

đảm bảo trẻ sơ sinh được chăm sóc đúng cách, giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh và tử vong trong giai đoạn sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 392 sản phụ và 392 người nhà tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy tỷ lệ sản phụ có kiến thức đạt về chăm sóc hậu sản (CSHS) cho bản thân là 83,2% và cho bé là 62,2%. Yếu tố liên quan giúp tăng kiến thức CSHS cho bản thân là số con đã sinh (con rạ), trong khi điều kiện kinh tế trên trung bình liên quan đến kiến thức CSHS đạt cho bé. Cần tăng cường truyền thông giáo dục nâng cao hiệu quả tiếp cận và hiểu biết của sản phụ về chăm sóc hậu sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Nỗ lực giảm tỉ lệ tử vong mẹ và tử vong trẻ em [Internet]. Hà Nội: Bộ Y tế; 28/09/2023 [truy cập 24/06/2025]. Available from: https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/asset_publisher/k206Q9qkZOqn/content/nhieu-thach-thuc-trong-viec-giam-tu-vong-me-va-tu-vong-tre-em-duoi-5-tuoi?inheritRedirect=false
- Đinh Thị Ngọc Lê và Võ Minh Tuấn.** Kiến thức, hành vi về chăm sóc hậu sản của các bà mẹ dân tộc thiểu số tại huyện Krông Năng, tỉnh Đắk Lắk.

- Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(1):76–81.
- Thái Doãn Toàn.** Khảo sát kiến thức, hành vi chăm sóc hậu sản của các bà mẹ dân tộc M'Nông trên địa bàn huyện Đắk R'Lấp, tỉnh Đắk Nông [luận văn chuyên khoa cấp II]. TP. Hồ Chí Minh: Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2024.
 - Hồ Hoàng Thu Phương, Lưu Tuyết Minh, Nguyễn Bích Hạnh, Nguyễn Thị Hồng và Vũ Thị Thu Thảo.** Đánh giá kiến thức về thời kỳ hậu sản và chăm sóc hậu sản của bà mẹ sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Vinmec 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2): 72–75. doi:10.51298/vmj.v504i2.908
 - Alam MA, Ali NA, Sultana N, Mullany LC, Teela KC, Khan NU, Baqui AH, El Arifeen S, Mannan I, Darmstadt GL, Winch PJ.** Newborn umbilical cord and skin care in Sylhet District, Bangladesh: implications for the promotion of umbilical cord cleansing with topical chlorhexidine. J Perinatol. 2008 Dec;28 Suppl 2(Suppl 2):S61-8. doi: 10.1038/jp.2008.164.
 - Khamphanh Prabouasone, Ngo Van Toan, Le Anh Tuan and Bui Van Nhon.** Kiến thức, thực hành chăm sóc trong và sau sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 2 tuổi tại tỉnh Bo Li Khăm Xay, Lào. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2013;82(2):tr. 166-174.
 - Reza Sharafi and Hassan Esmaeeli.** Knowledge assessment of neonatal care among postnatal mothers. Iranian Journal of Neonatology IJN. 2013;4(1): pp. 28-31. doi:10.22038/ijn.2013.692

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THẬN MẠN MỚI PHÁT HIỆN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Vũ Hữu Tài^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương¹, Đỗ Gia Tuyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bệnh thận mạn mới phát hiện và một số yếu tố liên quan ở đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 350 NB đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đến khám tại bệnh viện Nội Tiết Trung Ương trong khoảng thời gian từ 9/2024 đến 6/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân mới phát hiện được là 10,9%. Đa số CKD được phát hiện ở giai đoạn sớm (98,3%), phổ biến nhất là giai đoạn 2 (51,7%). Có mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp, HbA1c và thời gian mắc đái tháo đường đối với bệnh thận mạn mới phát hiện. **Kết luận:** Việc sàng lọc NB ĐTĐ típ 2 có CKD mới phát hiện có tỷ lệ còn thấp, tuy nhiên chủ

yếu ở giai đoạn sớm, nhấn mạnh sự cần thiết kiểm tra phối hợp cả hai chỉ số eGFR và UACR định kỳ để tránh bỏ sót và phát hiện sớm CKD.

