

vụ y tế cơ bản và quản lý nguy cơ tim mạch ở tuyến cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng mắc bệnh tim mạch của 700 người cao tuổi tại huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình cho thấy: tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch thường gặp nhất với tỷ lệ 54,43%, tiếp theo là bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch não và rối loạn nhịp tim, với tỷ lệ là 19%, 17,71% và 10,57%. Có 2,86% người cao tuổi mắc suy tim. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh tim mạch giữa các nhóm trình độ học vấn và nghề nghiệp. Cụ thể, tỷ lệ mắc bệnh tim mạch cao nhất được ghi nhận ở nhóm không đi học/mù chữ (68,0%) và trình độ tiểu học (64,2%), trong khi thấp nhất ở nhóm có trình độ cao đẳng, đại học (45,2%). Tỷ lệ mắc bệnh tim mạch nhiều nhất ở nhóm người hưu trí với 61,5%, ít hơn là nhóm nông dân và làm nghề tự do lần lượt là 58,5% và 52,9%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh tim mạch ở các dân tộc khác nhau.

VI. LỜI CẢM ƠN

Số liệu bài báo được lấy từ đề tài: "Nghiên cứu thực trạng, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi mắc bệnh tim mạch và hiệu quả một số kỹ thuật điều trị" của Bộ Khoa học và Công

nghệ. Mã số: ĐTDL.CN.52/21.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới các thành viên nghiên cứu thuộc tổ chức chủ trì và phối hợp thực hiện đề tài là Bệnh viện Thống Nhất và Học viện Quân y, cùng toàn thể các đối tượng tham gia thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (2021). Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO Press. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Trần Thị Thúy Hà (2019). Thực trạng sức khỏe người cao tuổi trong một số câu lạc bộ sức khỏe tại Hải Phòng năm 2018. Tạp chí Y học dự phòng, 29(9).
3. Nguyễn Xuân Kiên, Hoàng Thị Trường, Nguyễn Văn Chuyên, và cộng sự (2023). Thực trạng mắc một số bệnh lý tim mạch thường gặp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022. Tạp chí Y học Cộng đồng, 64(3).
4. Nguyễn Hoàng Định, Huỳnh Bích Nhiêu (2016). Chất lượng cuộc sống người bệnh tăng huyết áp. Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam 12: 37-42.
5. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) (2017). Global Health Estimates: Cardiovascular diseases. Geneva: WHO Press.
6. Jilani M. H., Javed Z., Yahya T., et al. (2021). Social Determinants of Health and Cardiovascular Disease: Current State and Future Directions Towards Healthcare Equity. Curr Atheroscler Rep, 23(9): 55.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT NÃO ĐƯỢC HỒI SỨC TÍCH CỰC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não và phân tích yếu tố tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não được hồi sức tích cực tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có phân tích, thực hiện trên 83 bệnh nhân xuất huyết não được hồi sức tích cực tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Trong 83 bệnh nhân xuất huyết não được hồi sức tích cực, tuổi trung bình là $61,3 \pm 13,5$; 38,6% ≥ 65 tuổi và 67,5% là nam giới. Tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt 75,9% và 25,3%. Điểm GCS trung bình khi nhập viện là $8,4 \pm 3,1$, với 57,8% có GCS ≤ 8 . Tỷ lệ thở máy xâm nhập là 79,5%; 33,7% được can thiệp ngoại thần kinh. Tử

vong trong viện chiếm 37,3%; 32,5% sống có di chứng nặng. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy GCS ≤ 8 (OR = 5,12; $p < 0,001$), tuổi ≥ 65 (OR = 3,42; $p = 0,015$), xuất huyết thân não (OR = 2,98; $p = 0,036$) và lactate $> 2,5$ mmol/L (OR = 4,76; $p < 0,01$) là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tử vong. **Kết luận:** Xuất huyết não có tỷ lệ tử vong và di chứng cao dù đã được điều trị tích cực. Một số yếu tố như tuổi cao, thang điểm hôn mê Glasgow thấp, xuất huyết thân não và tăng lactate máu là các yếu tố tiên lượng cần theo dõi sát trong điều trị. **Từ khóa:** Xuất huyết não, GCS, thở máy xâm nhập

