

**ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG
CỦA THANG ĐIỂM SIC Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN**

Đỗ Mạnh Hùng^{1}, Phạm Thái Dũng¹, Vũ Minh Dương¹
Lê Tiến Dũng¹ Đặng Văn Ba¹, Hoàng Tích Lộc¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SIC (sepsis-induced coagulation) trong 7 ngày đầu ở bệnh nhân (BN) sốc nhiễm khuẩn (SNK). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên 108 BN được chẩn đoán SNK, điều trị tại Bộ môn - Trung tâm Hồi sức cấp cứu, chống độc, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 4/2021 - 3/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có tình trạng SIC tăng từ 63,0% lên 78,6% trong 3 ngày đầu, rồi giảm dần, thấp nhất ở ngày thứ 7 (56,3%). Có tổng cộng 84,3% BN có tình trạng SIC. Tại ngày thứ 1, 3, 5 và 7, điểm SIC ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống ($p < 0,05$), đồng thời, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong lần lượt ở mức yếu, khá tốt và tốt với AUC: 0,620; 0,710; 0,751 và 0,826; $p < 0,01$. Nhóm có tình trạng SIC có nguy cơ tử vong cao hơn nhóm không có SIC, với OR = 5,99 (95%CI: 1,8 - 19,9, $p < 0,01$). **Kết luận:** Tại ngày thứ 1, 3, 5 và 7, điểm SIC ở nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống, đồng thời, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong lần lượt ở mức yếu, khá tốt và tốt. Tình trạng SIC là yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong ở BN SNK.

Từ khoá: Rối loạn đông máu; Điểm SIC; Sốc nhiễm khuẩn.

**EVALUATION OF THE PROGNOSTIC VALUE FOR MORTALITY
OF THE SIC SCORE IN SEPTIC SHOCK PATIENTS**

Abstract

Objectives: To evaluate the prognostic value for mortality of SIC (sepsis-induced coagulation) score in the first 7 days in septic shock patients. **Method:** A prospective, descriptive study was conducted on 108 septic shock patients treated in Intensive Care,

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Đỗ Mạnh Hùng (domanhhungpt95@gmail.com)

Ngày nhận bài: 17/5/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 26/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.838>

Emergency and Poison Control Central, Military Hospital 103 between April 2021 and March 2023. **Results:** The proportion of patients with SIC increased from 63.0% to 78.6% in the first 3 days, then gradually decreased and was lowest on the 7th day (56.3 %). Over the study periods, 84.3% of patients had SIC status. On the 1st, 3rd, 5th, and 7th day, the SIC score in the death group was higher than the survival group ($p < 0,05$), and the SIC scores had weak, quite good, and good prognostic value for mortality with AUC of 0.620, 0.710, 0.751 and 0.826 ($p < 0.01$), respectively. The group of patients with SIC status had a higher mortality risk than the group without SIC, with OR = 5.99 (95%CI: 1.8 - 19.9, $p < 0.01$). **Conclusion:** On the 1st, 3rd, 5th, and 7th day, SIC scores in the death group were higher than those in the survival group, and the SIC score had weak, quite good, and good prognostic value for mortality. The SIC status was an important factor with prognostic value for mortality in septic shock patients.

Keywords: Coagulopathy; SIC score; Septic shock.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn từ lâu đã được biết đến như một tình trạng bệnh lý rất nặng, có nguy cơ tử vong cao, chi phí điều trị lớn và ngày càng nhận được sự quan tâm, nghiên cứu không chỉ ở trong nước mà còn trên toàn thế giới. SNK gây ra tình trạng suy chức năng của các hệ thống cơ quan trong cơ thể, trong đó có hệ thống đông máu. Ngược lại, tình trạng rối loạn đông máu ở các BN SNK cũng góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh của các BN này. Do đó, trong những năm gần đây, vấn đề rối loạn đông máu ở BN nhiễm khuẩn huyết, SNK được nhiều tác giả trong nước và trên thế giới quan tâm nghiên cứu [2, 3, 4, 5, 6]. Tuy nhiên, vấn đề này vẫn còn rất phức tạp, đòi hỏi phải nghiên cứu sâu và rộng hơn. Năm 2017, lần đầu tiên, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn đông máu do nhiễm khuẩn huyết

