

đáng kể sau điều trị với  $p < 0,05$ . Đây là nghiên cứu đầu tiên cho thấy sự thay đổi trong hoạt động tiểu cầu ở trẻ em viêm mũi dị ứng trong liệu pháp SLIT thông qua các protein PF4 và BTG. Nồng độ PF4 và BTG giảm giúp giảm phản ứng dị ứng. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng ức chế kích hoạt tiểu cầu trong tuần hoàn hệ thống là một cơ chế quan trọng trong SLIT<sup>7</sup>.

### 3.3.5. Phân tích tác dụng phụ của SLIT.

Có 15 nghiên cứu đề cập đến tác dụng phụ của SLIT, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ khá cao (64,35%) nhưng hầu hết các tác dụng phụ đều nhẹ, chủ yếu là các phản ứng tại chỗ như: ngứa miệng, phù miệng, viêm họng, ngứa tai. Các tác dụng phụ thường xảy ra trong 2 tuần đầu điều trị. Không có trường hợp tử vong nào được báo cáo ở tất cả các nghiên cứu.

Hầu hết các nghiên cứu có thời gian điều trị là 12 tháng, cho kết quả điều trị an toàn và khả năng dung nạp tốt của SLIT. Tuy nhiên số lượng nghiên cứu điều trị trong thời gian dài và đánh giá hiệu quả sau thời gian ngừng SLIT còn hạn chế. Theo hướng dẫn quốc tế của Viện dị ứng và miễn dịch học lâm sàng Châu Âu (EAACI), thời gian tối thiểu điều trị liệu pháp miễn dịch cho cả đường dưới lưỡi và dưới da là 3 năm<sup>8</sup>.

## IV. KẾT LUẬN

Liệu pháp miễn dịch dưới lưỡi mật bụi nhà là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, giúp cải

thiện chất lượng cuộc sống, chức năng miễn dịch, làm giảm triệu chứng viêm mũi dị ứng, giảm nhu cầu sử dụng thuốc cho bệnh nhân viêm mũi dị ứng nhạy cảm với mật bụi nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mims JW.** Epidemiology of allergic rhinitis. Int Forum Allergy Rhinol. 2014;4 Suppl 2:S18-20
2. **Wise SK, Damask C, Roland LT, et al.** International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis - 2023. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;13(4):293-859.
3. **Hoyte FCL, Nelson HS.** Recent advances in allergic rhinitis. F1000Research. 2018;7:F1000 Faculty Rev-1333.
4. **Canonica GW, Cox L, Pawankar R, Baena-Caananani CE, et al.** Sublingual immunotherapy: World Allergy Organization position paper 2013 update. World Allergy Organ J. 2014;7:6.
5. **Spiekma FTM, Dieges PH.** The history of the finding of the house dust mite. J Allergy Clin Immunol. 2004;113(3):573-576.
6. **Camelo-Nunes IC, Solé D.** Allergic rhinitis: indicators of quality of life. J Bras Pneumol Publicacao Of Soc Bras Pneumol E Tisiologia. 2010;36(1):124-133.
7. **Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR.** EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. Allergy. 2018 Apr;73(4):765-798
8. **Chen Y, Zhou L, Yang Y.** Effect of sublingual immunotherapy on platelet activity in children with allergic rhinitis. Braz J Otorhinolaryngol. 2017 Mar-Apr;83(2):190-194.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA MAU (+), UACR (+) VÀ ĐỘ LỌC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY

Phạm Thị Hoa<sup>1</sup>, Phạm Thị Mai<sup>1</sup>, Cao Thị Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đột quy là một bệnh lý mạch máu não phổ biến, có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, bao gồm cả tổn thương thận. Albumin niệu vi thể (MAU) và tỷ số albumin/creatinine niệu (UACR) là những dấu hiệu sớm của tổn thương thận. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa albumin niệu vi thể (MAU) và tỷ số albumin/creatinine niệu (UACR) với độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) ở bệnh nhân đột quy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 202 bệnh nhân đột quy tại Bệnh viện Thống Nhất từ

