

đó lợn, chó, ngựa, cáo ... là những nguồn lây nhiễm chính cho con người. Người bị nhiễm Trichinella do ăn thịt động vật bị nhiễm bệnh chưa chế biến kỹ, hoặc chưa qua xử lý, thường là lợn. Ấu trùng bám vào ruột non, xâm nhập niêm mạc và trưởng thành, sinh sản tạo ra ấu trùng. Các ấu trùng di chuyển theo mạch máu, hệ bạch huyết và tạo kén trong các tế bào cơ vân. Triệu chứng thường bắt đầu với sự kích thích hệ tiêu hóa, sau đó có thể gây phù nề quanh hốc mắt, đau cơ, sốt và tăng bạch cầu ái toan [8].

Theo ý kiến của chúng tôi, cả 2 mẹ con ở cùng một gia đình và có tác phong sinh hoạt tương tự. Mặc dù ở người con xét nghiệm Toxocara (+), Trichinella spiralis (+) nhưng ở người mẹ chưa được phát hiện, có thể liên quan đến tình trạng đáp ứng miễn dịch. Xét nghiệm Toxoplasma IgG (+), Toxoplasma IgM (-) ở cả hai mẹ con, đồng thời ở con các xét nghiệm Toxocara IgG (+), Trichinella spiralis IgG (+) cho thấy tình trạng nhiễm ký sinh trùng đã xảy ra trong một thời gian dài [5, 7, 8].

IV. KẾT LUẬN

Trong bài báo này, chúng tôi giới thiệu về một cặp mẹ con trong cùng một gia đình, mặc dù có kiến thức cao (mẹ là giáo viên trung học phổ thông) nhưng vẫn nhiễm các loài ký sinh trùng từ động vật. Điều này đòi hỏi ngành Y tế cần tăng cường truyền thông giáo dục, không chỉ phòng các bệnh lây truyền qua đường hô hấp mà còn cần tăng cường hướng dẫn vệ sinh cá nhân và an toàn thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Sốt Rét - Ký sinh trùng - Côn trùng

Thành phố Hồ Chí Minh (2022). Tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại một số cộng đồng người dân tộc thiểu số. Truy cập ngày: 11/02/2025. <https://www.impehcm.org.vn/noi-dung/tin-y-te/tinh-trang-nhiem-ky-sinh-trung-duong-ruot-tai-mot-so-cong-dong-nguoi-dan-toc-thieu-so.html?utm>

- Bùi Hoàng M, Nguyễn Thị Hồng Y, Nguyễn Ngọc T, cs** (2024). Khảo sát tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng Toxocara canis và một số yếu tố liên quan ở người đến xét nghiệm tại bệnh viện đa khoa Hòa Hảo – Medic Cần Thơ năm 2023. Tạp Chí Y học Việt Nam. 540 (2): 324 – 328
- Nguyễn Kim Thư, Đặng Thị Bích** (2020). Báo cáo hai trường hợp nhiễm giun xoắn nặng điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (12/2017). Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 3(31): 47 – 51
- Bùi Vũ Huy** (2020). Bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn (Viêm màng não mủ). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- MSD** (2022). Bệnh do Toxoplasma. Truy cập ngày 11/02/2025 <https://www.msmanuals.com/vi/professional/b%E1%BB%87nh-truy%E1%BB%81n-nhi%E1%BB%85m/k%C3%BD-sinh-tr%C3%B9ng-%C4%91%C6%A1n-b%C3%A0o-ngo%C3%A0i-ru%E1%BB%99t/b%E1%BB%87nh-do-toxoplasma?query=toxoplasma,%20b%E1%BB%87nh>
- Marra, Christina M** (2018). Central nervous system infection with Toxoplasma gondii. Handbook of Clinical Neurology, Vol. 152, edited by Brew, Bruce James. Publisher: Elsevier. Chapter 9, Pages: 117-122
- Bruno Gottstein, Edoardo Pozio, Karsten Nöckler** (2009). Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control of Trichinellosis. Clin Microbiol Rev. 22(1):127-145.
- MSD** (2022). Tuyến trùng (Giun tròn). Truy cập ngày 11/02/2025. <https://www.msmanuals.com/vi/professional/b%E1%BB%87nh-truy%E1%BB%81n-nhi%E1%BB%85m/tuy%E1%BA%BFn-tr%C3%B9ng-giun-tr%C3%B2n>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ ĐẠM NIỆU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Văn Nhựt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm acid uric máu và mối liên quan với mức độ đạm niệu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025. Kết thúc theo dõi, ghi

nhận có 83 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được mời vào tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ 57,8%, tuổi trung bình là $58,20 \pm 8,52$. Nồng độ acid uric máu trung bình là $287,93 \pm 153,72 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ tăng acid uric máu là 30,1%. Các yếu tố gồm tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu, tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng với OR lần lượt là $OR=7,12$; $OR=2,08$ và $OR=4,45$. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát khá cao với khoảng 30,0% trường hợp. Tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu và tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng.

