

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH NĂM 2022

Hoàng Văn Quang¹, Ngô Nam Hải¹, Bùi Anh Dũng¹,
Nguyễn Văn Tài¹, Nguyễn Bá Thời¹, Phạm Nhất Sinh^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả một loạt trường hợp bệnh trên đối tượng là 32 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis 3 được theo dõi, điều trị hồi sức tích cực tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh, sử dụng phương pháp thu thập số liệu tiến cứu trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2022.

Kết quả: Kết quả điều trị chung có 23 bệnh nhân sống (71,9%) và 9 bệnh nhân tử vong (28,1%). Nhóm tử vong có thời gian thoát sốc ($58,7 \pm 49,0$ giờ) dài hơn so với nhóm còn sống ($22,7 \pm 30,3$ giờ) ($p < 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tạng suy tuần hoàn, suy hô hấp, suy thần kinh, số tạng suy với kết quả điều trị ($p < 0,05$). Nhóm tử vong có điểm SOFA ($11,3 \pm 2,3$) cao hơn ở nhóm còn sống ($7,7 \pm 2,7$) ($p < 0,05$). Trong 15 bệnh nhân có rối loạn đông máu có 7 ca tử vong (46,7%), trong 13 bệnh nhân phải thở máy xâm nhập có 8 ca tử vong (61,5%); có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn đông máu, tình trạng thở máy với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Từ khóa: Kết quả điều trị, yếu tố liên quan, sốc nhiễm khuẩn.

ABSTRACT

TREATMENT RESULTS OF PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK AND SOME RELATED FACTORS AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objectives: Comment on treatment results of patients with septic shock and some related factors at Vinh City General Hospital in 2022.

Method: The case series study was conducted with 32 patients with septic shock according to Sepsis 3, who were monitored and treated in ICU at

Vinh City General Hospital. The data was collected from January 2022 to August 2022.

Results: Overall, 23 patients were alive (71,9%) and 9 patients were dead (28,1%). The time out of shock in the dead group was longer ($58,7 \pm 49,0$ hours) than those in the living group ($22,7 \pm 30,3$ hours) ($p < 0,05$). There was a statistically significant difference between circulatory failure, respiratory failure, nervous system failure and number of organs failure with treatment results ($p < 0,05$). SOFA score in the dead group was higher ($11,3 \pm 2,3$) than those in the surviving group ($7,7 \pm 2,7$) ($p < 0,05$). There were 7 deaths among 15 patients with coagulopathy (46,7%) and 8 deaths among 13 patients requiring invasive mechanical ventilation (61,5%); There was a statistically significant difference between coagulopathy, mechanical ventilation and treatment outcome ($p < 0,05$).

Keywords: Treatment results, related factors, septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là hội chứng lâm sàng nặng và thường gặp, là hậu quả của đáp ứng viêm hệ thống đối với nhiễm khuẩn. Ngày nay, mặc dù có nhiều tiến bộ trong hiểu biết sinh bệnh học cũng như áp dụng các phương pháp điều trị mới, toàn diện, chuyên sâu hơn nhưng SNK vẫn còn tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong còn cao 10- 40% [1]. Nghiên cứu của Vũ Hải Yến năm 2012 thì tỉ lệ tử vong chung trong sốc nhiễm khuẩn là 25% [2]. Nghiên cứu của Đào Xuân Phương năm 2021 tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai thì tỉ lệ này là 43,9% [3].

Trong nước và trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, cũng như đã có nhiều thang điểm để tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn như: SOFA, APACHE II. Tuy nhiên, ngày nay với sự xuất hiện ngày càng nhiều các vi khuẩn kháng kháng sinh, đặc biệt là các vi khuẩn đa kháng trong cộng đồng, cùng với mô hình bệnh tật ngày càng thay đổi như bệnh lý mạn tính, suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, ung thư), làm cho tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn ngày

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

* Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nhất Sinh

Email: nsinhydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/11/2022

Ngày phản biện: 06/12/2022

Ngày duyệt bài: 09/12/2022

càng gặp nhiều hơn và điều trị càng trở nên khó khăn hơn [4][5].

Tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, hằng tuần số lượng bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nhập viện điều trị tương đối lớn. Việc nhận biết nhanh, chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn ở giai đoạn sớm, kháng sinh kịp thời, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn, phục hồi tình trạng huyết động sớm là ưu tiên hàng đầu giúp nâng cao hiệu quả điều trị và làm giảm tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân. Tuy nhiên sốc nhiễm khuẩn là một bệnh cảnh đa dạng, phức tạp, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác gây khó khăn trong việc chẩn đoán, điều trị sớm và cải thiện tiên lượng bệnh cho bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài “Kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh năm 2022” với mục tiêu:

Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh năm 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng là 32 bệnh nhân có chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn được theo dõi, điều trị hồi sức tích cực tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis-3 (Hội nghị đồng thuận quốc tế về định nghĩa nhiễm khuẩn và Sốc nhiễm khuẩn, năm 2016).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi <18. Phụ nữ mang thai. Bệnh nhân suy gan (thời gian prothrombin >15 giây hoặc tỉ lệ bình thường quốc tế $\geq 1,5$ và bất kỳ bệnh não gan nào). Mắc bệnh lý về máu, ung thư giai đoạn cuối. Tử vong trước 24 giờ kể từ khi nhập viện.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 32 bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn gặp ở nam (59,4%) cao hơn nữ (40,6%), chủ yếu ở nhóm tuổi trên 60 (78,1%). Bệnh nhân thường vào viện khi bệnh khởi phát sau 48 giờ với đường vào chủ yếu là hô hấp 34,4% và tiêu hóa 31,3%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt, mạch nhanh, giảm ý thức, da đầu chi lạnh. Triệu chứng cận lâm sàng: tăng lactat máu, tăng bạch cầu, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, rối loạn chức năng thận, giảm albumin máu, tăng Procalcitonin. Tỉ lệ cấy máu dương tính là 15,6%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả một loạt trường hợp bệnh (case series).

- Phương pháp thu thập số liệu: tiến cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2022.

- Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, gồm 32 bệnh nhân được lựa chọn đảm bảo tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin được thu thập qua thăm khám lâm sàng, theo dõi bệnh nhận, hồ sơ bệnh án tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc để thu thập dữ liệu vào mẫu bệnh án nghiên cứu được nhóm nghiên cứu thiết kế sẵn. Bệnh án nghiên cứu được tham vấn các chuyên gia về Hồi sức cấp cứu và Phương pháp nghiên cứu để chỉnh sửa, hoàn thiện nhất phục vụ lấy số liệu.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

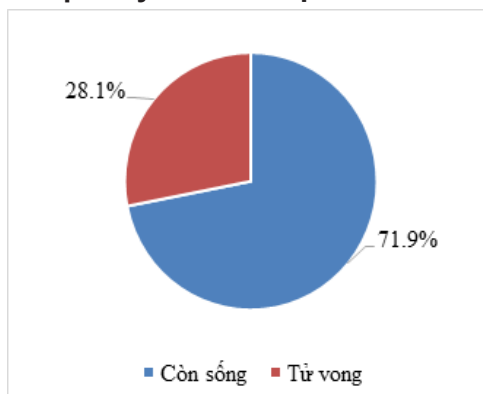
Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự đồng thuận chấp nhận của Hội đồng phê duyệt đề cương và Ban giám đốc bệnh viện. Chúng tôi đều giải thích trước cho người nhà của bệnh nhân và được sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá và theo dõi kết quả điều trị cho bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân, không làm tăng chi phí điều trị. Các thông tin của bệnh nhân, các số liệu đều được mã hóa để bảo đảm giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu mang lại lợi ích cho người bệnh.

3.2. Kết quả điều trị chung và một số yếu tố liên quan



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung (n=32)

Kết quả điều trị chung có 23 bệnh nhân sống (chiếm 71,9%) và có 9 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 28,1%.

Bảng 1. Liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian thoát sốc (n=32)

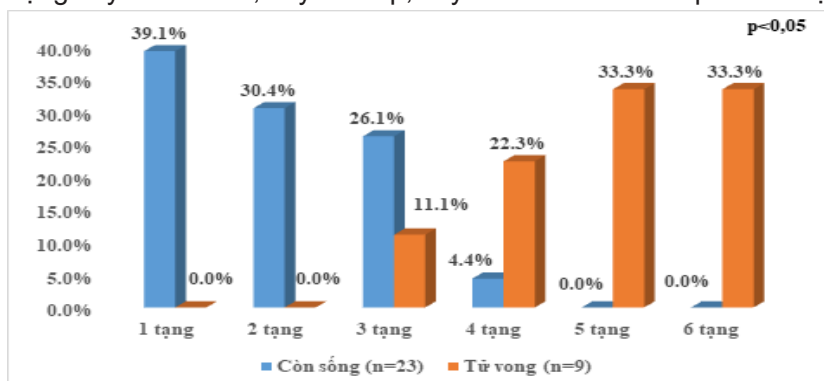
Thời gian thoát sốc (giờ) ($\bar{x} \pm SD$)	Chung	Min - Max	Nhóm còn sống (n=23)	Nhóm tử vong (n=9)	p
	26,5 $\pm$ 38,4	4 – 174	22,7 $\pm$ 30,3	58,7 $\pm$ 49,0	< 0,05