tháng 8/2023 đến 12/2023. Albumin niệu và creatinine niệu được đo bằng phương pháp miễn dịch độ đục, creatinine huyết tương được đo bằng phương pháp Jaffe động học. eGFR được tính theo công thức CKD-EPI 2021. MAU (+) được định nghĩa khi albumin niệu >20 mg/L và UACR (+) khi UACR >3 mg/mmol. **Kết quả:** Trong số 202 bệnh nhân, 63,4% có MAU (+) và 58% có UACR (+). Bệnh nhân có MAU (+) có creatinine huyết tương trung bình cao hơn và eGFR thấp hơn so với nhóm MAU (-). Tỷ lệ MAU (+) tăng dần khi eGFR giảm dần. Tỷ lệ UACR (+) cũng tăng dần khi eGFR giảm dần. Khi eGFR <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup>, tỷ lệ UACR >30 mg/mmol tăng đáng kể và tỷ lệ UACR <3 mg/mmol giảm đáng kể ( $p=0,003$ ). **Kết luận:** MAU (+) và UACR (+) có liên quan đến giảm eGFR ở bệnh nhân đột quy. UACR có giá trị tốt hơn trong đánh giá mức độ tổn thương thận và tiên lượng bệnh nhân đột quy.

**Từ khóa:** Albumin niệu vi thể; đột quy; độ lọc cầu thận ước tính

<sup>1</sup>Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

<sup>2</sup>Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hoa

Email: phamhoa0993@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 24.9.2024

**SUMMARY****THE RELATIONSHIP BETWEEN MAU (+), UACR (+) AND ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE IN STROKE PATIENTS**

**Background:** Stroke is a common cerebrovascular disease that can cause many dangerous complications, including kidney damage. Microalbuminuria (MAU) and urine albumin-to-creatinine ratio (UACR) are early signs of kidney damage. **Objective:** To investigate the association between microalbuminuria (MAU) and urine albumin-to-creatinine ratio (UACR) with estimated glomerular filtration rate (eGFR) in stroke patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 202 stroke patients at Thong Nhat Hospital from August to December 2023. Urinary albumin and creatinine were measured by immunoturbidimetry, and serum creatinine was measured by kinetic Jaffe method. eGFR was calculated using the CKD-EPI 2021 equation. MAU(+) was defined as urinary albumin >20 mg/L and UACR(+) was defined as >3 mg/mmol. **Results:** Of the 202 patients, 63.4% had MAU (+) and 58% had UACR (+). Patients with MAU (+) had higher mean serum creatinine and lower eGFR than those with MAU (-). The proportion of MAU (+) increased as eGFR decreased. The proportion of UACR (+) also increased as eGFR decreased. When eGFR was <30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, the proportion of UACR >30 mg/mmol increased significantly and the proportion of UACR <3 mg/mmol decreased significantly (p=0.003). **Conclusion:** MAU (+) and UACR (+) are associated with decreased eGFR in stroke patients. UACR is better than MAU in assessing the degree of renal impairment and prognosis of stroke patients.

**Keywords:** Microalbuminuria; stroke; estimated glomerular filtration rate

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quỵ là nguyên nhân đứng hàng thứ hai của tử vong và đứng hàng thứ ba của tàn phế trên toàn cầu. Việt Nam thuộc nhóm những quốc gia có nguy cơ đột quỵ cao nhất thế giới, tỷ lệ ước tính vượt 218/100.000 dân (1).

Bệnh thận mạn (BTM) là tình trạng suy giảm chức năng thận kéo dài. Tổn thương thận làm tăng nguy cơ đột quỵ, và ngược lại, đột quỵ cũng có thể gây tổn thương thận cấp tính. Sự xuất hiện Albumin niệu, biểu hiện qua MAU(+) hoặc UACR(+), là dấu hiệu sớm của tổn thương thận (2). Độ lọc cầu thận ước tính (estimated glomerular filtration rate (eGFR)) là một chỉ số phản ánh chức năng thận.