(sepsis-induced coagulation - SIC) dựa trên thang điểm SIC được Hiệp hội Quốc tế về huyết khối và cầm máu (ISTH) đưa ra, đã mở ra việc tiếp cận và điều trị sớm tình trạng rối loạn đông máu ở BN SNK [7]. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: *Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm SIC trong 7 ngày đầu ở BN SNK.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

108 BN SNK, điều trị tại Bộ môn - Trung tâm Hồi sức cấp cứu, chống độc, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y trong khoảng thời gian 2 năm từ ngày 01/4/2021 - 31/3/2023.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN ≥ 18 tuổi; BN đã được chẩn đoán SNK theo tiêu chuẩn của sepsis 3 năm 2016 [1]; BN và

gia đình BN hoặc người đại diện hợp pháp của BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có tiền sử tình trạng rối loạn đông máu trước đó như tăng tiểu cầu tiên phát, viêm thành mạch dị ứng, bệnh Hemophilia, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch...; BN có sử dụng thuốc chống đông trước thời điểm chẩn đoán SNK; BN tử vong trong vòng 24 giờ sau khi được chẩn đoán; BN đã được chẩn đoán và điều trị SNK ở các cơ sở y tế khác trước khi nhập viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Thuận tiện.

* *Phương pháp tiến hành nghiên cứu*: Tất cả các BN SNK sau khi đã thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được tham gia vào nghiên cứu. BN được tiến hành thu thập các số liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại 5 thời điểm lần lượt là T0: Thời điểm bắt đầu nghiên cứu (BN được chẩn đoán SNK); T1, T3, T5, T7 thứ tự là ngày thứ 1 (sau thời điểm chẩn đoán SNK 24 giờ), ngày thứ 3, 5, 7 sau khi được chẩn đoán SNK. Tiếp tục theo dõi diễn biến BN trong vòng 28 ngày sau khi chẩn đoán SNK. Khi thu thập đầy đủ số liệu cần thiết, chúng tôi xử lý số liệu theo nội dung nghiên cứu để có được các kết quả rồi tiến hành bàn luận

và đưa ra kết luận. Số liệu của nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tỷ lệ tử vong, lọc máu liên tục.

- Tính điểm SIC tại từng thời điểm, điểm SIC cao nhất và sự biến đổi của điểm SIC qua các thời điểm nghiên cứu.

- Giá trị của điểm SIC trong tiên lượng tử vong BN SNK tại các thời điểm nghiên cứu.

- Tỷ lệ BN có tình trạng SIC qua các thời điểm nghiên cứu.

- Giá trị của tình trạng SIC trong tiên lượng tử vong BN SNK.

- Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:

+ Giới tính: Nam hoặc nữ.

+ Lọc máu liên tục (CRRT): BN được tiến hành CRRT.

+ BN sống: Các BN được điều trị khỏi rời ra viện hoặc đỡ rời chuyển về các khoa khác hoặc BN còn sống ít nhất 28 ngày sau khi chẩn đoán xác định SNK.

+ BN tử vong: Các BN tử vong tại bệnh viện hoặc BN nặng xin ra viện rồi tử vong, trong vòng 28 ngày do SNK hoặc các biến chứng của SNK gây ra.

+ Điểm SIC và tiêu chuẩn chẩn đoán tình trạng SIC được dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Quốc tế huyết khối và cầm máu (ISTH) năm 2017 [7]. Điểm SIC được tính dựa trên 3 yếu tố là: Số lượng tiểu cầu, chỉ số INR và điểm SOFA.