Từ khóa: bệnh thận mạn, đái tháo đường típ 2, yếu tố liên quan, eGFR, uACR

SUMMARY

INVESTIGATION OF FACTORS ASSOCIATED WITH NEWLY DIAGNOSED CHRONIC KIDNEY DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: To determine the prevalence of newly diagnosed chronic kidney disease (CKD) and identify associated factors in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at the National Hospital of Endocrinology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 350 patients previously diagnosed with T2DM who presented to the National Hospital of Endocrinology between September 2024 and June 2025. **Results:** The prevalence of newly diagnosed CKD was 10.9%.

¹Bệnh viện Nội tiết Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Vũ Hữu Tài

Email: taivu741@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

The majority of cases (98.3%) were identified at early stages, with stage 2 being the most common (51.7%). Poor blood pressure control, elevated HbA1c, and longer duration of diabetes were significantly associated with newly diagnosed CKD. **Conclusion:** Although the detection rate of CKD among patients with T2DM was relatively low, most cases were identified at an early stage. These findings underscore the importance of regular screening using both estimated glomerular filtration rate (eGFR) and urine albumin-to-creatinine ratio (uACR) to ensure early detection and avoid missed diagnoses.

Keywords: chronic kidney disease, type 2 diabetes mellitus, associated factors, eGFR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đái tháo đường (Diabetic kidney disease - DKD) đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu do góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Với khoảng 20% người bệnh đái tháo đường típ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus - T2DM) bị ảnh hưởng, DKD là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần phải điều trị thay thế thận, điều đó không chỉ làm giảm chất lượng sống của bệnh nhân mà còn tạo nên gánh nặng kinh tế lớn cho gia đình và hệ thống y tế. [1]

Tỷ lệ mắc mới CKD ở người bệnh T2DM ngày càng tăng nhanh. Diễn biến CKD diễn ra âm thầm, không có triệu chứng rõ ràng, đặc biệt ở giai đoạn sớm, đa số phát hiện được đều ở giai đoạn muộn, can thiệp điều trị ở các giai đoạn đó thường rất khó khăn. Mặc dù hướng dẫn KDIGO 2024 đã nhấn mạnh vai trò của sàng lọc sớm bằng eGFR và tỷ số albumin/creatinin niệu (uACR), thực tế lâm sàng vẫn còn khoảng cách lớn so với khuyến cáo.[2]

Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 7 triệu người mắc đái tháo đường, trong đó gần ¼ NB đã có biến chứng thận. Các nghiên cứu về DKD mới phát hiện còn hạn chế, phần lớn chỉ dừng lại ở việc đánh giá chức năng thận bằng eGFR hoặc que thử protein niệu đơn thuần, trong khi rất ít nghiên cứu sử dụng phương pháp định lượng uACR một cách đầy đủ để chẩn đoán xác định bệnh thận mạn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ bệnh thận mạn mới phát hiện và khảo sát một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB (n=350)

Đặc điểm chung	Nam	Nữ	Tổng	Trung bình
Nhóm tuổi (năm)				
18-29	1(0,3%)	1(0,3%)	2(0,6%)	61,9±11,4
3049	34(9,7%)	10(2,9%)	44(12,6%)	

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các NB đã được chẩn đoán T2DM đến khám tại bệnh viện Nội Tiết Trung Ương trong khoảng thời gian từ 9/2024 đến 6/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Tất cả NB ≥18 tuổi đã được chẩn đoán T2DM và chưa phát hiện CKD trước đó
+ NB đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

– NB đã được chẩn đoán xác định CKD theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024 [2].

– Đái tháo đường típ 1

– NB là phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

– NB đang có bệnh lý cấp tính: nhiễm trùng, tăng áp lực thẩm thấu máu, nhiễm toan ceton, bông, sốc giảm thể tích

– Bệnh ác tính đang tiến triển cần điều trị tại thời điểm thăm khám

– Dùng thuốc cản quang trong vòng 7 ngày gần đây

– Tắc nghẽn đường tiết niệu do bất cứ nguyên nhân gì (sỏi, u,)

