

DOI: 10.58490/ctump.2025i83.3352

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA THANG ĐIỂM VIÊM PHÚC MẠC MANNHEIM Ở BỆNH NHÂN THÙNG DẠ DÀY – TÁ TRÀNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

**Đặng Hồng Quân^{1*}, Nguyễn Văn Bỉ², Cao Quốc Việt²,
Dương Hoài Thương², Cao Thương Trí², La Văn Phú³**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

3. Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

*Email: dhquan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/12/2024

Ngày phản biện: 11/01/2025

Ngày duyệt đăng: 25/01/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng là một tình trạng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng, việc chẩn đoán sớm và chính xác là rất quan trọng để cải thiện kết quả điều trị. Thang điểm viêm phúc mạc Mannheim là một trong những công cụ được áp dụng phổ biến để đánh giá tình trạng viêm phúc mạc, giúp xác định khả năng sống sót của bệnh nhân và hướng dẫn quyết định điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm viêm phúc mạc Mannheim ở những bệnh nhân bị viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng và được điều trị phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên 117 bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 04/2023 đến tháng 05/2024. Thang điểm Mannheim Peritonitis Index (MPI) được sử dụng để đánh giá tiên lượng tử vong. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $64,79 \pm 15,7$, tỷ lệ nam:nữ là 2,5:1. Điểm MPI trung bình là $23,3 \pm 5,4$. Thang điểm MPI < 21 chiếm 19/117 (16,2%), từ 21 – 29 chiếm 81/117 (69,2%), > 29 là 17/117 (14,5%). Có 20/117 (17,1%) BN tử vong. Tỷ lệ tử vong ở các nhóm MPI lần lượt là 0%, 8,6%, 76,5% ($p < 0,001$). Điểm cắt MPI là 29, độ nhạy và độ chuyên là 80% và 96% trong dự đoán tỷ lệ tử vong. Phân tích đơn biến cho thấy tuổi > 50, giới nữ, suy tạng trước phẫu thuật, thời gian viêm phúc mạc phẫu thuật > 24 giờ có liên quan với tỷ lệ tử vong. **Kết luận:** Thang điểm MPI có giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng. Điểm MPI càng cao thì nguy cơ tử vong càng cao.

Từ khóa: viêm phúc mạc, thủng dạ dày – tá tràng, thang điểm viêm phúc mạc Mannheim.

ABSTRACT

PROGNOSTIC VALUE FOR MORTALITY OF THE MANNHEIM PERITONITIS INDEX IN PATIENTS WITH GASTRIC AND DUODENAL PERFORATION TREATED SURGICALLY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Dang Hong Quan^{1*}, Nguyen Van Bi², Cao Quoc Viet²,
Dương Hoài Thương², Cao Thương Trí², La Văn Phú³**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

3. Can Tho General Hospital

Background: Peritonitis from gastric and duodenal perforation is a life-threatening condition requiring prompt diagnosis to improve outcomes. The Mannheim Peritonitis Index (MPI) is a widely used tool to evaluate peritonitis severity, predict survival, and guide treatment decisions.

Objectives: To assess the prognostic value of the Mannheim Peritonitis Index in predicting mortality among patients with gastric and duodenal perforation peritonitis undergoing surgery. **Materials and Methods:** A prospective study was conducted on 117 patients treated surgically for gastric and duodenal perforation peritonitis at Can Tho Central General Hospital from April 2023 to May 2024. The MPI was used to assess mortality risk. **Results:** The mean patient age was 64.79 ± 15.7 years, with a male-to-female ratio of 2.5:1. The mean MPI score was 23.3 ± 5.4 . MPI scores < 21 were observed in 16.2% of cases, 21–29 in 69.2%, and > 29 in 14.5%. Overall mortality was 17.1% (20/117). Mortality rates were 0%, 8.6%, and 76.5% across the MPI groups ($p < 0.001$). The MPI cutoff score of 29 demonstrated 80% sensitivity and 96% specificity for mortality prediction. Factors associated with higher mortality included age > 50 , female sex, preoperative organ failure, and peritonitis duration > 24 hours. **Conclusions:** The Mannheim Peritonitis Index effectively predicts mortality in gastric and duodenal perforation peritonitis, with higher scores indicating increased risk of death.