Cách tính điểm SIC như sau: Điểm tiêu cầu: 2 điểm: Số lượng tiêu cầu < 100 G/L; 1 điểm: Số lượng tiêu cầu từ 100 - 150 G/L; Điểm INR: 2 điểm: INR > 1,4; 1 điểm: $1,2 < INR \leq 1,4$

Điểm SOFA ≥ 2 : Điểm SIC = Điểm tiêu cầu + Điểm INR + 2.

Điểm SOFA ≤ 1 : Điểm SIC = Điểm tiêu cầu + Điểm INR + 1.

Chẩn đoán xác định có tình trạng SIC khi điểm SIC từ 4 điểm trở lên.

* *Xử lý số liệu*: Các số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu. Chúng tôi xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 26.0 bằng các phương pháp: Tính giá trị trung vị, khoảng tứ phân vị, tỷ lệ phần trăm; kiểm định 2 giá trị trung bình phân phối không chuẩn bằng phép

Mann-Whitney U; kiểm định sự khác biệt các tỷ lệ, mối liên quan của 2 biến định tính bằng test X^2 ; đánh giá yếu tố tiên lượng độc lập bằng hồi quy Logistic đơn biến, đa biến; sự khác biệt khi so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, cấp cứu và điều trị BN. Thông tin của các BN trong nghiên cứu được đảm bảo tính bảo mật. Số liệu trong nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có bất kỳ xung đột lợi ích nào trong quá trình nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

108 BN đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của nghiên cứu như sau:

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng, n (%)	$\bar{X} \pm SD$
Giới tính	Nam	81 (75,0)
	Nữ	27 (25,0)
Tuổi trung bình		66,8 \pm 17,5
CRRT	Có	51 (47,2)
	Không	57 (52,8)
Kết cục	Sống	45 (41,7)
	Tử vong	63 (58,3)

Có tổng số 108 BN được lựa chọn vào nghiên cứu, trong đó, có 81 BN nam chiếm 75% tổng số BN, còn lại 25% là BN nữ, với độ tuổi trung bình là $66,8 \pm 17,5$. Có 51 BN, chiếm 47,2% số BN trong nghiên cứu của chúng tôi, được tiến hành CRRT. Tỷ lệ tử vong của BN SNK theo nghiên cứu của chúng tôi là 58,3%.

2. Sự biến đổi điểm SIC qua các thời điểm nghiên cứu

Bảng 2. Sự biến đổi điểm SIC và tình trạng SIC qua các thời điểm nghiên cứu.

Thời điểm	Có SIC (điểm SIC ≥ 4)	Không có SIC (điểm SIC < 4)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Số lượng (n)
T0 (n %)	68 (63,0)	40 (37,0)	4 (3 - 4)	108
T1 (n %)	77 (73,3)	28 (26,7)	4 (3 - 5)	105
T3 (n %)	77 (78,6)	21 (21,4)	4 (3 - 5)	98
T5 (n %)	43 (66,2)	22 (33,8)	4 (3 - 5)	65
T7 (n %)	27 (56,3)	21 (43,7)	4 (2 - 5)	48
Điểm SIC cao nhất (n %)	91 (84,3)	17 (15,7)	5 (4 - 6)	108

Tại các thời điểm nghiên cứu, điểm SIC của các BN SNK đều có giá trị trung vị là 4. Trong khi đó, điểm SIC cao nhất qua các thời điểm nghiên cứu có giá trị trung vị là 5.

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ BN có tình trạng SIC là 63%, tỷ lệ này tăng dần đến ngày thứ 3 và đạt giá trị cao nhất là 78,6%, sau đó giảm dần, thấp nhất ở ngày thứ 7 (56,3%). Có 91 BN chiếm 84,3% tổng số BN được xác định có tình trạng SIC.

3. Giá trị tiên lượng tử vong của điểm SIC ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Bảng 3. Biến đổi điểm SIC ở nhóm BN sống và tử vong.