Từ khóa: Tăng huyết áp nguyên phát, mức độ đạm niệu, tăng acid uric máu.

**Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nhựt

Email: Drnguyennhut@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

SUMMARY

STUDY ON THE CHARACTERISTICS OF SERUM ACID URIC AND ASSOCIATION WITH PROTEINURIA IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION

Objectives: Survey of serum acid uric characteristics and relationship with proteinuria levels in patients with primary hypertension. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on patients visiting Bac Lieu General Hospital from September 2024 to February 2025. At the end of follow-up, 83 patients were invited to participate in the study. **Results:** Men accounted for 57.8%, with an average age of 58.20 ± 8.52 . The average serum uric acid concentration was $287.93 \pm 153.72 \mu\text{mol/L}$. The proportion of hyperuricemia was 30.1%. Factors including hyperuricemia, systolic blood pressure, and history of diabetes were independent factors that increased the risk of severe proteinuria with $\text{OR}=7.12$; $\text{OR}=2.08$, $\text{OR}=4.45$. **Conclusion:** The proportion of hyperuricemia in patients with primary hypertension is quite high, about 30.0% of cases. Hyperuricemia, systolic blood pressure and diabetes are independent factors that increase the risk of severe proteinuria.

Keywords: Primary hypertension, severe proteinuria, hyperuricemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là gánh nặng bệnh tật toàn cầu, đây là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tim mạch và tử vong trên toàn thế giới. Do sử dụng rộng rãi các loại thuốc điều trị tăng huyết áp, huyết áp trung bình toàn cầu có xu hướng giảm nhẹ trong bốn thập kỷ qua. Ngược lại, tỷ lệ tăng huyết áp đã tăng lên, đặc biệt là ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Tiểu đái là một trong những dấu chứng tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp, có thể xuất hiện sớm trước khi có các triệu chứng trên lâm sàng. Nhiều nghiên cứu gần đây đã báo cáo tình trạng tăng acid uric máu xuất hiện khá phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp và có liên quan đến sự xuất hiện đái tháo đường [2]. Nồng độ acid uric tăng cao trong máu có thể làm tăng áp lực lọc cầu thận và làm rối loạn trương lực của các mạch máu tiền mao mạch cầu thận [3]. Theo một nghiên cứu tại Nhật Bản công bố năm 2023 đã ghi nhận tăng acid uric máu làm tăng nguy cơ tiểu đái và mức độ đái tháo đường có mối tương quan thuận với nồng độ acid uric máu [2]. Tuy nhiên tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan giữa mức độ đái tháo đường và tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp còn khá hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện: *Nghiên cứu đặc điểm nồng độ acid uric máu và mối liên quan với mức độ đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025. Kết thúc theo dõi, chúng tôi ghi nhận có tổng số 83 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được mời vào tham gia nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu năm 2024 [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm khớp gút cấp; Tăng huyết áp thứ phát; Bệnh thận mạn; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân nhập viện được khảo sát các yếu tố sau:

- Đặc điểm chung: tuổi tác, giới tính, chỉ số khối cơ thể, đặc điểm yếu tố nguy cơ và bệnh nền.
- Đặc điểm acid uric máu: xét nghiệm acid uric máu, tăng khi nồng độ acid uric ở nam trên $7,0\text{mg/dL}$ ($420\mu\text{mol/L}$) và ở nữ trên $6,0\text{mg/dL}$ ($360\mu\text{mol/L}$) [5]. So sánh theo các yếu tố nguy cơ và bệnh nền.

- Mức độ đái tháo đường: ghi nhận lại chỉ số albumin trên creatinine (ACR), không có hoặc đái tháo đường nhẹ khi $\text{ACR} < 30\text{mg/g}$, đái tháo đường trung bình ACR từ $30-300\text{mg/g}$ và nặng khi $\text{ACR} > 300\text{mg/g}$ [4].

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0, biến định tính mô tả tần số và tỷ lệ, biến định lượng mô tả trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh hai trung bình dùng phép kiểm định T-test. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-squared test. Cuối cùng sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố độc lập tác động đến tiểu đái mức độ nặng.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của bệnh nhân, đảm bảo cam kết tự nguyện và tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu Y sinh. Bệnh nhân tham gia được giải thích đầy đủ, rõ ràng về mục đích và nội dung nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=83)	Tỷ lệ (%)
Nam giới	48	57,8
Tuổi trung bình (năm)	$58,20 \pm 8,52$	
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m^2)	$21,28 \pm 2,61$	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	$146,02 \pm 19,87$	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	$83,25 \pm 9,12$	

Độ lọc cầu thận (ml/phút/1,73m ² da)	98,62 ± 12,11
--	---------------

Nhận xét: Tổng số 83 bệnh nhân, nam giới chiếm tỷ lệ 57,8%, tuổi trung bình là 58,20 ± 8,52.