Keywords: peritonitis, gastric and duodenal perforation, Mannheim Peritonitis Index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng là một tình trạng nghiêm trọng và đe dọa tính mạng, việc chẩn đoán sớm và chính xác là rất quan trọng để cải thiện kết quả điều trị. Nguyên nhân gây thủng dạ dày – tá tràng có thể do loét, ung thư hoặc thủng do dị vật. Trong đó loét là nguyên nhân phổ biến nhất. Thủng xảy ra ở khoảng 5% bệnh nhân loét dạ dày tá tràng trong suốt cuộc đời, loét dạ dày tá tràng biến chứng thủng là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ biến chứng và tử vong đáng kể nếu không được chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời, tỷ lệ tử vong của tình trạng này có thể lên tới 30% [1]. Nhiều hệ thống chấm điểm đã được thiết kế và sử dụng thành công để phân loại mức độ nghiêm trọng của viêm phúc mạc, bao gồm Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, Simplified Acute Physiology Score (SAPS), Sepsis Severity Score (SSS), Ranson Score, Imrite Score, và Mannheim Peritonitis Index (MPI) [2], [3]. Thang điểm viêm phúc mạc Mannheim (MPI) được phát triển bởi Wacha và Linder vào năm 1983. Hệ thống này được xây dựng dựa trên phân tích hồi cứu dữ liệu từ 1253 bệnh nhân viêm phúc mạc, trong đó 20 yếu tố nguy cơ tiềm năng được xem xét. Trong số đó, chỉ có 8 yếu tố được xác định là có giá trị tiên lượng và được đưa vào thang điểm MPI, được phân loại dựa trên khả năng dự đoán của chúng. Bệnh nhân có điểm số vượt quá 26 được xác định là có nguy cơ tử vong cao [4].

Thang điểm MPI là một hệ thống chấm điểm chuyên biệt với độ chính xác cao, cách tiếp cận đơn giản thông qua các thông số lâm sàng, cho phép dự đoán tiên lượng của bệnh nhân bị viêm phúc mạc. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được tại Cần Thơ để đánh giá tính hiệu quả của hệ thống chấm điểm này trên đối tượng thủng dạ dày – tá tràng. Do đó, đề tài này được thực hiện nhằm mục đích đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm viêm phúc mạc Mannheim ở những bệnh nhân bị viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng và được điều trị phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng dạ dày – tá tràng, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023 – 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng và được phẫu thuật tìm thấy nguyên nhân từ dạ dày hoặc tá tràng.
- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm phúc mạc do nguyên nhân từ ruột non, đại tràng, sản phụ khoa, tiết niệu, chấn thương, vết thương bụng.
- Viêm phúc mạc là biến chứng của lần mổ trước (xì miệng nối, chỗ khâu).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu.
- **Cỡ mẫu:** báo cáo hàng loạt ca bệnh
- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu liên tục
- **Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu đặc điểm phẫu thuật, chỉ số viêm phúc mạc Mannheim, kết quả sau phẫu thuật và giá trị tiên lượng tử vong của chỉ số viêm phúc mạc Mannheim.

Thang điểm MPI bao gồm các yếu tố: tuổi, giới tính, thời gian thủng, sự hiện diện của ung thư, sự hiện diện của suy cơ quan, viêm phúc mạc, nguồn gốc của nhiễm trùng, và tính chất dịch tiết. Điểm số được phân loại theo mức độ nghiêm trọng thành nhẹ, trung bình và nặng, tương ứng với các mức điểm <21, 21 đến 29, và >29.

Bảng 1. Thang điểm viêm phúc mạc Mannheim (MPI)

Yếu tố nguy cơ		Điểm		Điểm
Tuổi	> 50	5	≤ 50	0
Giới	Nữ	5	Nam	0
Suy tạng*	Có	7	Không	0
Bệnh ác tính	Có	4	Không	0
Thời gian viêm phúc mạc trước phẫu thuật	≥ 24h	4	< 24h	0
Nguồn gốc nhiễm trùng	Không từ đại tràng	4	Đại tràng	0
Viêm phúc mạc	Toàn thể	6	Khu trú	0
Dịch ổ bụng	Mủ, đục	6	Trong	0
	Phân	12		

