

- Thorac Surg. 2011 Dec;92(6):2041–5.
4. Reich H, Lo AY, Harvey JC. Diaphragmatic hernia following transhiatal esophagectomy. Scand J Thorac Cardiovasc Surg. 1996;30(2):101–3.
 5. Ganeshan DM, Correa AM, Bhosale P, Vaporciyan AA, Rice D, Mehran RJ, et al. Diaphragmatic hernia after esophagectomy in 440 patients with long-term follow-up. Ann Thorac Surg. 2013 Oct;96(4):1138–45.
 6. Vallböhmer D, Hölscher AH, Herbold T, Gutschow C, Schröder W. Diaphragmatic hernia after conventional or laparoscopic-assisted transthoracic esophagectomy. Ann Thorac Surg. 2007 Dec;84(6):1847–52.
 7. Willer BL, Worrell SG, Fitzgibbons RJ, Mittal SK. Incidence of diaphragmatic hernias following minimally invasive versus open transthoracic Ivor Lewis McKeown esophagectomy. Hernia J Hernias Abdom Wall Surg. 2012 Apr;16(2):185–90.
 8. Kent MS, Luketich JD, Tsai W, Churilla P, Federle M, Landreneau R, et al. Revisional surgery after esophagectomy: an analysis of 43 patients. Ann Thorac Surg. 2008 Sep;86(3):975–83; discussion 967–974.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TỔN THƯƠNG THẬN THÔNG QUA CHỈ SỐ EGFR VÀ UACR TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024 – 2025

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Bùi Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Trang²
Nguyễn Thái Hà Dương², Nguyễn Thị Thuý Mậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tổn thương thận thông qua hai chỉ số mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) và tỉ số albumin/creatinin niệu (uACR) trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, đồng thời đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 215 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. Các thông tin được thu thập bằng phỏng vấn, khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 27.0. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có eGFR < 60 mL/phút/1,73 m² là 17,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có uACR ≥ 30 mg/g là 24,2%. Khi kết hợp cả hai chỉ số, tỷ lệ tổn thương thận là 34,4%. Có mối liên quan giữa tình trạng tổn thương thận với số năm tăng huyết áp, tăng acid uric máu, rối loạn lipid máu và một số chỉ số cận lâm sàng. **Kết luận:** Tỷ lệ tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 vẫn ở mức cao. Cần phối hợp đánh giá cả hai chỉ số eGFR và uACR trong sàng lọc tổn thương thận để tránh bỏ sót.

Từ khóa: eGFR, uACR, biến chứng thận, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

ASSESSMENT OF KIDNEY DAMAGE THROUGH EGFR AND UACR INDICATORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY, 2024–2025

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Mậu

Email: thuymauhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 4.7.2025

Objective: This study aimed to determine the prevalence of kidney damage in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) using two key indicators: estimated glomerular filtration rate (eGFR) and urine albumin-to-creatinine ratio (uACR). It also investigated the association between kidney damage and several related factors. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 215 patients with T2DM at the National Hospital of Endocrinology from October 2024 to April 2025. Data were collected through interviews, clinical examinations, and laboratory tests. Statistical analysis was performed using SPSS version 27.0. **Results:** The proportion of patients with eGFR < 60 mL/min/1.73 m² was 17.2%. The proportion with uACR ≥ 30 mg/g was 24.2%. When combining both criteria, the overall prevalence of kidney damage was 34.4%. Significant associations were found between kidney damage and factors such as duration of hypertension, elevated serum uric acid, dyslipidemia, and several laboratory parameters. **Conclusion:** The prevalence of kidney damage among patients with T2DM remains high. Simultaneous evaluation of both eGFR and uACR is essential in screening for kidney damage to avoid underdiagnosis.

Keywords: eGFR, uACR, kidney complications, type 2 diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến và ngày càng gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2021 có khoảng 537 triệu người trưởng thành đang sống chung với đái tháo đường, trong đó ĐTĐ típ 2 chiếm hơn 90% tổng số ca bệnh [1]. Bệnh không chỉ gây tăng glucose máu kéo dài mà còn là nguyên nhân dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, trong đó có bệnh

thận mạn tính (CKD – Chronic Kidney Disease), làm tăng tỷ lệ nhập viện, suy thận giai đoạn cuối, và tử vong do bệnh lý tim mạch [2, 3].

