

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

TRẦN THỊ THU HƯƠNG<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ THUÝ HẰNG<sup>1</sup>,  
LÊ ANH TUẤN<sup>1</sup>, ĐẶNG THỊ BÍCH<sup>1</sup>, NGHIÊM THỊ DUNG<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm: **Trần Thị Thu Hương**,

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Email: tranthithuhuong0710@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 02/12/2024

Ngày nhận phản biện khoa học: 15/12/2024

Ngày duyệt đăng: 16/12/2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn nhằm cung cấp thông tin phục vụ quản lý và điều trị bệnh hiệu quả hơn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu gồm 253 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, chia thành hai nhóm: 125 bệnh nhân có bệnh thận đái tháo đường (ĐTĐ) và 128 bệnh nhân không mắc bệnh thận. Thiết kế nghiên cứu bệnh-chứng, thu thập dữ liệu về tuổi, giới tính, BMI, thời gian mắc bệnh, tiền sử gia đình, kiểm soát glucose máu và huyết áp. **Kết quả:** Nhóm bệnh thận ĐTĐ có nồng độ HbA1c trung bình cao hơn nhóm chứng ( $7,81 \pm 2,13\%$  so với  $6,93 \pm 1,37\%$ ,  $p < 0,05$ ). Tất cả bệnh nhân bệnh thận ĐTĐ đều bị tăng huyết áp và có tỉ lệ sử dụng insulin cao hơn nhóm chứng ( $60,7\%$  so với  $12,5\%$ ). BMI của hai nhóm tương đồng nhưng cả hai đều nằm trong ngưỡng thừa cân. **Kết luận:** Bệnh nhân bệnh thận ĐTĐ có kiểm soát glucose máu và huyết áp kém, cần chú trọng quản lý hai yếu tố này để ngăn ngừa biến chứng tiến triển.

**Từ khóa:** Bệnh thận đái tháo đường, đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp

STUDY ON CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To investigate the clinical and laboratory characteristics of type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients with chronic kidney disease (CKD) at Saint Paul General Hospital, providing valuable insights for effective disease management and treatment. Subjects and Methods: The study included 253 T2DM patients divided into two groups: 125 patients with diabetic kidney disease (DKD) and 128 patients without kidney disease. A case-control study design was employed, collecting data on age, gender, BMI, disease duration, family history, blood glucose control, and blood pressure. Results: The DKD group had a higher mean HbA1c level compared to the control group ( $7.81 \pm 2.13\%$  vs.  $6.93 \pm 1.37\%$ ,  $p < 0.05$ ). All DKD patients had hypertension, and insulin usage was significantly higher in this group ( $60.7\%$  vs.  $12.5\%$ ). Both groups had comparable BMI, with values in the overweight range. Conclusion: DKD patients exhibited poor blood glucose and blood pressure control, emphasizing the need for focused management of these factors to prevent disease progression.

Keywords: Diabetic kidney disease, type 2 diabetes mellitus, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đái tháo đường (Bệnh thận ĐTĐ- Diabetic Kiney Disease) là một bệnh lý thận mạn tính thường gặp ở cộng đồng do ngày càng có nhiều người mắc bệnh đái tháo đường típ 2. Theo Bộ Y tế năm 2023, Việt Nam có khoảng 7 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, trong đó tỉ lệ người bệnh có biến chứng về tim mạch chiếm 34% và biến chứng thận chiếm 24%. Đây là các yếu tố dẫn đến gia tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng cuộc sống cho người bệnh đái tháo đường.

Tăng huyết áp (THA) vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của tổn thương thận. Do quá trình tăng đồng vận chuyển natri-glucose ở người mắc bệnh đái tháo đường dẫn đến giãn

mao mạch đến cầu thận và tăng tốc độ dòng chảy gây tăng lọc cầu thận. Hiện tượng giãn mao mạch máu đến cầu thận và co mao mạch đi ra gây ứ trệ trong bó mao mạch cầu thận làm tổn thương màng lọc cầu thận, thoát albumin vào trong nước tiểu. Sau một thời gian ngắn glucose máu tăng mạn tính, các tế bào nội mô mao mạch cầu thận sẽ giảm tiết nitric oxide và tăng giải phóng endothelin1 gây co mạch. Mất cân bằng điều hòa cầu - ống thận dẫn đến tưới máu thận giảm và hoạt hóa hệ thống renin – angiotensin – aldosteron (RAAS) gây tăng tổng hợp Angiotensin II gây co mạch và tăng huyết áp hệ thống.

