

Bethesda cũng cao và ngược lại. Điều này cho thấy bác sĩ siêu âm và bác sĩ giải phẫu bệnh đã làm tốt trong việc phân loại TIRADS cũng như phân loại tế bào học theo Bethesda.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình $51,01 \pm 13,87$, giới nữ chiếm đa số với 267 BN (83,44%).

- Nhân giáp TIRADS nhóm 2 là 54 BN (16,88%) nhóm 3 là 143 BN (44,69%) nhóm 4 là 108 BN (33,75%) và nhóm 5 là 15 BN (4,69%). Chỉ định FNA chưa phù hợp với ACR 2017 về TIRADS và kích thước nhân.

- Kết quả tế bào học theo Bethesda nhóm 1 là 88 BN (27,50%), nhóm 2 là 161 BN (50,31%), nhóm 3 là 23 BN (7,19%), nhóm 5 là 25 BN (7,81%), nhóm 5 là 15 BN (4,69%), nhóm 6 là 8 BN (2,5%). Kích thước nhân giáp nhóm ác tính, nguy cơ ác tính nhỏ hơn nhóm lành tính và khả năng lành tính

- Liên quan thuận giữa xếp loại TIRADS và Bethesda.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Dũng, Vũ Trung Chính, Nguyễn Quang Trung (2023), "Mô tả đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ của bướu giáp nhân, đối chiếu giải phẫu bệnh sau mổ", Tạp chí Y học Việt Nam 532-tháng 11-số 1-2023 trang 171-174
2. Đỗ Tiến Dũng, Đỗ Thị Yến, Nguyễn Thị Quỳnh Giang (2024), "Đối chiếu chẩn đoán tế bào học với phân độ TIRADS trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Nội tiết Trung

ương năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, trang 276-280

3. Trương Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Huy Hoàng, Vũ Thị Hòa, Vũ Quang Tiếp, Lê Hồng Vân, Đặng Minh Phương, Vũ Thị Thu Lan, Đỗ Văn Quyền (2021), "Giá trị của phôi hợp hai phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp", Tạp chí Y học lâm sàng 108-Số đặc biệt 10/2021 trang 136-143.
4. Ngô Thị Minh Hạnh, Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Đinh Hữu Tâm, Đào Thị Huyền, Bùi Thị Thái, Đào Anh Tuấn, Lê Thị Trang, Nguyễn Duy Hoàng, Tống Thị Vui (2023), "Đối chiếu kết quả tế bào học theo hệ thống Bethesda với mô bệnh học ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108, tập 18, số 10.2023 trang 150-157.
5. Trần Mạnh Hà, Nguyễn Thị Thanh Hà (2021), "Đối chiếu chẩn đoán tế bào học dưới hướng dẫn của siêu âm với chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật bướu nhân tuyến giáp tại thái bình năm 2019". Tạp chí Y học Việt Nam tập 508, tháng 11 năm 2021 trang 247-251.
6. Lương Ngọc Khuê, Mai Trọng Khoa (2020), "Ung thư tuyến giáp" Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Nhà xuất bản y học, trang 217-224.
7. Nguyễn Trần Bảo Sang, Đặng Công Thuận, Lê Trọng Lâm, Trần Nam Đông, Lê Thị Thu Thảo, Ngô Cao Sách (2020), "Giá trị của hệ thống phân loại Bethesda trong chẩn đoán tế bào học tuyến giáp", Tạp chí Y học lâm sàng-số 61 trang 83-87.
8. Franklin N. Tessler MD, CM, William D. Middleton MD, Edward G. Grant MD, et al (2017), "ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): "White Paper of the ACR TI-RAD Committee". J Am Coll Radiol 2017; 587-595

