

ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BỊ SỐT HẠ BẠCH CẦU HẠT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU - BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức^{1*}, Nguyễn Hữu Kiên¹, Nguyễn Anh Tuấn¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân ung thư bị sốt hạ bạch cầu hạt trung tính.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân sốt hạ bạch cầu hạt trung tính được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết, điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện K, từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình $45,16 \pm 23,78$ tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 1,6/1. 70,5% bệnh nhân có ung thư tạng đặc. 90,9% bệnh nhân đã được điều trị đặc hiệu ung thư, trong đó chủ yếu là hóa trị. Các triệu chứng phổ biến về da, niêm mạc (79,5%); tiêu hóa (70,5%); hô hấp (81,8%). Chỉ số bạch cầu hạt trung bình $0,4 \pm 0,45$ G/l; 68,2% bệnh nhân hạ bạch cầu hạt độ IV. Chỉ số tiểu cầu trung bình giảm $95,1 \pm 82,0$ G/l. Chỉ số procalcitonin tăng cao $34,87 \pm 43,96$. Kết quả vi sinh cho thấy 68,2% cho kết quả âm tính, 13,6% vi khuẩn Gram dương, 13,6% vi khuẩn Gram âm và 4,5% nấm men. Về kết quả điều trị: 65,9% bệnh nhân phải đổi từ 2 phác đồ kháng sinh trở lên. Tỷ lệ tử vong là 34,1%, đều có mức hạ bạch cầu độ III-IV.

Kết luận: Nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân sốt hạ bạch cầu hạt thường gặp trên ung thư tạng đặc, đã được hóa trị và chủ yếu hạ bạch cầu mức độ IV. Các triệu chứng phổ biến về da, niêm mạc, tiêu hóa và hô hấp. Kết quả nuôi cấy vi sinh thường âm tính. Bệnh nhân thường phải đổi nhiều phác đồ kháng sinh, tỷ lệ tử vong do bệnh còn cao, tương ứng với hạ bạch cầu hạt mức độ nặng.

Từ khoá: Sốt hạ bạch cầu hạt, ung thư, nhiễm khuẩn huyết.

CHARACTERISTICS OF SEPSIS IN CANCER PATIENTS WITH FEBRILE NEUTROPENIA TREATED IN EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

¹ **Bệnh viện K**

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/8/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/8/2024

Ngày duyệt bài: 11/11/2024

ABSTRACT:

Objective: To study the characteristics of clinical, paraclinical and treatment outcomes of sepsis in cancer patients with febrile neutropenia.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 44 patients with febrile neutropenia diagnosed with sepsis, treated in the Emergency and Intensive Care Unit of Vietnam National Cancer Hospital from October 2019 to October 2020.

Results: The average age was 45.16 ± 23.78 years; male/female ratio: 1.6/1. 70.5% of patients had solid organ cancer. 90.9% of patients had received specific cancer treatments, primarily chemotherapy. Common symptoms included skin and mucosal symptoms (79.5%), gastrointestinal symptoms (70.5%), and respiratory symptoms (81.8%). The average neutrophil count was 0.4 ± 0.45 G/l; 68.2% of patients had grade IV neutropenia. The average platelet count decreased to 95.1 ± 82.0 G/l. Procalcitonin levels were significantly elevated at 34.87 ± 43.96 . Microbiological results showed 68.2% negative results, 13.6% Gram-positive bacteria, 13.6% Gram-negative bacteria, and 4.5% fungi. Treatment outcomes: 65.9% of patients required a change of antibiotic regimen at least twice. The mortality rate was 34.1%, all of whom had grade III-IV neutropenia.

Conclusion: Sepsis in patients with febrile neutropenia commonly occurs in those with solid organ cancer who have undergone chemotherapy and primarily have grade IV neutropenia. Common symptoms include those related to the skin and mucosa, gastrointestinal tract, and respiratory system. Microbiological cultures are often negative. Patients frequently require multiple antibiotic regimens, and the mortality rate remains high, corresponding to severe neutropenia.