Mối liên quan giữa MAU, UACR và eGFR ở bệnh nhân đột quỵ đã được nghiên cứu, tuy nhiên còn nhiều kết luận trái ngược. Hầu hết các nghiên cứu trước đây chỉ tập trung vào một chỉ số MAU hoặc UACR mà chưa đánh giá đồng thời cả hai chỉ số này (2-6). Do đó, nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa MAU (+), UACR (+) và eGFR ở bệnh nhân đột quỵ, từ đó xác định

chỉ số nào tốt hơn trong đánh giá mức độ tổn thương thận và tiên lượng bệnh nhân đột quỵ.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ≥18 tuổi, được chẩn đoán đột quỵ trong đó bao gồm (NMN,XHN, TMNTQ), nhập viện tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện Thống Nhất từ 08/2023 đến 12/2023.

**- Tiêu chuẩn chọn mẫu:**

+ Bệnh nhân ≥18 tuổi.  
+ Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ bao gồm các thể lâm sàng: nhồi máu não (NMN), xuất huyết não (XHN) và thiếu máu não thoáng qua (TMNTQ).

+ Bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm albumin niệu, creatinine niệu và creatinine huyết tương.

**- Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân có tiền căn đột quỵ trước đây.  
+ Bệnh nhân đang bị nhiễm trùng tiểu, suy thận mạn đang điều trị thay thế thận, bệnh lý ác tính, viêm mạch máu,...

+ Bệnh nhân không có đầy đủ các dữ liệu khi thu thập số liệu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán và định nghĩa các biến số:** - Cơ TMNTQ là sự khởi phát đột ngột của tình trạng bất thường về thần kinh do nguyên nhân mạch máu khu trú, biến mất trong vòng 24 giờ và không có bằng chứng tổn thương nhu mô não trên hình ảnh học.

- Đột quỵ là sự khởi phát đột ngột của tình trạng bất thường về thần kinh do nguyên nhân mạch máu khu trú, mà tồn tại >24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ mà không có nguyên nhân rõ ràng nào ngoài nguyên nhân mạch máu. Việc phân biệt NMN và XHN dựa vào hình ảnh học.

- Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) theo công thức CKD-EPI 2021:  $eGFR (ml/ph/1.73 m^2 da) = 142 \times (Scre/A)^B \times 0.9938^{tuổi}$  (Công thức trên x1.012 nếu là nữ)

**Trong đó:** - Creatinine huyết thanh được tính bằng mg/dL

- Tuổi: tính bằng năm

- Giá trị của A và B dựa vào nồng độ Creatinine huyết thanh và giới tính như:

**Giá trị của A và B trong công thức CKD-EPI**

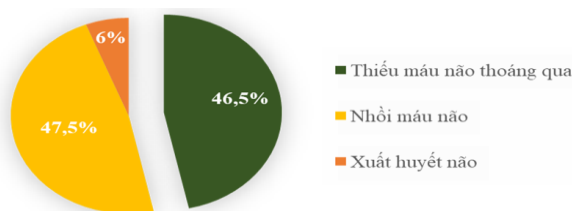
| Giới tính | Creatinin (mg/dl) | A   | B      |
|-----------|-------------------|-----|--------|
| Nam       | ≤0,7              | 0,7 | -0,241 |
|           | >0,7              | 0,7 | -1,2   |
| Nữ        | ≤0,9              | 0,9 | -0,302 |
|           | >0,9              | 0,9 | -1,2   |

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần

mềm SPSS 27.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong số 202 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận có 96 trường hợp NMN (47,5%), 12 trường hợp XHN (6%) và 94 trường hợp cơn TMNTQ (46,5%).



**Hình 8. Phân bố theo thể lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân là thuộc nhóm NMN và TMNTQ. Nhóm XHN chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (6%).

**Bảng 5. Đặc điểm tuổi, giới, creatinine huyết tương theo thể lâm sàng**

|                                      | Chung (n=202) | NMN (n=96) | XHN (n=12) | TMNTQ (n=94) | Giá trị p |
|--------------------------------------|---------------|------------|------------|--------------|-----------|
| Tuổi, TB (ĐLC)                       | 68,4(14,4)    | 69,8(15,1) | 59,1(22,3) | 68,1(11,9)   | 0,051     |
| Nam giới, n(%)                       | 89(44,0)      | 50(52,1)   | 8(66,7)    | 31(33,0)     | 0,008     |
| Creatinine HT (mg/dL)                | 1,1(0,5)      | 1,2(0,5)   | 0,9(0,2)   | 1,0(0,5)     | 0,055     |
| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da) | 70,0(22,5)    | 65,9(23,4) | 81,8(20,0) | 72,7(21,1)   | 0,02      |

