

VAI TRÒ CỦA ĐỘ THANH THẢI LACTATE TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

**Đoàn Đức Nhân^{1*}, Danh Minh Sung², Võ Minh Phương¹
Nguyễn Việt Thu Trang¹, Danh Thái Châu²**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

*Email: ddnhan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/7/2023

Ngày phản biện: 28/11/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốc nhiễm khuẩn là một bệnh lý phổ biến tại các khoa hồi sức tích cực với tỉ lệ tử vong cao khoảng 40-60%. Việc điều trị bệnh lý này là một thách thức lớn đòi hỏi nhiều biện pháp khác nhau. Nồng độ lactate máu là một chỉ số phản ánh gián tiếp tình trạng tưới máu của các cơ quan trong nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Độ thanh thải lactate là một phương pháp giúp theo dõi sự phục hồi tưới máu mô và kết quả của hồi sức chống sốc, góp phần cải thiện hiệu quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định giá trị tiên lượng tử vong của độ thanh thải lactate máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 130 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 4/2021 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ tử vong là 60,8%. Nồng độ lactate máu có trung vị là 5,48mmol/L. Có sự khác biệt rõ về độ thanh thải lactate giữa nhóm sống và nhóm tử vong khi nhóm sống có độ thanh thải lactate cao hơn so với nhóm tử vong. Độ thanh thải lactate ở thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện có diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,809 và 0,847 với $p < 0,001$. Điểm cắt tối ưu của độ thanh thải lactate sau 6 giờ nhập viện là -1,76% (độ nhạy 82,3% và độ đặc hiệu 78,4%) và sau 12 giờ nhập viện là -10,56% (độ nhạy 86,1% và độ đặc hiệu 86,3%). **Kết luận:** Độ thanh thải lactate sau nhập viện 6 giờ và 12 giờ có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, lactate máu, độ thanh thải lactate.

ABSTRACT

ROLE OF LACTATE CLEARANCE IN DEATH PROGNOSIS IN SEPTIC SHOCK PATIENTS

**Doan Duc Nhan^{1*}, Danh Minh Sung², Vo Minh Phuong¹
Nguyen Viet Thu Trang¹, Danh Thai Chau²**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Kien Giang General Hospital

Background: Septic shock is a common disease in the intensive care units with a high mortality rate of about 40-60%. The treatment of this is a great challenge which requires many different methods. Serum lactate is an indirect parameter reflecting the perfusion status of organs commonly used in sepsis and septic shock. Lactate clearance plays as a mean to monitor tissue perfusion recovery and the outcome of shock resuscitation, thereby improving treatment efficacy.

Objectives: To determine the mortality prognostic value of lactate serum clearance in patients with septic shock. **Materials and methods:** A prospective study on 130 septic shock patients in Kien Giang General Hospital. **Results:** The mortality rate was 60.8%. Serum lactate median was 5.48mmol/L. There was a significant difference in lactate clearance between the living and the dead, that the living group had higher lactate clearance compared with the death one. Lactate clearance at 6h and 12h post-hospitalization were 0.809 and 0.847 respectively, with $p < 0.001$. The optimal cut-off point

of lactate clearance after 6 hours of admission was -1.76% (with sensitivity of 82.3% and specificity of 78.4%) and at 12 hours of admission was -10.56% (with sensitivity of 86.1% and specificity of 86.3%). **Conclusions:** Lactate clearance at 6 hours and 12 hours after admission is a worthy measure in predicting mortality in patients with septic shock.

Keywords: Septic shock, blood lactate, lactate clearance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn (SNK) được xem là một phân nhóm của nhiễm khuẩn huyết đặc trưng bởi các rối loạn chức năng cơ quan kèm theo bất thường về tuần hoàn và chuyển hóa tế bào đủ nặng khiến làm tăng đáng kể tỉ lệ tử vong (từ 40-60% tại Việt Nam) [1], [2]. Trong SNK, tình trạng thiếu oxy mô là nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng rối loạn chức năng tế bào. Nếu tình trạng thiếu oxy mô kéo dài sẽ dẫn đến suy chức năng cơ quan và tử vong. Việc đánh giá, theo dõi và điều trị tình trạng này có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị SNK. Độ thanh thải (ĐTT) lactate hiện nay được xem là một phương pháp hiệu quả trong việc đánh giá hiệu quả hồi sức chống sốc và tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định giá trị tiên lượng tử vong của độ thanh thải lactate máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán SNK theo SEPSIS-3 (2016) với các tiêu chuẩn như sau [2]:

Nhiễm khuẩn huyết gồm 2 yếu tố:

+ Có rối loạn chức năng cơ quan (điểm SOFA ≥ 2 điểm)

+ Có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

Sốc nhiễm khuẩn:

+ Có nhiễm khuẩn huyết kèm theo,

+ Tụt huyết áp dai dẳng cần phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình ≥ 65 mmHg.

+ Lactate máu > 2 mmol/L dù đã được bồi hoàn thể tích đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân mắc bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối.

+ Bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính.

+ Bệnh nhân chuyển viện tuyến trên.

+ Bệnh nhân tử vong sớm trước 12 giờ kể từ thời điểm vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

n: Là số đối tượng nghiên cứu tối thiểu.

α : Là xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 1 - \text{độ tin cậy} = 1 - 0,95 = 0,05$.

Z: Trị số lấy từ phân phối chuẩn.

d: Sai số cho phép được chọn là 8%.

p: Tỷ lệ điều trị sốc nhiễm khuẩn thành công. Theo tác giả Dương Thiện Phước, tỷ lệ này là 28,3% [3] → p = 0,283.

→ n = 121,7. Thực tế, chúng tôi thu thập được 130 mẫu từ 4/2021 đến 6/2022.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất. Bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm lactate máu tại các thời điểm gồm lúc vào viện, 6 giờ và 12 giờ sau khi nhập viện và ghi nhận kết quả điều trị.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, nguồn gốc nhiễm khuẩn. Giá trị tiên lượng tử vong của ĐTT lactate máu ở bệnh nhân SNK:

Xét nghiệm lactate được thực hiện trên máy xét nghiệm sinh hóa Cobas 6000 theo phương pháp quang phổ so màu tại Khoa Xét nghiệm - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang. Giá trị lactate máu bình thường: 0,5 – 2,2 mmol/L.

ĐTT lactate được tính theo công thức:

$$\text{Độ thanh thải lactate} = \frac{(\text{Lactate}_t - \text{Lactate}_{\text{vào viện}}) / \text{Lactate}_{\text{vào viện}}}{t} \times 100$$

Trong đó: Thời điểm t là thời điểm xét nghiệm lactate máu.

- Kết quả điều trị được phân thành hai nhóm:

+ Tử vong (bệnh nhân chết lâm sàng tại bệnh viện hoặc là bệnh nặng xin về).

+ Sống (bệnh nhân thoát sốc ≥ 24 giờ mà không tái sốc).

- Đường cong ROC để xác định diện tích dưới đường cong, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của các chỉ số nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm về giới và tuổi

Giới	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	69	53,1
Nữ	61	46,9
Tổng	130	100

Nhận xét: Bệnh nhân nam và nữ chiếm tỷ lệ gần bằng nhau.

Bảng 2. Đặc điểm về tuổi

Nhóm tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
<40	9	6,9	64,1±30,88
40-59	35	26,9	
≥60	86	66,2	
Tổng	130	100	

Nhận xét: Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu phần lớn từ 60 trở lên.

Bảng 3. Nguồn gốc nhiễm khuẩn

Nguồn gốc nhiễm khuẩn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiêu hóa	41	31,5
Hô hấp	30	23,1
Da, mô mềm	26	20,0
Tiết niệu	4	3,1
Không rõ	29	22,3
Tổng	130	100

Nhận xét: Nguồn nhiễm khuẩn chủ yếu là đường tiêu hóa với tỷ lệ 31,5%.

3.2. Giá trị của độ thanh thải lactate trong tiên lượng tử vong

Bảng 4. Giá trị lactate máu lúc nhập viện

Xét nghiệm	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Lactate (mmol/L)	5,48	3,74–8,27

Nhận xét: Bệnh nhân có lactate máu lúc nhập viện cao phù hợp với bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 5. Kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Sống	51	39,2
Tử vong	79	60,8
Tổng	130	100

Nhận xét: Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tỉ lệ tử vong cao là 60,8%.