Keywords: Febrile neutropenia, cancer, sepsis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cơ thể, bạch cầu đóng vai trò quan trọng vào cơ chế bảo vệ cơ thể khỏi các tác nhân gây bệnh từ bên ngoài, chúng sẽ bao vây và tiêu diệt các vi khuẩn, virus, nấm và các tác nhân bên ngoài xâm nhập, giúp cơ thể chống lại sự phát triển, nhân lên, gây bệnh của các tác nhân gây bệnh. Do đó, dù do bất cứ nguyên nhân nào thì giảm bạch cầu hạt cũng dẫn tới bỏ ngỏ việc bảo vệ cơ thể trước nguy cơ nhiễm trùng.

Hằng ngày cơ thể con người luôn đối mặt với các tác nhân vi sinh vật luôn tồn tại xung quanh, có xu hướng gây bệnh khi có điều kiện. Trong các tình trạng nhiễm trùng thì nhiễm trung huyết là một bệnh nặng, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới.

Theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới, số

lượng bệnh nhân ung thư, tỷ lệ mới mắc hằng năm luôn ở mức cao và không ngừng tăng. Ước tính năm 2018, Việt Nam có 164.671 ca mắc mới và 114.871 ca tử vong do ung thư và hơn 300.000 bệnh nhân đang sống chung với ung thư [6]. Cùng với các tiến bộ về chẩn đoán, điều trị ung thư ngày càng hiện đại và hiệu quả, đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân điều trị ung thư. Điều trị hóa chất là một trong những phương pháp phổ biến và căn bản đem lại hiệu quả cao cho bệnh nhân ung thư, tuy nhiên bệnh nhân cũng phải đối mặt với những biến chứng rủi ro, trong đó có tình trạng sốt hạ bạch cầu hạt. Có một số yếu tố liên quan tới ung thư gây giảm bạch cầu hạt phải kể đến như: thuốc hóa trị (như Docetaxel, Cisplatin,...), các ung thư ảnh hưởng trực tiếp đến tủy xương (như u lympho, đa u tủy xương), ung thư di căn tủy xương [2]. Nhóm bệnh nhân sốt hạ bạch cầu

có nhiễm trùng huyết có tiên lượng xấu do tỷ lệ biến chứng, tử vong cao trong quá trình điều trị [4]. Trên thế giới cũng như Việt Nam chưa có các nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này, đồng thời Bệnh viện K là bệnh viện chuyên khoa về Ung thư hàng đầu cả nước, với nhiều bệnh nhân nặng, trong đó có các bệnh nhân sốt hạ bạch cầu có nhiễm trùng huyết. Do đó, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài nhằm đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán sốt giảm bạch cầu hạt có nhiễm trùng huyết được điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện K trong thời gian từ tháng 10/2019 tới tháng 10/2020.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Bệnh nhân được chẩn đoán là sốt giảm bạch cầu hạt, có nhiễm trùng huyết theo SEPSIS - 3.

- **Tiêu chuẩn sốt:** Khi bệnh nhân có thân nhiệt đo ở nách $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$, ở miệng $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, ở trực tràng $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán Hạ bạch cầu hạt:** Khi giá trị tuyệt đối của bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) dưới 2 G/l

+ Độ I: BCĐNTT từ 1,5 - 2 G/l.

+ Độ II: BCĐNTT từ 1 - 1,5 G/l.

+ Độ III: BCĐNTT từ 0,5 - 1 G/l.

+ Độ IV: BCĐNTT dưới 0,5 G/l.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán Nhiễm khuẩn huyết:** Rối loạn chức năng cơ quan đặc trưng bởi gia tăng điểm SOFA trên 2 điểm, do cơ thể phản ứng với nhiễm trùng [7].

+ Bệnh nhân lấy hồi cứu cần có bệnh án đầy đủ.

+ Bệnh nhân lấy tiền cứu đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có 1 trong những đặc điểm sau sẽ bị loại trừ:

+ Bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt nhưng không có sốt.

+ Bệnh nhân có giảm bạch cầu hạt nhưng không có nhiễm trùng huyết.

+ Bệnh nhân có nhiễm trùng huyết nhưng không có giảm bạch cầu.

+ Bệnh nhân đang điều trị nhiễm trùng huyết, sau đó có giảm bạch cầu.

+ Bệnh nhân không được chẩn đoán bệnh ung thư.

+ Bệnh nhân hồi cứu không có đầy đủ bệnh án.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu kết hợp hồi cứu.

- Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới. Tỷ lệ các loại bệnh ung thư (ung thư tạng đặc, ung thư hệ tạo huyết). Tỷ lệ bệnh nhân điều trị đặc hiệu ung thư.

+ Triệu chứng lâm sàng: Da, niêm mạc, hô hấp, tiêu hóa, hệ thần kinh trung ương.

+ Triệu chứng cận lâm sàng: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, Ure, Creatinin, Procalcitonin.

+ Kết quả nuôi cấy vi sinh.

+ Phân độ suy tạng theo SOFA

+ Tỷ lệ phác đồ điều trị kháng sinh: 1 phác đồ, >2 phác đồ.

+ Tỷ lệ điều trị khỏi, tỷ lệ tử vong.

- Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án nghiên cứu, xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 bằng các thuật toán phù hợp.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân nam (61,4%), 17 bệnh nhân nữ (38,6%).

Tuổi trung bình $45,16 \pm 23,78$ tuổi.

Có 31 bệnh nhân có ung thư tạng đặc (70,5%).

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị đặc hiệu ung thư

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỷ lệ
Đã điều trị	Xạ trị	8
	Hóa trị	39
	Phẫu thuật	6
Chưa điều trị	4	9,1%

Nhận xét:

Có tới 88,6% bệnh nhân đã được điều trị hóa trị liệu.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Da, niêm mạc	Tiêu hóa	Hô hấp	Tiết niệu
Số lượng	35	36	31	14
Tỷ lệ	79,5%	81,8%	70,5%	31,8%

Nhận xét:

Các triệu chứng chủ yếu là: da, niêm mạc (loét miệng, viêm da...) gặp 79,5%; tiêu hóa (nôn, tiêu chảy...) gặp 70,5%; hô hấp (ho, khó thở, giảm SPO2...) gặp 81,8%.

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3: Xét nghiệm công thức máu

Xét nghiệm	Min - Max	Trung bình
Hồng cầu (T/l)	1,17 - 4,39	$3,03 \pm 0,7$
Bạch cầu (G/l)	0,05 - 3,2	$1,14 \pm 0,93$
Bạch cầu hạt (G/l)	0,00 - 1,59	$0,4 \pm 0,45$
Tiểu cầu (G/l)	13 - 406	$95,1 \pm 82,0$

Nhận xét:

Ngoài giảm bạch cầu hạt thì tiểu cầu và hồng cầu cũng giảm thấp hơn bình thường (giảm 2; 3 dòng tế bào máu).

Bảng 4: Phân độ hạ bạch cầu hạt

Phân độ	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Số lượng	1	6	7	30
Tỷ lệ	2,3%	13,6%	15,9%	68,2%

Nhận xét:

Chủ yếu bệnh nhân bị hạ bạch cầu hạt độ IV (68,2%).

Bảng 5: Xét nghiệm sinh hóa

Xét nghiệm	Trung bình	Trung vị
Ure	$9,8 \pm 15$	6,6
Creatinin	$115,4 \pm 73,5$	97
GOT	$87,3 \pm 152,5$	29
GPT	$61,7 \pm 108,3$	23,6
Procalcitonin	$34,87 \pm 43,96$	12,11

Nhận xét:

Chỉ Ure, Creatinin, GOT, GPT tăng cao hơn bình thường. Chỉ số procalcitonin đặc trưng cho tình trạng nhiễm trùng tăng cao ở tất cả các bệnh nhân.

Bảng 6: Xét nghiệm vi sinh

Kết quả	Dương tính			Âm tính
	VK Gram dương	VK Gram âm	Nấm men	
Số lượng	6	6	2	30
Tỷ lệ	13,6%	13,6%	4,5%	68,2%

Nhận xét:

Tỷ lệ cấy máu âm tính cao (68,2%). Trong số vi sinh vật phân lập được, gặp chủ yếu vi khuẩn Gram âm (13,6%) và Gram dương (13,6%).

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 7: Tỷ lệ số phác đồ điều trị kháng sinh

Phác đồ điều trị	1 phác đồ kháng sinh	> 2 phác đồ kháng sinh
Số lượng	23	21
Tỷ lệ	52,3%	47,7%

Nhận xét:

Có tới 47,7% bệnh nhân phải đổi từ 2 phác đồ kháng sinh trở lên.