– Nhiễm khuẩn tiết niệu

– Bệnh thận do nguyên nhân tự miễn

– Đái máu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{Z^2 \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}}{1 - \alpha/2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p = là tỷ lệ ước đoán mắc DKD theo nghiên cứu của CHERISH, p=0,34; ε là mức sai số tương đối chấp nhận, chọn ε = 0,15

Thay vào công thức thu được n = 336.5

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đạt cỡ mẫu tối thiểu NB T2DM chưa được chẩn đoán CKD, tham gia sàng lọc CKD. Cỡ mẫu thu được n=350 NB

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo KDIGO 2024, chẩn đoán tổn thương thận tồn tại ít nhất 3 tháng, dựa vào hai tiêu chí sau: MLCT < 60 mL/phút/1,73 m² và/hoặc albumin niệu ≥ 3 mg/mmol (hoặc tỷ lệ albumin/creatinin niệu ≥ 30 mg/g).

2.3. Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

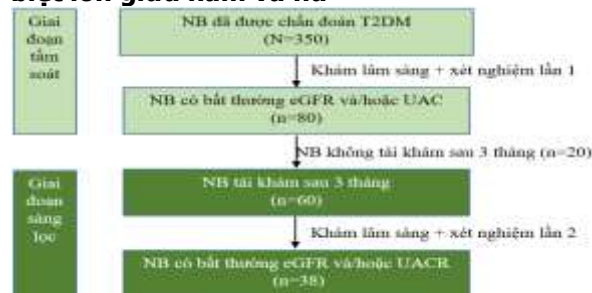
50-59	43(12,3%)	45(12,9%)	88(25,1%)	
60-69	51(14,6%)	73(20,9%)	124(35,4%)	
≥70	32(9,1%)	60(17,1%)	92(26,3%)	
Thời gian mắc T2DM (năm)				
<10	77(22%)	85(24,3%)	162(46,3%)	11,1±7,6
10-20	71(20,3%)	75(21,4%)	146(41,7%)	
>20	13(3,7%)	29(8,3%)	42(12%)	
BMI (kg/m²)				
<18,5	17(4,9%)	19(5,4%)	36(10,3%)	21,95±3,1
18,5-22,9	81(23,1%)	95(27,1%)	176(50,3%)	
23-24,9	30(8,6%)	36(10,3%)	66(18,9%)	
≥25	33(9,4%)	39(11,1%)	72(20,6%)	
Tăng huyết áp				
Có	125(35,7%)	131(37,4%)	256(73,1%)	
Không	36(10,3%)	58(16,6%)	94(26,9%)	

Nhận xét: Đặc điểm của các bệnh nhân mắc đái tháo đường tham gia nghiên cứu: có độ tuổi trung bình là 61,9±11,4. Số BN trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,7%.

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo chiếm 73,1%.

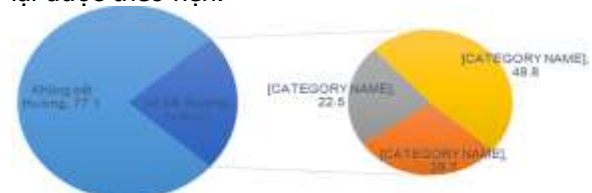
BMI trung bình của nhóm NC là 21,95 ± 3,1

Các đặc điểm trên không có sự khác biệt lớn giữa nam và nữ



Sơ đồ 1. Quá trình sàng lọc (n=350)

Nhận xét: Quá trình sàng lọc được chia làm 2 giai đoạn: Giai đoạn tầm soát lần 1 (n=350), các bệnh nhân được đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được khám và làm xét nghiệm. Sau đó chọn ra các bệnh nhân có bất thường ít nhất 1 chỉ số eGFR, UACR bước vào giai đoạn 2 (n=80). Ở giai đoạn này, người bệnh được thực hiện lại quy trình khám và xét nghiệm như lần 1. Tuy nhiên, có khoảng 20 bệnh nhân không tới khám lại được theo hẹn.



Biểu đồ 1. Phân bố NB được sàng lọc lần đầu (n=350)

Nhận xét: Sàng lọc lần đầu 350 NB tham gia nghiên cứu có 270 NB (77,1%) không có bất

thường và 80 NB (22,9%) có bất thường ít nhất 1 trong 2 chỉ số.