**Nhận xét:** - Tuổi trung bình của nhóm NMN tương đương với tuổi trung bình của nhóm TMNTQ, tuổi trung bình của nhóm XHN thấp hơn so với 2 nhóm còn lại, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.  
- Ở các nhóm NMN và XHN tỷ lệ nam > nữ, ngược lại ở nhóm TMNTQ tỷ lệ nữ > nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p= 0.008.  
- Nhóm XHN có eGFR cao hơn so với nhóm NMN và TMNTQ (p=0,02)

### 3.2. Nồng độ albumin niệu và tỷ lệ MAU (+) ở bệnh nhân đột quy theo thể lâm sàng.

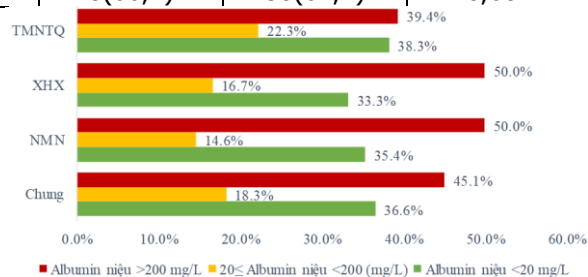
**Bảng 6. Nồng độ albumin niệu và tỷ lệ MAU(+) theo thể lâm sàng**

| Albumin niệu (mg/L) | Chung (n=202) | NMN (n=96)   | XHN (n=12)   | TMNTQ (n=94) | Giá trị P |
|---------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| TB (ĐLC)            | 226,2(230,6)  | 253,5(242,5) | 220,7(226,6) | 198,9(216,2) | 0,265     |
| Tỷ lệ MAU (+) n(%)  | 128(63,4)     | 62(64,6)     | 8(66,7)      | 58(61,7)     | 0,681     |

**Nhận xét:** - Sự khác biệt về nồng độ albumin niệu giữa các thể lâm sàng của đột quy không có ý nghĩa thống kê (P=0,265)

- Tỷ lệ MAU (+) không khác biệt giữa các thể lâm sàng.

Để phân tích sâu hơn về mức độ albumin niệu, chúng tôi chia albumin (+) thành hai mức độ là microalbumin niệu (MAU) và macroalbumin niệu (MacAU) và tính tỷ lệ của chúng ở bệnh nhân đột quy. Kết quả được trình bày trên



**Hình 9. Tỷ lệ các mức albumin niệu theo thể lâm sàng**

**Nhận xét:** - Trong tất cả các nhóm theo thể lâm sàng đều có tỷ lệ MacAU (+) cao hơn tỷ lệ MAU (+)

- Tỷ lệ về từng mức albumin niệu như MAU (-), MAU (+) và MacroAU giữa các nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,302.

### 3.3. Giá trị UACR và tỷ lệ UACR (+) ở bệnh nhân đột quy theo thể lâm sàng.

**Bảng 7. Giá trị UACR theo thể lâm sàng**

|                          | Chung (n=202) | NMN (n=96)   | XHN (n=12)   | TMNTQ (n=94) | Giá trị p |
|--------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| UACR, TB (ĐLC), mg/mmol  | 155,1(184,6)  | 177,8(189,9) | 133,4(157,6) | 134,6(181,4) | 0,252     |
| UACR (+), N (%)          | 117(58,0)     | 57(59,4)     | 8(66,7)      | 52(55,3)     | 0,697     |
| Creatinine niệu TB (ĐLC) | 2,0(3,0)      | 1,8(0,4)     | 1,8(0,4)     | 1,8(0,6)     | 0,197     |

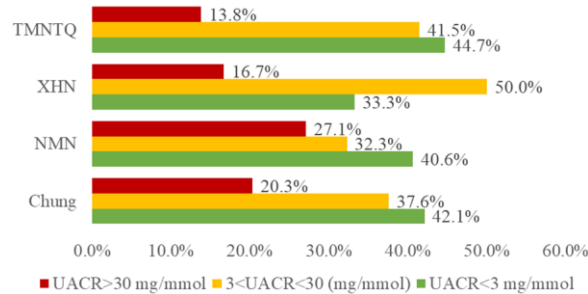
**Nhận xét:**

- Sự khác biệt về giá trị UACR giữa các thể lâm sàng không có ý nghĩa thống kê (P=0,526).