Điểm SIC	Sống	Tử vong	P
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	
T0 (n = 108)	4 (3 - 5)	4 (3 - 5)	> 0,05
T1 (n = 105)	4 (3 - 5)	5 (4 - 6)	< 0,05
T3 (n = 98)	4 (3 - 5)	5 (4 - 6)	< 0,01
T5 (n = 65)	4 (3 - 4)	5 (4 - 6)	< 0,01
T7 (n = 48)	2 (2 - 4)	5 (4 - 5)	< 0,01

Ở nhóm BN tử vong, điểm SIC lớn hơn nhóm sống ở ngày thứ 1, 3, 5 và 7 của nghiên cứu ($p < 0,05$).

Bảng 4. Giá trị diện tích dưới đường cong (AUC) và điểm cắt của điểm SIC trong tiên lượng kết cục tử vong ở BN SNK.

Điểm SIC	AUC	Điểm cut-off	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	P
T1 (n = 105)	0,620	3,5	82,0	38,6	< 0,05
T3 (n = 98)	0,710	3,5	90,9	37,2	< 0,01
T5 (n = 65)	0,751	4,5	63,3	85,7	< 0,01
T7 (n = 48)	0,826	2,5	95,5	53,8	< 0,01

Giá trị diện tích dưới đường cong (AUC) của điểm SIC ở ngày thứ 1, thứ 3, thứ 5 và thứ 7 thứ tự là 0,620; 0,710; 0,751; 0,826 với khả năng tiên lượng kết cục tử vong yếu, khá tốt, khá tốt và tốt tại mức điểm SIC (điểm cut-off) là 3,5; 3,5; 4,5; 2,5, có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng (Se: 82%, Sp: 38,6%), (Se: 90,9%, Sp: 37,2%), (Se: 63,3%, Sp: 85,7%) và (Se: 95,5%, Sp: 53,8%), $p < 0,05$.

Bảng 5. Tỷ lệ kết cục sống và tử vong ở BN SNK có và không có tình trạng SIC.

Nhóm	Tử vong	Sống	OR	95%CI	p
Có SIC (n = 91)	59 (64,8%)	32 (35,2%)	5,99	1,80 - 19,90	< 0,01
Không có SIC (n = 17)	4 (23,5%)	13 (76,5%)			

Tỷ lệ tử vong ở nhóm BN SNK có tình trạng SIC cao hơn rõ rệt so với nhóm không có tình trạng SIC (64,8% so với 23,5%, $p < 0,01$). Tình trạng SIC có mối liên quan đến kết cục tử vong ở BN SNK với $OR = 5,99$ (95%CI: 1,80 - 19,90, $p < 0,01$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Trong tổng số 108 BN SNK tham gia vào nghiên cứu, tỷ lệ BN nam là 75% cao hơn gấp 3 lần so với BN nữ. Độ tuổi trung bình của các BN này là $66,8 \pm 17,5$. Có 51 BN (47,2%) CRRT. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Duy Thành và CS (2021) trên 102 BN nhiễm khuẩn huyết có độ tuổi trung bình là 57, với số BN nam chiếm 75% tổng số BN, cao gấp 3 lần BN nữ [2]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy và CS (2021) tiến hành trên 47 BN SNK, cũng cho thấy tuổi trung bình của các BN là $61,4 \pm 15,2$ và tỷ lệ BN nam (76,6%) cũng cao hơn gấp 3 lần BN nữ [8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, các BN SNK có nguy cơ tử vong ở mức khá cao với tỷ lệ tử vong lên đến 58,3% tổng số BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Lê Đình Nam và CS tiến

hành trên 63 BN SNK với tỷ lệ tử vong là 53,97% [9]. Qua kết quả này có thể thấy, các BN nam, tuổi cao có nguy cơ cao bị nhiễm khuẩn huyết, SNK. Điều này có thể do thói quen sinh hoạt, ăn uống không điều độ và sự suy giảm hệ thống miễn dịch của nhóm BN này. Tỷ lệ tử vong của các BN SNK qua các nghiên cứu đều cao $> 50\%$, cho thấy SNK vẫn là một tình trạng bệnh lý rất nặng, nguy cơ tử vong cao, cần được nghiên cứu, tìm hiểu sâu hơn để có biện pháp điều trị hiệu quả.