Trong những năm vừa qua, THA và bệnh thận mạn ở người mắc đái tháo đường típ 2 được

nghiên cứu nhiều ở Việt Nam. Tuy nhiên, kiểm soát huyết áp ở người đái tháo đường có bệnh thận mạn là một vấn đề luôn được các nhà lâm sàng quan tâm, cập nhật thường niên trong các hội thảo khoa học các Hội Nội khoa và Hội Tiết niệu - Thận học của Việt Nam, cung cấp kinh nghiệm quản lý điều trị bệnh nhằm ngăn ngừa bệnh thận ĐTĐ phát triển trong cộng đồng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao

gồm 253 người bệnh đái tháo đường típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, gồm 2 nhóm:

- **Nhóm nghiên cứu:** gồm có 125 người bệnh thận ĐTĐ có THA.

- **Nhóm chứng bệnh:** gồm có 128 người bệnh ĐTĐ típ 2 không mắc bệnh thận có THA, được lựa chọn theo tiêu chuẩn đối chứng với nhóm nghiên cứu.

Từ đây về sau sẽ gọi tắt là nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh.

**2.1.1. Nhóm nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nhóm nghiên cứu**

- Người bệnh ĐTĐ típ 2 bị bệnh thận ĐTĐ đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận ĐTĐ của Bộ Y tế -2015;

- Người bệnh thận mạn đã được chẩn đoán trước đó;

- Có đủ hồ sơ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn;

- Người bệnh được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Glucose máu tăng cao: glucose máu  $\geq 15$  mmol/L (theo Hướng dẫn chẩn đoán glucose máu tăng cấp trong phân loại bệnh ĐTĐ của Bộ Y tế -2015).

- Người bệnh mắc các nguyên nhân khác có thể gây tăng bài tiết albumin niệu thoáng qua, ví dụ như bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm gan, suy gan, bệnh thận tiến triển nhanh...

- Con tăng huyết áp kịch phát.

- Không sử dụng các thuốc

có ảnh hưởng đến các biến số nghiên cứu như chỉ số THA, albumin máu (ví dụ, các thuốc ức chế miễn dịch, thuốc điều trị ung thư)

- Chưa điều trị bằng các phương pháp thay thế thận suy.

**2.1.2. Nhóm chứng bệnh:**

được hỏi bệnh, khai thác tiền sử, thăm khám và làm xét nghiệm (creatinin máu, tổng phân tích nước tiểu và định lượng microalbumin niệu) để loại trừ có bệnh lý thận; có đủ hồ sơ khám chữa bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 02/2024 đến tháng 08/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, phường Điện Biên, quận Ba Đình, Hà Nội. Các biến số trong nghiên cứu thu thập được lưu tại hồ sơ bệnh án khám, chữa bệnh của người bệnh và cơ sở dữ liệu của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu bệnh chứng

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, người bệnh đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận ĐTĐ và nhóm chứng bệnh là người bệnh đái tháo đường típ 2 không mắc bệnh thận.

**2.5. Biến số và phương pháp thu thập số liệu:**

Các biến số nghiên cứu được thu thập theo một biểu mẫu bệnh án đảm bảo tính thống nhất bao gồm:

- Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng.

- Tình trạng hút thuốc lá.

- Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường típ 2.

- Tiền sử gia đình mắc bệnh thận mạn.

- Đặc điểm về các chỉ số huyết áp của đối tượng nghiên cứu (thời gian bị tăng huyết áp, chỉ số huyết áp tâm thu, chỉ số huyết áp tâm trương, số lượng thuốc hạ huyết áp đang sử dụng).

- Đặc điểm về các chỉ số công thức máu, sinh hoá máu và sinh hoá nước tiểu bào bạch cầu máu ngoại vi (số lượng bạch cầu máu, nồng độ huyết sắc tố, CRP, nồng độ ACR, glucose máu, HbA1c, creatinin máu, acid uric máu, triglycerid, cholesteron, HDL.

**2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện với sự cho phép của Hội đồng Khoa học của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn ngày 21/3/2024; hồ sơ nghiên cứu mã số 42-24/HĐĐĐ năm 2024. Người bệnh được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 253 người bệnh đái tháo đường típ 2 gồm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu có 125 người bị bệnh thận ĐTĐ và nhóm chứng bệnh có 128 người đái tháo đường típ 2 không mắc bệnh thận. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có các đặc điểm chung như sau:

Bảng 1. Đặc điểm về nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm                 |                      | Nhóm nghiên cứu<br>(n = 125) (%) | Nhóm chứng thận<br>(n=128) (%) | p       |
|--------------------------|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------|
| Tuổi<br>(năm)            | ≤ 60                 | 29 (23,2)                        | 22 (17,2)                      | 0,238** |
|                          | > 60                 | 96 (76,8)                        | 106 (82,8)                     |         |
|                          | TB ± SD<br>(min-max) | 65,83 (7,78)<br>(43 - 80)        | 69,30 (7,24)<br>(46 - 88)      | 0,112*  |
| Giới tính                | Nam                  | 54 (43,2)                        | 45 (35,1)                      | 0,191** |
|                          | Nữ                   | 71 (56,8)                        | 83 (64,8)                      |         |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | TB ± SD              | 24,05 (2,54)                     | 24,03 (2,55)                   | 0,333*  |

\*: Kiểm định  $\chi^2$  \*\*: Kiểm định T (T test)

**Nhận xét:** Đặc điểm nhân trắc học của nhóm nghiên cứu tương đồng với nhóm chứng bệnh là phù hợp cho nghiên cứu bệnh chứng, trong đó tỉ lệ giới tính và độ tuổi tương đồng với  $p>0,05$ ; trung bình tuổi và trung bình BMI tương đồng với  $p>0,05$ .

