

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

$p=0.001$). **Conclusion:** In diabetic patients with septicemia, there was no association between blood glucose and HbA1c levels at admission with septic shock and mortality. Independent prognostic factors for septic shock were impaired consciousness and CRP levels at admission. Independent prognostic factor for mortality was septic shock. **Keywords:** septicemia, diabetes, septic shock, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa, với tỷ lệ mắc bệnh đang tăng lên trong những thập kỷ gần đây ở hầu hết các nước phát triển và đang phát triển.^{1,2} ĐTĐ có liên quan đến việc giảm đáp ứng của tế bào T, chức năng bạch cầu trung tính và rối loạn miễn dịch dịch thể,^{3,4} do đó ở bệnh nhân ĐTĐ thường tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

Trong số các nhiễm khuẩn ở bệnh nhân ĐTĐ, nhiễm khuẩn huyết (NKH) là một bệnh lý nghiêm trọng, thường gặp với tỷ lệ tử vong cao. Một số nghiên cứu cho thấy, ĐTĐ làm cho bệnh cảnh nhiễm khuẩn nặng hơn, làm tăng nguy cơ nhiễm vi khuẩn kháng thuốc, xuất hiện các bệnh đồng mắc, do đó tỷ lệ tử vong cao hơn so với các nhiễm khuẩn khác trong cộng đồng. Tuy nhiên, kết quả từ các nghiên cứu còn chưa được thống nhất khi kết luận về vấn đề này.⁵ Hơn nữa các kết quả còn chỉ ra rằng nếu được điều chỉnh đường huyết tốt trong giai đoạn điều trị bệnh nhiễm khuẩn cấp tính có thể cải thiện được kết cục điều trị của bệnh nhân.

Việc xác định sớm bệnh nhân có nguy cơ diễn biến nặng của NKH có vai trò quan trọng trong việc định hướng điều trị, cải thiện kết cục của bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu để xác định các yếu tố độc lập tiên lượng tử vong ở bệnh nhân NKH có đái tháo đường, trong đó có nói tới vai trò của HbA1c và glucose máu lúc nhập viện. Một số nghiên cứu cho thấy, HbA1c là yếu tố độc lập tiên đoán tử vong tại bệnh viện và thời gian nằm viện của bệnh nhân ĐTĐ mắc NKH. Ngược lại, glucose huyết lúc nhập viện không có mối liên quan với tỷ lệ tử vong và thời gian nằm viện.^{6,7}

Ở Việt Nam cho đến hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về NKH ở bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 2016-2018 cho thấy, NKH chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nhiễm khuẩn ở bệnh nhân ĐTĐ (56,2%).⁸ Ở giai đoạn tiếp theo từ 2016-2021, chúng tôi tập trung nghiên cứu trên các bệnh nhân đái tháo đường có kết quả cấy máu dương tính và trong khuôn khổ bài báo này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu các yếu tố liên quan đến sốc nhiễm khuẩn và tử vong

ở các bệnh nhân ĐTĐ mắc NKH điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, trong thời gian từ tháng 06/2016 đến hết tháng 05/2021, được chẩn đoán là đái tháo đường và nhiễm khuẩn huyết trong vòng 48h đầu sau khi nhập viện.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

❖ Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết khi có đủ hai tiêu chuẩn sau: (1) Có $\geq 2/4$ tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và/hoặc có triệu chứng lâm sàng gợi ý nhiễm khuẩn huyết; và (2) Cấy máu trong vòng 48h đầu sau khi nhập viện cho kết quả phân lập được vi khuẩn gây bệnh.

Tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống gồm: Nhiệt độ $> 38^\circ\text{C}$ hoặc $< 36^\circ\text{C}$; Tần số tim > 90 lần/phút; Tần số thở > 20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg (tự thở); BC > 12 G/L hoặc $< 4000/\text{mm}^3$, hoặc $> 10\%$ BC non

❖ Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường khi:

- Đã được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường trước đó

- Hoặc được chẩn đoán dựa vào một số tiêu chuẩn của ADA – 2020) lúc nhập viện (nếu chưa từng được chẩn đoán đái tháo đường trước đó):

+ Đường máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (126mg/dl) khi bệnh nhân không ăn gì trong vòng ít nhất 8 giờ.

+ HbA1C trong máu $\geq 6,5\%$ được thực hiện bởi phương pháp sắc ký lỏng.