Trong nhóm bất thường (n=80) 28,7% NB chỉ có bất thường về eGFR, 22,5% NB có bất thường về UACR và 48,8% NB có cả 2 bất thường UACR và eGFR



Biểu đồ 2. Phân bố NB được sàng lọc lần hai (n=80)

Nhận xét: Trong số 80 NB bất thường lần 1 có 60 NB được làm lại XN lần 2 (>3 tháng) chỉ có 36,7% (22 NB) không có bất thường và 66,3% (38 NB) có bất thường.

Trong những người bệnh có bất thường 26,3% (10 NB) chỉ có bất thường về eGFR, 13,2% (5 NB) có bất thường về UACR và 60,5% (23 NB) có cả 2 bất thường UACR và eGFR.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm lần 2 dựa vào chỉ số eGFR (n=60)

Giai đoạn	MLCT (ml/phút/1.73 m ²)	Tỷ lệ N(%)
1	≥ 90	12(20%)
2	60 – 89	31(51,7%)
3a	45 – 59	16 (26,7%)
3b	30 – 44	1(1,7%)
4	15 – 29	0
5	< 15	0

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy đa số NB trong nghiên cứu có mức eGFR ở giai đoạn sớm (giai đoạn 1 đến 3a), chiếm đến 98,3%, trong đó giai đoạn 2 phổ biến nhất (51,7%). Không có trường hợp CKD giai đoạn 4 hoặc 5.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm lần 2 dựa vào chỉ số uACR (n=60)

Phân loại albumin niệu	Tỉ số albumin/creatinin niệu	Tỷ lệ N(%)
------------------------	------------------------------	------------

	(mg/g)	
A1	<30	32(53,3%)
A2	30-300	24(40%)
A3	>300	4(6,7%)

Nhận xét: Về mức độ albumin niệu, có 32 NB chiếm tỷ lệ 53,3% có albumin bình thường, 40% NB có albumin niệu vi thể, chỉ có 6,7% NB có abumin niệu đại thể.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu (n=60)

Đặc điểm	Bệnh thận mạn		p	OR (95%CI)
	Chưa có bệnh thận mạn n(%)	Có bệnh thận mạn n(%)		
TG phát hiện ĐTĐ	<15năm	16(26,7%)	0,02	4,1 (1,3-12,8)
	≥15năm	6(10%)		
Kiểm soát huyết áp	<130/80 mmHg	17(28,3%)	0,04	3,4 (1,04-11,1)
	≥130/80mmHg	5(8,3%)		
Hút thuốc lá	Có	14(23,3%)	0,66	1,3 (0,4-3,7)
	Không	8(13,3%)		
Béo phì	Không	12(20%)	0,5	0,7 (0,2-2,13)
	Có	10(16,7%)		
Tiền sử GD mắc DKD	Không	19(31,7%)	0,569	0,842 (0,19-3,77)
	Có	3(5%)		
Tuổi	<60	7(11,7%)	0,266	1,75 (0,5-5,7)
	≥60	15(25%)		
Kiểm soát HbA1c	<7%	11(18,3%)	0,04	3,2 (1,04-9,8)
	≥7%	11(18,3%)		
Acid uric	≥420	5(8,3%)	0,051	0,33 (0,1-1,07)
	<420	17(28,3%)		
SGLT2	Có	16(26,7%)	0,538	0,952 (0,29-3,1)
	Không	6(10,0%)		

Nhận xét: Kết quả cho thấy: Thời gian mắc đái tháo đường ≥15 năm có liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với nguy cơ mắc BTM (OR = 4,1; 95%CI: 1,3–12,8; p = 0,02. Cùng với đó, kiểm soát huyết áp (≥ 130/80 mmHg) và HbA1c (≥ 7%) là 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa với bệnh thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, với OR lần lượt là 3,4 (p<0,05) và 3,2 (p<0,05). Một số yếu tố khác như tăng triglyceride, acid uric ≥ 420μmol/L, tuổi ≥ 60 có tỷ lệ mắc bệnh thận mạn cao hơn nhóm đối chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Việc sử dụng SGLT 2 inhibitors chưa cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa 2 nhóm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa một số yếu tố cận lâm sàng và bệnh thận mạn mới phát hiện