Tổn thương thận do ĐTD (diabetic kidney disease – DKD) là một trong những biến chứng mạn tính nghiêm trọng và thường gặp nhất ở bệnh nhân ĐTD típ 2. Các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân ĐTD típ 2 có tổn thương thận dao động từ 30–40%, tùy thuộc vào phương pháp đánh giá và giai đoạn bệnh [4, 5]. Diễn tiến của DKD thường âm thầm, khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt thì chức năng thận đã suy giảm đáng kể, gây khó khăn trong điều trị và phục hồi chức năng thận.

Hướng dẫn của KDIGO năm 2024 tiếp tục khuyến cáo sàng lọc bệnh thận mạn ở các đối tượng có nguy cơ cao như bệnh nhân ĐTD típ 2, tăng huyết áp, bệnh tim mạch và tiền sử gia đình có bệnh thận. Việc sàng lọc cần được thực hiện định kỳ hàng năm bằng hai chỉ số chính là mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) và tỉ số albumin/creatinin niệu (uACR) [2]. Hai chỉ số này kết hợp với nhau giúp đánh giá cả chức năng lọc của cầu thận và tổn thương ở mức độ vi thể, góp phần phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị hợp lý [3].

Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam, nhiều trường hợp chỉ được kiểm tra eGFR hoặc uACR riêng lẻ, dẫn đến tình trạng bỏ sót tổn thương thận sớm. Do đó, việc áp dụng đồng thời cả hai chỉ số để đánh giá tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTD típ 2 là cần thiết và cấp bách trong bối cảnh hiện nay.

Từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá tình trạng tổn thương thận thông qua chỉ số eGFR và uACR ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2024–2025”, với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ tổn thương thận dựa trên eGFR và uACR; (2) Phân tích mối liên quan giữa tình trạng tổn thương thận với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 215 BN ĐTD típ 2 đến khám và/hoặc điều trị tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 10/2024 đến 04/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

➢ BN được chẩn đoán xác định ĐTD típ 2 theo ADA 2024 dựa vào 1 trong 4 tiêu chí sau:

(1) Glucose huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L).

(2) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng

đường uống ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

(3) HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). Xét nghiệm HbA1c phải được thực hiện bằng phương pháp đã chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

(4) BN có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L).

Chẩn đoán xác định nếu có hai kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng một mẫu máu xét nghiệm hoặc ở hai thời điểm khác nhau đối với tiêu chí (1), (2) hoặc (3); riêng tiêu chí (4): chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất.

➢ BN tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, có đủ năng lực nhận thức và hành vi để trả lời câu hỏi nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đang điều trị thay thế thận; đã xác định bị bệnh thận mạn trước khi đến khám; mắc các bệnh cấp tính (nhiễm trùng, suy giáp, suy gan, suy tim, suy thận cấp; mắc các bệnh ác tính (ung thư); phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn, thăm khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng, thu thập thông tin trên hồ sơ, bệnh án của bệnh nhân và điền vào bệnh án nghiên cứu. Các thông tin thu thập được nhập vào phần mềm Excel.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 27.0.

Tiêu chuẩn đánh giá: Theo KDIGO 2024, chẩn đoán tổn thương thận 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).

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức của bệnh viện Nội tiết Trung Ương. Bệnh nhân trước khi tham gia nghiên cứu được thông báo đầy đủ về mục đích và mục tiêu nghiên cứu, cũng như lợi ích và những ảnh hưởng bất lợi có thể gặp của nghiên cứu tới bệnh nhân. Các thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

215 bệnh nhân Đái tháo đường típ 2 tham gia nghiên cứu có đặc điểm: Tuổi trung bình mắc bệnh ĐTD là $61,09 \pm 11,962$. Số BN trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 59,1%. Nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới gấp 1,53 lần. BMI trung

bình của nhóm nghiên cứu là $23,4 \pm 4,05 \text{ kg/m}^2$, nhóm bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 24,2% và 26,1%.

Bảng 3.1: Kết quả tổn thương thận thông qua chỉ số eGFR trên đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn	MLCT (ml/phút/1,73m ²)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	≥ 90	71	33
2	60 – 89	107	49,8
3a	45 – 59	25	11,6
3b	30 – 44	8	3,7
4 và 5	< 30	4	1,9

Bệnh nhân có MLCT ≥ 90 mL/phút/1,73 m² chiếm 33%; MLCT từ 60 – 89 mL/phút/1,73 m² chiếm 49,8%, MLCT < 60 mL/phút/1,73 m² chiếm 17,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận dựa vào chỉ số eGFR (MLCT < 60 mL/phút/1,73 m²) là 17,2%.