- Sự khác biệt về Tỷ lệ UACR (+) giữa các thể lâm sàng không có ý nghĩa thống kê (P=0,382).

- Sự khác biệt về nồng độ của Creatinine niệu giữa các thể lâm sàng không có ý nghĩa thống kê (p=0,06).

Tiếp theo chúng tôi phân tích sâu hơn về tỷ lệ các mức độ UACR. Kết quả được trình bày trên.



**Hình 10.** Tỷ lệ các mức UACR theo thể lâm sàng

**Nhận xét:** Nhìn chung trong các thể lâm sàng, tỷ lệ UACR từ mức 3-30 đều cao hơn UACR ở mức > 30. Tuy nhiên, không có sự khác nhau về tỷ lệ các mức độ UACR giữa các thể lâm sàng (p=0,117).

**3.4. Môi liên quan giữa MAU (+) với độ lọc cầu thận ước tính eGFR**

**Bảng 8.** Môi liên quan giữa MAU với Creatinine huyết tương và eGFR

|  | MAU (-)<br>(n=77) | MAU (+)<br>(n=125) | Giá trị P |
|--|-------------------|--------------------|-----------|
| Creatinine huyết tương (mg/dL), TB (ĐLC)       | 1,0<br>(0,3)      | 1,1<br>(0,5)       | 0,021     |
| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da), TB (ĐLC) | 74,9<br>(23,4)    | 67,0<br>(21,4)     | 0,015     |

**Nhận xét:** Nhóm có MAU (+) có giá trị trung bình Creatinine huyết tương cao hơn và eGFR thấp hơn so với nhóm có MAU (-).

**Bảng 9.** Liên quan giữa tỷ lệ MAU (+) với các mức eGFR

| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da) | N=202 | MAU (+) |       | Giá trị p |
|--------------------------------------|-------|---------|-------|-----------|
|                                      |       | Tần số  | Tỉ lệ |           |
| >90                                  | 46    | 22      | 47,8  | 0,100     |
| 60-89                                | 90    | 58      | 64,4  |           |
| 30-59                                | 55    | 36      | 65,4  |           |
| <30                                  | 11    | 9       | 81,8  |           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ MAU (+) có khuynh hướng tăng dần theo sự giảm độ lọc cầu thận ước tính. Tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (P=0,100).

**Bảng 10.** Môi liên quan giữa eGFR và các mức nồng độ albumin niệu

| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da) | N=202       | Albumin niệu (mg/L) |              |              | Giá trị p |
|--------------------------------------|-------------|---------------------|--------------|--------------|-----------|
|                                      |             | <20                 | 20-200       | >200         |           |
| >90                                  | 46<br>(100) | 23<br>(50,0)        | 7<br>(15,2)  | 16<br>(34,8) | 0,390     |
| 60-89                                | 90<br>(100) | 31<br>(34,4)        | 16<br>(17,8) | 43<br>(47,8) |           |
| 30-59                                | 55          | 18                  | 12           | 25           |           |

|     |             |             |             |             |
|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|
|     | (100)       | (32,7)      | (21,8)      | (45,5)      |
| <30 | 11<br>(100) | 2<br>(18,1) | 2<br>(18,1) | 7<br>(63,8) |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các mức albumin niệu (MAU (-), MAU (+), và MacroAU) giữa các mức eGFR khác nhau.

**3.4. Môi liên quan giữa UACR (+) với độ lọc cầu thận ước tính eGFR**

**Bảng 11.** Liên quan giữa UACR và eGFR

|  | UACR (-)<br>(n=87) | UACR (+)<br>(n=115) | Giá trị P |
|--|--------------------|---------------------|-----------|
| Creatinine huyết tương (mg/dL), TB (ĐLC)       | 1,0<br>(0,5)       | 1,1<br>(0,4)        | 0,344     |
| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da), TB (ĐLC) | 73,5<br>(24,6)     | 70,0<br>(22,5)      | 0,055     |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa hai nhóm UACR (+) và UACR (-) về giá trị trung bình Creatinine huyết tương và giá trị trung bình của độ lọc cầu thận ước tính.