2. Biến đổi điểm SIC của BN SNK qua các thời điểm nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành tính điểm SIC, tính toán giá trị trung vị, khoảng tứ phân vị và tính tỷ lệ BN có tình trạng SIC, không có tình trạng SIC qua các thời điểm nghiên cứu. Kết quả cho thấy, điểm SIC của các BN từ thời điểm ngày thứ 1 cho đến ngày thứ 7 của nghiên cứu có giá trị trung vị đều là 4 điểm. Ở thời

điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ BN có tình trạng SIC là 63% tổng số BN, tỷ lệ này tăng lên dần và đạt giá trị cao nhất là 78,6% ở thời điểm ngày thứ 3 của nghiên cứu. Sau đó, tỷ lệ này giảm dần ở ngày thứ 5 và thấp nhất là 56,3% ở ngày thứ 7 của nghiên cứu. Qua các thời điểm nghiên cứu, có tất cả 91 BN SNK có tình trạng SIC (84,3%). Theo nghiên cứu của Yuwei Chen và CS (2023) tiến hành trên 452 BN nhiễm khuẩn huyết, tỷ lệ BN có tình trạng SIC là 25,4% tổng số BN [3], kết quả này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi. Việc này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trên các BN SNK, nên tình trạng suy đa tạng và rối loạn đông máu có thể nặng hơn so với nhóm BN nhiễm khuẩn huyết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Won Kyoung Jhang (2021) trên 135 BN nhi SNK cho kết quả tỷ lệ BN có tình trạng SIC là 84,4% tổng số BN [4]. Qua đây có thể thấy BN nhi SNK và BN > 18 tuổi SNK đều có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng SIC.

3. Giá trị tiên lượng tử vong của điểm SIC và tình trạng SIC ở BN SNK

Để xác định giá trị của điểm SIC ở BN SNK, chúng tôi tiến hành so sánh điểm SIC giữa 2 nhóm BN sống và nhóm BN tử vong qua từng thời điểm nghiên cứu. Phân tích các kết quả đã chỉ ra rằng điểm SIC ở nhóm BN tử vong

cao hơn rõ rệt so với nhóm BN sống ở ngày thứ 1, thứ 3, thứ 5 và thứ 7 ($p < 0,05$) và không có sự khác biệt giữa điểm SIC của nhóm BN sống và nhóm BN tử vong ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Junyu Li và CS (2024) tiến hành trên 209 BN nhiễm khuẩn huyết chỉ ra rằng điểm SIC ở nhóm BN tử vong cao hơn so với nhóm sống tại ngày thứ 2 và ngày thứ 4 của nghiên cứu ($p < 0,05$); tuy nhiên, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm BN sống và tử vong tại thời điểm ngày thứ 1 ($p > 0,05$) [5]. Điều này là phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi vì thời điểm ngày thứ 1 trong nghiên cứu của Junyu Li và CS tương đương với thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Sau khi tính AUC và giá trị cut-off của điểm SIC trong tiên lượng kết cục tử vong của BN SNK, chúng tôi thấy rằng tại thời điểm ngày thứ 1, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức yếu với giá trị AUC = 0,620, với giá trị điểm cắt 3,5 với Se = 82,0%, Sp = 38,6%, $p < 0,05$. Tiếp theo, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức khá tốt với giá trị cut-off lần lượt là 3,5 và 4,5, độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là Se = 90,9%; Sp = 37,2% và Se = 63,3%; Sp = 85,7% ($p < 0,01$) ở các thời điểm ngày thứ 3, thứ 5 của nghiên cứu. Sau cùng, ở ngày thứ 7, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong ở mức tốt với giá trị AUC = 0,826, với điểm cắt là 2,5, Se = 95,5%,

Sp = 53,8%, p < 0,01. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Junyu Li và CS cho kết quả điểm SIC lần lượt có giá trị tiên lượng tử vong ở mức yếu và khá tốt ở ngày thứ 2, 4 với AUC = 0,601; 0,749, giá trị cut-off lần lượt là 2,5; 3,5, giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng là Se = 82,1% và Sp = 33,6%; Se = 74,5% và Sp = 65,6% [5]. Do đó, có thể xác định rằng điểm SIC rất có giá trị trong tiên lượng tử vong ở BN SNK và giá trị tiên lượng tử vong của điểm SIC có xu hướng tăng dần qua các thời điểm nghiên cứu.