+ Đường máu bất kỳ thời điểm nào $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl) kèm theo triệu chứng kinh điển của đái tháo đường.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi.

- Bệnh nhân nhiễm HIV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu trong nghiên cứu: Không tính cỡ mẫu cho nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án có sẵn.

2.2.3. Một số định nghĩa sử dụng trong nghiên cứu:

- Mức độ nặng của bệnh được xác định dựa trên hai biểu hiện chính: sốc nhiễm khuẩn xuất hiện trong quá trình điều trị hoặc tử vong lúc ra viện.

- Sốc nhiễm khuẩn được xác định khi có tụt huyết áp kéo dài (huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm > 40mmHg so với huyết áp cơ bản của bệnh nhân), đòi hỏi phải dùng thuốc vận mạch để duy trì một huyết áp trung bình $\geq$ 65mmHg và có lactat máu > 2mmol/L mặc dù đã được bồi phụ dịch đầy đủ.

- Tử vong: bệnh nhân được xác định là chết khi đang điều trị tại bệnh viện hoặc nặng không còn khả năng cứu chữa xin về tử vong tại nhà.

2.3. Xử lý số liệu: Theo các thuật toán thống kê trong phần mềm SPSS 16.0. Với các biến định lượng, các số liệu được biểu thị dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD), sử dụng T-test để so sánh giá trị trung bình của hai nhóm. Với các biến định tính, xác định tần số xuất hiện, tỷ lệ %, sử dụng Chi-Square (χ^2) test, Fisher Exact Test để so sánh tỷ lệ % giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để tìm ra yếu tố liên quan đến sốc nhiễm khuẩn và tử vong ở các bệnh nhân ĐTĐ có NKH.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu nên không cần lấy phiếu chấp thuận của bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu y học, thông tin thu thập được bảo mật hoàn toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu tuyển được 176 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60 \pm 12,5$ tuổi (từ 22-97 tuổi), phần lớn trên 50 tuổi (79,6%). Có 65,9% nam.

Có 70 bệnh nhân (39,8%) chưa được phát hiện đái tháo đường trước đó, Trong 106 bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường có 28,4% mắc ĐTĐ dưới 5 năm; 18,2% mắc ĐTĐ từ 5 đến 10 năm; 4% trên 10 năm và 9,7% không nhớ rõ thời gian mắc bệnh. Các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường có mắc kèm theo các bệnh lý mạn tính khác nhau, trong đó gặp nhiều nhất là tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch (33,5%), nghiện rượu (15,9%), xơ gan (14,8%). Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu là 17,06%, tỷ lệ tử vong là 9,1%.

Bảng 3.1. Một số thay đổi xét nghiệm trong 24h đầu nhập viện

Xét nghiệm	n	%
Glucose máu (mmol/L) (n=170)		
<10	44	25,9
$\geq$ 10	126	74,1
HbA1c (%) (n=114)		
<7	18	15,8
$\geq$ 7	96	84,2
Bạch cầu (G/L) (n=176)		
>10	107	60,8
4-10	64	36,4

	< 4	5	2,8
Tiểu cầu (G/L) (n=176)	$\geq$ 150	96	54,5
	< 150	80	45,5
Prothrombin máu (%) (n=134)	$\geq$ 70	79	59
	< 70	55	41
CRP (mg/l) (n=165)	$\leq$ 10	3	1,8
	10 - $\leq$ 50	16	9,7
	50 - $\leq$ 100	34	20,6
	> 100	112	67,9
PCT (ng/ml) (n=132)	$\leq$ 0,5	15	11,4
	0,5 - $\leq$ 2	32	24,2
	2 - $\leq$ 10	29	22
	10 - < 100	49	37,1
	$\geq$ 100	7	5,3
Tổn thương thận cấp (n=172)	Không (<176,8 μ mol/L)	146	84,9
	Có (>176,8 μ mol/L)	26	15,1
Cấy máu phân lập được vi khuẩn (n=176)	gram dương	46	26,1
	gram âm	130	73,9

Chú thích: có 6 bệnh nhân không được làm glucose máu lúc nhập viện nhưng lại được làm HbA1c và đều có tiền sử tiểu đường trước đó.

Nhận xét: - Lúc nhập viện có 74,1% bệnh nhân có glucose máu $\geq$ 10mmol/L và 84,2% bệnh nhân có HbA1c $\geq$ 7%. Trung vị của glucose máu lúc vào viện là 14,2 mmol/L, của HbA1c là 8,8%.