TÌNH HÌNH BỆNH THẬN MẠN VÀ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ: NGHIÊN CỨU THỰC HIỆN TRONG CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Như Nghĩa¹, Phạm Văn Bùi², Võ Hoàng Nghĩa¹, Nguyễn Thế Bảo¹, Mai Huỳnh Ngọc Tân¹, Ngô Đại Dương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ chính gây bệnh thận mạn (BTM), trong khi BTM cũng làm tăng chi phí điều trị, giảm chất lượng cuộc sống và gây THA, tuy nhiên, tại Cần Thơ chưa có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ BTM và hiệu quả can thiệp ở

bệnh nhân THA. **Mục tiêu:** Mô tả tình hình bệnh thận mạn và đánh giá kết quả bước đầu điều trị bệnh thận mạn giai đoạn 3 ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Thành Phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp không đối chứng trên tất cả người dân có THA sinh sống trong địa bàn Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ BN mắc BTM ở đối tượng THA là 18,2%. Trong số những BN THA có BTM, BTM giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 39,6%. BTM giai đoạn 3a và 3b lần lượt là 16% và 7,1%. Sau điều trị 06 tháng, hơn 1/2 bệnh nhân BTM giai đoạn 3 đạt huyết áp mục tiêu sau can thiệp, đồng thời, độ lọc cầu thận và HATT sau can thiệp cũng cải thiện rõ rệt ($p < 0,05$). Phần lớn BN có kết quả can thiệp mức độ tiến triển BTM đạt mức hiệu quả

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

(78,1%). Trong đó, đạt huyết áp mục tiêu và giai đoạn THA độ 1 trước can thiệp có liên quan đến tăng hiệu quả sau can thiệp ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh thận mạn ở bệnh nhân tăng huyết áp là 18,2%. Kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu và giai đoạn tăng huyết áp độ 1 có liên quan đến hiệu quả can thiệp mức độ tiến triển BTM.

Từ khóa: Bệnh thận mạn (BTM), tăng huyết áp (THA), can thiệp mức độ tiến triển.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE AND INITIAL TREATMENT OUTCOMES IN HYPERTENSIVE PATIENTS IN CAN THO CITY: A COMMUNITY-BASED STUDY

Background: Hypertension is a major risk factor for chronic kidney disease (CKD), while CKD also increases treatment costs, reduces quality of life, and causes hypertension. However, in Can Tho, there have not been many studies on the prevalence of CKD and the effectiveness of interventions in hypertensive patients. **Objectives:** To describe the prevalence of chronic kidney disease and to evaluate the preliminary outcomes of stage 3 CKD treatment in hypertensive patients in Can Tho City. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive and interventional study without control group was conducted on all hypertensive residents living in Can Tho City from January 2023 to September 2023. **Results:** The prevalence of CKD among patients is 18.2%. Among hypertensive patients with CKD, stage 1 CKD accounts for the highest proportion at 39.6%. Stages 3a and 3b CKD are 16% and 7.1%, respectively. More than half of stage 3 CKD patients achieved target blood pressure after intervention, and there were significant improvements in GFR and average systolic blood pressure after intervention ($p < 0.05$). The majority of patients showed effective intervention outcomes in CKD progression (78.1%). Achieving target blood pressure and having stage 1 hypertension before intervention were associated with effective intervention outcomes ($p < 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of CKD among hypertensive patients was 18.2%. Achieving target levels of blood pressure and having stage 1 hypertension is related to the effectiveness of interventions in the progression of CKD. **Keywords:** Chronic kidney disease (CKD), hypertension, intervention in the CKD progression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) hiện đang là thách thức lớn đối với sức khỏe toàn cầu do tỷ lệ mới mắc ngày càng gia tăng, kéo theo sự gia tăng chi phí điều trị và giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trên thế giới, khoảng 10% người trưởng thành trên thế giới mắc bệnh này, gây ra 1,2 triệu ca tử vong và 28 triệu năm tuổi thọ bị mất mỗi năm [3]. Dự báo đến năm 2040, BTM sẽ trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng thứ năm toàn cầu và là một trong những bệnh lý có mức tăng lớn nhất về tỷ lệ tử vong. BTM là nguyên nhân gây THA thứ phát thường