Bảng 6. Độ thanh thải lactate ở thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện

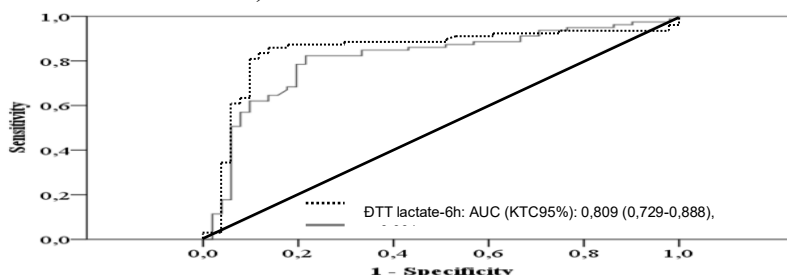
Kết quả điều trị	ĐTT lactate		
	Sống	Tử vong	p
Sau nhập viện 6 giờ	-5,12 (-14,60 – -2,09)	2,38 (-1,04 – 10,9)	<0,001
Sau nhập viện 12 giờ	-17,52 (-28,57 – -13,63)	8,25 (-1,22 – 21,73)	<0,001

Nhận xét: Độ thanh thải lactate máu tại hai thời điểm khác nhau ở hai nhóm sống và tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Giá trị của độ thanh thải lactate tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện trong tiên lượng tử vong bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Thời điểm	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm
Sau nhập viện 6 giờ	10,0%	27,8%	94,1%	88,0%	45,7%
	0,75%	62,0%	90,2%	90,2%	60,5%
	-1,76%	82,3%	78,4%	85,5%	74,1%
	-9,70%	91,1%	33,3%	67,9%	70,8%
Sau nhập viện 12 giờ	10,0%	49,4%	94,1%	92,9%	54,5%
	-2,81%	81,0%	90,2%	92,8%	75,4%
	-10,56%	86,1%	86,3%	90,7%	80,0%
	-19,60%	91,1%	47,1%	72,7%	77,4%

Nhận xét: Điểm cắt tối ưu của độ thanh thải lactate ở thời điểm 6 giờ sau nhập viện là -1,76% (độ nhạy 82,3% và độ đặc hiệu 78,4%) và 12 giờ sau nhập viện là -10,56% (độ nhạy 86,1% và độ đặc hiệu 86,3%).



Hình 1. Đường cong ROC của độ thanh thải lactate tại thời điểm 6h và 12h

Nhận xét: Độ thanh thải lactate tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện có giá trị tốt trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ nam và nữ gần tương đương nhau với tỉ lệ lần lượt là 53,1% và 46,9%. Kết quả này cũng tương tự tác giả Nguyễn Việt Quang Hiền khi nam giới chiếm 52,11% và nữ chiếm 47,6% [4].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,1 \pm 30,88$, trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số với tỉ lệ 66,2%. Tác giả Lâm Phương Thúy cũng ghi nhận tuổi trung bình là $67,50 \pm 13,94$, gần tương đồng với kết quả của chúng tôi [5]. Nghiên cứu của Dương Thiện Phước cũng cho thấy độ tuổi từ trên 60 chiếm phần lớn, có tỉ lệ là 73,9% [3]. Các kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân cao tuổi là đối tượng dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn nặng.

Nguồn gốc nhiễm khuẩn của các bệnh nhân trong nghiên cứu này chủ yếu đến từ đường tiêu hóa (31,5%), tiếp theo là đường hô hấp (23,1%), da và mô mềm (20,0%), khoảng 1/5 trường hợp không rõ đường vào (22,3%). Kết quả này cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Trương Dương Tiễn khi đường tiêu hóa là nguyên nhân nhiễm khuẩn chính chiếm 40,8% [6]. Tuy nhiên tác giả Nguyễn Việt Quang Hiền lại thấy rằng ổ nhiễm khuẩn tại hệ thống tiêu hóa là chủ yếu với tỉ lệ là 73,8% và có sự khác biệt rất lớn so với chúng tôi [4]. Ngoài ra, tác giả Bùi Thị Hương Giang lại ghi nhận nguồn gốc nhiễm khuẩn chủ đạo là đường hô hấp, chiếm 37,2% và tiếp đến là đường tiêu hóa (29,5%) [7]. Tỉ lệ các nguồn nhiễm khuẩn chủ yếu được phát hiện phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó nơi nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu là những yếu tố quan trọng làm thay đổi tỉ lệ giữa các nguồn vào của tác nhân nhiễm khuẩn.