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH INTRACEREBRAL HEMORRHAGE MANAGED IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate treatment outcomes and analyze prognostic factors in patients with intracerebral hemorrhage (ICH) receiving intensive

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanbdi175@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

care at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive and analytical study was conducted on 83 patients with ICH admitted to the intensive care unit at Military Hospital 175 from December 2023 to December 2024. **Results:** Among 83 patients, the mean age was 61.3 ± 13.5 years; 38.6% were aged ≥ 65 years, and 67.5% were male. Hypertension and diabetes mellitus were present in 75.9% and 25.3% of cases, respectively. The mean Glasgow Coma Scale (GCS) score at admission was 8.4 ± 3.1 , with 57.8% having $GCS \leq 8$. Invasive mechanical ventilation was required in 79.5% of patients, and 33.7% underwent neurosurgical interventions. In-hospital mortality was 37.3%; 32.5% survived with severe disability. Multivariate logistic regression identified $GCS \leq 8$ (OR = 5.12; $p < 0.001$), age ≥ 65 years (OR = 3.42; $p = 0.015$), brainstem hemorrhage (OR = 2.98; $p = 0.036$), and lactate > 2.5 mmol/L (OR = 4.76; $p < 0.01$) as independent predictors of mortality. **Conclusion:** Intracerebral hemorrhage is associated with high rates of mortality and disability despite intensive treatment. Advanced age, low Glasgow Coma Scale scores, brainstem hemorrhage, and elevated blood lactate levels are important prognostic factors that require close monitoring during clinical management.

Keywords: Intracerebral hemorrhage, Glasgow Coma Scale (GCS), invasive mechanical ventilation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết não (XHN) vẫn là một trong những dạng đột quỵ gây tổn thương nghiêm trọng nhất, với tỷ lệ tử vong cao và di chứng lâu dài ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trên toàn thế giới. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chăm sóc hồi sức, các phương pháp điều trị hiệu quả vẫn còn hạn chế, khiến tiên lượng của bệnh nhân XHN thường rất xấu và gây ra tâm lý bi quan trong quản lý lâm sàng. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, các kỹ thuật can thiệp phẫu thuật và y học đã có nhiều bước tiến đáng kể nhằm cải thiện kết quả điều trị. Đặc biệt, các phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, như phẫu thuật nội soi, đã chứng minh hiệu quả vượt trội trong việc loại bỏ khối máu tụ và phục hồi chức năng so với phẫu thuật mở truyền thống, mở ra hướng đi mới trong quản lý phẫu thuật XHN [1]. Bên cạnh đó, việc xác định các yếu tố tiên lượng như điểm Glasgow Coma Scale (GCS), thể tích khối máu tụ, và các chỉ số đông máu đã giúp xây dựng các mô hình dự báo nguy cơ, từ đó cá thể hóa phương pháp điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân [2]. Các thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát quan trọng trong giai đoạn 2023-2024 cũng đã khẳng định lợi ích của các dịch vụ chăm sóc hồi sức, phẫu thuật lấy máu tụ xâm lấn tối thiểu sớm, hồi sức chống đông, và kiểm soát huyết áp tích cực, đánh dấu một bước tiến mới trong điều

trị XHN, thay đổi quan điểm bi quan trước đây [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về xuất huyết não đã được thực hiện khá đa dạng, tập trung vào đánh giá kết quả điều trị, các yếu tố tiên lượng, tuy nhiên dữ liệu vẫn còn nhiều hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não được hồi sức tích cực tại Bệnh viện Quân y 175*" nhằm mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân xuất huyết não và (2) phân tích yếu tố tiên lượng bệnh nhân xuất huyết não được hồi sức tích cực tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 83 bệnh nhân (BN) nhập viện và được chẩn đoán xuất huyết não, được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - BN được chẩn đoán xuất huyết não: Theo định nghĩa đột quỵ của Tổ chức Y tế thế giới 1989

- BN hoặc người nhà BN đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN có tiền sử suy tim, suy thận mạn tính, suy thượng thận, suy giáp, bệnh lý tuyến yên, lao màng não, chảy máu thứ phát sau nhồi máu não; BN sử dụng thuốc chống đông, bệnh nhân mắc các bệnh gây rối loạn đông máu.

- BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thu thập tất cả BN được chẩn đoán xuất huyết não, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Nội dung và chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới; Tiền sử bệnh: THA, ĐTĐ, đột quỵ não; điểm GCS.

- Chỉ số cận lâm sàng thời điểm nhập viện của bệnh nhân: Natri máu (mmol/L), Kali máu (mmol/L), Glucose máu (mmol/L), Hemoglobin (g/dL), Tiểu cầu (G/L), INR, Lactate (mmol/L).

- Các biện pháp can thiệp điều trị; kết quả điều trị.

- Phân tích đơn biến và đa biến đánh giá các yếu tố liên quan đến tử vong.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Nhập số liệu phần mềm Excel 2016. Thống kê

mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS 22.0. Kiểm định sự khác biệt với các biến định tính Fisher's Exact test hoặc Chi-Square tests, McNemar test. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xác định mối liên quan. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng lúc nhập viện (n=83)

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD/n (%)
Tuổi (năm)	61,3 $\pm$ 13,5
Nhóm tuổi ≥ 65	32 (38,6%)
Giới tính	Nam: 56 (67,5%) – Nữ: 27 (32,5%)
Tăng huyết áp	63 (75,9%)
Đái tháo đường	21 (25,3%)
Tiền sử đột quỵ	12 (14,5%)
GCS trung bình khi vào viện	8,4 $\pm$ 3,1
Glasgow ≤ 8	48 (57,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,3 $\pm$ 13,5; nhóm ≥ 65 tuổi chiếm 38,6%. Nam giới chiếm 67,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 75,9% và 25,3%. GCS trung bình khi nhập viện là 8,4 $\pm$ 3,1; 57,8% có GCS ≤ 8 .

Bảng 2. Chỉ số cận lâm sàng thời điểm nhập viện của bệnh nhân (n=83)

Chỉ số	Trung bình $\pm$ SD
Natri máu (mmol/L)	136,2 $\pm$ 5,1
Kali máu (mmol/L)	4,3 $\pm$ 0,7
Glucose máu (mmol/L)	9,8 $\pm$ 3,1
Hemoglobin (g/dL)	12,4 $\pm$ 1,9
Tiểu cầu (G/L)	190 $\pm$ 52
INR	1,22 $\pm$ 0,18
Lactate (mmol/L)	2,6 $\pm$ 1,3

Nhận xét: Nồng độ natri và kali máu trung bình lần lượt là 136,2 $\pm$ 5,1 mmol/L và 4,3 $\pm$ 0,7 mmol/L. Glucose máu trung bình là 9,8 $\pm$ 3,1 mmol/L. Hemoglobin trung bình là 12,4 $\pm$ 1,9 g/dL; tiểu cầu 190 $\pm$ 52 G/L. INR trung bình là 1,22 $\pm$ 0,18; lactate máu là 2,6 $\pm$ 1,3 mmol/L.

Bảng 3. Các biện pháp can thiệp điều trị (n=83)

Biện pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thở máy xâm nhập	66	79,5
Dẫn lưu não thất/mở sọ giải áp	28	33,7
Truyền huyết tương/tiểu cầu	34	41,0
Thuốc hạ áp	61	73,5
Kiểm soát đường huyết tích cực	49	59,0

Nhận xét: Có 79,5% bệnh nhân được thở máy xâm nhập, 33,7% can thiệp ngoại thần

kinh. Truyền chế phẩm máu được thực hiện ở 41,0% trường hợp. Thuốc hạ áp và kiểm soát đường huyết tích cực lần lượt áp dụng cho 73,5% và 59,0% bệnh nhân.