gặp nhất và ngược lại THA lại là yếu tố nguy cơ độc lập đối tiến triển của BTM và tử vong tim mạch ở BN BTM. Phát hiện sớm và điều trị các yếu tố gây ra BTM rất quan trọng vì nhiều yếu tố có thể điều chỉnh, ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển. Tuy nhiên, việc phát hiện sớm BTM tại Việt Nam còn nhiều hạn chế, đánh giá và điều trị các yếu tố gây bệnh thận tiến triển chưa đạt hiệu quả cao. Đặc biệt, ở Cần Thơ chưa có nghiên cứu nào thực hiện sàng lọc trong cộng đồng về tình hình mắc BTM và đánh giá kết quả các biện pháp can thiệp lên mức độ tiến triển BTM ở bệnh nhân THA. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu sau đây:

1. *Mô tả tình hình bệnh thận mạn ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Thành Phố Cần Thơ.*

2. *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị bệnh thận mạn giai đoạn 3 ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Thành Phố Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người dân có THA sinh sống trong địa bàn Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, bất kể giới tính, có THA, có hộ khẩu thường trú tại Cần Thơ.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Không có ý định chuyển nơi ở trong vòng 1 năm tới.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không có khả năng giao tiếp hay trả lời câu hỏi.

Đối tượng đang mắc các bệnh lý cấp tính đe dọa tính mạng.

Đối tượng là khách vắng lai, người di chuyển từ nơi khác đến địa bàn Thành phố Cần Thơ, tạm trú.

Đối tượng được điều trị khác với các phác đồ nghiên cứu.

Đối tượng không được theo dõi trong quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Mục tiêu 1: Chọn mẫu ngẫu nhiên có xác suất, chọn tất cả các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ ở Thành Phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 – 09/2023. Thực tế chúng tôi chọn được 928 đối tượng.

Mục tiêu 2: Chọn mẫu toàn bộ, ở những bệnh nhân THA, chọn toàn bộ những BN có BTM giai đoạn 3 để can thiệp điều trị. Thực tế chúng tôi chọn được 32 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính.

Tỷ lệ BTM ở bệnh nhân THA = (Số BN thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán BTM)/Tổng số BN được khảo sát. Chẩn đoán xác định BTM theo tiêu chuẩn KDIGO 2022 khi có bất thường 1 trong 2 xét nghiệm (tỷ lệ ACR (albumin/creatinin) nước tiểu ≥ 3 mg/mmol hoặc GFR ước tính: được tính toán theo công thức CKD-EPI ≤ 60 ml/phút/1,73 m² da) ở hai lần xét nghiệm liên tiếp với cùng một loại xét nghiệm cách nhau 03 tháng [6].

Đánh giá kết quả can thiệp đến mức độ tiến triển của BTM giai đoạn 3:

- Đặc điểm can thiệp: số thuốc THA đang sử dụng, các loại thuốc THA đang sử dụng, phân độ THA trước khi can thiệp.

- Đánh giá mục tiêu can thiệp: Đạt huyết áp mục tiêu (khi huyết áp $<140/90$ mmHg sau can thiệp); độ lọc cầu thận ước đoán (GFR), ACR, huyết áp tâm thu (HATT) trước và sau can thiệp; một số yếu tố liên quan đến kết quả can thiệp (phân độ THA trước can thiệp, đạt HA mục tiêu).

- Kết quả can thiệp mức độ tiến triển của BTM giai đoạn 3 được đánh giá sau 6 tháng, dựa trên sự thay đổi GFR như sau:

$\Delta GFR = GFR_{\text{trước can thiệp 01 năm}} - GFR_{\text{sau can thiệp}}$

Sau đó, tiến hành so sánh ΔGFR với mức thay đổi dựa theo định nghĩa của KDIGO về BTM tiến triển nhanh được xác định khi tốc độ giảm GFR > 5 mL/phút/1,73 m²/năm [6]. Kết quả can thiệp đến mức độ tiến triển của BTM được chia thành 2 nhóm:

+ Kém hiệu quả: khi $\Delta GFR > 5$ ml/phút/1,73 m² da.