*Định nghĩa suy tạng: *Thận: Creatinin >177 μmol/l, Ure >167 μmol/l, Nước tiểu < 20ml/h; Phổi: pO₂ < 50mmHg, pCO₂ > 50mmHg; Tuần hoàn: sốc; Tắc ruột (hoàn toàn): Liệt ruột > 24h, tắc ruột cơ học.*

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập thông tin soạn sẵn.
- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS phiên bản 20.0.
- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ 04/2023 đến 05/2024 tại các Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.
- **Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học:** Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

- Trong số 117 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $64,79 \pm 15,7$, thấp nhất là 16 và cao nhất là 96 tuổi. Tuổi > 50 chiếm tỷ lệ 83,7%.
- Giới tính: Nam chiếm tỷ lệ là 71,8%, nữ chiếm 28,2%, tỷ lệ nam:nữ = 2,5:1.

3.2. Thang điểm viêm phúc mạc Mannheim

- Điểm MPI trung bình là $23,3 \pm 5,4$ (thấp nhất là 15, cao nhất 37 điểm)

Bảng 2. Mối liên quan giữa thang điểm MPI và tử vong

MPI	Còn sống	Tử vong	Tổng cộng	p
< 21	19 (100%)	0 (0%)	19 (100%)	< 0,001
21 – 29	74 (91,4%)	7 (8,6%)	81 (100%)	
> 29	04 (23,5%)	13 (76,5%)	17 (100%)	
Tổng cộng	97	20	117	

Nhận xét: Đối với bệnh nhân có MPI < 21 điểm, không có trường hợp nào tử vong, MPI từ 21 – 29 điểm có 7/74 (8,6%) bệnh nhân tử vong, MPI > 29 điểm có 13/17 (76,5%) bệnh nhân tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $P < 0,0001$.

3.3. Kết quả phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật: mổ mở 35/117 (22,9%), Mổ nội soi: 82/117 (70,1%), có 113/117 (96,5) bệnh nhân được khâu lỗ thủng đơn thuần không đắp mạc nối, có 3/117 trường hợp khâu lỗ thủng kết hợp với nối vị tràng, 1/117 trường hợp cắt bán phần dưới dạ dày ở K dạ dày hoại tử.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $101,88 \pm 44,1$ phút (30 – 240).

Bảng 3. Vị trí thủng và kết quả điều trị

Vị trí thủng	Còn sống (%)	Tử vong (%)	Tổng cộng
Dạ dày	67 (83,8)	13 (16,2)	80
Tá tràng	30 (81,1)	07 (18,9)	37
Tổng cộng	97 (82,9)	20 (17,1)	117

Nhận xét: Thủng dạ dày chiếm tỷ lệ 80/117 (68,4%), tá tràng 37/117 (31,6%), tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân thủng dạ dày, tá tràng lần lượt là 16,2%, 18,9%.

Bảng 4. Biến chứng phẫu thuật

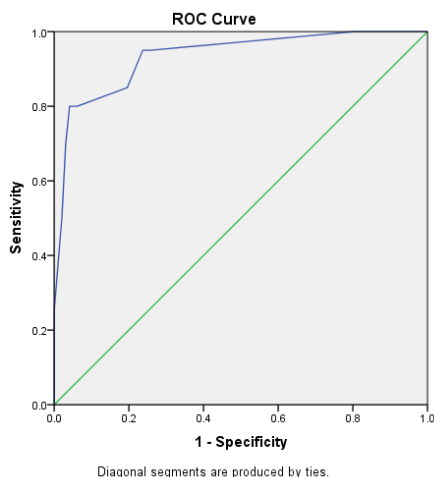
Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	07	5,9
Xì chỗ khâu	03	2,5
Viêm phổi	01	0,8
Tràn dịch màng phổi	01	0,8
Tràn khí màng phổi	01	0,8
Sốc nhiễm trùng – suy đa cơ quan	20	17,1

Nhận xét: Xì chỗ khâu chiếm tỷ lệ 03/117 (5,9%) BN, 2 trường hợp mổ lại. 20 trường hợp biến chứng sốc nhiễm trùng – suy đa cơ quan gồm các biến chứng liên quan đến suy hô hấp, suy tim, suy thận.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,6 \pm 4,3$ (1 – 34 ngày)

- Tử vong sau phẫu thuật: có 20/117 (17,1%) bệnh tử vong sau mổ, nguyên nhân đa phần do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng.