Bảng 4. Kết quả điều trị (n=83)

Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tử vong trong viện	31	37,3
Sống có di chứng nặng (mRS ≥ 4)	27	32,5
Sống và phục hồi chức năng (mRS ≤ 3)	25	30,1
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	7,8 $\pm$ 3,4	
Tổng thời gian nằm viện (ngày)	14,1 $\pm$ 5,2	

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong trong viện là 37,3%. 32,5% sống có di chứng nặng (mRS ≥ 4), 30,1% phục hồi chức năng (mRS ≤ 3). Thời gian nằm hồi sức trung bình là 7,8 $\pm$ 3,4 ngày, tổng thời gian nằm viện trung bình là 14,1 $\pm$ 5,2 ngày.

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tử vong (n=83)

Yếu tố	Sống (n=52)	Tử vong (n=31)	p
Tuổi ≥ 65	13(25,0%)	19(61,3%)	<0,01
GCS ≤ 8	21(40,4%)	27(87,1%)	<0,001
Xuất huyết thân não	9(17,3%)	16(51,6%)	<0,01
Lactate $> 2,5$ mmol/L	11(21,2%)	22(71,0%)	<0,001
Có phù não trên CT	14(26,9%)	23(74,2%)	<0,001
Cần thở máy > 5 ngày	10(19,2%)	18(58,1%)	<0,01

Nhận xét: Các yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm sống và tử vong bao gồm: tuổi ≥ 65 ($p < 0,01$), GCS ≤ 8 ($p < 0,001$), xuất huyết thân não ($p < 0,01$), lactate $> 2,5$ mmol/L ($p < 0,001$), phù não trên CT ($p < 0,001$), và thở máy > 5 ngày ($p < 0,01$).

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố tiên lượng tử vong (n = 83)

Yếu tố tiên lượng	OR (95% CI)	p
GCS ≤ 8	5,12 (2,01 – 13,05)	<0,001
Tuổi ≥ 65	3,42 (1,28 – 9,17)	<0,05
Xuất huyết thân não	2,98 (1,08 – 8,20)	<0,05
Lactate $> 2,5$ mmol/L	4,76 (1,80 – 12,60)	<0,01

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy GCS ≤ 8 (OR = 5,12; $p < 0,001$), tuổi ≥ 65 (OR = 3,42; $p = 0,015$), xuất huyết thân não (OR = 2,98; $p = 0,036$) và lactate $> 2,5$ mmol/L (OR = 4,76; $p < 0,01$) là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 83 bệnh nhân nhập viện cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,3 $\pm$ 13,5 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 65 chiếm gần 40%. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế

(67,5%) tương đồng với các nghiên cứu trước đây về bệnh lý thần kinh nặng, trong đó nam giới thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn do nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến lối sống và bệnh lý nền [2], [4]. Tăng huyết áp là bệnh lý nền phổ biến nhất (75,9%), tiếp theo là đái tháo đường (25,3%), kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp và đái tháo đường là các yếu tố nguy cơ chính của đột quỵ và các tổn thương não nghiêm trọng [5]. Điểm GCS trung bình khi nhập viện là $8,4 \pm 3,1$, với hơn một nửa bệnh nhân (57,8%) có $GCS \leq 8$, thể hiện tình trạng lâm sàng nặng nề, cần được can thiệp tích cực. Điều này phù hợp với các báo cáo cho thấy GCS thấp là chỉ số tiên lượng quan trọng trong các bệnh lý thần kinh cấp tính [6].

Các chỉ số cận lâm sàng như natri, kali, glucose, hemoglobin, tiểu cầu, INR và lactate đều nằm trong phạm vi trung bình nhưng có sự biến động nhất định. Đặc biệt, mức lactate trung bình là $2,6 \pm 1,3$ mmol/L, trong đó lactate $> 2,5$ mmol/L được xác định là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập ($OR = 4,76$; $p < 0,01$). Lactate máu tăng cao phản ánh tình trạng thiếu oxy mô và rối loạn chuyển hóa, được nhiều nghiên cứu đánh giá là chỉ số dự báo xấu trong các bệnh lý thần kinh nặng [7].