+ Hiệu quả: khi $\Delta GFR \leq 5$ ml/phút/1,73 m² da.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0 và phần mềm R. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 534/PCT-HĐĐĐ).

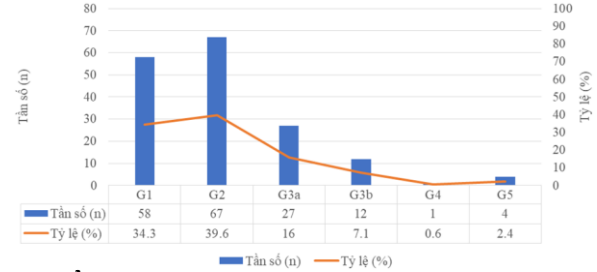
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023 tại địa bàn Thành phố Cần Thơ, chúng tôi thu thập được 928 người dân có THA. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $63,9 \pm 10$ với độ tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 96 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,9.

Bảng 1. Tỷ lệ BTM trên đối tượng THA và theo từng giai đoạn

Đặc điểm	BTM (n, %)	Không BTM (n, %)	OR (KTC95%)	Giá trị p	
Chung	169 (18,2)	759 (81,8)	-	-	
Phân độ THA	Độ 1	112 (66,3)	599 (78,9)	-	1
	Độ 2	37 (21,9)	121 (15,9)	1,64 (1,07-2,49)	0,022
	Độ 3	20 (11,8)	39 (5,1)	2,74 (1,54-4,88)	<0,001

Nhận xét: Trong tổng số đối tượng có THA, tỷ lệ BN có mắc BTM chỉ chiếm xấp xỉ 1/5. Ở những BN này, tỷ lệ THA độ 1 chiếm đa số (66,3%), kể đến là độ 2 và độ 3 (21,9% và 11,8%). BN THA độ 2, độ 3 làm tăng có ý nghĩa khả năng mắc BTM với $p < 0,05$.



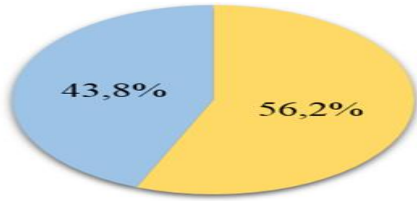
Biểu đồ 1. Các giai đoạn BTM ở đối tượng có THA

Nhận xét: Tỷ lệ BN THA có BTM giai đoạn G2 chiếm cao nhất với 39,6%, tiếp theo là giai đoạn 1 có 58 BN (chiếm 34,3%), giai đoạn G3a và G3b có tỷ lệ lần lượt là 16% và 7,1%.

Bảng 3. Đặc điểm can thiệp đến mức độ tiến triển trên BN mắc BTM giai đoạn 3 kèm THA

Đặc điểm can thiệp mức độ tiến triển	BTM giai đoạn 3	
	n	%
Số thuốc đang sử dụng		
1	15	46,9
≥ 2	17	53,1
Trung bình	$1,84 \pm 0,88$	
Các nhóm thuốc điều trị THA đang sử dụng		
Chẹn kênh canxi	14	43,8
Chẹn thụ thể angiotensin II	15	53,1
Lợi tiểu kháng aldosterol	28	87,5
Phân độ THA trước khi can thiệp		
Phân độ 1	17	53,1
Phân độ 2	11	34,4
Phân độ 3	4	12,5

Nhận xét: Hơn 1/2 BN đang sử dụng ≥ 2 thuốc kiểm soát huyết áp, trong đó nhóm lợi tiểu kháng aldosterol chiếm hầu hết, gần 1/2 BN có sử dụng thuốc chẹn thụ thể angiotensin II và 43,8% sử dụng nhóm chẹn kênh canxi. Trong đó, nhóm BN THA độ 1 là thường gặp nhất, với 53,1%.