Bảng 2. Đặc điểm về một số yếu tố dịch tễ của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm                            |                        | Nhóm nghiên cứu<br>n =125 (%) | Nhóm chứng bệnh<br>n=128 (%) | p       |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------|
| Tình trạng hút thuốc lá             | Đang hút               | 27 (21,4)                     | 16 (12,5)                    | 0,134** |
|                                     | Tiền sử có hút         | 8 (6,0)                       | 5 (4,2)                      |         |
|                                     | Không hút              | 90 (72,6)                     | 107 (83,3)                   |         |
| Gia đình có người mắc ĐTD típ 2     | Có                     | 51 (41,0)                     | 51 (40,0)                    | 0,488** |
|                                     | Không                  | 74 (59,0)                     | 77 (60,0)                    |         |
| Gia đình có người mắc bệnh thận mạn | Có                     | 8 (6,0)                       | 3 (2,5)                      | 0,211*  |
|                                     | Không                  | 117 (94,0)                    | 125 (97,5)                   |         |
| Thời gian phát hiện ĐTD típ 2 (năm) | TB ± SD<br>(min – max) | 14,56 ± 5,72<br>(3 - 23)      | 16,69 ± 4,90<br>(10 - 31)    | 0,03*** |
| Thời gian phát hiện THA (năm)       | TB ± SD<br>(min – max) | 15,64 ± 5,72<br>(3 - 24)      | 16, 62 ± 4,90<br>(12 - 26)   | 0,25*** |

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có trung bình thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường típ 2 và thời gian phát hiện tăng huyết áp có sự khác biệt so với nhóm chứng bệnh với  $p<0,05$ .

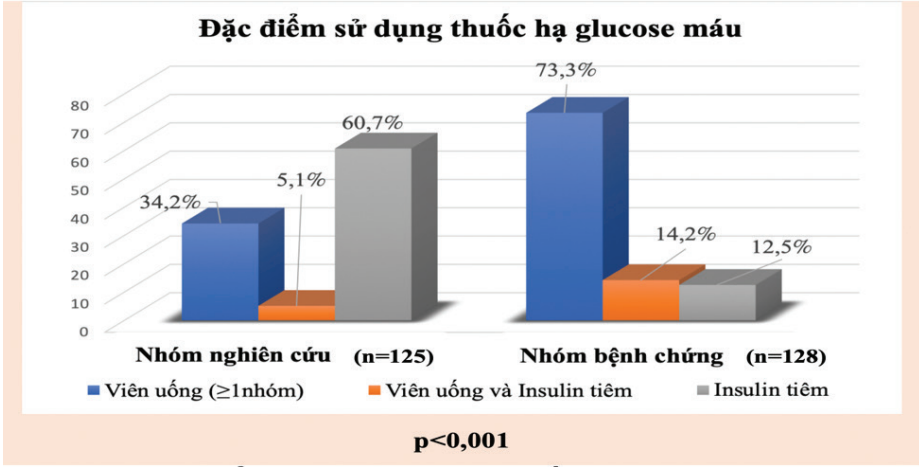
Các yếu tố dịch tễ về tình trạng hút thuốc lá, tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và tiền sử mắc bệnh thận mạn của hai nhóm tương đồng với  $p>0,05$ .

Bảng 3. Đặc điểm về kiểm soát glucose máu và chức năng thận của đối tượng nghiên cứu

| Các đặc điểm<br>TB ± SD            |  | Nhóm nghiên cứu<br>(n = 125) | Nhóm chứng bệnh<br>(n =128) | p        |
|------------------------------------|--|------------------------------|-----------------------------|----------|
| Glucose máu lúc đói (mmol/L)       |  | 9,37 (3,20)                  | 8,26 (2,78)                 | 0,012**  |
| HbA1c (%)                          |  | 7,81 (2,13)                  | 6,93 (1,37)                 | 0,007**  |
| ACR (mg/g)                         |  | 470, 12 (50,7)               | 9,45 (6,84)                 | <0,001** |
| MLCT (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> ) |  | 58,53 (20,65)                | 76,58 (10,33)               | <0,001*  |
| Creatinin máu (μmol/L)             |  | 134,78 (74,67)               | 77,23 (12,45)               | <0,001*  |
| Axit uric máu (mmol/L)             |  | 438,17 (111,70)              | 324,08 (76,36)              | <0,001** |

\*: Kiểm định T (T test) \*\*: Kiểm định Mann-Whitney

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu kiểm soát glucose kém với nồng độ HbA1c và glucose máu cao hơn so với nhóm chứng bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p<0,05$ . Mức lọc cầu thận của nhóm nghiên cứu dưới 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>, thấp hơn so với nhóm chứng bệnh có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ . Nhóm nghiên cứu có trung bình abumin trong nước cao (ACR> 300mg/g) và thanh thải acid uric kém hơn so với nhóm chứng bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p<0,001$ .