- Có 15,1% bệnh nhân có tổn thương thận cấp, trong đó 9,3% có tổn thương thận cấp độ 1; 4,6% tổn thương độ 2 và 1,2% tổn thương độ 3.

- Có 73,9% cấy máu có vi khuẩn gram âm và 26,1% có vi khuẩn gram dương. Bốn vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là E. coli (30,1%), S. aureus (19,3%). K. pneumoniae (15,3%), B. pseudomallei (10,8%).

Bảng 3.2. Liên quan giữa glucose máu và HbA1c khi nhập viện với sốc nhiễm khuẩn

Chỉ số	Có sốc nhiễm khuẩn		Không sốc nhiễm khuẩn		p
	n	Trung bình $\pm$ SD	n	Trung bình $\pm$ SD	
Glucose máu (mmol/L)	28	14,0 $\pm$ 7,5	142	14,3 $\pm$ 6,5	0,875
HbA1c (%)	20	8,5 $\pm$ 2,6	94	8,8 $\pm$ 2,6	0,550

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức glucose máu và HbA1c khi nhập viện giữa nhóm bệnh nhân có sốc và không sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 3.3. Liên quan giữa glucose máu và HbA1c khi nhập viện với tử vong

Chỉ số	Tử vong		Sống sót		p
	n	Trung bình $\pm$ SD	n	Trung bình $\pm$ SD	
Glucose máu (mmol/L)	15	13,4 $\pm$ 9,1	155	14,3 $\pm$ 6,4	0,62
HbA1c (%)	8	9,5 $\pm$ 3,2	106	8,7 $\pm$ 2,5	0,402

Nhận xét: Không có sự khác biệt về mức glucose huyết thanh khi nhập viện và HbA1c giữa nhóm bệnh nhân tử vong và sống sót.

Bảng 3.4. Liên quan giữa vi khuẩn gây NKH với sốc nhiễm khuẩn và tử vong

Nhóm	Căn nguyên		Gram âm		Gram dương		p
	n	%	n	%	n	%	

Sốc nhiễm khuẩn	Có	20	15,4	10	21,7	0,449
	Không	110	84,6	36	78,3	
Tử vong	Có	12	9,2	4	8,7	0,914 ^b
	Không	118	90,8	42	91,3	

Chú thích: ^b Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn và tử vong do vi khuẩn gram dương khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với do vi khuẩn gram âm.

Bảng 3.5. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng sốc nhiễm khuẩn

Yếu tố	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
Tuổi >65	0,843	0,349-2,039	0,71	-	-	-
Giới nam	0,798	0,341-1,871	0,604	-	-	-
Glasgow nhập viện <15 (điểm)	6,865	2,950-15,978	0,000	4,876	1,635-14,545	0,04
Tiểu cầu nhập viện <150 (G/L)	4,172	1,740-10,004	0,001	2,023	0,665-6,154	0,215
CRP khi nhập viện (mg/l)	1,007	1,003-1,011	0,000	1,005	1,001-1,009	0,018
PCT nhập viện (ng/ml)	1,020	1,009-1,032	0,001	1,012	0,998-1,027	0,088
Glucose máu nhập viện ≥ 10 (mmol/L)	0,691	0,286-1,665	0,410	-	-	-
Chỉ số HbA1c ≥ 7 (%)	0,481	0,150-1,550	0,221	-	-	-

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến logistic cho thấy điểm Glasgow <15, tiểu cầu <150 G/L, giá trị CRP mg/l và giá trị PCT ng/ml khi nhập viện là các yếu tố liên quan đến khả năng xuất hiện sốc nhiễm khuẩn của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường, sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy điểm Glasgow <15 và giá trị CRP là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng nguy cơ sốc nhiễm khuẩn ở bệnh nhân NKH có ĐTĐ với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng tử vong