Về các biện pháp điều trị, tỷ lệ thở máy xâm nhập cao (79,5%) và can thiệp ngoại thần kinh (33,7%) cho thấy mức độ nặng của bệnh nhân khi nhập viện. Việc sử dụng thuốc hạ áp (73,5%) và kiểm soát đường huyết tích cực (59,0%) là phù hợp với các hướng dẫn điều trị hiện hành nhằm kiểm soát các yếu tố nguy cơ và ổn định tình trạng bệnh nhân [8].

Tỷ lệ tử vong trong viện là 37,3%, tương đối cao nhưng phù hợp với nhóm bệnh nhân có GCS thấp và các tổn thương nghiêm trọng như xuất huyết thân não. Tỷ lệ sống với di chứng nặng ($mRS \geq 4$) chiếm 32,5%, trong khi chỉ có 30,1% bệnh nhân phục hồi chức năng tốt ($mRS \leq 3$). Điều này phản ánh tính chất nặng nề và hậu quả lâu dài của bệnh lý thần kinh cấp tính trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Những phát hiện này tương tự với các nghiên cứu trước đây cho thấy chấn thương sọ não nặng, được đánh giá qua điểm GCS thấp, có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao và tỷ lệ di chứng đáng kể [9].

Phân tích đơn biến và đa biến cho thấy các yếu tố tiên lượng tử vong bao gồm: $GCS \leq 8$, tuổi ≥ 65 , xuất huyết thân não và lactate $> 2,5$ mmol/L. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó GCS thấp và tuổi cao được xem là các yếu tố tiên lượng xấu nhất trong các bệnh lý thần kinh nặng [8], [10]. Xuất

huyết thân não là tổn thương não nghiêm trọng, liên quan mật thiết đến tỷ lệ tử vong cao do vị trí và kích thước tổn thương. Ngoài ra, mức lactate tăng cao cũng được xác định là chỉ số sinh học phản ánh tình trạng thiếu oxy mô và rối loạn chuyển hóa, góp phần tiên lượng xấu [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tử vong cao (37,3%) ở bệnh nhân xuất huyết não nặng, với các yếu tố tiên lượng độc lập gồm: $GCS \leq 8$, tuổi ≥ 65 , xuất huyết thân não và tăng lactate máu. Kết quả nhấn mạnh nhu cầu theo dõi sát và can thiệp tích cực cho nhóm nguy cơ cao nhằm cải thiện tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Noiphithak R., Yindeedee V., Ratanavinitkul W. và cộng sự.** (2023). Treatment outcomes between endoscopic surgery and conventional craniotomy for spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage: a randomized controlled trial. *Neurosurg Rev*, 46(1), 136.
2. **Feng H., Wang X., Wang W. và cộng sự.** (2023). Risk factors and a prediction model for the prognosis of intracerebral hemorrhage using cerebral microhemorrhage and clinical factors. *Front Neurol*, 14.
3. **Seiffge D.J. và Anderson C.S.** (2024). Treatment for intracerebral hemorrhage: Dawn of a new era. *Int J Stroke*, 19(5), 482–489.
4. **Feigin V.L., Norrving B., và Mensah G.A.** (2017). Global Burden of Stroke. *Circ Res*, 120(3), 439–448.
5. **O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S. và cộng sự.** (2016). Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*, 388(10046), 761–775.
6. **Teasdale G. và Jennett B.** (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: A Practical Scale. *The Lancet*, 304(7872), 81–84.
7. **Liu G., Lv H., An Y. và cộng sự** (2017). Early lactate levels for prediction of mortality in patients with sepsis or septic shock: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 10(1):37-47.
8. **Hemphill J.C., Greenberg S.M., Anderson C.S. và cộng sự.** (2015). Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 46(7), 2032–2060.
9. **Elkbuli A., Breeding T., Ngatuvai M. và cộng sự.** (2023). Glasgow Coma Scale Intubation Thresholds and Outcomes of Patients With Traumatic Brain Injury: The Need for Tailored Practice Management Guidelines. *The American Surgeon™*, 89(12), 6098–6113.
10. **Xu J., Li S., Lui K.Y. và cộng sự.** (2022). The neutrophil-to-lymphocyte ratio: A potential predictor of poor prognosis in adult patients with trauma and traumatic brain injury. *Front Surg*, 9.

