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu lâm sàng và xét nghiệm tại thời điểm nhập viện.

- Tiêu chí loại trừ: NB mắc kèm theo các bệnh lí ác tính đang điều trị hóa trị hoặc xạ trị; NB đồng nhiễm các căn nguyên vi sinh khác như sốt xuất huyết Dengue, HIV...; NB không đủ dữ liệu theo mẫu hồ sơ bệnh án nghiên cứu; NB hoặc người nhà NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: xác định cỡ mẫu theo công thức ước tính một tỉ lệ trong quần thể:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; Z là hệ số tin cậy (ở mức xác suất 95%, Z = 1,96); p là tỉ lệ TV do NKH dự kiến (chọn p = 0,401 theo nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn [3]); d là sai số cho phép (chọn d = 0,05). Từ đó, tính được cỡ mẫu tối thiểu n = 370. Nghiên cứu thu thập trên 399 NB, bảo đảm độ tin cậy cho các phân tích thống kê.

- Chẩn đoán xác định NKH theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2015 [4], gồm các tiêu chí: có bằng chứng nghi ngờ hoặc xác định ổ nhiễm khuẩn; kết quả cấy máu phân lập được vi khuẩn gây bệnh trong vòng 48 giờ tính từ khi nhập viện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, bệnh lí nền (tăng huyết áp, đái tháo đường, đột quỵ, suy tim, bệnh thận mạn...), đường vào nhiễm khuẩn (hô hấp, tiết niệu, tiêu hóa, da mô mềm...).

+ Đặc điểm cận lâm sàng thời điểm nhập viện: các chỉ số sinh hóa máu (Glucose, Creatinin, Albumin, Bilirubin, GOT, GPT, CRP, lactat. Procalcitonin…); vi sinh vật (kết quả cấy máu xác định chủng vi khuẩn).

+ Đặc điểm can thiệp và kết cục: tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn, thở máy, lọc máu liên tục (CRRT), tình trạng TV/nặng xin về (nhóm TV) hoặc khỏi (nhóm sống).

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

- Đạo đức: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103 (Quyết định số 3470/HĐĐĐ BVQY 103 ngày 18/7/2025). Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức y sinh học. Thông tin NB được mã hóa và bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong 399 NB NKH nghiên cứu, có 80 NB (20,1%) kết cục TV và 319 NB (79,9%) sống sót.

Độ tuổi trung bình của NB nhóm TV cao hơn rõ rệt so với nhóm sống, với p = 0,003. NB từ 70 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm TV (70,0%), khác biệt so với tỉ lệ này ở nhóm sống với p = 0,005.

Không ghi nhận sự khác biệt về giới tính giữa nhóm sống và nhóm TV (p = 0,821). Tỉ lệ NB có bệnh lí nền ở nhóm TV và nhóm sống, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Các bệnh lí nền liên quan mật thiết đến tiên lượng TV gồm: đột quỵ (p < 0,001), tăng huyết áp (p < 0,05) và suy tim (p < 0,05). Các bệnh lí nền khác như đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ TV (p > 0,05).

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, nhóm tuổi, giới, bệnh lí nền

Đặc điểm		Tổng (n = 399)		Nhóm sống[1] (n = 319)		Nhóm TV[2] (n = 80)		p_{1-2}
		n	%	n	%	n	%	
Tuổi	$\overline{X}$ ± SD	69,12 ± 15,23		67,57 ± 15,44		75,31 ± 12,62		0,003
	Min - Max	19,0-100,0		19,0-98,0		29,0-100,0		
Nhóm tuổi	< 30	09	2,3	08	2,5	01	1,2	0,005
	30-49	32	8,0	31	9,7	01	1,2	
	50-69	142	35,6	120	37,6	22	27,5	
	≥ 70	216	54,1	160	50,2	56	70,0	
Giới tính	Nam	220	55,1	175	54,9	45	56,3	0,821
	Nữ	179	44,9	144	45,1	35	43,7	
Bệnh lí nền	Có	243	60,9	187	58,6	56	70,0	0,062
	Không	156	39,1	132	41,4	24	30,0	
Các bệnh lí nền	Tăng huyết áp	153	38,3	113	35,4	40	50,0	0,017
	Đái tháo đường	115	28,8	86	27,0	29	36,2	0,101
	Bệnh thận mạn tính	32	8,0	24	7,5	8	10,0	0,466
	Suy tim	15	3,8	9	2,8	6	7,5	0,049
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính	15	3,8	11	3,4	4	5,0	0,514
	Gout, bệnh khớp mạn tính	27	6,8	19	6,0	8	10,0	0,198
	Đột quỵ	49	12,3	30	9,4	19	23,8	< 0,001
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	15	3,8	11	3,4	4	5,0	0,513*