Để đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của tình trạng SIC ở BN SNK, chúng tôi tiến hành so sánh tỷ lệ tử vong ở nhóm BN SNK có tình trạng SIC so với nhóm không có tình trạng SIC. Kết quả cho thấy nhóm BN SNK có tình trạng SIC có tỷ lệ tử vong là 64,8% cao hơn rõ rệt so với nhóm BN không có tình trạng SIC (23,5%), với p < 0,01. Tình trạng SIC còn có mối liên quan rõ rệt đến kết cục tử vong ở BN SNK với giá trị OR = 5,99 (95%CI: 1,80 - 19,90, p < 0,01), có nghĩa là nhóm BN SNK có tình trạng SIC có nguy cơ tử vong cao hơn gần 6 lần (OR = 5,99) so với nhóm không có tình trạng SIC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Chie Tanaka và CS (2021) trên 1.894 BN nhiễm khuẩn huyết (1.453 BN phải sử dụng thuốc co mạch, 441 BN không dùng thuốc co mạch) cho thấy ở nhóm BN phải sử dụng thuốc co mạch, BN có

tình trạng SIC có nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm không có tình trạng SIC với p < 0,01 [6]. Nghiên cứu của Đoàn Duy Thành và CS cũng cho thấy nhóm BN có SIC có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm BN không có tình trạng SIC (53% so với 33%) [2].

KẾT LUẬN

Tại các thời điểm ngày thứ 1, 3, 5 và 7, điểm SIC ở nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống, đồng thời, điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong lần lượt ở mức độ yếu, khá tốt và tốt. Điểm SIC có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất vào ngày thứ 7 với giá trị AUC là 0,826, giá trị cut-off là 2,5, Se là 95,5%, Sp là 53,8%. Tình trạng SIC là yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016; 315(8):801-810.
2. Đoàn Duy Thành, Phan Thị Thanh Hoa, Đồng Phú Khiêm và cộng sự. Một số yếu tố liên quan với rối loạn đông máu ở bệnh nhân sepsis tại bệnh viện Nhiệt đới Trung ương năm 2019. *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*. 2021; 1(33):61-64.
3. Chen Y, Chen W, Ba F, et al. Prognostic accuracy of the different

scoring systems for assessing coagulopathy in sepsis: A retrospective study. *Clinical and applied thrombosis/hemostasis: Official Journal of the International Academy of Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2023; 29 (10760296231207630).

4. Jhang WK , Park SJ. Evaluation of sepsis-induced coagulopathy in critically ill pediatric patients with septic shock. *Thromb Haemost*. 2021; 121(4):457-463.

5. Li J, Liu H, Wang N, et al. Persistent high sepsis-induced coagulopathy and sequential organ failure assessment scores can predict the 28-day mortality of patients with sepsis: A prospective study. *BMC Infectious Diseases*. 2024; 24(1):282.

6. Tanaka C, Tagami T, Kudo S, et al. Validation of sepsis-induced coagulopathy score in critically ill patients with septic shock: Post hoc

analysis of a nationwide multicenter observational study in Japan. *International Journal of Hematology*. 2021; 114(2):164-171.

8. Iba T, H Levy J, Raj A, et al. Advance in the management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. *Journal of Clinical Medicine*. 2019.

9. Nguyễn Thanh Thủy, Phạm Kim Liên. 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*. 2021; 498.

10. Lê Đình Nam, Trần Quốc Thắng, Nguyễn Đình Thích. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Bệnh viện Quân y 354. *Tạp chí Y học Quân sự*. 2023; 365(365).