Thời gian thoát sốc trung bình là 26,5 $\pm$ 38,4 giờ, thấp nhất là 4 giờ, cao nhất là 174 giờ. Nhóm tử vong có thời gian thoát sốc dài hơn so với nhóm còn sống, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian thoát sốc với kết quả điều trị với $p < 0,05$.

Bảng 2. Liên quan giữa tỷ lệ suy các tạng với kết quả điều trị

Tạng suy	Chung (n, %) (n=32)	Còn sống n (%)	Tử vong n (%)	p
Suy tuần hoàn	32 (100)	23 (71,9)	9 (28,1)	< 0,05
Suy hô hấp	22 (68,8)	13 (59,1)	9 (40,9)	< 0,05
Suy thận	19 (59,4)	14 (73,7)	5 (26,3)	> 0,05
Suy gan	8 (25,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	> 0,05
Suy huyết học	16 (50)	11 (68,8)	5 (31,3)	> 0,05
Suy thần kinh	14 (43,8)	6 (42,9)	8 (57,1)	< 0,05

Tỷ lệ tử vong liên quan đến loại tạng suy cao nhất là suy thần kinh với tỷ lệ 57,1%, tiếp đến là suy hô hấp với tỷ lệ 40,9%, suy huyết học với tỷ lệ 31,3%, thấp nhất là suy gan với tỷ lệ 25%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tạng suy tuần hoàn, suy hô hấp, suy thần kinh với kết quả điều trị ($p < 0,05$).



Biểu đồ 2. Liên quan giữa số tạng suy với kết quả điều trị

Số tạng suy càng ít tỉ lệ còn sống càng cao : suy 1 tạng tỉ lệ sống là 39,1% ; suy 4 tạng tỉ lệ sống là 4,4%, suy 5-6 tạng không có trường hợp nào còn sống. Số tạng suy càng nhiều tỉ lệ tử vong càng cao : suy 3 tạng tỉ lệ tử vong là 11,1% ; suy 5-6 tạng tỉ lệ tử vong là 33,3%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số tạng suy và kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa điểm SOFA với kết quả điều trị

Điểm SOFA ($\bar{x} \pm SD$)	Chung	Min - Max	Nhóm còn sống (n=23)	Nhóm tử vong (n=9)	p
	8,8 $\pm$ 2,9	4 – 14	7,7 $\pm$ 2,7	11,3 $\pm$ 2,3	< 0,05

Điểm SOFA trung bình chung là 8,8 $\pm$ 2,9. Nhóm tử vong có điểm SOFA cao hơn ở nhóm còn sống. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm SOFA với kết quả điều trị chung với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa rối loạn đông máu và kết quả điều trị (n=32)

Rối loạn đông máu	Kết quả điều trị			p
	Nhóm còn sống n (%)	Nhóm tử vong n (%)	Tổng n (%)	
Có	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (100)	< 0,05
Không	15 (88,2)	2 (11,8)	17 (100)	
Tổng	23 (71,9)	9 (28,1)	32 (100)	

Nhận xét: Có 15 bệnh nhân có rối loạn đông máu, trong đó có 8 bệnh nhân tử vong (25,0%). Có 17 bệnh nhân không có rối loạn đông máu thì có 16 bệnh nhân kết quả còn sống (71,9%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn đông máu với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng thở máy xâm nhập với kết quả điều trị (n=32)

Thở máy xâm nhập	Kết quả điều trị			p
	Nhóm còn sống n (%)	Nhóm tử vong n (%)	Tổng n (%)	
Có	5 (38,5)	8 (61,5)	13 (100)	< 0,05
Không	18 (94,7)	1 (5,3)	19 (100)	
Tổng	23 (71,9)	9 (28,1)	32 (100)	