**Biểu đồ 1. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ glucose máu của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh**

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có tỉ lệ tiêm insulin cao hơn so với nhóm chứng bệnh (60,7% so với 12,5%), và ngược lại nhóm chứng bệnh sử dụng uống thuốc hạ glucose máu có tỉ lệ cao hơn gấp đôi so với nhóm nghiên cứu (73,3% so với 34,2%). Có sự khác biệt ý nghĩa về tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ glucose máu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh với  $p<0,001$ .

**Bảng 4. Đặc điểm về chỉ số bạch cầu máu, CRPs của nhóm nghiên cứu**

| Các đặc điểm            | TB ± SD  | Nhóm nghiên cứu<br>(n = 125) | Nhóm chứng bệnh<br>(n =128) | p                 |
|-------------------------|----------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| CRP-hs máu              | (mg/L)   | 2,12 (1,59)                  | 1,74 (1,65)                 | 0,009**           |
| Bạch cầu máu            | (G/L)    | 7,92 (1,51)                  | 7,17 (1,59)                 | <0,001*           |
| BC trung tính           | (%)      | 61,8 (7,62)                  | 59,27 (8,58)                | 0,017**           |
| BC lympho               | (%)      | 26,7 ± 7,0                   | 30,4 ± 8,1                  | <b>0,000**</b>    |
| Cholesterol TP (mmol/L) |          | 5,58 (1,78)                  | 4,73 (0,88)                 | 0,003*            |
| Triglycerid             | (mmol/L) | 2,92 (1,62)                  | 1,78 (0,86)                 | <b>&lt;0,001*</b> |
| LDL-C                   | (mmol/L) | 3,14 (1,01)                  | 2,65 (0,77)                 | 0,025**           |
| HDL-C                   | (mmol/L) | 1,02 (0,54)                  | 1,24 (0,23)                 | 0,016*            |

\*: Kiểm định T (T test) \*\*: Kiểm định Mann-Whitney

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có các chỉ số dòng bạch cầu trong ngưỡng tham chiếu có chủ đích nhằm loại bỏ tình trạng albumin niệu dương tính có ảnh hưởng bởi tình trạng viêm cấp tính. Tuy nhiên, kết quả phân tích cho thấy trung bình các chỉ số CRP, bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho và tổng tế bào máu của nhóm nghiên cứu đều cao hơn so với nhóm chứng bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p>0,05$ .

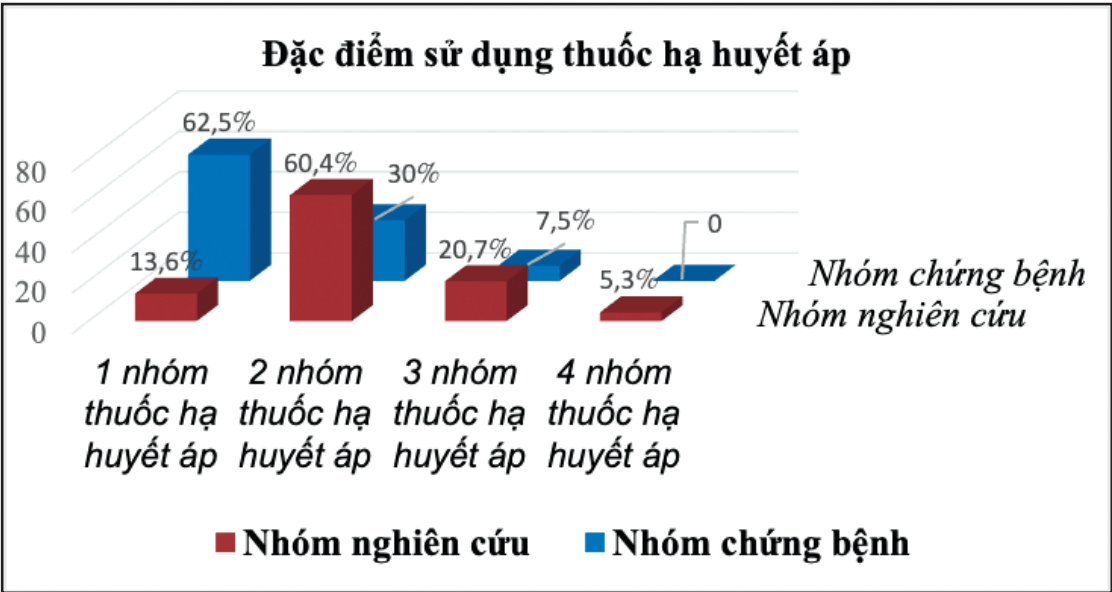
Các chỉ số lipid xấu của nhóm nghiên cứu đều cao hơn so với nhóm chứng bệnh, trong đó chỉ số triglycerid máu cao hơn có sự khác biệt có ý nghĩa với  $p<0,001$ .