3.4. Giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm MPI



Biểu đồ 1. Đường cong ROC đánh giá khả năng dự đoán tỷ lệ tử vong của chỉ số MPI

Nhận xét: Đường cong ROC của chỉ số MPI trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong có diện tích dưới đường cong (AUC) là 0.934, cho thấy MPI là một công cụ rất tốt để dự đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm phúc mạc. Tại điểm cắt tối ưu là 29, chỉ số MPI đạt độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 96%, nghĩa là ở ngưỡng này, chỉ số MPI có khả năng nhận diện 80% các trường hợp tử vong thực sự, đồng thời loại trừ được 96% các trường hợp không tử vong. Bảng 5. Các thành phần của MPI với kết quả điều trị

Các thành phần MPI	Còn sống (%)	Tử vong (%)	Tổng cộng	P
Tuổi > 50	79 (79,8)	20 (20,2)	99	0,036
Giới nữ	20 (60,6)	13 (39,4)	33	< 0,001
Suy tạng	06 (30)	14 (70)	20	< 0,001
Ung thư	03 (100)	0 (0)	03	0,426
Thời gian đau trước mổ > 24 giờ	07 (31,8)	15 (68,2)	22	< 0,001
Thùng không từ đại tràng	97 (82,9)	20 (17,1)	117	
Viêm phúc mạc toàn thể	92 (82,1)	20 (17,9)	112	0,299
Dịch ổ bụng mũ	97 (82,9)	20 (17,1)	117	

Nhận xét: các yếu tố tuổi > 50, giới nữ, suy tạng trước phẫu thuật, thời gian từ lúc đau đến lúc phẫu thuật > 24 giờ có liên quan với tỷ lệ tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh loét dạ dày tá tràng trước đây được cho là chủ yếu do căng thẳng gây ra, cho đến khi vi khuẩn *Helicobacter pylori* được xác định là một yếu tố nguyên nhân chính. Mặc dù tỷ lệ mắc loét dạ dày – tá tràng đã giảm kể từ khi áp dụng phác đồ diệt trừ *H.pylori* với bộ ba kháng sinh và thuốc ức chế bơm proton, tỷ lệ BN bị loét dạ dày tá tràng biến chứng thủng vẫn không giảm. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày lên đến 30% đã được báo cáo ở các bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng thủng. Trên phạm vi toàn cầu, thủng dạ dày – tá tràng do loét là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sau các ca phẫu thuật cấp cứu ổ bụng [5].

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của BN là $64,79 \pm 15,7$, với hơn 83,7% bệnh nhân trên 50 tuổi. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, khi nguy cơ mắc các bệnh lý đường tiêu hóa và viêm phúc mạc tăng cao ở người lớn tuổi do giảm khả năng

miễn dịch, các bệnh lý nền. Tỷ lệ nam chiếm ưu thế (71,8%) so với nữ (28,2%) với tỷ lệ nam:nữ là 2,5:1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác, trong đó tỷ lệ nam/nữ dao động lần lượt là 3,3:1 ở Nigeria, 6,5:1 ở Ethiopia, 3,27:1 ở Ấn Độ [1], [6], [7].

Phẫu thuật nội soi chiếm ưu thế với 82/117 trường hợp (70,1%), phản ánh xu hướng áp dụng các kỹ thuật ít xâm lấn. Thời gian phẫu thuật trung bình là $101,88 \pm 44,1$ phút, phù hợp với các can thiệp phẫu thuật điều trị viêm phúc mạc. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 17,1%, chủ yếu do sốc nhiễm trùng và suy đa tạng. Tỷ lệ tử vong ở nhóm thủng dạ dày và tá tràng lần lượt là 16,2% và 18,9%, không có sự khác biệt lớn. Điều này cho thấy bản chất nghiêm trọng của viêm phúc mạc, bất kể vị trí thủng. Biến chứng thường gặp bao gồm nhiễm trùng vết mổ (6%), xì chỗ khâu (2,6%), và các biến chứng toàn thân như sốc nhiễm trùng - suy đa cơ quan (17,1%). Đây là những yếu tố cần lưu ý trong chăm sóc, điều trị hậu phẫu để giảm thiểu tỷ lệ tử vong.