4.2. Giá trị của độ thanh thải lactate máu trong tiên lượng tử vong

Nghiên cứu này ghi nhận nồng độ lactate máu lúc vào viện của bệnh nhân có trung vị là 5,48mmol/L. Các thống kê về nồng độ lactate ở những bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn của các tác giả khác cũng gần tương tự với kết quả của chúng tôi như tác giả Dương Thiện Phước năm 2017 nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ ghi nhận lactate lúc vào viện có trung vị là 5,3 mmol/L [3]. Chỉ số này trong nghiên cứu của tác giả Lê Hồ Tiến Phương năm 2021 là 5,87mmol/L [8]. Lactate máu cao ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn phù hợp với tình trạng thiếu oxy mô trong bệnh cảnh sốc nhiễm khuẩn.

Qua quá trình nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ điều trị thành công là 39,2% và tỉ lệ tử vong là 60,8%. Các tác giả khác ghi nhận tỉ lệ tử vong chung của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là 71,7% trong nghiên cứu của Dương Thiện Phước [3] hay 73,3% ghi nhận được bởi Đoàn Đức Nhân và cộng sự [9]. Các số liệu đều cho thấy đây là một bệnh cảnh nặng với tỉ lệ tử vong cao, tương đồng với ghi nhận của Bộ Y Tế là 40-60% [1].

Các kết quả phân tích của chúng tôi cho thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê về ĐTT lactate giữa hai nhóm sống và tử vong tại hai thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện với $p < 0,001$. Báo cáo vào năm 2017 của tác giả Trương Dương Tiễn tại Bệnh viện Chợ Rẫy cũng ghi nhận sự khác biệt rõ ràng về ĐTT lactate giữa hai nhóm bệnh nhân này tại các thời điểm 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐTT lactate ở thời điểm 6 giờ và 12 giờ ở nhóm sống là -5,12 và -17,52, cao hơn so với nhóm tử vong là 2,38 và 8,25. Tác giả Trương Dương Tiễn cũng ghi nhận ĐTT lactate ở nhóm sống là -30 và nhóm tử vong là 23,5 với $p = 0,0005$ [6]. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp khi lactate máu có xu hướng giảm hơn so với khi nhập viện khi bệnh nhân được hồi sức chống sốc hiệu quả.

Biểu đồ về ĐTT lactate tại thời điểm 6 giờ sau nhập viện có diện tích dưới đường cong là 0,809 (KTC95%: 0,729-0,888) với $p < 0,001$ cho thấy chỉ số này có giá trị trong tiên lượng tử vong. Chúng tôi ghi nhận ĐTT lactate ở thời điểm này có điểm cắt tối ưu là -1,76% với độ nhạy là 82,3%, độ đặc hiệu là 78,4%, giá trị tiên đoán dương là 85,5% và giá trị tiên đoán âm là 74,1%. Ở thời điểm 12 giờ sau nhập viện, diện tích dưới đường cong của ĐTT lactate là 0,847 (KTC95%: 0,770-0,927) với $p < 0,001$ với điểm cắt tối ưu là -10,56% khi độ nhạy, độ đặc hiệu là 86,1% và 86,3% với giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm là 90,7% và 80,0%. Nghiên cứu của tác giả Trương Dương Tiễn cũng cho thấy ĐTT lactate sau 12 giờ nhập viện cũng có giá trị tiên lượng tử vong tốt khi có diện tích dưới đường cong là 0,717 (KTC95%: 0,588-0,85) với $p < 0,001$. Điểm cắt tối ưu mà tác giả này ghi nhận gần bằng với chúng tôi là -11% với độ nhạy là 85% và độ đặc hiệu là 63,3% [6]. Tác giả Philippe Marty và cộng sự ghi nhận ĐTT lactate tại thời điểm 12 giờ sau vào viện có diện tích dưới đường cong ROC là 0,662 có giá trị tiên lượng kém; trong khi đó, ĐTT trong 24 giờ có giá trị tiên lượng tốt hơn với diện tích dưới đường cong là 0,791 [10].