Bảng 5. Đặc điểm về kiểm soát huyết áp của đối tượng nghiên cứu

| Các đặc điểm<br>(n =125) |         | Nhóm<br>nghiên cứu<br>(n = 128) | Nhóm<br>chứng bệnh<br>OR | p<br>(95%CI)       |
|--------------------------|---------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
| HATT (mmHg)              | TB ± SD | 142,67 (14,52)                  | 126,91 (14,35)           | <0,001*            |
| HATr (mmHg)              | TB ± SD | 85,33 (7,07)                    | 77,75 (6,14)             | <0,001*            |
| HATT (mmHg), n(%)        | ≥ 140   | 87 (69,6)                       | 35 (27,3)                | 6,08 (3,53-10,48)  |
|                          | <140    | 38 (30,4)                       | 93 (72,7)                | <0,0001            |
| HATr (mmHg)<br>n(%)      | ≥ 90    | 47 (37,6)                       | 7 (5,5)                  | 10,42 (4,48-24,21) |
|                          | < 90    | 78 (62,4)                       | 121 (94,5)               | <0,0001            |

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có trung bình huyết áp tâm thu trên 140 mmHg cao hơn so với nhóm chứng bệnh và trung bình huyết áp tâm trương cao hơn so với nhóm chứng bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,001.

Bệnh nhân bị bệnh thận ĐTĐ của nhóm nghiên cứu có nguy cơ tăng huyết áp tâm thu cao hơn gấp 6,08 lần so với nhóm chứng bệnh, và nguy cơ tăng huyết áp tâm trương cao hơn gấp 10,42 lần so với nhóm chứng bệnh.



p<0,001

Biểu đồ 2. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ huyết áp của đối tượng nghiên cứu

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu có tỉ lệ người bệnh sử dụng thuốc hạ huyết áp là 100%, trong đó tỉ lệ người bệnh có sử dụng 2 nhóm thuốc hạ huyết áp cao nhất chiếm 60,4%. Tỉ lệ người bệnh có sử dụng 3 nhóm thuốc hạ huyết áp trở lên chiếm 26%, cao hơn gấp 3 lần so với nhóm chứng bệnh. Sự khác biệt

về sử dụng thuốc hạ huyết áp giữa hai nhóm có ý nghĩa với p<0,001.

IV BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 253 người bệnh đái tháo đường típ 2, trong đó nhóm nghiên cứu có 125 người bệnh thận ĐTĐ và nhóm chứng

bệnh có 128 người bệnh đái tháo đường típ 2 không mắc bệnh thận.

• Đặc điểm về tuổi: kết quả ở bảng 1 cho thấy nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 65,83 tuổi (SD: 7,78 tuổi), trong đó người bệnh thận ĐTĐ có tuổi thấp nhất là 43 tuổi và người bệnh cao tuổi nhất là

80 tuổi. Nhóm chứng bệnh có độ tuổi trung bình là 69,3 tuổi (SD:7,24) tuổi. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao ở cả hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh (76,8% và 82,8%). Không có sự khác biệt về nhóm tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh với  $p>0,05$ . Đây là sự lựa chọn phù hợp cho một nghiên cứu có nhóm bệnh và nhóm chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu về bệnh thận ĐTĐ của các tác giả trong nước. Nghiên cứu của Hà Thị Hồng Cẩm năm 2015, người bệnh có độ tuổi trung bình là 68,8 tuổi (SD: 8,1 tuổi), độ tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 48%. Nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Thư năm 2012, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 65,19 tuổi (SD: 8,63 tuổi). Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài có độ tuổi trung bình tương đồng giữa nhóm bệnh thận ĐTĐ và nhóm chứng bệnh, nghiên cứu của Jana Makuc và cộng sự ở người da trắng mắc bệnh ĐTĐ típ 2 tại Slovenia, nhóm bị bệnh thận ĐTĐ có độ tuổi trung bình là 64,75 tuổi (SD: 9,15 tuổi) và nhóm chứng bệnh có độ tuổi trung bình là 63,75 tuổi (SD: 8,0 tuổi). Nghiên cứu của Reis KA và cộng sự ở người Thổ Nhĩ Kỳ mắc ĐTĐ típ 2, đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi trung bình thấp hơn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bị bệnh thận ĐTĐ có độ tuổi trung bình là 58,39 tuổi (SD: 9,63 tuổi) và nhóm chứng bệnh có độ tuổi trung bình là 59,06 tuổi (SD: 8,8 tuổi).