**Bảng 12.** Môi liên quan giữa tỷ lệ UACR (+) với mức eGFR

| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da) | N=202 | UACR (+) |       | Giá trị p |
|--------------------------------------|-------|----------|-------|-----------|
|                                      |       | Tần số   | Tỉ lệ |           |
| >90                                  | 46    | 19       | 41,3  | 0,114     |
| 60-89                                | 90    | 55       | 61,1  |           |
| 30-59                                | 55    | 34       | 61,8  |           |
| <30                                  | 11    | 7        | 63,6  |           |

**Nhận xét:** Tỷ lệ UACR ≥3 mg/mmol có xu hướng tăng dần khi độ lọc cầu thận giảm dần, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,114).

**Bảng 13.** Môi liên quan giữa eGFR và các mức UACR

| eGFR (ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da) | N=202       | UACR (mg/mmol) |              |              | Giá trị p |
|--------------------------------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-----------|
|                                      |             | <3             | 3-30         | >30          |           |
| >90                                  | 46<br>(100) | 27<br>(58,6)   | 12<br>(26,1) | 7<br>(15,3)  | 0,003     |
| 60-89                                | 90<br>(100) | 35<br>(38,8)   | 39<br>(43,3) | 16<br>(17,9) |           |
| 30-59                                | 55<br>(100) | 21<br>(38,1)   | 23<br>(41,8) | 11<br>(20,1) |           |
| <30                                  | 11<br>(100) | 2<br>(18,1)    | 2<br>(18,1)  | 7<br>(63,8)  |           |

**Nhận xét:** Khi độ lọc cầu thận ước tính eGFR giảm dần, đặc biệt khi eGFR <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, tỷ lệ UACR >30 mg/mmol tăng cũng như tỷ lệ UACR <3 mg/mmol giảm một cách đáng kể, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,003).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng**

**ngiên cứu.** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $68,4 \pm 14,4$  tuổi, với nhóm 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,9%). Tuổi trung bình của nhóm NMN và TMNTQ tương đương nhau và đều lớn hơn tuổi trung bình của nhóm XHN, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hui Zhao (7).

Về giới tính, trong nhóm chung bệnh nhân đột quy, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (56% so với 44%), nhưng nếu xét theo các thể lâm sàng thì có sự khác nhau. Ở nhóm TMNTQ nữ có tỷ lệ cao hơn nam, ngược lại ở các nhóm NMN và XHN, tỷ lệ nam lại cao hơn nữ. Sự khác biệt giữa các nhóm này có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,008$ ). Về mặt lý thuyết, nam giới là yếu tố nguy cơ của đột quy não, do đó tỷ lệ nam > nữ ở bệnh nhân đột quy là hợp lý. Kết quả nghiên cứu có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và chọn mẫu thuận tiện.

**4.2. Nồng độ albumin niệu, giá trị UACR và tỷ lệ MAU (+), UACR (+).** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân đột quy giá trị trung bình của albumin niệu và UACR đều cao (lần lượt là  $226,2 \pm 230,5$  mg/L và  $155,1 \pm 184,6$  mg/mmol). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy giá trị albumin niệu và UACR đều cao ở bệnh nhân đột quy nhưng với mức độ khác nhau. Cụ thể, A.R. Badgujar (4) ghi nhận giá trị trung bình albumin niệu là  $52,9 \pm 21,9$  mg/L. S. Singh (6) ghi nhận giá trị trung bình của albumin niệu trong 24 giờ là  $83,4 \pm 29,0$  mg/ngày. F. Li (4) [4] ghi nhận UACR có giá trị trung bình  $55,2 \pm 62,1$  mg/g.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ MAU (+) và UACR(+) lần lượt là 63,4% và 58%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Anupa Thampy trên bệnh nhân đột quy (5), với MAU (+) là 60%. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác như của A.R. Hammad (2) và Mai Nhật Quang (8) ghi nhận tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 45,9% và 47,3%. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chí loại trừ khác nhau giữa các nghiên cứu.