Yếu tố	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95%CI	P	OR	95% CI	P
Tuổi >65	0,778	0,239-2,534	0,677	-	-	-
Giới nam	0,619	0,191-2,009	0,425	-	-	-
Glasgow khi nhập viện < 15 (điểm)	6,127	2,079-18,058	0,001	1,823	0,416-7,992	0,426
HATB < 70 (mmHg)	4,394	1,346-14,346	0,014	0,679	0,120-3,834	0,661
Tiểu cầu khi nhập viện < 150 (G/L)	9,970	2,192-45,341	0,003	5,960	0,809-43,899	0,08
Creatinin $\geq 176,8$ $\mu\text{mol/L}$	8,825	2,860-27,237	0,000	1,319	0,264-6,602	0,736
Sốc	63,000	13,119-302,528	0,000	33,355	4,124-269,743	0,001
Số tạng suy ≥ 2	17,333	4,659-64,484	0,000	1,226	0,151-9,932	0,849
Lactat ≥ 2 (mmol/l)	0,882	0,074-10,464	0,921			
Giá trị CRP lúc nhập viện (mg/l)	0,999	0,993-1,004	0,572			
Giá trị PCT lúc nhập viện (ng/ml)	1,011	0,996-1,026	0,156			
Điểm SOFA khi nhập viện ≥ 2	10,532	1,358-81,694	0,024	0,569	0,029-11,054	0,709
Glucose huyết thanh khi nhập viện ≥ 10 (mmol/L)	0,356	0,126-1,008	0,052	-	-	-
Chỉ số HbA1c ≥ 7 (%)	0,429	0,093-1,968	0,276	-	-	-

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến logistic cho thấy điểm Glasgow < 15, HATB < 70 mmHg, tiểu cầu < 150 G/L, creatinine $\geq 176,8$ $\mu\text{mol/L}$, sốc, số tạng suy ≥ 2 và điểm SOFA lúc nhập viện ≥ 2 là các yếu tố liên quan đến tử vong của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy sốc nhiễm khuẩn là yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân NKH có ĐTĐ với $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn là 17,06%, tỷ lệ tử vong chung 9,1%, tương đồng với kết quả của Galo Peralta với tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn 17,7% và tỷ lệ tử vong là 7,2%.⁹ Tuy nhiên tỷ lệ tử vong của chúng tôi lại thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Zhiwei Wang (37,8%),¹⁰ của M. Stoeckle (18,3%).¹¹ Giải thích lý do tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác có thể là do chúng tôi mới chỉ đánh giá tỷ

lệ tử vong tại bệnh viện, trong khi đó nghiên cứu của các tác giả khác đánh giá tỷ lệ tử vong sau 30 ngày, sau 90 ngày

Đái tháo đường là một bệnh lý đi kèm quan trọng trong nhiễm khuẩn huyết vì tỷ lệ mắc ĐTD khá cao. Bệnh nhân đái tháo đường thường được cho là dễ bị nhiễm trùng hơn người không mắc ĐTD. Tuy nhiên, ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường đến kết cục điều trị của nhiễm khuẩn huyết vẫn chưa được thống nhất. Nghiên cứu của van Vught đã chứng minh rằng tăng đường huyết khi nhập viện có liên quan đến kết cục bất lợi của nhiễm khuẩn huyết, bất kể có sự hiện diện của bệnh ĐTD hay không.¹² Ming-Shun Hsieh nghiên cứu trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường cho thấy không có sự khác biệt mức glucose máu ban đầu và mức HbA1c giữa nhóm còn sống và tử vong.¹³ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, không có sự khác biệt về nồng độ glucose huyết thanh khi nhập viện và tỷ lệ HbA1c giữa nhóm bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn so với không sốc nhiễm khuẩn cũng như giữa nhóm bệnh nhân tử vong so với sống sót. Đồng thời phân tích hồi quy đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy HbA1c không phải là yếu tố độc lập tiên lượng sốc nhiễm khuẩn và tử vong ở các bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường. Cheng-Wei Chang và cs nghiên cứu trên 16.497 bệnh nhân NKH nặng trong giai đoạn 1998–2008 được điều trị tại khoa Điều trị tích cực cho thấy tình trạng ĐTD không dự đoán được kết cục tử vong của bệnh nhân, nghiên cứu cũng dựa trên phân tích hồi quy đa biến logistic.¹⁴ Như vậy vai trò của glucose huyết thanh và HbA1c tại một thời điểm nhập viện không có ý nghĩa tiên lượng kết cục của nhiễm khuẩn huyết. Theo Ming-Shun Hsieh, kết cục của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có ĐTD type 2 chủ yếu được xác định bởi gánh nặng biến chứng đái tháo đường tích lũy (biểu thị bằng điểm aDCSI: adapted Diabetes Complications Severity Index) hơn là bản thân bệnh đái tháo đường.¹³ Điểm aDCSI bao gồm bảy loại biến chứng: bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh thần kinh, bệnh võng mạc, bệnh mạch máu ngoại vi, đột quỵ và các biến cố cấp cứu về chuyển hóa.