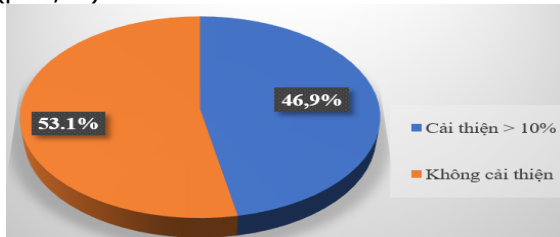
■ Đạt ■ Không đạt
Biểu đồ 2. BN THA kèm BTM có huyết áp đạt mục tiêu sau can thiệp

Nhận xét: Hơn ½ BN THA có BTM giai đoạn 3 đạt huyết áp mục tiêu sau can thiệp.

Bảng 4. Khác biệt giữa GFR, tỷ lệ ACR trước và sau can thiệp

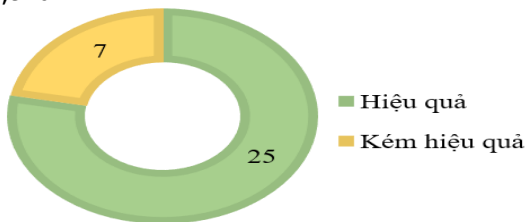
Chỉ số	BTM giai đoạn 3 (TB ± ĐLC)		TB khác biệt	p
	Trước can thiệp	Sau can thiệp		
GFR (ml/phút/1,73 m ² da)	48,61 ± 9,38	51,82 ± 13,39	3,21	0,05
Tỷ lệ ACR (mg/mmol)	36,55 ± 104,84	21,08 ± 44,59	15,47	0,48
HATT (mmHg)	156,25 ± 16,80	133,12 ± 23,48	23,13	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, trung bình GFR và HATT đều cải thiện có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



Biểu đồ 3. Phân bố độ lọc cầu thận cải thiện sau can thiệp

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân có độ lọc cầu thận cải thiện trên 10% chiếm 46,9%.



Biểu đồ 4. Kết quả can thiệp đến mức độ tiến triển BTM giai đoạn 3 ở BN THA

Nhận xét: Sau can thiệp đến mức độ tiến triển của BTM giai đoạn 3 ở nhóm BN THA, phần lớn BN đạt hiệu quả (chiếm 78,1%).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả can thiệp ở BN THA có BTM giai đoạn 3

Một số yếu tố liên quan		Kết quả can thiệp, n (%)		OR (KTC95%)	p
		Hiệu quả	Kém hiệu quả		
Đạt huyết áp mục tiêu	Có	16 (94,1)	1 (5,9)	10,67 (1,10-103,15)	0,041
	Không	9 (60)	6 (40)		
Phân độ THA trước can thiệp	Độ 1	15 (88,2)	2 (11,8)	22,50 (1,51-335,34)	0,024
	Độ 2	9 (81,8)	2 (18,2)	13,4 (0,20-14,29)	
	Độ 3	1 (25,0)	3 (75,0)	1	

Nhận xét: Những đối tượng kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu và có phân độ THA trước can thiệp ở giai đoạn 1 làm tăng hiệu quả can thiệp, lần lượt với OR = 10,67 (KTC 95%: 1,10-103,15) và OR = 22,5 (1,51-335,34) với sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hiện tại đã thu thập dữ liệu từ 928 BN THA, trong đó có 169 BN mắc BTM, chiếm tỷ lệ 18,2%. Nhìn chung, hầu hết các biện pháp can thiệp đã mang lại hiệu quả đáng kể trong việc kiểm soát tiến triển BTM ở các đối tượng này.