Bảng 3.2: Kết quả tổn thương thận thông qua tỉ số uACR trên đối tượng nghiên cứu

Mức độ	Mô tả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa một số bệnh lý đi kèm và tình trạng tổn thương thận

Đặc điểm	Tổn thương thận		P
	Chưa có tổn thương n (%)	Có tổn thương n (%)	
Đái tháo đường	0 - 5 năm	52 (73,2%)	0,234
	6 - 10 năm	36 (60%)	
	> 10 năm	53 (63,1%)	
Tăng huyết áp	0 - 5 năm	69 (75,8%)	0,018
	6 - 10 năm	28 (53,8%)	
	> 10 năm	44 (61,1%)	
Bệnh tim mạch	Không	99 (67,8%)	0,317
	Có	42 (60,9%)	
RLCH lipid	Không	32 (86,5%)	0,003
	Có	109 (61,2%)	
Béo phì	Không	107 (67,3%)	0,373
	Có	34 (60,7%)	
Tăng acid uric	Không	114 (74%)	<0,001
	Có	27 (44,3%)	

Ở nhóm số năm mắc THA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$) với tình trạng tổn thương thận, trong khi sự khác biệt này trong nhóm số năm mắc ĐTD không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,234$). Về đặc điểm bệnh tim mạch và tình trạng béo phì, sự khác biệt ở hai nhóm bệnh

Chưa có tổn thương	Albumin niệu bình thường	163	75,8
Có tổn thương	Albumin niệu vi thể	39	18,1
	Albumin niệu đại thể	13	6,1

Nhóm nghiên cứu ($n = 215$) có tỷ lệ bệnh nhân tổn thương thận dựa vào tỉ số uACR chiếm 24,2% tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu (18,1% có albumin vi thể và 6,1% có albumin đại thể).

Bảng 3.3: Kết quả tổn thương thận thông qua chỉ số eGFR và tỉ số uACR trên đối tượng nghiên cứu

Tổn thương thận	MLCT <60 mL/phút/1,73 m ²	uACR ≥ 30 mg/g	MLCT <60 mL/phút/1,73 m ² và uACR ≥30 mg/g
Số lượng (n)	37	52	15
Tỷ lệ (%)	17,2%	24,2%	7%
Tổng	37 + 52 - 15 = 74 (34,4%)		

Trong 215 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận dựa vào eGFR và uACR (gồm MLCT < 60 mL/phút/1,73 m² và/hoặc uACR ≥ 30 mg/g) là 34,4%.

nhân so với tình trạng tổn thương thận không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Còn về đặc điểm RLCH lipid thì sự khác biệt ở hai nhóm bệnh nhân có hoặc không có các đặc điểm bệnh lý trên so với tình trạng tổn thương thận là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt và tình trạng tổn thương thận

Đặc điểm	Tổn thương thận		P
	Chưa có tổn thương n (%)	Có tổn thương n (%)	
Hút thuốc lá	Không	108 (68,4%)	0,086
	Đã bỏ	21 (51,2%)	
	Có	12 (75%)	
Uống rượu bia	Không	102 (68,9%)	0,058
	Đã bỏ	29 (65,9%)	

	Có	10 (43,5%)	13 (56,5%)	
Tập thể dục	Không	58 (63,7%)	33 (36,3%)	0,208
	Ít thường xuyên	33 (58,9%)	23 (41,1%)	
	Thường xuyên	50 (73,5%)	8 (26,5%)	

Kết quả cho thấy các đặc điểm về hút thuốc lá, uống rượu bia và tập thể dục so với tình trạng tổn thương thận là có sự khác biệt nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa một số yếu tố cận lâm sàng và tình trạng tổn thương thận

Yếu tố	Tổn thương thận		P
	Chưa có tổn thương ($\bar{X} \pm SD$)	Có tổn thương ($\bar{X} \pm SD$)	
Glucose máu	9,742 \pm 4,601	11,135 \pm 5,444	0,049
HbA1c (%)	9,192 \pm 3,310	9,494 \pm 2,206	0,480
Cholesterol	4,569 \pm 1,497	4,811 \pm 1,832	0,300
Triglycerid	2,525 \pm 2,790	3,327 \pm 3,687	0,075
HDL-C	1,288 \pm 0,320	1,203 \pm 0,378	0,084
LDL-C	2,690 \pm 1,057	2,914 \pm 1,123	0,151
Ure	6,526 \pm 5,332	8,937 \pm 5,592	0,002
Creatinin	72,882 \pm 13,862	121,015 \pm 114,366	< 0,001