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các biện pháp can thiệp

Bảng 2. Đường vào nhiễm khuẩn

Đường vào nhiễm khuẩn	Tổng (n = 399)		Nhóm sống[1] (n = 319)		Nhóm TV[2] (n = 80)		OR	CI 95%	p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%			
Hô hấp	35	8,8	23	7,2	12	15,0	2,27	1,08-4,79	0,028
Tiêu hóa	56	14,0	46	14,4	10	12,5	---	---	0,658
Thần kinh trung ương	16	4,0	12	3,8	4	5,0	---	---	0,538
Da, mô mềm, catheter	29	7,3	22	6,9	7	8,8	---	---	0,568
Tiết niệu	96	24,1	84	26,3	12	15,0	0,49	0,26-0,96	0,034
Không rõ	168	42,1	133	41,7	35	43,8	---	---	0,739

Bảng 3. Một số đặc điểm sinh hóa

Đặc điểm	Tổng (n = 399)	Nhóm sống[1] (n = 319)	Nhóm TV[2] (n = 80)	p_{1-2}
Glucose (mmol/L)	11,55 ± 8,09	11,38 ± 7,30	12,25 ± 10,73	0,387
Creatinin (µmol/L)	145,60 ± 126,44	141,29 ± 132,36	162,78 ± 98,22	0,174
Albumin (g/L) (n = 226)	32,78 ± 5,78	34,10 ± 5,26	28,96 ± 5,55	< 0,001
Bilirubin TP (mmol/L) (n = 266)	25,31 ± 25,87	25,07 ± 24,97	26,17 ± 29,03	0,773
GOT (U/L) (n = 397)	91,21 ± 250,61	77,45 ± 115,50	95,38 ± 106,44	0,430
GPT (U/L) (n = 397)	71,85 ± 151,80	69,15 ± 107,76	82,55 ± 262,52	0,481
CRP (mg/L)	174,18 ± 117,13	165,04 ± 110,74	210,60 ± 134,45	0,002
Lactat (mmol/L) (n = 140)	3,48 ± 2,91	3,13 ± 2,56	4,19 ± 3,43	0,041

Đường vào nhiễm khuẩn từ hô hấp là yếu tố tiên lượng nặng với nguy cơ TV cao gấp 2,27 lần (OR = 2,27; p = 0,028). Ngược lại, nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm ưu thế ở nhóm sống (26,3%) so với nhóm TV (15,0%), khác biệt với p = 0,034 (bảng 2).

Nồng độ Albumin huyết thanh ở nhóm TV (28,96 ± 5,55 g/L) thấp hơn đáng kể so với nhóm sống (34,10 ± 5,26 g/L), với p < 0,001. Ngược lại, mức độ phản ứng viêm và rối loạn chuyển hóa ở nhóm TV lại chiếm ưu thế, thể hiện qua các chỉ số: nồng độ CRP (210,60 ± 134,45 mg/L), Lactat (4,19 ± 3,43 mmol/L) đều cao hơn nhóm sống (p < 0,05) (bảng 3).

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm Procalcitonin

PCT (ng/mL)	Tổng (n = 76)		Nhóm sống(1) (n = 59)		Nhóm TV(2) (n = 17)		p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%	
$\bar{X}$ ± SD	18,83 ± 23,66		18,42 ± 24,37		20,27 ± 21,65		0,048
< 0,5	8	10,5	6	10,2	2	11,8	0,680
0,5-2	11	14,5	10	16,9	1	5,9	
2,1-10	19	25,0	15	25,4	4	23,5	
> 10	38	50,0	28	47,5	10	58,8	

Nồng độ Procalcitonin trung bình ở NB nhóm TV cao hơn so với ở NB nhóm sống có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuy nhiên, khi đánh giá theo các mức nồng độ Procalcitonin, tỉ lệ phân bố theo các mức giữa hai nhóm không khác biệt, với p > 0,05.

Bảng 5. Căn nguyên vi khuẩn gây NKH theo nhuộm Gram

Nhóm vi khuẩn	Tổng (n = 399)		Nhóm sống(1) (n = 319)		Nhóm TV(2) (n = 80)		p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%	
Gram(-)	294	73,7	242	75,9	52	65,0	0,059
Gram(+)	105	26,3	77	24,1	28	35,0	

Nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. tuy nhiên, tỉ lệ nhiễm vi khuẩn Gram dương ở nhóm TV cao hơn so với nhóm sống, với p > 0,05.

Tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn, thở máy và lọc máu liên tục chung trong nghiên cứu lần lượt là 20,8%; 20,1% và 8,8%. Nhóm TV có tỉ lệ biến chứng sốc và phải can thiệp các biện pháp hồi sức cao hơn rõ rệt so với nhóm sống (p < 0,01) (bảng 6).

Bảng 6. Tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn và can thiệp

Đặc điểm NB		Tổng (n = 399)		Nhóm sống(1) (n = 319)		Nhóm TV(2) (n = 80)		p_{1-2}
		n	%	n	%	n	%	
Sốc nhiễm khuẩn	Không	316	79,2	278	87,1	38	47,5	< 0,001
	Có	83	20,8	41	12,9	42	52,5	
Thở máy	Không	319	79,9	281	88,1	38	47,5	< 0,001
	Có	80	20,1	38	11,9	42	52,5	
Lọc máu liên tục	Không	364	91,2	300	94,0	64	80,0	< 0,001
	Có	35	8,8	19	6,0	16	20,0	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi giới, bệnh lí nền của NB

Độ tuổi trung bình của NB nghiên cứu là 69,12 ± 15,23; NB từ 70 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm (54,1%) và ở cả nhóm TV (70,0%, cao hơn rõ rệt so với nhóm sống với p = 0,005). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang [5] (tuổi cao là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với TV do NKH). Ở người cao tuổi, sự suy giảm dự trữ sinh lí và hiện tượng lão hóa hệ miễn dịch (immunosenescence) khiến cơ thể kém đáp ứng với các tác nhân nhiễm trùng nặng, làm tăng nguy cơ suy đa tạng dẫn tới tử vong [6].

60,9% NB mắc kèm theo ít nhất 1 bệnh mạn tính. Phân tích tiên lượng cho thấy sự khác biệt rõ rệt ở NB có tiền sử đột quỵ (23,8% ở nhóm TV so với 9,4% ở nhóm sống, p < 0,001) và tăng huyết áp (50,0% so với 35,4%, p = 0,017). Trên cơ sở dữ liệu MIMIC-IV [7], nhiều nghiên cứu cho thấy sự hiện diện của các bệnh lí mạch máu và thần kinh mạn tính vừa làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn huyết động, vừa làm tăng tỉ lệ biến chứng phổi thứ phát, dẫn tới tăng tỉ lệ TV. Mối liên hệ giữa tuổi cao, tiền sử đột quỵ và đường vào hô hấp tạo thành chuỗi bệnh lí TV, đột quỵ gây rối loạn nuốt dẫn đến viêm phổi hít. Trên nền thể trạng suy giảm miễn dịch của người già, vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào máu gây sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng.

55,1% NB là nam giới, không ghi nhận sự khác biệt về tỉ lệ TV giữa hai giới (p = 0,821). Điều này cho thấy, yếu tố giới tính không đóng vai trò tiên lượng quan trọng bằng tình trạng đa bệnh lí và sự suy giảm chức năng ở người cao tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các biện pháp can thiệp

Nhiễm khuẩn từ đường hô hấp là yếu tố tiên lượng nặng, làm tăng nguy cơ TV gấp 2,27 lần (p = 0,028); tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị

Hương Giang [5] (phổi là cơ quan đích dễ bị tổn thương nhất trong NKH, thường liên quan đến các vi khuẩn đa kháng thuốc tại bệnh viện, làm phức tạp hóa quá trình điều trị). Đặc biệt, tình trạng sốc nhiễm khuẩn được xác định là yếu tố tiên lượng TV mạnh mẽ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (52,5% ở nhóm TV so với 12,9% ở nhóm sống, p < 0,001). Khi sốc xảy ra, sự suy giảm tưới máu mô hệ thống dẫn đến tổn thương đa cơ quan không hồi phục [1].

Nồng độ Albumin máu giảm thấp (28,96 ± 5,55 g/L) ở nhóm TV có ý nghĩa tiên lượng rất quan trọng (p < 0,001). Các nghiên cứu gần đây cho thấy giảm albumin trong máu (hypoalbuminemia) ở NB NKH có mối liên hệ trực tiếp với rối loạn chức năng lớp nội mạc mạch máu (endothelial dysfunction) và hội chứng rò rỉ mao mạch (capillary leak syndrome - CLS) [8]. Phân tích tổng hợp của Vincent [9] cho thấy NB có nồng độ albumin huyết thanh dưới 30 g/L thì có nguy cơ TV tăng từ 2-3 lần so với nhóm có albumin ≥ 30 g/L, ngay cả sau khi đã hiệu chỉnh theo mức độ nặng của bệnh và các yếu tố gây nhiễu khác [9]. Các chỉ số lactat và CRP, Procalcitonin tăng cao ở nhóm TV (p < 0,05) khẳng định tình trạng thiếu oxy mô và phản ứng viêm hệ thống diễn ra dữ dội. Nghiên cứu của Chaftari P [10] khẳng định động học của các chỉ số viêm và lactat là những "thước đo" nhạy bén, giúp thầy thuốc tiên lượng sớm nguy cơ diễn tiến nặng của NB NKH.