Khi khảo sát sự khác nhau về nồng độ albumin niệu và tỷ lệ MAU (+) giữa các thể lâm sàng đột quy (NMN, XHN và TMNTQ), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm này ( $p > 0,05$ ). Tương tự, về giá trị của UACR và tỷ lệ UACR (+) cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thể lâm sàng của đột quy ( $p > 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với những ghi nhận của y văn, albumin niệu là gợi ý chỉ điểm tổn thương lớp nội mạc trong các bệnh lý xơ vữa mạch máu, đây là cơ chế sinh lý bệnh chung của NMN, XHN và TMNTQ.

**4.3. Môi liên quan giữa MAU (+) với**

**eGFR.** Nghiên cứu về độ lọc cầu thận ước tính chúng tôi thấy nhóm có eGFR 60-89 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da chiếm tỷ lệ cao nhất (44,5%), nhóm có eGFR <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,4%). Y.Zhou (3) cũng ghi nhận nhóm có eGFR 60-89 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da chiếm tỷ lệ cao nhất (46,8%), nhóm có eGFR <45 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,6%).

Nồng độ creatinine huyết tương trung bình ở nhóm có MAU (-) thấp hơn so với nhóm có MAU (+) (1,0 mg/dL so với 1,1 mg/dL,  $p=0,021$ ). Bên cạnh đó, eGFR ở nhóm có MAU (-) cao hơn so với nhóm MAU (+) (74,9 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da so với 67,0 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da,  $p=0,015$ ). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây (4,5). [4, 5].

Khi xét về mối liên quan giữa tỷ lệ MAU (+) và độ lọc cầu thận ước tính, kết quả cho thấy tỷ lệ MAU (+) tăng dần khi độ lọc cầu thận giảm dần, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,1$ ). Tương tự, tỷ lệ albumin niệu >200 mg/L, tương đương với MacroAU, tăng dần khi độ lọc cầu thận giảm dần và sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,390$ ).

**4.4. Môi liên quan giữa UACR (+) với eGFR.** Đối với UACR, giá trị trung bình của nồng độ creatinine huyết tương ở nhóm có UACR (+) cao hơn so với nhóm UACR (-), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,344$ ). Đồng thời giá trị trung bình của eGFR ở nhóm UACR (+) thấp hơn so với nhóm UACR (-), sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê (70,0 so với 73,5 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da,  $p=0,055$ ).

Khi khảo sát mối liên quan giữa tỷ lệ UACR (+) với các mức eGFR khác nhau, tỷ lệ UACR (>3 mg/mmol) có xu hướng tăng dần khi độ lọc cầu thận giảm dần và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,114$ ). Tuy nhiên, khi khảo sát thêm tiêu chuẩn MacroAU (UACR >30 mg/mmol) thì kết quả cho thấy khi độ lọc giảm dần, đặc biệt khi eGFR <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, tỷ lệ MacroAU tăng cũng như tỷ lệ UACR (-) giảm một cách đáng kể, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p=0,003$ ).

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ MAU(+) ở nhóm chung bệnh nhân đột quy não cấp là 63,4% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ albumin niệu, tỷ lệ MAU(+) giữa các thể lâm sàng đột quy (NMN, XHN và TMNTQ).

- Tỷ lệ MAU(+) có xu hướng tăng theo mức độ giảm của độ lọc cầu thận ước tính (eGFR), nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ UACR (+) ở bệnh nhân đột quy não

cấp là 58%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ albumin niệu, tỷ lệ UACR (+) giữa các thể lâm sàng đột quỵ (NMN, XHN và TMNTQ).