Hầu hết các yếu tố cận lâm sàng ở hai nhóm có hoặc không có tổn thương thận có độ tương đồng cao ($p > 0,05$); tuy nhiên có sự khác biệt ở một số yếu tố như glucose máu, ure và creatinin so với tình trạng tổn thương thận có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân ĐTD tip 2 có tổn thương thận được xác định qua eGFR < 60 mL/phút/1,73 m² là 17,2%; qua uACR ≥ 30 mg/g là 24,2%; và khi kết hợp cả hai chỉ số thì tỷ lệ tăng lên 34,4%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thúy Hường và Nguyễn Quang Phúc (2022), với tỷ lệ tổn thương thận là 31,7% khi sử dụng kết hợp eGFR và uACR [4]. Nghiên cứu của Low SKM và cộng sự (2015) tại Singapore cũng cho thấy tỷ lệ albumin niệu vi thể ở bệnh nhân ĐTD tip 2 là 36%, trong khi chỉ có 3% bệnh nhân có tăng creatinin máu, cho thấy vai trò phát hiện sớm của uACR [5].

Về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ, kết quả cho thấy thời gian mắc tăng huyết áp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương thận ($p = 0,018$), đặc biệt ở nhóm có thời gian mắc bệnh trên 10 năm. Tăng huyết áp làm tăng áp lực lọc cầu thận, gây tổn thương các vi mạch thận và thúc đẩy tiến triển albumin niệu. Theo Bun Nhông (2021), bệnh nhân ĐTD tip 2

có tăng huyết áp đi kèm có nguy cơ tổn thương thận cao gấp 2,57 lần so với nhóm không có tăng huyết áp ($p < 0,05$) [6].

Rối loạn lipid máu cũng là yếu tố liên quan chặt chẽ với tổn thương thận trong nghiên cứu này ($p = 0,003$). Các rối loạn như tăng triglycerid, giảm HDL-C, và tăng LDL-C được biết là làm tăng nguy cơ tổn thương nội mô mạch máu và cầu thận. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Toàn (2021) khi ghi nhận nồng độ lipid máu cao có mối liên quan đến xuất hiện albumin niệu vi thể ở bệnh nhân chưa đạt mục tiêu kiểm soát glucose [7].

Ngoài ra, nồng độ acid uric máu cao cũng có mối liên quan đáng kể với tổn thương thận trong nghiên cứu này ($p < 0,001$). Tăng acid uric không chỉ là yếu tố nguy cơ tim mạch mà còn liên quan đến tổn thương vi mạch thận, là dấu hiệu cảnh báo sớm của CKD ở bệnh nhân ĐTD. Nghiên cứu của Trần Đăng Đăng Khoa và cộng sự (2023) cũng ghi nhận mối liên quan này, với nồng độ acid uric trung bình cao hơn rõ rệt ở bệnh nhân ĐTD có tổn thương thận [8].

Một số chỉ số cận lâm sàng khác như glucose máu, ure, và creatinin cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tổn thương và không tổn thương thận. Điều này phản ánh mối liên hệ giữa kiểm soát glucose máu kém, chức năng bài tiết urê/creatinin bị suy giảm và tình trạng tổn thương thận tiến triển. Tuy nhiên, các yếu tố khác như HbA1c, cholesterol toàn phần và các phân suất lipid không đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê, dù có xu hướng bất lợi ở nhóm có tổn thương thận.

Ngược lại, các yếu tố như tuổi, giới, thời gian mắc ĐTD, BMI, tiền sử gia đình, hút thuốc, uống rượu bia và chế độ luyện tập không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với tổn thương thận trong nghiên cứu này. Điều này củng cố nhận định rằng các yếu tố chuyển hóa như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tăng acid uric có vai trò nổi bật hơn trong cơ chế bệnh sinh của DKD.

Từ những kết quả này, chúng tôi nhấn mạnh rằng việc đánh giá tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTD tip 2 nên được thực hiện đầy đủ bằng cả hai chỉ số eGFR và uACR, nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời. Đồng thời, kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ như huyết áp, lipid máu, acid uric và glucose máu cũng là chiến lược then chốt trong phòng ngừa và làm chậm tiến triển tổn thương thận mạn ở bệnh nhân ĐTD tip 2.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận dựa vào chỉ số eGFR (MLCT < 60 mL/phút/1,73 m²) là 17,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận dựa vào tỉ số albumin/creatinin niệu (uACR ≥ 30 mg/g) là 24,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận dựa vào eGFR và uACR (gồm MLCT < 60 mL/phút/1,73 m² và/hoặc uACR ≥ 30 mg/g) là 34,4%.