Trong nhóm BN THA mắc BTM, THA độ 1 chiếm 66,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trường Đông và cộng sự (2022), ghi nhận THA độ 1 chiếm 44,1%, độ 2 chiếm 34,1%, và độ 3 chiếm 21,8% ở các BN có BTM [1]. THA độ 1 gây BTM nhiều hơn các độ khác do cơ chế tổn thương thận diễn ra sớm và âm thầm. Ở giai đoạn đầu của THA, áp lực máu cao liên tục gây tổn thương các mạch máu nhỏ trong thận, dẫn đến suy giảm chức năng thận dần dần. Do được phát hiện sớm, BN THA độ 1 thường được chẩn đoán và theo dõi nhiều hơn, do đó tỷ lệ phát hiện BTM cao hơn. Nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ mắc BTM tăng dần theo mức độ THA. Những người bị THA độ 2 và 3 có nguy cơ cao hơn so với THA độ 1. Theo Hanratty và cộng sự, mỗi 10 mmHg HATT tăng thêm từ mức 120 mmHg liên quan đến tăng 6% nguy cơ phát triển BTM và suy giảm GFR nhanh hơn [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN THA có BTM giai đoạn 1 hoặc 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là giai đoạn 3, cuối cùng là giai đoạn 4 hoặc 5. Điều này phản ánh rằng BTM thường bắt đầu từ giai đoạn nhẹ, không có triệu chứng rõ rệt và chỉ được phát hiện qua xét nghiệm sàng lọc định kỳ. Từ giai đoạn G3 trở đi, bệnh sẽ kèm theo THA

kháng trị, protein niệu và các biến chứng khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn một nửa BN đang sử dụng hơn một loại thuốc huyết áp, trong đó spironolactone chiếm đa số, và gần một nửa sử dụng amlodipin và telmisartan. Nhóm BN THA độ 1 là phổ biến nhất. Đánh giá kết quả điều trị, hơn một nửa bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3 kèm tăng huyết áp đạt được huyết áp mục tiêu sau can thiệp (53,1%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trịnh Xuân Thắng (2023) với tỷ lệ 65% [2]. Sau can thiệp, các chỉ số theo dõi như GFR và huyết áp tâm thu đều cải thiện đáng kể ($p < 0,05$). Tương đồng với chúng tôi, Trịnh Xuân Thắng và cộng sự (2023) cũng ghi nhận HATT và HATTr cải thiện đáng kể sau khi ra viện ($p < 0,01$). Sau can thiệp, tỷ lệ BN có GFR cải thiện đạt hiệu quả chiếm ưu thế (78,1%), phù hợp với nghiên cứu của Shardlow A. và cộng sự trên 1741 BN BTM giai đoạn 3, trong đó 53,4% BN không tiến triển suy giảm chức năng thận [8]. Sự chênh lệch về tỷ lệ hiệu quả có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện can thiệp sớm từ giai đoạn 3, nên trong 1-2 năm đầu, chức năng thận có thể cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, sau 3-5 năm, tốc độ suy giảm chức năng thận thường tăng lên. Ngoài ra, các yếu tố như đặc điểm BN, liều lượng và phương pháp can thiệp, cùng yếu tố di truyền và môi trường, cũng có thể góp phần vào sự khác biệt này.

Phần lớn bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3 kèm tăng huyết áp đạt hiệu quả sau can thiệp điều trị sớm, với sự tiến triển của độ lọc cầu thận $< 5\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ sau can thiệp điều trị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Richards N. và cộng sự trên 317 BN, trong đó 61,51% giảm $< 5\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ sau 1 năm [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng nhóm đạt huyết áp mục tiêu hoặc THA độ 1 có hiệu quả can thiệp tốt hơn với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. THA làm tăng áp lực mao mạch cầu thận, dẫn đến xơ cứng cầu thận và mất chức năng thận, do đó kiểm soát HA là cần thiết để ngăn ngừa tiến triển BTM. Theo Tsuchida-Nishiwaki M. và cộng sự, BN có HA $< 130/80\text{mmHg}$ giảm nguy cơ tiến triển BTM, ngay cả khi có protein niệu [9]. Tỷ lệ BN đạt hiệu quả can thiệp giảm dần theo giai đoạn THA trước can thiệp. BN THA độ 3 khó đạt và duy trì HA mục tiêu hơn BN THA độ 1. Nghiên cứu của Kapoor M. cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa HA trung bình ở nhóm THA không kiểm soát và kiểm soát được (162 ± 18 và $122 \pm 14\text{mmHg}$, $p < 0,001$) [5]. Đồng thời, tác giả