- Khi xét tiêu chuẩn MacroAU (UACR >30 mg/mmol), tỷ lệ này tăng đáng kể khi eGFR <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Sử dụng chỉ số UACR để đánh giá độ lọc cầu thận ước tính có thể hiệu quả hơn so với albumin niệu đơn thuần.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não," (in VN), vol. 5331, 2020.
2. A. Hammad, K. Munir, Y. Fatima, S. Zamir, Q. Khan, and F. Ahmed, "The Prevalence of Microalbuminuria in Patients with Hypertension and Acute Ischemic Stroke," (in eng), Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, vol. 17, pp. 752-754, 06/08 2023, doi: 10.53350/pjmhs2023173752.
3. Y. Zhou et al., "Association of Urine Albumin-Creatinine Ratio and Cystatin C-Based Estimated GFR with Outcomes in Patients with Ischemic Stroke," (in eng), Kidney Blood Press Res, vol. 47, no. 5, pp. 320-328, 2022, doi: 10.1159/000522140.
4. A. R. Badgujar and V. K. Joglekar, "Study of prevalence of microalbuminuria in recent ischaemic stroke at tertiary care hospital," (in eng), Headache, vol. 14, p. 14, 2022.
5. A. Thampy and C. C. Pais, "Early Clinical Implications of Microalbuminuria in Patients with Acute Ischaemic Stroke," (in eng), J Clin Diagn Res, vol. 10, no. 9, pp. Oc29-oc31, Sep 2016, doi: 10.7860/jcdr/2016/19690.8533.
6. S. Singh, H. Singh, and T. P. Singh, "Microalbuminuria in non-diabetic acute ischaemic stroke: prevalence and its co-relation with stroke severity," (in eng), Int J Res Med Sci, vol. 5, no. 3, p. 982986, 2017.
7. H. Zhao, Q. Li, M. Lu, Y. Shao, J. Li, and Y. Xu, "ABCD<sup>2</sup> score may discriminate minor stroke from TIA on patient admission," (in eng), Transl Stroke Res, vol. 5, no. 1, pp. 128-35, Feb 2014, doi: 10.1007/s12975-013-0286-x.
8. Mai Nhật Quang, "Tìm hiểu mối liên quan giữa microalbumin niệu và đột quỵ," presented at the Kỳ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, tháng 10/2011, 2011, 45-49.

## KIẾN THỨC VỀ BỆNH VÀ VACCIN PHÒNG BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG CỦA SINH VIÊN NỮ KHOA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG NĂM 2023

Vương Thị Duyên<sup>1</sup>, Phùng Thế Khang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức về bệnh và vaccin phòng bệnh ung thư cổ tử cung của sinh viên nữ khoa Điều dưỡng Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** sinh viên nghiên cứu đa số chủ yếu là lứa tuổi dưới 20 (93,3%), dân tộc kinh là chủ yếu, độc thân, không có SV mắc tiền sử bệnh mạn tính. Và các bạn tiếp cận thông tin chủ yếu qua mạng xã hội (87%). 92% các bạn sinh viên có kiến thức đúng về UTCTC, chỉ có 8% có kiến thức chưa đúng, chỉ có 62% các bạn sinh viên có kiến thức đúng về HPV. **Kết luận:** Sinh viên có kiến thức đúng về bệnh UTCTC và vaccin phòng bệnh chiếm tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên còn tồn tại kiến thức chưa đúng về đường lây truyền, nguyên nhân chủ yếu gây bệnh. Vì vậy các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe cần được tiếp tục để nâng cao kiến thức về các biện pháp phòng ngừa HPV. **Từ khóa:** ung thư cổ tử cung

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE ABOUT DISEASE AND VACCINE TO PREVENT CERVICAL CANCER OF FEMALE STUDENTS OF NURSING FACULTY OF HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY IN 2023

**Objective:** Describe knowledge about the disease and vaccine to prevent cervical cancer of female students of the Faculty of Nursing, Hai Duong University of Medical Technology in 2023. **Subjects and research methods:** cross-sectional description, Choose a convenient sample. **Results:** The majority of the research students were under the age of 20 (93.3%), mainly of Kinh ethnicity, single, and there were no students with a history of chronic diseases. And they access information mainly through social networks (87%). 92% of students have correct knowledge about UTCTC, only 8% have incorrect knowledge. Only 62% of students have correct knowledge about HPV. **Conclusion:** Students have correct knowledge about cervical cancer and vaccines to prevent the disease, accounting for a fairly high rate. However, there is still incorrect knowledge about the transmission route and the main causes of the disease. Therefore, health education and communication programs need to continue to improve knowledge about HPV prevention measures.

**Keywords:** cervical cancer

<sup>1</sup>Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Duyên  
Email: vuongthiduyen@gmail.com  
Ngày nhận bài: 9.7.2024  
Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024  
Ngày duyệt bài: 27.9.2024