Bảng 8: Hiệu quả điều trị

Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	Tử vong
Số lượng	29	15
Tỷ lệ	65,9%	34,1%

Nhận xét:

Tỷ lệ tử vong do bệnh còn cao 34,1%.

Bảng 9: Mối liên quan tỷ lệ tử vong và mức độ hạ bạch cầu

Kết quả điều trị	Khỏi bệnh	Tử vong	p
Hạ bạch cầu độ I - II	7	0	< 0,05
Hạ bạch cầu độ III - IV	22	15	

Nhận xét:

Ở nhóm hạ bạch cầu nặng (độ III - IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê.

Bảng 10: Mối liên quan giữa điểm SOFA với hiệu quả điều trị

Kết quả điều trị SOFA	Khỏi bệnh	Tử vong	p
< 9 điểm	26	3	<0.05
≥ 9 điểm	3	12	

Nhận xét:

Chỉ số đánh giá mức độ tạng suy có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, ở nhóm có điểm SOFA cao hơn có tỷ lệ tử vong cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi với 44 người bệnh có 27 người bệnh là nam giới chiếm 61,4%, còn lại 17 người bệnh là nữ giới tương ứng với 38,6%. Như vậy, tỷ lệ nam/nữ là khoảng 2/1, tỷ lệ này cho thấy có sự chênh lệch rõ rệt giữa 2 giới.

Phân bố về tuổi của các người bệnh rải rác ở các lứa tuổi, với nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi, cao nhất là 83 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $45,16 \pm 23,78$ tuổi.

Về sự phân bố theo các nhóm tuổi khác nhau, nhóm tuổi trẻ dưới 19 tuổi chiếm tỷ lệ nhỏ với 9 người bệnh (20,5%), còn lại người bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 19 đến 60 tuổi với 17 bệnh nhân (38,6%) và trên 60 tuổi với 18 người bệnh (40,9%). Nguyên nhân chủ yếu là do số lượng người bệnh ung thư ở nhóm tuổi trẻ dưới 19 tuổi là ít so với các nhóm tuổi còn lại. Nhóm người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao do có nhiều bệnh phối hợp cũng như sức đề kháng cũng giảm hơn, nhóm tuổi 19 - 60 thể trạng tốt thường được cân

nhắc điều trị nhiều hơn, nguy cơ rủi ro cũng vì thế mà tăng lên.

Trong số 44 người bệnh thuộc nghiên cứu thì chiếm tới 70,5% bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thuộc tạng đặc, có 29,51% là các ung thư liên quan đến hệ tạo huyết. Điều này cho thấy mức độ phổ biến ở nhóm các khối u đặc so với nhóm các ung thư hệ tạo máu với tỷ lệ khoảng 3/1. Mặc dù vậy, nguyên nhân là do bệnh viện số lượng người bệnh ung thư khối u đặc nhiều hơn so với ung thư hệ tạo huyết, do đó cần nhìn nhận một cách khách quan về tỷ lệ 3/1 này.

Về điều trị, có tới 90,9% người bệnh (40NB) ghi nhận đã được điều trị đặc hiệu với ít nhất 1 phương pháp điều trị ung thư đặc hiệu, trong đó gần như luôn có hóa trị (39NB tương đương 97,5%). Số người bệnh chưa điều trị đặc hiệu về ung thư chỉ là 4 (9,1%). Điều này chứng tỏ điều trị ung thư, nhất là hóa trị có tác động đến hạ bạch cầu có nhiễm trùng huyết, giống như nghiên cứu trên thế giới hóa trị liệu gây biến chứng sốt hạ bạch cầu nghiêm trọng tới 21% người bệnh.

4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Các đối tượng nghiên cứu đều có chỉ số bạch cầu hạt trung tính giảm, như ở Bảng 8 thống kê số lượng trung bình là $0,4 \pm 0,45$. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này còn thấy các tế bào máu ngoại vi khác đều có xu hướng giảm. Nguyên nhân là do hóa trị có cơ chế hoạt động bằng cách tấn công các tế bào phân chia nhanh, trong đó có cả các tế bào trong tủy xương và khi chúng bị tổn thương bởi hóa trị thì khiến chúng không thể tạo ra các tế bào máu mới tạm thời. Chính vì vậy, không chỉ dòng bạch cầu, mà cả dòng hồng cầu và tiểu cầu đều bị ảnh hưởng và giảm đi (trung bình hồng cầu là $3,03 \pm 0,7$ và trung bình tiểu cầu là $95,1 \pm 82,0$).