Thiannitiworakun R. cũng ghi nhận tốc độ giảm GFR lớn hơn $5\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ hàng năm tăng 1,15 lần (KTC 95%: 1,10-1,20) ở BN THA không kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh thận mạn ở đối tượng tăng huyết áp tương đối cao, lên đến 18,2%. Việc kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu và tình trạng tăng huyết áp ban đầu ở giai đoạn 1 có liên quan đến tăng hiệu quả can thiệp mức độ tiến triển của bệnh thận mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trường Đông và cộng sự (2022), "Khảo sát tỷ lệ, mức độ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2012-2022, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 52/2022, tr. 180 – 185
2. Trịnh Xuân Thắng và cộng sự (2023), "Thực trạng kiểm soát huyết áp tại thời điểm xuất viện của người bệnh tăng huyết áp có bệnh thận mạn điều trị nội trú tại khoa nội thận bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 104, tr.68-75
3. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration (2020), "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.", Lancet. 395(10225), pp. 709-733
4. Hanratty, Rebecca et al, Relationship between Blood Pressure and Incident Chronic Kidney Disease in Hypertensive Patients. Clinical Journal of the American Society of Nephrology 6(11):p 2605-2611, November 2011. | DOI: 10.2215/CJN.02240311
5. Kapoor M, Dhar M, Mirza A, Saxena V, Pathania M. Factors responsible for Uncontrolled Hypertension in the Adults over 50 years of age: A pilot study from Northern India. Indian Heart J. 2021;73(5):644-646
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1-S127. doi:10.1016/j.kint.2022.06.008
7. Richards N, Harris K, Whitfield M, et al (2008), "Primary care-based disease management of chronic kidney disease (CKD), based on estimated glomerular filtration rate (eGFR) reporting, improves patient outcomes", Nephrol Dial Transplant, 23(2), pp.549-555
8. Shardlow A, McIntyre NJ, Fluck RJ, McIntyre CW, Taal MW (2016), "Chronic Kidney Disease in Primary Care: Outcomes after Five Years in a Prospective Cohort Study", PLoS Med, 13(9), p.e1002128
9. Tsuchida-Nishiwaki M, Uchida HA, Takeuchi H, et al. (2021), "Association of blood pressure and renal outcome in patients with chronic kidney disease; a post hoc analysis of FROM-J study", Sci Rep, 11(1), p. 14990

TÌNH TRẠNG NHIỄM HUMAN PAPILPMAVIRUS Ở CỘNG ĐỒNG PHỤ NỮ TẠI TỈNH PHÚ THỌ

Lê Hạ Long Hải^{1,2}, Nguyễn Kim Đồng²,
Nguyễn Thị Nhung³, Vũ Huy Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Human papillomavirus (HPV) và phân bố các type HPV ở phụ nữ tại cộng đồng tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 1004 phụ nữ sinh sống trên địa bàn tỉnh Phú Thọ được thu thập mẫu làm xét nghiệm định type HPV trong giai đoạn 2022 – 2023. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ tại cộng đồng tỉnh Phú Thọ là 9,5%. 19 type HPV khác nhau được xác định, tỷ lệ nhiễm HPV type 16, 18 lần lượt là 11,6% và 3,2%, không phát hiện trường hợp đồng nhiễm type 16 và 18. 5 type HPV thường gặp nhất lần lượt là 6, 11, 58, 16 và 52 (21,0%, 12,6%, 12,6%, 11,6% và 8,4%). Phụ nữ dưới 27 tuổi có tỉ lệ nhiễm HPV cao hơn các nhóm tuổi khác. **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ tại cộng đồng tỉnh Phú Thọ là 9,5%. 5 type HPV thường gặp nhất lần lượt là 6, 11, 58, 16 và 52. Công tác tiêm vaccine phòng HPV cần chú trọng vào nhóm phụ nữ 9 – 26 tuổi.