• **Đặc điểm về giới tính:** Nhóm nghiên cứu của chúng tôi *Bảng 1* cho thấy tỉ lệ nữ giới cao hơn so với tỉ lệ nam giới (56,8% so với 43,2%). Không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh với  $p>0,05$ . Đây là sự lựa chọn phù hợp với một nghiên cứu có nhóm bệnh và nhóm chứng.

Nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hồng Cẩm và cộng sự năm 2015 có tỉ lệ nữ giới bị bệnh cầu thận do đái tháo đường là 31,1%, thấp hơn so với tỉ lệ nữ bị bệnh thận ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hồng Cẩm cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ microalbumin niệu giữa nam và nữ (31,1% so với 39,4%) với  $p>0,05$ . Khả năng sự xuất hiện bệnh thận ĐTĐ ở nam và nữ là như nhau. Điều này được nhận thấy ở nghiên cứu của Jana Makuc và cộng sự có tỉ lệ nữ giới bị bệnh thận ĐTĐ là 47,6% và tỉ lệ nam giới bị bệnh thận ĐTĐ là 52,4%.

• **Đặc điểm về BMI:** Theo số liệu ở *bảng 1*, nhóm nghiên cứu có trung bình BMI tương đồng với nhóm chứng bệnh ( $24,05 \pm 2,54$  kg/m<sup>2</sup> và  $(24,03 \pm 2,55)$  kg/m<sup>2</sup>, không có sự khác biệt về BMI giữa hai nhóm với  $p>0,05$ . Kết quả chúng tôi lựa chọn phù hợp cho nghiên cứu bệnh chứng.

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị thừa cân theo tiêu chuẩn phân loại của WHO-2004 cho người Châu Á. Nghiên cứu của tác giả Jana Makuc và cộng sự năm 2017 ở người da trắng mắc đái tháo đường típ 2,

kết quả cả hai nhóm bệnh thận ĐTĐ và chứng bệnh đái tháo đường típ 2 chưa phát hiện bị bệnh thận có trung bình BMI rất cao [ $(31,3 \pm 4,68$  kg/m<sup>2</sup> so với  $30,77 \pm 5,0$  kg/m<sup>2</sup>)  $p>0,05$ ], cao hơn so với trung bình BMI ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

Bàn về thừa cân, béo phì và đái tháo đường típ 2 người ta thấy rối loạn chuyển hoá có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống cũng như tình trạng sức khoẻ của nhiều người bệnh. Trong số các biến cố của thận do rối loạn chuyển hoá thường gặp là rối loạn chuyển hoá lipid máu, tăng huyết áp và tăng bài xuất albumin niệu. Người ta thấy có mối liên quan giữa BMI với nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn ở nam giới, người dân tộc Okinawa tại Nhật Bản.

• **Về thời gian mắc bệnh ĐTĐ típ 2:** được ghi nhận từ lúc được chẩn đoán mắc đái tháo đường đến thời điểm nghiên cứu. Do bệnh đái tháo đường típ 2 diễn biến âm ỉ nên thời gian bị đái tháo đường có thể thay đổi tùy theo mức độ quan tâm chăm sóc y tế của mỗi cá nhân và từng vùng miền vì thế thời gian mắc đái tháo đường không phản ánh chính xác thời gian từ lúc khởi bệnh thực tế, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả của các nghiên cứu khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở *Bảng 2* cho thấy trung bình thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 thấp hơn so với nhóm chứng ( $14,56 \pm 5,72$ ) năm so với  $(24,03 \pm 2,55)$  năm với  $p<0,05$ . Bệnh nhân nhóm nghiên cứu có thời gian mắc bệnh đái tháo đường

típ 2 cao nhất là 23 năm, bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường típ 2 thấp nhất là 3 năm. Nghiên cứu của Jana Makuc và cộng sự (2017) ở người da trắng mắc bệnh đái tháo đường típ 2, bệnh nhân có trung bình thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nhóm chứng bệnh được lựa chọn có thời gian mắc bệnh đái tháo đường típ 2 trên mười năm không mắc bệnh thận khá phù hợp theo các nghiên cứu dịch tễ về bệnh thận ĐTĐ.