Trong nghiên cứu này, số lượng người bệnh chủ yếu ở nhóm giảm bạch cầu hạt mức độ nặng (độ III, độ IV) có tới 37 NB chiếm 84,1%, đây

cũng là nguyên nhân làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, làm nặng thêm tình trạng bệnh.

Một chỉ số quan trọng giúp đánh giá tình trạng nhiễm trùng là Procalcitonin, đây là một sản phẩm thường được sản xuất bởi các tế bào C trong tuyến giáp và hiện diện ở trong máu với nồng độ thấp. Nó cũng có thể được sản xuất bởi các tế bào khác (tế bào gan, phổi, monocyte...) khi bị kích thích bởi các yếu tố như nội độc tố vi khuẩn, Cytokin tiền viêm, IL-6 và TNF- α ... Procalcitonin tăng nhanh và có tính đặc hiệu cao khi đáp ứng với nhiễm khuẩn toàn thân nặng. Ở những người bệnh sốt hạ bạch cầu hạt có nhiễm trùng huyết, chúng tôi nhận thấy chỉ số này tăng rất cao (trung bình $34,87 \pm 43,96$), đánh giá tình trạng nhiễm trùng toàn thân nặng.

Nhóm nghiên cứu nhận thấy có tới 68,2% kết quả vi sinh âm tính, cao hơn so với các nghiên cứu lớn khác (khoảng 40% âm tính giả). Điều này được lý giải thường do thuốc kháng sinh dùng trước đó có thể đã ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn trong môi trường nuôi cấy. Nhưng tỷ lệ vi sinh dương tính vẫn cao hơn nghiên cứu của Reilly [5] chỉ có 28% ghi nhận về mặt vi sinh, có thể do kỹ thuật và trình độ vi sinh lúc đó.

Chúng tôi cũng nhận thấy sự khá tương đồng giữa nhiễm trùng vi khuẩn Gram âm với Gram dương (cùng có 13,6%), trong khi với nghiên cứu của Trần Thị Hà Phương - Mai Thị Tiết thì tỷ lệ này khoảng 2/1 [1]. Điều này do dịch tể các viện khác nhau và nhìn chung, điều trị theo kinh nghiệm chủ yếu chọn vi khuẩn Gram âm là bước đầu do đây là căn nguyên hàng đầu gây nhiễm trùng cơ hội, các khuyến cáo đều chỉ ra chỉ nên dùng kháng sinh trị Gram dương khi đã có kết quả vi sinh.

Ngoài ra, nghiên cứu nhận thấy có 4,5% có kết quả vi sinh là nấm men. Trước đây rất hiếm khi nhiễm nấm máu được tìm thấy, nhưng trong bối cảnh hiện nay, vấn nạn nhiễm trùng ngày càng tăng, cộng với kỹ thuật vi sinh phát triển tốt hơn,

nên hiệu quả và độ tin cậy khi nuôi cấy ra nấm trong bệnh viện được đảm bảo hơn.

4.3. Kết quả điều trị

Tỷ lệ cần thay đổi phác đồ (≥ 2 phác đồ) cũng gần ngang với số lượng chỉ cần dùng 1 phác đồ điều trị kháng sinh ngay từ đầu (47,7% so với 52,3%). Điều này được lý giải do ảnh hưởng của kết quả vi sinh nuôi cấy (theo Bảng 6) trong nghiên cứu ra khá nhiều vi khuẩn Gram dương và nấm (được khuyến cáo chỉ dùng kháng sinh và kháng nấm khi có kết quả vi sinh), và sự ảnh hưởng này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Qua Bảng 8 cho thấy kết quả điều trị khỏi bệnh đạt 65,9%, trong khi có 34,1% tử vong. Theo John P. Reilly [5], tỷ lệ tử vong lên tới 40%, so sánh với nghiên cứu Klastersky [3] tại Mỹ nói riêng số tỷ lệ tử vong trong sốt giảm bạch cầu hạt là 9,5% và trong nhiễm trùng huyết bệnh viện có tới 26%, tựu chung lại nhiễm trùng huyết giảm bạch cầu hạt cũng có tới 21% tử vong.