Có 52,5% NB ở nhóm TV phải can thiệp hồi sức, bao gồm thở máy (52,5%) và lọc máu liên tục (20,0%), với p < 0,001. Điều này phản ánh tính chất nghiêm trọng của bệnh lí khi đã có suy hô hấp và suy thận cấp đi kèm. Việc áp dụng các kĩ thuật hồi sức hiện đại tại Bệnh viện Quân y 103 (như lọc máu liên tục) giúp hỗ trợ tạng; tuy nhiên, với nhóm NB đã rơi vào tình trạng sốc nặng hoặc có nhiều tạng suy, tỉ lệ TV vẫn còn ở mức cao. Điều này cho thấy vai trò của việc nhận diện sớm các yếu tố tiên lượng ngay từ khi nhập viện để có chiến lược điều trị tích cực.

Nghiên cứu này được thiết kế hồi cứu, nên có hạn chế là một số dữ liệu xét nghiệm (PCT, lactat…) tại thời điểm nhập viện không đầy đủ trên toàn bộ mẫu. Vì vậy, phân tích hiện tại chỉ tập trung vào các biến đơn lẻ, chưa thực hiện được hồi quy đa biến và xác định điểm cắt (ROC) để khẳng định các yếu tố tiên lượng độc lập.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi thấy rằng: các yếu tố tuổi cao (≥ 70 tuổi), tiền sử đột quỵ, tăng huyết áp, suy tim và đường vào từ đường hô hấp có mối liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết (p < 0,05). Nhóm tử vong có nồng độ Albumin máu giảm thấp (< 30 g/L), nồng độ lactat, chỉ số viêm (CRP, Procalcitonin) tăng cao có ý nghĩa so với nhóm sống (p < 0,05). Sốc nhiễm khuẩn là yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng (p < 0,01). Nhu cầu hỗ trợ tạng bằng thông khí nhân tạo và lọc máu liên tục là các chỉ báo lâm sàng phản ánh tình trạng bệnh lí nghiêm trọng và tiên lượng tử vong cao (p < 0,01)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singer M, Deutschman C.S, Seymour C.W, "The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)", *JAMA*, 315 (8), pp. 801-810, 2016.
2. Rudd K.E, Johnson S.C, Agesa K.M, "Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study", *The Lancet*, 395 (10219), pp. 200-211, 2020.
3. Do S.N, Luong C.Q, Pham D.T et al., "Factors relating to mortality in septic patients in Vietnamese intensive care units from a subgroup analysis of MOSAICS II study", *Sci Rep*, 11 (1), 18924, 2021.
4. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm*, Quyết định số 5642/QĐ-BYT, ngày 31/12/2015.
5. Bùi Thị Hương Giang, Nguyễn Đức Quỳnh, "Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ TV của nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai", T*ạp chí Y học Việt Nam*, 515 (1), tr. 64-68, 2022.
6. Meyer NJ, Prescott HC, "Sepsis and septic shock", *New England journal of medicine*, 391 (22), pp. 2133-2146, 2024.
7. Chang Y.C, Su M.I, Hu W.P, Liao E.C, "Impact of atherosclerotic cardiovascular disease on mortality in ICU sepsis patients: a retrospective MIMIC-IV cohort study", *BMJ Open*, 15 (12), e108713, 2025.
8. Siddall E, Khatri M, Radhakrishnan J, "Capillary leak syndrome: etiologies, pathophysiology, and management", *Kidney Int*, 92 (1), pp. 37-46, 2017.
9. Vincent J.L, Dubois M.J, Navickis R.J, Wilkes MM, "Hypoalbuminemia in acute illness: is there a rationale for intervention? A meta-analysis of cohort studies and controlled trials", A*nn Surg*, 237 (3), pp. 319-34, 2003.
10. Chaftari P, Qdaisat A, Chaftari AM, et al., "Prognostic Value of Procalcitonin, CRP and Lactate Levels in Emergency Evaluation of Cancer Patients with Suspected Infection", *Cancers* (Basel), 13 (16), p. 4095, 2021. ❑