Điểm MPI trung bình trong nghiên cứu là $23,3 \pm 5,4$. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này là 17,1%. Kết quả phân tích cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa thang điểm MPI và tỷ lệ tử vong ($p < 0,0001$). Bệnh nhân có MPI > 29 điểm có tỷ lệ tử vong rất cao (76,5%), trong khi các bệnh nhân có MPI < 21 không có trường hợp nào tử vong. Điều này khẳng định giá trị phân tầng nguy cơ tử vong của thang điểm này. So với nghiên cứu các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự. Tác giả Nguyễn Văn Hải (2014), thực hiện nghiên cứu trên 445 bệnh nhân viêm phúc mạc thứ phát, bệnh nhân có điểm MPI > 29 thì tỉ lệ tử vong là 41,5%, tỷ lệ tử vong của viêm phúc mạc do bệnh đại tràng, do thủng dạ dày tá tràng, do viêm ruột thừa và do các nguyên nhân khác lần lượt là 44,4%, 9,5%, 1,6% và 27,8% [8]. Trong một nghiên cứu được thực hiện bởi Qureshi A.M. và cộng sự (2005) trên các đối tượng viêm phúc mạc thứ phát, những bệnh nhân có điểm số MPI < 21 có tỷ lệ tử vong là 1,9%, điểm số từ 21-29 có tỷ lệ tử vong là 21,9%, và điểm số > 30 có tỷ lệ tử vong là 28,1%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm có điểm MPI > 26 là 28,1%, trong khi ở nhóm có điểm MPI < 26 là 4,3% [9]. Tác giả Sakya V.C và cộng sự (2021) thực hiện nghiên cứu trên 395 bệnh nhân viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng, ghi nhận tỷ lệ tử vong là 8,2%, điểm MPI trung bình là $22,96 \pm 7,6$; độ nhạy và độ đặc hiệu với điểm cắt 25 lần lượt là 75,8% và 56,3%. Tỷ lệ tử vong là 2,4% ở nhóm MPI < 21 , 8,9% với MPI 21 – 29, 20,9% ở nhóm MPI > 29 ($p < 0,05$) [10]. Nghiên cứu của tác giả Muralidhar V.A. và cộng sự (2014), tỷ lệ tử vong và biến chứng lần lượt là 14% và 38%. Điểm số MPI từ ≤ 20 , 21-29, và ≥ 30 có tỷ lệ tử vong lần lượt là 5%, 14%, và 50% [4].

Trong nghiên cứu này, kết quả phân tích đường cong ROC cho thấy thang điểm MPI có diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,934, thể hiện khả năng phân biệt rất tốt giữa bệnh nhân có nguy cơ tử vong và không tử vong. Tại điểm cắt tối ưu là 29 điểm: Độ nhạy: 80% – Thang điểm MPI có khả năng nhận diện 80% các trường hợp tử vong thực sự. Điều này cho thấy thang điểm này có ý nghĩa cao trong việc phát hiện các bệnh nhân có nguy cơ cao, giúp cảnh báo sớm và tập trung nguồn lực điều trị. Độ đặc hiệu: 96% – MPI có khả năng loại trừ 96% các trường hợp không tử vong. Khi chia bệnh nhân thành hai nhóm dựa trên ngưỡng điểm này, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong: 4,12% ở nhóm có điểm MPI < 29 và 80% ở nhóm có điểm MPI ≥ 29 ($p < 0,0001$). Nhiều nghiên cứu đã sử dụng các điểm cắt khác nhau để dự đoán tỷ lệ tử vong. Trong nghiên cứu của tác giả Yoshiko và cộng sự tại Nhật Bản, bệnh nhân có điểm số MPI từ 26 trở xuống có tỷ lệ tử vong là 3,8%, trong khi những bệnh nhân có điểm số từ 26 trở lên có tỷ lệ tử vong là 41% [11]. Notash và cộng sự (2005) đã thực hiện một nghiên cứu tiền cứu loạt ca trên 80 trường hợp bị viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng và so sánh chỉ số MPI với thang điểm suy