ĐẶC ĐIỂM CƯỜNG CẬN GIÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ

Ngô Thị Nguyệt¹, Đỗ Trung Quân¹, Nguyễn Hữu Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỉ lệ cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Bạch Mai, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng nghiên cứu:** Lựa chọn ngẫu nhiên 107 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có lọc máu tại trung tâm thận - tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tỉ lệ cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ là 57.0%, nồng độ PTH trung bình là 39.99 ± 25.68 pmol/l, có mối tương quan chặt chẽ giữa nồng độ PTH, calci, phospho. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ngứa, nhìn mờ và tê bì/rối loạn cảm giác. **Kết luận:** Cường cận giáp là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ nên cần được phát hiện và điều trị kịp thời. **Từ khóa:** cường cận giáp, PTH, đái tháo đường típ 2, lọc máu chu kỳ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HYPERPARATHYROIDISM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND END-STAGE RENAL DISEASE UNDERGOING HEMODIALYSIS

Objectives: To determine the prevalence of hyperparathyroidism in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis at the Center for Nephrology, Urology, and Hemodialysis, Bach Mai Hospital, and to describe the clinical, laboratory characteristics, and related factors of hyperparathyroidism in this patient group. **Patients and method:** A random sample of 107 patients with T2DM undergoing hemodialysis at the Center for Nephrology, Urology, and Hemodialysis, Bach Mai Hospital, from July 2024 to July 2025. **Results:** The prevalence of hyperparathyroidism in T2DM patients undergoing hemodialysis was 57.0%, with an average parathyroid hormone (PTH) level of 39.99 ± 25.68 pmol/L. There was a strong correlation between PTH, calcium, and phosphorus levels. Common clinical symptoms included pruritus, blurred vision, and numbness/sensory disturbances. **Conclusion:** Hyperparathyroidism is a common complication in T2DM patients undergoing

hemodialysis, necessitating early detection and timely treatment. **Keywords:** Hyperparathyroidism, PTH, type 2 diabetes mellitus, hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD - End Stage Renal Disease) trên toàn thế giới, đòi hỏi các phương pháp điều trị thay thế thận như lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận[1]. Theo thống kê tại Hoa Kỳ, đái tháo đường chiếm khoảng 50% các trường hợp suy thận mới trong ba thập kỷ qua, và con số này đang gia tăng do sự phổ biến của bệnh lý này trên toàn cầu[2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối cũng ngày càng tăng, kéo theo gánh nặng lớn về y tế và kinh tế.

Cường cận giáp thứ phát là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đặc biệt ở những người lọc máu chu kỳ. Biến chứng này xảy ra do rối loạn chuyển hóa calci, phospho và vitamin D, dẫn đến tăng tiết hormone tuyến cận giáp (PTH). Cường cận giáp thứ phát làm tăng nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng như bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch (ASCVD), suy tim, gãy xương, thiếu máu kháng trị, vôi hóa mạch máu và mô mềm, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong sớm[1]. Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, tình trạng rối loạn chuyển hóa do bệnh lý nền càng làm trầm trọng thêm các biến chứng liên quan đến cường cận giáp.

Việc phát hiện sớm và điều trị cường cận giáp thứ phát đóng vai trò quan trọng trong quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối[3]. Các xét nghiệm như đo nồng độ PTH, calci, phospho, và siêu âm tuyến cận giáp đã trở thành công cụ hữu ích trong chẩn đoán sớm[4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc sàng lọc và chẩn đoán cường cận giáp ở nhóm bệnh nhân này chưa được thực hiện đồng bộ và thường xuyên. Các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lọc máu chu kỳ còn hạn chế, ngay cả tại các cơ sở y tế chuyên sâu.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến cường cận giáp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ" với hai mục tiêu chính:

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Nguyệt

Email: ngonguyet7898@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025