Tình trạng tổn thương thận có mối liên quan chặt chẽ với số năm tăng huyết áp và tình trạng tăng acid uric máu cũng như tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid máu. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới, BMI, tiền sử gia đình, số năm mắc ĐTD, bệnh lý tim mạch, hút thuốc, uống rượu bia, chế độ tập luyện với tình trạng tổn thương thận trên bệnh nhân ĐTD típ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF Diabetes Atlas 2025.** (n.d.). Diabetes Atlas. Retrieved April 30, 2025, from <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
2. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group.** (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*, 105(4S), S117–S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>
3. **Levin, A., & Stevens, P. E.** (2014). Summary of KDIGO 2012 CKD Guideline: behind the scenes,

- need for guidance, and a framework for moving forward. *Kidney International*, 85(1), 49–61. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.444>
4. **Hương P. T., Phương P. T., & Phúc N. Q.** (2023). Nghiên cứu đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 phát hiện trong năm đầu. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, (69), 81–86. <https://doi.org/10.47122/VJDE.2023.69.14>
 5. **Low, S. K. M., Sum, C. F., Yeoh, L. Y., Tavintharan, S., Ng, X. W., Lee, S. B. M.,... Lim, S. C.** (2015). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 44(5), 164–171.
 6. **Nhông B., Souvannalath P., & Xaiyakham S.** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Khoa Nội tiết-Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội nhân dân Lào. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. <https://doi.org/10.52389/ydls.v17iDB.1437>
 7. **Toàn L. Q., & Hoa N. T. Q.** (2021). Khảo sát biến chứng thận sớm bằng chỉ số albumin/creatinin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*, (50), 171–177. <https://doi.org/10.47122/vjde.2021.50.20>
 8. **Khoa T. Đ. Đ., Toàn N. H., & Kiên N. T.** (2023). Khảo sát tỷ lệ tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 từ 40 tuổi trở lên tại căn thơi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 532(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v532i1.7340>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NÚT MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẨN THƯƠNG GAN CÓ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Thân Văn Sỹ^{1,2}, Nguyễn Đình Thế^{1,2},
Nguyễn Văn Long², Bùi Hải Sơn¹, Trần Quang Lộc^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của nhóm bệnh nhân (BN) chấn thương gan được điều trị bằng can thiệp nút mạch. **Đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp nút mạch điều trị chấn thương gan.** **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với đối tượng nghiên cứu là các BN chấn thương gan được nút mạch tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** Trong 104 BN có độ tuổi trung bình 32,48 ±

15,72 tuổi (5 – 76), chiếm chủ yếu là bệnh nhân nam gồm 74 BN (71,2%). Theo phân độ của Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (World Society of Emergency Surgery - WSES) năm 2020, gồm có 31 BN (28,4%) độ II, 72 BN (66,1%) độ III và 6 BN (5,5%) độ IV. Trong số 36 bệnh nhân cần truyền máu trước can thiệp, lượng máu trung bình là 3,39 ± 2,83 đơn vị. Thành công về mặt kỹ thuật sau lần nút mạch đầu tiên đạt 100%. Tỷ lệ thành công về lâm sàng ở lần nút mạch đầu tiên đạt 84,6%, có 1 trường hợp (1%) nút mạch lần hai và 14 BN (13,5%) chuyển mổ cấp cứu. Thời gian nằm viện trung bình là 15 ± 9,5 ngày. Các biến chứng bao gồm 02 BN rò mật, 01 BN biloma và 01 BN hoại tử túi mật kèm với hoại tử nhu mô gan, không có BN tử vong do nút mạch. **Kết luận:** Nút mạch trong điều trị chấn thương gan là phương pháp điều trị an toàn, đạt tỷ lệ thành công cao trong điều trị bảo tồn chấn thương gan. Phân loại chấn thương gan theo WSES năm 2020 giúp định hướng phương pháp điều trị. **Từ khóa:** Chấn thương gan; tổn thương động mạch gan; nút mạch.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Thế

Email: nguyendinhthe@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025

Ngày duyệt bài: 4.7.2025