Chúng tôi nhận thấy sự liên quan giữa hiệu quả điều trị với chỉ số bạch cầu (phân độ hạ bạch cầu). Giảm bạch cầu làm vi khuẩn và tác nhân gây bệnh khác có điều kiện thuận lợi xâm nhập vào cơ thể. Khi giảm bạch cầu trung tính, phản ứng viêm với các nhiễm trùng không hiệu quả. Nếu giảm nghiêm trọng, nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của nhiễm khuẩn và nấm tăng lên. Khi số lượng bạch cầu trung tính $< 500/\mu\text{L}$, hệ thực vật vi khuẩn nội sinh (ví dụ trong miệng hoặc ruột) có thể gây nhiễm trùng. Giảm bạch cầu trung tính cấp tính, trầm trọng, đặc biệt nếu có một yếu tố khác như trong ung thư, làm suy yếu đáng kể hệ miễn dịch và có thể dẫn đến nhiễm trùng gây tử vong nhanh chóng. Sự toàn vẹn của da và màng nhầy, sự cung cấp mạch máu cho mô và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân cũng ảnh hưởng đến

nguy cơ nhiễm trùng. Qua nghiên cứu, những người bệnh hạ bạch cầu nặng (độ III, độ IV) có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm còn lại (hạ bạch cầu độ I, II) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

SOFA là một điểm số đơn giản và khách quan cho phép tính cả số lượng và mức độ nghiêm trọng của rối loạn chức năng cơ quan trong sáu hệ thống cơ quan (hô hấp, đông máu, gan, tim mạch, thận và thần kinh), là điểm số có thể đo lường rối loạn chức năng của từng cơ quan hoặc tổng thể, để đánh giá suy giảm nội tạng có liên quan đến nhiễm trùng huyết. Theo SEPSIS - 3 [7] thì tỷ lệ tử vong chung khi $\text{SOFA} > 2$ là 10%, $\text{SOFA} < 9$ tỷ lệ tử vong 33%, còn $\text{SOFA} > 11$ điểm tỷ lệ này là 95%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm những người bệnh có mức độ suy tạng nặng ($\text{SOFA} \geq 9$ điểm) có tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại một cách có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 44 bệnh nhân ung thư hạ bạch cầu hạt có nhiễm khuẩn huyết, chúng tôi nhận thấy:

- Phần lớn bệnh nhân mắc ung thư tạng đặc, đã điều trị đặc hiệu ung thư đặc biệt là hóa trị liệu.
- Triệu chứng lâm sàng đa dạng, phổ biến gặp ở da, niêm mạc, tiêu hóa, hô hấp.
- Triệu chứng cận lâm sàng: hầu hết hạ bạch cầu độ IV, chỉ số procalcitonin tăng cao ở tất cả các bệnh nhân. Kết quả nuôi cấy máu âm tính cao. Nuôi cấy dương tính gặp cả vi khuẩn Gram dương, Gram âm với tỷ lệ tương đương.
- Hầu hết bệnh nhân cần nhiều hơn 1 phác đồ kháng sinh, tỷ lệ tử vong do bệnh còn rất cao, gặp ở bệnh nhân hạ bạch cầu hạt mức độ nặng, bệnh nhân có mức độ suy tạng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Trần Thị Hà Phương, Mai Thị Tiết và cộng sự (2014), Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2014.
- [2]. Gregory K Robbins (2019). Fever in the neutropenic adult patient with cancer. www.uptodate.com.
- [3]. Klastersky J. et al on behalf of the ESMO Guidelines Committee (2016). Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, Volume 27, Issue suppl_5, September 2016, Pages v111-v118.
- [4]. Mervyn Singer, Clifford S. Deutschman et al -The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) - *JAMA*. 2016;315(8):801-810.
- [5]. Reilly JP, Anderson BJ, Hudock KM, Dunn TG, Kazi A, Tommasini A, Charles D, Shashaty MGS, Mikkelsen ME, Christie JD, Meyer NJ. Neutropenic sepsis is associated with distinct clinical and biological characteristics: a cohort study of severe sepsis. *Crit Care Lond Engl*. 2016;20:222.
- [6]. WHO. The Global Cancer Observatory. Viet Nam Globocan 2018: 1-2.
- [7]. 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.