Trong phân tích hồi quy đa biến logistic, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm Glasgow < 15 (OR = 4,87; 95% CI = 1,64–14,55) và giá trị CRP (OR = 1,005; 95% CI = 1,001–1,009) là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng sốc nhiễm khuẩn; và sốc nhiễm khuẩn là yếu tố độc lập có giá trị tiên tử vong ở các bệnh nhân NKH có ĐTD, nguy cơ tử vong tăng 33,4

lần khi sốc nhiễm khuẩn xảy ra. Tác giả Young Seok Lee khi nghiên cứu yếu tố tiên lượng cho sự rối loạn chức năng cơ quan trong 72 giờ của bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết có đái tháo đường với phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy rằng mức procalcitonin cao (OR: 1,03; CI 95%: 1,005–1,047; p = 0,015), nồng độ lactat máu cao (OR: 1,14; CI 95%: 1,007–1,284; p = 0,038), và chỉ số HbA1c $\geq 6,5\%$ (OR: 2,98; CI 95%: 1,033–8,567, p = 0,043) là các yếu tố độc lập tiên lượng rối loạn chức năng cơ quan trong 72 giờ đầu sau nhập viện.⁷⁸ Các nghiên cứu khác nhau lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau và kết cục khác nhau (hoặc là sốc nhiễm khuẩn, hoặc tử vong tại viện hoặc tử vong trong vòng 90 ngày hay rối loạn chức năng cơ quan trong 72h đầu) nên kết quả nghiên cứu sẽ đưa ra các kết luận khác nhau, chưa có tính thống nhất cao.

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là chỉ đánh giá NKH ở các bệnh nhân ĐTD, chưa so sánh được kết cục giữa nhóm NKH có ĐTD và NKH không ĐTD. Cần có nhiều nghiên cứu với số lượng lớn bệnh nhân và có so sánh giữa hai nhóm có ĐTD và không ĐTD để đưa ra các kết quả chính xác hơn nữa.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có mối liên quan giữa glucose máu, HbA1c lúc nhập viện, loại vi khuẩn gây bệnh với tình trạng sốc nhiễm khuẩn và tử vong ở các bệnh nhân NKH có ĐTD. Phân tích hồi quy đa biến logistic cho thấy điểm Glasgow < 15 và giá trị CRP là các yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng nguy cơ sốc nhiễm khuẩn; và sốc nhiễm khuẩn là yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patterson CC, Harjutsalo V, Rosenbauer J, et al.** Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25 year period 1989–2013: a multicentre prospective registration study. *Diabetologia*. 2019;62(3):408–417. doi:10.1007/s00125-018-4763-3
2. **Dwyer-Lindgren L, Mackenbach JP, Lenthe FJ van, Flaxman AD, Mokdad AH.** Diagnosed and Undiagnosed Diabetes Prevalence by County in the U.S., 1999–2012. *Diabetes Care*. 2016;39(9):1556–1562. doi:10.2337/dc16-0678
3. **Geerlings SE, Hoepelman AI.** Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM). *FEMS Immunol Med Microbiol*. 1999;26(3–4): 259–265. doi:10.1111/j.1574-695X.1999.tb01397.x
4. **Peleg AY, Weeraratna T, McCarthy JS, Davis TME.** Common infections in diabetes: pathogenesis, management and relationship to glycaemic control. *Diabetes Metab Res Rev*.

- 2007;23(1):3-13. doi:10.1002/dmrr.682.
5. **Elisa Costantini, Massimiliano Carlin, Massimo Porta, Maria Felice Brizzi.** Type 2 diabetes mellitus and sepsis: state of the art, certainties and missing evidence; *Acta Diabetol.* 2021 May 10;58(9):1139–1151. doi: 10.1007/s00592-021-01728-4.
 6. **Gornik I, Gornik O, Gašparović V.** HbA1c is outcome predictor in diabetic patients with sepsis. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2007; 77(1): 120-125. doi:10.1016/j.diabres.2006.10.017;
 7. **Lavanya K.** Study on the role of HbA1c as a prognostic factor in type 2 diabetes patients with sepsis. Published online April 2017. doi:10/2/200100117.
 8. **Nghiêm Huyền Trang, Tạ Thị Diệu Ngân,** “Các nhiễm khuẩn thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (4/2016-3/2018)”, *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, Số 4 (24), 2018; 18-23.
 9. **Peralta G, Sánchez MB, Roiz MP, Garrido JC, Teira R, Mateos F.** Diabetes does not affect outcome in patients with Enterobacteriaceae bacteremia. *BMC Infect Dis.* 2009;9:94. doi:10.1186/1471-2334-9-94.
 10. **Wang Z, Ren J, Wang G, Liu Q, Guo K, Li J.** Association Between Diabetes Mellitus and Outcomes of Patients with Sepsis: A Meta-Analysis. *Med Sci Monit.* 2017;23:3546-3555. doi:10.12659/MSM.903144