• **Tiền sử gia đình về bệnh thận mạn:** tỉ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn có microalbumin niệu và macroalbumin niệu hoặc suy thận giai đoạn cuối có sự khác nhau giữa các dân tộc. Tại Hoa Kỳ, nghiên cứu khảo sát tại 450 phòng khám lọc máu chu kỳ, kết quả cho thấy có khoảng 23% phụ nữ là bệnh nhân đang lọc máu có họ hàng ruột thịt bị bệnh thận giai đoạn cuối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở *Bảng 2* cho thấy, có 6% trong tổng số bệnh nhân nhóm nghiên cứu có người thân ruột thịt của họ mắc bệnh thận mạn. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu di truyền theo phả hệ gia đình nhưng đặc điểm của bệnh thận do đái tháo đường típ 2 thường khởi phát muộn khi người bệnh đã cao tuổi. Vì vậy, tiền sử gia đình mắc bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi bị giới hạn trong anh chị em hoặc gia đình chỉ có hai thế hệ cha mẹ và con cái. Ngoài ra, trong quá trình khai thác tiền sử gia đình có một số người bệnh không nắm bắt

được rõ tình hình bệnh tật của các thành viên trong gia đình của họ do mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình thiếu sự liên kết hoặc họ bị hạn chế do sức khỏe và tuổi tác cao.

• **Kiểm soát glucose máu của đối tượng nghiên cứu:** sàng lọc phát hiện sớm bệnh đái tháo đường típ 2 và duy trì nồng độ HbA1c ổn định trong ngưỡng cho phép có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong quản lý điều trị ngăn ngừa phát triển tăng huyết áp và bệnh thận do đái tháo đường. Nghiên cứu đã cho thấy kiểm soát tốt glucose máu có thể giảm được tỉ lệ biến chứng vi mạch ở người bệnh đái tháo đường típ 2. Do đó, việc duy trì kiểm soát glucose máu theo mục tiêu là cần thiết nhằm giảm biến chứng vi mạch ở người bệnh đái tháo đường. Theo khuyến cáo của KDOQI-2020, Hướng dẫn Thực hành Lâm sàng Quản lý kiểm soát glucose máu ở người đái tháo đường có bệnh thận mạn với mục tiêu điều trị đạt HbA1c ở ngưỡng 7% (cấp độ 1A) nhằm ngăn ngừa trì hoãn sự tiến triển của các biến chứng vi mạch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở *Bảng 4* cho thấy, nồng độ HbA1c trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng bệnh ( $7,81 \pm 2,13$ )% so với ( $6,93 \pm 1,37$ )%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sự hiện diện của bệnh thận ĐTĐ đã tác động đến liệu pháp điều trị kiểm soát glucose máu, ở *Biểu đồ 1*, đặc điểm sử dụng các thuốc hạ glucose máu có số lượng các dạng thuốc tiêm, viên uống của nhóm nghiên

cứu đều cao hơn so với nhóm chứng bệnh. Tỉ lệ tiêm insulin trong nhóm nghiên cứu cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng bệnh (60,7% so với 12,5%). Sự khác biệt về đặc điểm sử dụng các dạng thuốc hạ glucose máu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh với  $p < 0,001$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ahmad T và cộng sự (2019).

THA ở người bệnh đái tháo đường típ 2 chiếm khoảng 63%, và gia tăng theo thời gian mắc bệnh đái tháo đường, hoặc khi người bệnh có biến chứng bệnh thận mạn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, *Biểu đồ 2* cho thấy nhóm nghiên cứu có tỉ lệ người bệnh đang được sử dụng thuốc điều trị hạ huyết áp là 100%. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa đánh giá được một cách toàn diện các liệu pháp phối hợp điều trị hạ huyết áp, ví dụ như chế độ ăn, sinh hoạt của mỗi người bệnh. Vì vậy, chúng tôi coi THA là một đặc điểm định tính. Nghiên cứu của chúng tôi không chủ động sàng lọc các đối tượng có THA thứ phát nhưng trong tiêu chuẩn loại trừ của nhóm nghiên cứu đã được loại bỏ đối tượng có bất kỳ đặc điểm gợi ý bị THA trước khi mắc bệnh đái tháo đường.

## V KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh thận ĐTĐ và nhóm chứng bệnh có sự tương đồng về tuổi, giới tính, BMI, và thời gian mắc bệnh, phù hợp với thiết kế nghiên cứu. Nồng độ HbA1c cao hơn ở nhóm bệnh

thận ĐTĐ, cho thấy kiểm soát glucose máu kém liên quan đến tiến triển bệnh thận mạn. Tăng huyết áp xuất hiện ở tất cả bệnh

nhân bệnh thận ĐTĐ, khẳng định vai trò kiểm soát huyết áp. Tỷ lệ sử dụng insulin và thuốc hạ glucose máu cao hơn ở nhóm