IV. KẾT LUẬN

Độ thanh thải lactate máu là một chỉ số giúp tiên lượng tử vong trong bệnh lý sốc nhiễm khuẩn khi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tử vong và nhóm sống. Trong đó, nhóm sống có mức thanh thải lactate cao hơn so với nhóm còn lại. Độ thanh thải lactate máu tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau nhập viện có giá trị trong việc tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn với điểm cắt tối ưu lần lượt là -1,76% và -10,56%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Hội sức tích cực Ban hành kèm theo Quyết định số 1493/QĐ-BYT ngày 22/4/2015 của Bộ Y tế. 2015. 73.
2. Singer M., Deutschman C., Seymour C., et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016. 315(8), 801-810, doi: 10.1001/jama.2016.0287.
3. Dương Thiện Phước, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Tấn Đạt. Nghiên cứu nguyên nhân, một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng và đánh giá kết quả điều trị choáng nhiễm trùng tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2017. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2018. 11-12, 1-8.
4. Nguyễn Việt Quang Hiển. Nghiên cứu giá trị của presepsin huyết tương trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn. Luận án tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108. 2019.
5. Lâm Phương Thúy. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn có lọc máu liên tục tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2020-2021. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2021. 42.
6. Trương Dương Tiễn, Phạm Thị Ngọc Thảo, Đỗ Quốc Huy, Đặng Vạn Phước. Nghiên cứu vai trò độ thanh thải lactate máu động mạch trong điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2017. 454(1), 264-268.
7. Bùi Thị Hương Giang. Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Khoa Hà Nội. 2016, 65.
8. Lê Hồ Tiên Phương, Phạm Thị Ngọc Dao, Mai Văn Muồng. Giá trị tiên lượng tử vong của độ thanh thải lactate máu trên bệnh nhân nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm khuẩn tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021. 42, 231-232.

9. Đoàn Đức Nhân, Ngô Văn Truyền. Nồng độ cortisol máu và kết quả bổ sung glucocorticoid trên bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có suy thượng thận cấp tại khoa Hồi sức tích cực- Chống độc bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2020. 26, 75-82.
10. Marty P., Roquilly, A., Vallee, F., *et al.* Lactate clearance for death prediction in severe sepsis or septic shock patients during the first 24 hours in Intensive Care Unit: an observational study. *Ann Intensive Care*. 2013. 3(1), 3, doi: 10.1186/2110-5820-3-3.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ KẾT QUẢ TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH MẠN TÍNH

Đặng Văn Sơn Đ^{1}, Nguyễn Văn Hai², Nguyễn Minh Hiệp²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

*Email: nguyena65010190@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/8/2023

Ngày phản biện: 20/11/2023

Ngày duyệt đăng: 25/12/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong cấp cứu bụng trên toàn thế giới, trong đó có Việt Nam. Người có các bệnh lý mạn tính thì chức năng sinh lý của các cơ quan bị rối loạn, phản ứng bảo vệ và khả năng tự điều chỉnh của cơ thể chậm hơn so với người không mắc bệnh. Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy kết cục điều trị phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân viêm túi mật cấp có kèm bệnh lý mạn tính xấu hơn so với những đối tượng khỏe mạnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số kết quả trong điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân có bệnh mạn tính tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 90 bệnh nhân bệnh nhân viêm túi mật cấp có kèm bệnh mạn tính được phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 7/2022 đến tháng 4/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình các đối tượng nghiên cứu là $65 \pm 13,9$. Trong các bệnh mạn tính, tăng huyết áp là bệnh phổ biến nhất với 93,3%. Vị trí đau thường nằm ở hạ sườn phải với 58,9%. Triệu chứng sốt, phản ứng hạ sườn phải, đau khu trú lần lượt có tỷ lệ 81,1%, 82,2%, 17,8%. Nguyên nhân dẫn đến viêm túi mật đa phần là do sỏi với 87,8%. Kích thước túi mật lớn (90%) và dày (97,8%) chiếm đa số. Thời gian hậu phẫu trung bình $4,8 \pm 1,4$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp là phương pháp an toàn, hiệu quả ngay cả đối với những bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi, bệnh mạn tính, viêm túi mật cấp, viêm túi mật cấp.