LỰA CHỌN BỆNH NHÂN GIÃN ỐNG TỤY ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẰNG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG DỰA TRÊN ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG

Thái Doãn Kỳ¹, Mai Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh lý liên quan đến ống tụy, bao gồm nguyên nhân lành tính (viêm tụy mạn, nang giả tụy, rò tụy) và ác tính (ung thư tụy, u bóng Vater), có thể gây tắc nghẽn, suy giảm chức năng tụy và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Phẫu thuật từng là phương pháp điều trị chính nhưng có nguy cơ biến chứng cao. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) với đặt stent tụy hiện là phương pháp ít xâm lấn, giúp giảm triệu chứng và cải thiện tiên lượng bệnh nhân. Tuy nhiên, lựa chọn bệnh nhân phù hợp và đánh giá hiệu quả can thiệp vẫn chưa được thống nhất, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng: 44 bệnh nhân giãn ống tụy có chỉ định ERCP đặt stent tụy tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (01/2021 - 03/2024). Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh liên quan tới ống tụy. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình 60,4 ± 15,6; nam chiếm 81,8% (tỷ lệ nam/nữ = 4,5/1). Bệnh lý: 77,3% bệnh nhân có tổn thương tại tụy (u đầu tụy 31,8%, nang tụy 18,2%, sỏi tụy 15,9%); 22,7% có bệnh lý ngoài tụy (u bóng Vater 9,1%, u đoạn cuối ống mật chủ 6,7%). Lâm sàng trước can thiệp: 68,2% bệnh nhân đau bụng (45,5% nhẹ, 22,7% vừa), 20,5% sốt. Hình ảnh học: 100% bệnh nhân có giãn ống tụy, với trung vị đường kính ống tụy 6,4mm. **Kết luận:** Nội soi ERCP với đặt stent tụy là phương pháp điều trị ít xâm lấn, hiệu quả, phù hợp với các bệnh lý tụy gây tắc nghẽn. Việc lựa chọn bệnh nhân cần dựa trên

đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng để tối ưu hóa hiệu quả và giảm thiểu biến chứng. **Từ khóa:** bệnh lý tụy, nội soi mật tụy ngược dòng, đặt stent ống tụy

SUMMARY

SELECTION OF PATIENTS WITH PANCREATIC DUCT-RELATED DISORDERS FOR ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY BASED ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS

Introduction: Pancreatic duct-related diseases, including benign causes (chronic pancreatitis, pancreatic pseudocyst, pancreatic fistula) and malignant causes (pancreatic cancer, Vater's ampullary tumor), can lead to ductal obstruction, pancreatic dysfunction, and a significant reduction in quality of life. Surgery was previously the primary treatment modality; however, it carries a high risk of complications. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with pancreatic stent placement is currently a less invasive approach that helps alleviate symptoms and improve patient prognosis. However, patient selection criteria and the assessment of intervention effectiveness remain inconsistent, particularly in the Vietnamese clinical setting. **Subject and methods:** 44 patients with dilated pancreatic ducts were indicated for ERCP with pancreatic stent placement at the 108 Military Central Hospital from January 2021 to March 2024. Study design: A retrospective study describing the clinical, laboratory, and imaging characteristics related to the pancreatic duct. Data was analyzed using SPSS 22.0. **Results:** The mean patient age was 60.4 ± 15.6 years, with 81.8% male (male-to-female ratio = 4.5:1). Disease distribution: 77.3% of patients had pancreatic lesions, including Pancreatic head tumor: 31.8%, Pancreatic cyst: 18.2%, Pancreatic stones:

¹Bệnh viện Trung ương quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình
 Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com
 Ngày nhận bài: 17.2.2025
 Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025
 Ngày duyệt bài: 24.4.2025