Bảng 2. So sánh nồng độ acid uric máu theo yếu tố nguy cơ và bệnh nền

Yếu tố nguy cơ	Acid uric máu (μmol/L)	p
Chung (n=83)	287,93 ± 153,72	-
Đái tháo đường	Có: 315,08 ± 158,51 Không: 257,29 ± 144,03	0,087
Rối loạn lipid máu	Có: 279,78 ± 133,67 Không: 290,87 ± 161,27	0,774
Bệnh mạch vành	Có: 283,68 ± 153,47 Không: 289,46 ± 155,05	0,881
Hút thuốc	Có: 280,01 ± 169,15 Không: 299,33 ± 129,90	0,557

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trung bình ở bệnh nhân tăng huyết áp là 287,93 ± 153,72 μmol/L.

Bảng 3. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và mức độ đạm niệu

Yếu tố	Mức độ đạm niệu			p
	Không hoặc nhẹ	Trung bình	Nặng	
Tăng acid uric	Có: 0 (0,0) Không: 31 (100,0)	4 (16,0) 21 (84,0)	21 (77,8) 6 (22,2)	<0,001
Acid uric máu (μmol/L)	196,06 ± 57,77	250,71 ± 128,25	427,87 ± 154,15	<0,001

Nhận xét: Có 25 bệnh nhân tăng acid uric chiếm tỷ lệ 30,1%. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm đạm niệu nặng cao hơn nhóm trung bình và nhẹ/không có đạm niệu, với 77,8% so với 16,0% và 0,0%.

Bảng 4. Hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến đạm niệu mức độ nặng

Yếu tố	Odds Ratio (OR)	KTC 95%	p
Tăng acid uric máu	7,12	3,43 – 28,89	<0,001
Huyết áp tâm thu (mmHg)	2,08	1,12 – 4,48	0,041
Đái tháo đường	4,45	2,89 – 12,62	0,002

Nhận xét: Tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu và tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng với OR lần lượt là OR=7,12; OR=2,08 và OR=4,45.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, nồng độ acid uric máu trung bình là 287,93 ±

153,72 μmol/L, tỷ lệ tăng acid uric máu là 30,1%. Kết quả này khá tương đồng với Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự, cũng ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát là 38,5%, nam giới có tỷ lệ tăng acid uric cao hơn nữ giới (46,7% so với 29,5%; p < 0,05) [6]. Tương tự, tác giả Huỳnh Thanh Bình và cộng sự nghiên cứu trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phát hiện tỷ lệ tăng acid uric máu khá cao với 43,3% trường hợp. Bệnh nhân kèm hội chứng chuyển hóa có tỷ lệ tăng acid uric máu cao hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa [7]. Cũng theo một nghiên cứu khảo sát trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp người Tây Nam Trung Quốc, ghi nhận trong quần thể nghiên cứu có khoảng 18,2% bị tăng acid uric máu, với tỷ lệ là 21,5% ở nam giới và 16,2% ở nữ giới (p < 0,05) [8]. Cơ chế được đề cập nhiều nhất để giải thích cho tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp là sự giảm bài tiết acid uric qua thận. Ngoài ra, một số thuốc lợi tiểu như thiazide hay lợi tiểu quai được sử dụng trong tăng huyết áp cũng góp phần làm tăng tái hấp thu acid uric ở ống lượn gần, điều này làm gia tăng đáng kể tần suất tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp [5].

Kết thúc thời gian theo dõi, chúng tôi phát hiện có mối liên quan giữa tăng acid uric máu và mức độ đạm niệu ở bệnh nhân tăng huyết áp. Bệnh nhân tiểu đạm nặng có nồng độ acid uric trung bình trong máu cao hơn so với nhóm tiểu đạm trung bình và nhẹ. Theo một nghiên cứu của Masako Kochi và cộng sự công bố năm 2023 đã ghi nhận tăng acid uric máu làm tăng nguy cơ tiểu đạm, đặc biệt khi huyết áp tâm thu càng cao, mức độ đạm niệu có mối tương quan thuận với nồng độ acid uric máu [2]. Theo một nghiên cứu về huyết động học tại cầu thận của Laura G. Sánchez-Lozada và cộng sự đã phát hiện tăng acid uric máu dẫn đến co mạch vỏ thận (tốc độ lọc cầu thận đơn nephron giảm 35,0%) và tăng áp lực lọc tại cầu thận. Ngoài ra trên thận có tổn thương từ trước, tăng acid uric máu có thể làm trầm trọng thêm tổn thương mạch máu thận, gây ra co mạch vỏ thận (độ lọc cầu thận giảm thêm 40,0%) và làm tăng áp lực lọc cầu thận dai dẳng. Tóm lại, tăng acid uric máu làm suy yếu phản ứng tự điều hòa của các mạch máu tiền cầu thận, dẫn đến tăng gánh nặng lên cầu thận [3]. Tương tự với các kết quả trên, trong mô hình hồi quy logistic đa biến chúng tôi cũng ghi nhận tăng acid uric máu cùng với huyết áp tâm thu và tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng ở

bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát khá cao với khoảng 30,0% trường hợp. Tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu và tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đái mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mills K, Stefanescu.** The global epidemiology of hypertension Katherine. *Physiol Behav.* 2016. **176**(1), p. 139-48.
2. **Kochi M, et al.** Association of blood pressure and hyperuricemia with proteinuria and reduced renal function in the general population. *Hypertension Research.* 2023. **46**(7), p. 1662-1672.
3. **Sánchez Lozada LG, et al.** Hemodynamics of hyperuricemia. *Seminars in nephrology.* 2005. **25**(1), p. 19-24.
4. **McEvoy JW, et al.** 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and

hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European heart journal.* 2024. **45**(38), p. 3912-4018.

5. **Stewar DJ, Langlois V, Noone D.** Hyperuricemia and hypertension: links and risks. *Integrated blood pressure control.* 2019, p. 43-62.
6. **Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Cúc.** Nghiên cứu rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.* 2021. **98**(1), tr. 99-106.
7. **Huỳnh Thanh Bình, Trần Kim Sơn.** Nghiên cứu tình hình tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2021. **37**(1), tr. 22-28.
8. **Zhang Y, et al.** High prevalence and low awareness of hyperuricemia in hypertensive patients among adults aged 50–79 years in Southwest China. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2022. **22**(1), p. 2-10.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN LƯỢNG SỐC NHIỄM KHUẨN VÀ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG MẮC NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}, Đoàn Thị Hải Yến³

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 176 bệnh nhân đái tháo đường mắc nhiễm khuẩn huyết, điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2016-2021 nhằm tìm hiểu các yếu tố liên quan đến sốc nhiễm khuẩn và tử vong ở các bệnh nhân này. Nhiễm khuẩn huyết được chẩn đoán xác định bằng các tiêu chuẩn lâm sàng và kết quả cấy máu phân lập được vi khuẩn. **Kết quả:** Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu là 17,06 %, tỷ lệ tử vong là 9,1%. Không có sự khác biệt về mức glucose huyết và HbA1c khi nhập viện giữa nhóm bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn và không sốc nhiễm khuẩn, giữa nhóm bệnh nhân còn sống và tử vong, giữa nhóm nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram dương so với nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn gram âm. Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy, tại thời điểm nhập viện điểm Glasgow < 15 (OR = 4,876; 95%CI: 1,635-14,545; p=0,04) và nồng độ CRP (OR=1,005; 95% CI 1,001-1,009, p=0,018) là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng sốc nhiễm khuẩn. Sốc nhiễm khuẩn là yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân đái tháo đường mắc nhiễm khuẩn huyết (OR = 33,355; 95%CI: 4,124-269,743; p=0,001). **Kết luận:** Ở các bệnh nhân

đái tháo đường mắc nhiễm khuẩn huyết, không có mối liên quan mức glucose huyết, HbA1c lúc nhập viện với sốc nhiễm khuẩn và tử vong. Các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng sốc nhiễm khuẩn là rối loạn ý thức và tăng nồng độ CRP lúc nhập viện. Yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong là sốc nhiễm khuẩn.

Từ khóa: nhiễm khuẩn huyết, đái tháo đường, sốc nhiễm khuẩn, tử vong.

SUMMARY

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH SEPTIC SHOCK AND MORTALITY IN DIABETES AND SEPTICEMIA PATIENTS

Retrospective study of 176 patients diagnosed diabetes with septicemia, hospitalized at the National Hospital for Tropical Diseases from 2016 to 2021 to investigate factors associated with septic shock and mortality in these patients. Septicemia was confirmed by clinical criteria and positive blood culture. **Results:** The rate of septic shock in the study was 17.06%, the mortality rate was 9.1%. There was no difference in blood glucose and HbA1c levels at admission between patients with septic shock and without septic shock, between survivors and non-survivors, and between gram-positive septicemia and gram-negative septicemia. Multivariate logistic regression analysis showed that Glasgow score < 15 (OR = 4.876; 95%CI: 1.635-14.545; p=0.04) and CRP levels at admission (OR=1.005; 95%CI 1.001-1.009, p=0.018) were independent prognostic factors for septic shock. Septic shock is an independent prognostic factor for mortality in diabetic patients with septicemia (OR = 33.355; 95%CI: 4.124-269.743;

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

³Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025