Yếu tố	CKD		p
	Chưa có CKD (X±SD)	Có CKD (X±SD)	
Glucose máu	7,9±1,8	8.4±3.3	0,602
HbA1c (%)	7.7±1.4	7.8±1.5	0,838
Cholesterol	4.2±1.1	4.3±1.2	0,672
Triglycerid	1.8±0.9	2.6±1.6	0,037
HDL-C	1.3±0.3	1.2±0.4	0,247
LDL-C	2.4±0.8	2.5±0.8	0,622
Acid uric	364.7±62.3	398.5±97.5	0,149

Nhận xét: Phân tích các chỉ số cận lâm sàng cho thấy nồng độ Triglycerid trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm có bệnh thận mạn và sự khác biệt đó có ý nghĩa thống kê (p=0,037). Các chỉ số khác bao gồm glucose máu, HbA1c, cholesterol, HDL-c, LDL-c và acid uric đều không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này cho thấy 22,9% người bệnh có bất thường về eGFR và/hoặc UACR trong lần sàng lọc đầu tiên, Tỷ lệ này tương đồng với báo cáo của Trịnh Quốc Khởi (2023) tại Bệnh viện Cái Nước (28,57%)[6]. Tuy nhiên, khi thực hiện lại xét nghiệm sau ≥ 3 tháng (theo tiêu chuẩn của KDIGO 2024) chỉ có 60 NB tiếp tục tham gia và trong số này có 38 trường hợp được xác định BTM, chiếm tỷ lệ 10,9% trên tổng số người bệnh ban đầu. Tỷ lệ BTM mới phát hiện trong nghiên cứu hiện tại thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế và trong nước. Alidrisi và cộng sự (2025) ghi nhận tỷ lệ phát hiện CKD ở người bệnh T2DM tại Iraq là 33,7%[7], trong khi nghiên cứu tại Tây Ban Nha của Calvo-HJ và cộng sự (2021) báo cáo tỷ lệ là 27,5% [8], Trong nước, nghiên cứu của Trịnh Quốc Khởi (2023) tại Bệnh viện Cái Nước cho thấy tỷ lệ biến chứng thận ở người bệnh T2DM là 28,6% [6]. Sự

khác biệt này có thể xuất phát từ cách chọn mẫu, đặc điểm dân số hoặc tỷ lệ khám lại sau sàng lọc ban đầu. Một điểm đáng chú ý là phần lớn các trường hợp mắc CKD mới phát hiện được chẩn đoán trong nghiên cứu ở giai đoạn sớm (98,3%). Mức độ albumin niệu cũng cho thấy phần lớn người bệnh có albumin niệu vi thể, phản ánh tổn thương thận xuất hiện ngay cả khi chưa có biểu hiện về giảm chức năng lọc cầu thận. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc sử dụng đồng thời cả 2 chỉ số eGFR và UACR trong tầm soát CKD, đặc biệt ở nhóm không có triệu chứng lâm sàng.

Thời gian mắc đái tháo đường ≥ 15 năm cũng là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê với $OR = 4,1$; $p = 0,02$. Kết quả cho thấy sự suy giảm chức năng thận có liên quan tới thời gian mắc bệnh đái tháo đường. Điều này phù hợp với những báo cáo trước đó cho thấy thời gian mắc bệnh là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tổn thương thận vi mạch ở người bệnh T2DM [8].

Tăng huyết áp là yếu tố liên quan chặt chẽ với CKD trong nghiên cứu này. Người bệnh có huyết áp $\geq 130/80$ mmHg có nguy cơ mắc CKD cao gấp 3,4 lần so với nhóm có huyết áp được kiểm soát tốt hơn ($OR = 3,4$; 95%CI: 1,04–11,1; $p = 0,04$). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước, cho thấy vai trò trung tâm của tăng huyết áp trong cơ chế tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường. Hướng dẫn KDIGO 2024 cũng nhấn mạnh huyết áp mục tiêu $<130/80$ mmHg ở người bệnh có nguy cơ CKD nhằm làm chậm quá trình tiến triển bệnh [2].