Nhận xét: Có 13 bệnh nhân phải thở máy xâm nhập, trong đó có 8 bệnh nhân tử vong (61,5%). Có 19 bệnh nhân không phải thở máy xâm nhập thì có 18 bệnh nhân kết quả còn sống (94,7%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thở máy xâm nhập với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số 32 bệnh nhân có 23 trường hợp kết quả điều trị còn sống (71,9%) và có 9 bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 28,1%. Trong số những bệnh nhân tử vong của chúng tôi bao gồm cả trường hợp xin về không

có khả năng điều trị và những trường hợp chuyển tuyến trên cũng đã tử vong sau đó. Tỉ lệ tử vong trong sốc nhiễm khuẩn theo các nghiên cứu trong nước và trên thế giới khác nhau nhưng nhìn chung là vẫn còn cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Hoàng Văn Quang năm 2011 là 55,0% [6], Trần Văn Quý năm 2019 là 56,2% [7], Nguyễn Thanh Thủy năm 2021 là 76,6% [8]. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể là do số mẫu ít nên chưa đánh giá được hết, bệnh viện chúng tôi là tuyến huyện ở trung tâm thành phố nên bệnh nhân đến viện sớm hơn và được điều trị tích cực ngay từ đầu.

Liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian thoát sốc

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian thoát sốc trung bình là $26,5 \pm 38,4$ giờ, thấp nhất là 4 giờ, cao nhất là 174 giờ. Thời gian thoát sốc trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Vũ Hải Yến (2012) là $22 \pm 20,8$ giờ [2], thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Văn Quý (2019) là $70 \pm 70,8$ giờ [7] và một số các nghiên cứu khác trong nước [6][8]. Có thể do đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân vào viện sớm và được thực hiện ngay liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu. Các nghiên cứu của nước ngoài thời gian thoát sốc ngắn hơn nhiều là $8,1 \pm 2$ giờ [5]. Điều này có thể giải thích là do ở nhiều nước sử dụng liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu đã được áp dụng từ nhiều năm trước (2001) và công tác quản lý điều trị ở nước ngoài tốt hơn so với trong nước. Nhóm tử vong có thời gian thoát sốc ($58,7 \pm 49,0$ giờ) dài hơn so với nhóm còn sống ($22,7 \pm 30,3$ giờ). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian thoát sốc với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Liên quan giữa kết quả điều trị với tình trạng suy tạng

Điểm SOFA càng cao thì mất chức năng tạng càng nhiều, mức độ tổn thương tạng càng nặng và là một yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân. Điểm SOFA của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,8 \pm 2,9$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011) là $9,3 \pm 3,1$ [6] và nghiên cứu của Suberviola (2012) là $9,1 \pm 3,1$ [9]. Thấp hơn nghiên cứu của Trần Văn Quý là $13,01 \pm 3,75$ [7]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm SOFA ở nhóm còn sống và tử vong có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy điểm SOFA càng cao thì tỷ lệ tử vong càng tăng lên. Kết quả này cũng tương

tự như các kết quả nghiên cứu đã được đề cập trước đây.

Trong các tạng suy thì 100% bệnh nhân đều có suy tuần hoàn, tiếp đến là suy hô hấp với tỷ lệ 68,8%, suy thận 59,4%, suy thần kinh 43,8, suy huyết học 50%, và suy gan chiếm 25%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011) với tỷ lệ 100% suy tuần hoàn, suy hô hấp 86,7%, suy thận 80,5%, suy gan 35,4%, suy huyết học 30,5%, suy thần kinh 25,6% [7]. Trong nghiên cứu của Baykara (2018) thì suy hô hấp chiếm 71,2%, suy thận chiếm 67,3%, suy thần kinh 53,8%, suy gan 36,5% và suy huyết học 34,6% [5]. Ở nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị là tử vong thì có 57,1% có suy thần kinh, có 40,9% suy hô hấp, 31,3%. Nếu chỉ tính riêng trong nhóm tử vong thì có suy tuần hoàn là 100% (có 9/9 ca), suy hô hấp là 100% (có 9/9 ca), suy thần kinh là 88,9% (có 8/9 ca), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy 3 tạng trên với kết quả điều trị ($p < 0,05$).