bệnh thận ĐTĐ, nhấn mạnh sự tác động của biến chứng thận đến điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015).** *Bệnh lý cầu thận trong bệnh đái tháo đường, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội tiết - Chuyển hóa.* 2015:237-247.
2. **Gheith O. Farouk N. Nampoory N. et al. (2016).** Diabetic kidney disease: world wide difference of prevalence and risk factors. *J Nephropharmacol.* 2016;5(1):49-56.
3. **Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2018).** Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018. . (VNHA/VSH), <http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>.
4. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (2013).** Chẩn đoán và đánh giá thiếu máu trong bệnh thận mạn, Hướng dẫn điều trị thiếu máu trong bệnh thận mạn. 2013. p. tr. 10-11.
5. **National Kidney Foundation (2012).** KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update. *Am J Kidney Dis.* Nov 2012;60(5):850-86. doi:10.1053/j.ajkd.2012.07.005.
6. **Nazar CM (2014).** Mechanism of hypertension in diabetic nephropathy. *J Nephropharmacol.* 2014;3(2):49-55.
7. **Fountain JH Lappin SL (2020).** Physiology, Renin Angiotensin System. *StatPearls.* 2020.
8. **Emdin C.A. Rahimi K. Neal et al. (2015).** Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* Feb 10 2015;313(6):603-15. doi:10.1001/jama.2014.18574.
9. **KDIGO (2020).** KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Journal of the International Society of Nephrology.* 2020;98(4S).
10. **Group VFGEPRAM-AS (2018).** Apparent Treatment Resistant Hypertension, Blood Pressure Control and the Progression of Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *Kidney Blood Press Res.* 2018;43(2):422-438. doi:10.1159/000488255.
11. **Wilson J.L. Root H.F. Marble A. (1951).** Diabetic nephropathy; a clinical syndrome. *N Engl J Med.* Oct 4 1951;245(14):513-7. doi:10.1056/NEJM195110042451401.
12. **Mogensen CE (1984).** Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. *N Engl J Med.* Feb 9 1984;310(6):356-60. doi:10.1056/NEJM198402093100605.

# MỤC LỤC CÁC BÀI BÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

*Tạp chí Sức khỏe Nội tiết Tập 23, số 4 - 2024, tháng 12 năm 2024*  
*Journal of Endocrinology and Health Science, Vol 23, No.4 - 2024, December, 2024*

|                                                                                                                                                                           |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VIỆT NAM: NỖ LỰC CHĂM SÓC SỨC KHỎE NHÂN DÂN THÔNG QUA CÁC HOẠT ĐỘNG CỘNG ĐỒNG                                                   | 3                                                                                     |
|                                                                                                                                                                           | Thu Trang                                                                             |
| 2. QUẢN LÝ DAO ĐỘNG ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2                                                                                                       | 5                                                                                     |
| <i>Managing glycemic variability in patients with type 2 diabetes mellitus</i>                                                                                            | Đỗ Đình Tùng                                                                          |
| 3. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ: PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM                                                                                                                                 | 13                                                                                    |
| <i>Palliative care: A concept analysis</i>                                                                                                                                | Lê Thanh Hà, Nguyễn Trường Sơn                                                        |
| 4. CHỨC NĂNG NỘI TIẾT CỦA THẬN                                                                                                                                            | 19                                                                                    |
| <i>Endocrine functions of the kidneys</i>                                                                                                                                 | Nguyễn Thị Hồng Loan                                                                  |
| 5. CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG: MÔ HÌNH PHÂN TÍCH KHÁI NIỆM                                                                                                                      | 23                                                                                    |
| <i>Quality of life: A concept analysis</i>                                                                                                                                | Lê Thanh Hà, Nguyễn Trường Sơn, Nguyễn Văn Tuấn                                       |
| 6. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP CẢI THIỆN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CHO HỌC SINH PHỔ THÔNG TỪ 11 - 18 TUỔI TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH HẢI DƯƠNG                 | 30                                                                                    |
| <i>Assessment of nutritional status and proposed solutions to improve nutritional status for students aged 11-18 in hai duong province</i>                                | Trần Đình Toán, Đặng Thị Anh, Nguyễn Trọng Hưng, Trần Minh Cảnh, Cấn Thị Tuyết        |
| 7. KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ TUÂN THỦ VỆ SINH TAY CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ 4 TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y- DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ NĂM 2024                                         | 39                                                                                    |
| <i>Survey of students' knowledge towards compliance with hand hygiene of 4th year nursing students at the university of medicine and pharmacy, hue university in 2024</i> | Nguyễn Trường Sơn , Nguyễn Quang Thanh, Trần Đình Bình, Lê Thanh Hà                   |
| 8. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH, KẾT QUẢ VÁ NHỖ ĐƠN THUẦN ĐƯỜNG TRONG ỐNG TAI                                                    | 47                                                                                    |
| <i>Research on clinical and paraclinical characteristics of chronic otitis media, results of transcanal myringoplasty</i>                                                 | Tạ Hùng Sơn, Nguyễn Công Hoàng, Nguyễn Thị Ngọc Anh                                   |
| 9. NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN                                        | 54                                                                                    |
| <i>Study on clinical and laboratory characteristics of type 2 diabetes patients with chronic kidney disease at saint paul general hospital</i>                            | Trần Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Thuý Hằng, Lê Anh Tuấn, Đặng Thị Bích, Nghiêm Thị Dung |