Chỉ số HbA1c $\geq 7\%$ liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ CKD ($p = 0,04$; $OR = 3,2$; 95%CI: 1,04–9,8). Điều này phù hợp nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tăng glucose máu kéo dài dẫn đến tổn thương nội mô và tăng tính thấm màng đáy cầu thận – nguyên nhân chính gây albumin niệu vi thể và đại thể. Các nghiên cứu của Nguyễn Cao Thắng (2024) và Alidrisi (2025) cũng ghi nhận mối tương quan giữa HbA1c cao và nguy cơ CKD ở người bệnh T2DM [3][7]. Kết quả này củng cố về tầm quan trọng của việc duy trì HbA1c ở mức mục tiêu để dự phòng tổn thương thận.

Nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L có xu hướng cao hơn ở nhóm có BTM (40%) so với nhóm không có BTM (23,3%), với $OR = 1,71$ ($p = 0,234$). Trái lại, nghiên cứu của Suh SH (2022) đã chỉ ra rằng tăng triglycerid là yếu tố nguy cơ độc lập của BTM[4]. Mặc dù trong nghiên cứu cho thấy kết quả không có ý nghĩa thống kê, tăng triglycerid trong máu vẫn được coi là yếu tố nguy cơ tiềm năng làm gia tăng stress oxy hóa,

tổn thương nội mô vi mạch và thúc đẩy viêm mạn tính – những yếu tố đóng vai trò trong sinh bệnh học CKD. Điều này gợi ý cần nghiên cứu thêm về vai trò của rối loạn lipid trong dự báo nguy cơ CKD ở người bệnh T2DM.

Liên quan giữa acid uric ≥ 420 $\mu\text{mol/L}$ và bệnh thận mạn (30% ở nhóm BTM so với 8,3% ở nhóm không BTM; $p = 0,051$). Mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhưng tăng acid uric vẫn là một yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn. Nghiên cứu của Wu Nianwei (2021)[5] cho thấy acid uric cao có thể tham gia vào cơ chế gây viêm thận kẽ và xơ hóa cầu thận, đặc biệt trong bối cảnh hội chứng chuyển hóa và đái tháo đường. Kết quả này phù hợp với khuyến cáo xem xét quản lý acid uric như một phần của chiến lược kiểm soát toàn diện biến chứng thận.

Ức chế SGLT2 là nhóm thuốc đã được chứng minh có hiệu quả bảo vệ thận trong nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn, làm chậm tiến triển albumin niệu và cải thiện eGFR ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, việc sử dụng SGLT2 trong thời điểm sàng lọc không có mối liên quan với tỷ lệ CKD ($OR = 0,952$ và $p = 0,538$). Kết quả này có thể do cỡ mẫu tương đối nhỏ và sự phân bố không đồng đều giữa nhóm có và không dùng SGLT2. Do đó kết quả này không loại trừ vai trò bảo vệ thận của SGLT2 và cần nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc định kỳ bằng eGFR và UACR ở NB đái tháo đường típ 2 là cần thiết, ngay cả khi bệnh nhân đang được điều trị bằng thuốc hiệu quả trong việc bảo vệ thận.

Các yếu tố khác như hút thuốc lá, béo phì, tuổi ≥ 60 , tiền sử gia đình mắc DKD đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, không nên loại trừ hoàn toàn vai trò của các yếu tố này, vì các nghiên cứu dịch tễ lớn đã chỉ ra mối liên quan giữa hút thuốc lá, thừa cân và CKD [1]. Sự thiếu ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu này có thể do cỡ mẫu nhỏ trong phân nhóm hoặc do tác động của các yếu tố trung gian chưa được kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh thận mạn (CKD) xuất hiện với tỷ lệ 10,9% ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, chủ yếu được phát hiện ở giai đoạn sớm. Việc sử dụng đồng thời eGFR và UACR trong sàng lọc giúp phát hiện sớm CKD ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng và chức năng lọc cầu thận còn bảo tồn.