đa cơ quan. Diện tích dưới đường cong ROC cho chỉ số MPI là 0.972, cho thấy độ chính xác rất cao trong dự đoán. Tại điểm MPI = 21, độ nhạy là 100% và độ đặc hiệu là 79%. Tại điểm MPI = 29, độ nhạy là 79% và độ đặc hiệu là 96% [12]. Tác giả Sakya V.C và cộng sự (2021), xác định điểm cắt của thang điểm MPI là 25, Nhóm bệnh nhân có MPI > 25 có tỷ lệ tử vong là 13.66%, so với tỷ lệ tử vong 3.77% ở nhóm MPI < 25 ($p < 0.05$). Tại điểm cắt này, chỉ số MPI đạt: độ nhạy: 75.8%, độ đặc hiệu: 56.3%. Các kết quả này tương đương với các phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt trong các giá trị điểm cắt này có thể là do vị trí địa lý, đặc điểm dân số, và chiến lược điều trị khác nhau. Ngoài ra, khi phân tích từng thành phần của thang điểm MPI, chúng tôi ghi nhận các yếu tố tuổi > 50, giới nữ, suy tạng trước phẫu thuật, thời gian từ lúc đau đến lúc phẫu thuật > 24 giờ có liên quan với tỷ lệ tử vong, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm MPI là một hệ thống chấm điểm đơn giản, chuyên biệt, được sử dụng để dự đoán tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm phúc mạc thứ phát. Điểm số MPI càng cao càng liên quan đến tiên lượng xấu hơn, đòi hỏi điều trị tích cực hơn. Vì vậy, chỉ số này nên được sử dụng thường xuyên trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ugochukwu A.I., et al. Acute perforated peptic ulcer: on clinical experience in an urban tertiary hospital in south east Nigeria. *Int J Surg*. 2013. 11 (3), 223-7, DOI: 10.1016/j.ijssu.2013.01.015.
2. Bosscha K., et al. Prognostic scoring systems to predict outcome in peritonitis and intra-abdominal sepsis. *Br J Surg*. 1997. 84 (11), 1532-4.
3. Kologlu M., et al. Validation of MPI and PIA II in two different groups of patients with secondary peritonitis. *Hepatogastroenterology*. 2001. 48 (37), 147-51.
4. Muralidhar V.A., et al. Efficacy of Mannheim Peritonitis Index (MPI) Score in Patients with Secondary Peritonitis. *J Clin Diagn Res*. 2014. 8 (12), Nc01-3, DOI: 10.7860/jcdr/2014/8609.5229.
5. Velde G., Ismail W., Thorsen K. Perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2024. 111 (9), DOI: 10.1093/bjs/znae224.
6. Bupicha J.A., Gebresellassie H.W., Alemayehu A. Pattern and outcome of perforated peptic ulcer disease patient in four teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a prospective cohort multicenter study. *BMC Surg*. 2020. 20 (1), 135, DOI: 10.1186/s12893-020-00796-7.
7. Gaurav K., et al. Effectiveness of Mannheim's Peritonitis Index in Patients With Peritonitis Secondary to Hollow Viscus Perforation in a Tertiary Care Hospital in Jharkhand, India. *Cureus*. 2024. 16 (5), e59631, DOI: 10.7759/cureus.59631.
8. Nguyễn Văn Hải, Trần Quốc Hưng. Tỷ lệ tử vong của viêm phúc mạc thứ phát và giá trị tiên lượng kết quả điều trị của chỉ số Mannheim. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014. 18 (1), 43 - 50.
9. Qureshi A.M., et al. Predictive power of Mannheim Peritonitis Index. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2005. 15 (11), 693-6.
10. Shakya V.C., et al. Evaluation of Mannheim's Peritonitis Index in Prediction of Mortality in Patients with Non-traumatic Hollow Viscus Perforation Peritonitis. *J Nepal Health Res Counc*. 2021. 19 (1), 179-184, DOI: 10.33314/jnhrc.v19i1.3258.
11. Yoshiko K., et al. Study of Mannheim Peritonitis Index to Predict Outcome of Patients with Peritonitis. *Jpn J Gastroenterol Surg*. 2004. 37, 7 - 13.
12. Notash A.Y., et al. Evaluation of Mannheim peritonitis index and multiple organ failure score in patients with peritonitis. *Indian J Gastroenterol*. 2005. 24 (5), 197-200.