Từ khóa: Human papillomavirus, HPV, Phú Thọ

SUMMARY

PREVALENCE OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION AMONG WOMEN IN PHU THO PROVINCE

Objectives: This study aims to assess the prevalence and distribution of human papillomavirus (HPV) among women in Phu Tho province. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 1,004 women residing in Phu Tho province. HPV genotype testing was performed on samples collected between 2022 and 2023. Statistical analyses were carried out using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.0 for Windows. **Results:** The prevalence of HPV infection among women in Phu Tho province was found to be 9.5%. Nineteen distinct HPV types were identified, with the prevalence of HPV types 16 and 18 being 11.6% and 3.2%, respectively. No co-infections of HPV types 16 and 18 were detected. The five most common HPV types were 6, 11, 58, 16, and 52, with prevalences of 21.0%, 12.6%, 12.6%, 11.6%, and 8.4%, respectively. Women under the age of 27 exhibited

higher rates of HPV infection compared to other age groups. **Conclusion:** The prevalence of HPV infection among women in Phu Tho province is 9.5%. The five most prevalent HPV types are 6, 11, 58, 16, and 52. HPV vaccination efforts should prioritize women aged 9–26 years. **Keywords:** Human papillomavirus, HPV, Phu Tho province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Human Papilloma Virus (HPV) là tác nhân truyền nhiễm lây truyền qua đường tình dục phổ biến, gây ra một số bệnh ung thư vùng sinh dục vùng đầu cổ và là nguyên nhân chính gây ung thư cổ tử cung (UTCTC). Khoảng 90% trường hợp nhiễm HPV là thoáng qua, không có triệu chứng và tự thuyên giảm, chỉ một số ít phụ nữ nhiễm HPV phát triển thành UTCTC. Nhiễm HPV dai dẳng với các type HPV nguy cơ cao gây ung thư có liên quan đến sự tiến triển của UTCTC, quá trình này thường mất 15 – 20 năm và có thể phòng ngừa hiệu quả thông qua các chương trình sàng lọc và tiêm phòng vaccine HPV. Mặc dù ngày càng nhiều các type HPV được tìm thấy, tuy nhiên HPV type 16 và 18 (hai loại có thể phòng ngừa được bằng vaccine) là nguyên nhân gây ra hơn 70% tổng số trường hợp UTCTC, từ 41 - 67% tổn thương cổ tử cung mức độ cao và 16 - 32% tổn thương cổ tử cung mức độ thấp. Sau HPV type 16 và 18, sáu type HPV 31, 33, 35, 45, 52 và 58 là nguyên nhân này chiếm thêm 20% số ca UTCTC trên toàn thế giới¹.

Trong nghiên cứu phân tích tổng hợp từ 78 nghiên cứu khác ước tính tỷ lệ nhiễm HPV hiệu chỉnh chung trên toàn thế giới khoảng 10% (khoảng tin cậy 95% 10,2- 10,7). Tại Việt Nam, các nghiên cứu tại cộng đồng tại các địa phương cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ dao động từ 0,9 – 12%. Tỷ lệ nhiễm HPV phụ thuộc vào vùng địa lý, nhóm tuổi, đối tượng phụ nữ khác nhau cũng như tình trạng bệnh lý phụ khoa.

Xác định tỷ lệ nhiễm và phân bố các chủng HPV đóng vai trò rất quan trọng trong sàng lọc ung thư cổ tử cung và chiến lược tiêm vaccine HPV tại cộng đồng. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HPV và phân bố các chủng HPV ở phụ nữ tại cộng đồng tỉnh Phú Thọ, làm cơ sở cho chương trình phòng chống UTCTC hiệu quả hơn tại địa bàn.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bãi Cháy

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huy Lượng

Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024