Thời gian mắc đái tháo đường, kiểm soát huyết áp kém ($\geq 130/80$ mmHg) và HbA1c $\geq 7\%$ là các yếu tố có mối liên quan chặt chẽ và có

ý nghĩa thống kê với CKD, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh gấp nhiều lần. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác: tuổi, giới, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng acid uric chưa tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gaddy A, Elrggal M, Madariaga H, et al. Diabetic Kidney Disease. Disease-a-month : DM. 2025;71(4):101848.
2. Levin A, Ahmed S B, et al Carrero J J. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. Kidney international. 2024;105(4):684-701.
3. Nguyễn Cao Thăng, Đặng Bảo Trâm, Phạm Quốc Toàn. Nghiên cứu nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và mối liên quan với mức độ kiểm soát glucose máu, HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Quân sự. 2024;371:27-31.
4. Suh SH, Oh TR, Choi HS, et al. Serum triglycerides level is independently associated with renal outcomes in patients with non-dialysis chronic kidney disease: Results from KNOW-CKD study. Frontiers in nutrition. 2022;9:1037618.
5. Wu Nianwei, Xia Jing, Chen Sen, et al. Serum uric acid and risk of incident chronic kidney disease: a national cohort study and updated meta-analysis. Nutrition & Metabolism. 2021;18(1):94.
6. Trịnh Quốc Khởi, Dương Phúc Lam, Phạm Thị Nhã Trúc. Tỷ lệ đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận và thực trạng phòng, chống biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B).
7. Alidrisi DA, Alidrisi HA, Reman KA, et al. Prevalence of and Factors Associated With Incident Chronic Kidney Disease in Patients Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes Mellitus. Cureus. 2025;17(2).
8. Calvo-HJ, Martín-HB, Morales G, et al. Chronic kidney disease prevalence and cardiovascular risk in a cohort of patients with type 2 diabetes followed for 10 years in Badajoz (Spain). An observational study. Primary Care Diabetes. 2021;15(2):391-396.

TƯƠNG QUAN GIỮA HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VỚI HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN TÁCH THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD B ĐƯỢC CAN THIỆP NỘI MẠCH

Phạm Trần Linh^{1,2,3}, Nguyễn Duy Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Huyết áp động mạch ngoại biên (HADMN) thường được đo ở động mạch cánh tay không phản ánh chính xác huyết áp động mạch trung tâm (HADMTT) ở trong động mạch chủ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa HADMN và HADMTT ở người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở người bệnh được chẩn đoán tách thành động mạch chủ Stanford B có can thiệp nội mạch. HADMTT được đo bằng phương pháp không xâm lấn bằng thiết bị theo nguyên lý dao động kế và phương pháp xâm lấn trong khi can thiệp nội mạch. **Kết quả:** Có tổng cộng 31 người bệnh được tuyển chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình $63,6 \pm 10,9$, nam giới chiếm 74,2%. Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp là 83,9%. Có sự khác biệt giữa HATT ngoại biên cao hơn so với

HATT trung tâm không xâm lấn ($128,4 \pm 11,8$ mmHg và $117,4 \pm 11,3$ mmHg, $p < 0,0001$) với trung bình sự khác biệt HATT giữa 2 phương pháp là $11,0 \pm 7,0$ mmHg. HATT và HATT_r có tương quan chặt giữa ngoại biên và trung tâm không xâm lấn với r lần lượt là 0,818 và 0,891. HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm xâm lấn với trung bình sự khác biệt là $5,9 \pm 15,7$ mmHg ($p=0,04$), HATT_r không xâm lấn có xu hướng thấp hơn xâm lấn tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$). HATT và HATT_r ngoại biên có tương quan với HATT và HATT_r trung tâm xâm lấn với r lần lượt là 0,397 và 0,774. **Kết luận:** Ở nhóm người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B, số đo HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm không xâm lấn và xâm lấn, đối với HATT_r đo được ở ngoại biên và trung tâm không có sự khác biệt ý nghĩa. Các giá trị HATT và HATT_r ngoại biên có mối tương quan chặt với trung tâm, ngoại trừ tương quan giữa HATT ngoại biên với HATT trung tâm không xâm lấn là mức độ vừa. **Từ khóa:** huyết áp, huyết áp động mạch trung tâm, tăng huyết áp, tách thành động mạch chủ

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CENTRAL AND PERIPHERAL ARTERIAL PRESSURES IN PATIENTS WITH STANFORD TYPE B AORTIC DISSECTION UNDERGOING ENDOVASCULAR REPAIR (TEVAR)

Objectives: Peripheral blood pressure (pAP)

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025