Liên quan đến số tạng suy và kết quả điều trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy số tạng suy càng nhiều thì tỷ lệ còn sống càng thấp đi: suy 1 tạng tỷ lệ sống là 39,1%; suy 2 tạng tỷ lệ sống là 30,4%; suy 3 tạng tỷ lệ sống là 26,1%; suy 4 tạng tỷ lệ sống là 4,4%, suy 5-6 tạng không có trường hợp nào còn sống. Đồng nghĩa với đó là số tạng suy càng nhiều tỷ lệ tử vong càng cao: suy 1-2 tạng không có tử vong; suy 3 tạng tỷ lệ tử vong là 11,1%; suy 4 tạng tỷ lệ tử vong là 22,3%; suy 5-6 tạng tỷ lệ tử vong là 66,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số tạng suy và kết quả điều trị ($p < 0,05$). Kết quả này tương đương trong nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011) khi tác giả cũng đưa ra kết luận: Số tạng suy càng nhiều thì tỷ lệ tử vong càng tăng có ý nghĩa ($p < 0,001$), suy 2 tạng không có tử vong, suy 3 tạng là 40,9%; suy 4 tạng là 79,3%; suy 5 tạng là 72,7%; suy 6 tạng là 100%.

Như vậy sốc nhiễm khuẩn là tình trạng bệnh rất nặng được biểu hiện qua suy đa tạng và điểm SOFA cao. Khi số lượng tạng suy càng nhiều thì mức độ tiên lượng bệnh nặng và tử vong là càng cao ($p < 0,05$).

Liên quan đến tình trạng đông máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm có rối loạn đông máu là 46,7% cao hơn so với nhóm không có rối loạn đông máu là

11,8%; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn đông máu với kết quả điều trị với $p > 0,05$. Khi có tình trạng rối loạn đông máu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn thì đây là một yếu tố rất xấu, tiên lượng điều trị khó khăn. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy (2021) trên 47 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cho thấy tỉ lệ bệnh nhân tử vong ở nhóm có rối loạn đông máu (91,7%) tăng lên cao hơn nhiều so với nhóm không có rối loạn đông máu [8], nghiên cứu của Trần Văn Quý (2019) trên 73 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn cũng cho kết quả tương tự [7].

Liên quan đến tình trạng thở máy xâm nhập

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13/32 bệnh nhân cần thở máy chiếm tỉ lệ 40,6%. Trong số này thì có 8/13 bệnh nhân tử vong (61,5%), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thở máy xâm nhập với kết quả điều trị còn sống và tử vong với $p < 0,05$. Như vậy, ở các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có thở máy đều là yếu tố tiên lượng nặng và tử vong cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhận xét của nghiên cứu của Hoàng Văn Quang (2011) ở các bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có thở máy thì tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm không thở máy [6], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Thủy (2021) cũng cho kết quả tương tự khi có 93,9% bệnh nhân nhóm thở máy xâm nhập kết cục ra viện tử vong [8].

V. KẾT LUẬN

- Kết quả điều trị chung: tỷ lệ sống là 71,9% (23/32 ca), tử vong có 28,1% (9/32 ca).
- Thời gian thoát sốc càng lâu thì tỉ lệ tử vong càng tăng lên ($p < 0,05$).
- Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng bệnh rất nặng được biểu hiện qua suy đa tạng, suy tạng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh là yếu tiên lượng nặng cho bệnh nhân ($p < 0,05$).
- Điểm SOFA càng cao thì mất chức năng tạng càng nhiều, mức độ tổn thương tạng càng nặng và là một yếu tố tiên lượng tử vong ở BN ($p < 0,05$).
- Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có rối loạn đông máu, có thở máy xâm nhập có tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm không có đặc điểm này ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mervyn Singer, Clifford S., Deutschman et al (2016)**. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA.;315(8):801-810.
2. **Vũ Hải Yến (2012)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả của liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đào Xuân Phương, Bùi Thị Hương Giang (2021)**, Đánh giá kết quả áp dụng gói điều trị nhiễm khuẩn và sốc nhiễm khuẩn trong giờ đầu tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam, tập 509, tr.335-338.
4. **Artero A, Zaragoza R, Camarena JJ et al (2010)**. Prognostic factors of mortality in patients with community-acquired bloodstream infection with severe sepsis and sepsis shock. Journal of Critical Care, 25(2), pp.276-281.
5. **Baykara N, Akalin H, Arslantas M.K, et al (2018)**. Epidemiology of sepsis in intensive care units in Turkey: a multicenter, point-prevalence study. Critical Care, 22(1), 93.
6. **Hoàng Văn Quang (2011)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị suy đa tạng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Trần Văn Quý (2019)**, Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Thanh Thủy (2021)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam tập 498 - tháng 1 - số 1 – 2021, tr.149-152.
9. **Suberviola B, Castellanos-Ortega A, Gonzalez-Castro A, et al (2020)**. Prognostic value of procalcitonin, C-reactive protein and leukocytes in septic shock. Medicina Intensiva (English Edition), 36(3), pp.177-184.