

phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng và giảm biến chứng ở bệnh nhân XCB.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,1 \pm 13,4$ tuổi và bệnh nhân nữ giới chiếm ưu thế với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 4/1.
- Phần lớn bệnh nhân XCB có các biểu hiện lâm sàng của tổn thương đường tiêu hóa ở mức độ nhẹ. Triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản gặp chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng với tỷ lệ 68,5%, theo sau là triệu chứng són phân (tỷ lệ 24,3%).
- Bệnh nhân XCB toàn thể có tổng điểm của tổn thương trào ngược dạ dày-thực quản và mức độ giảm sút sức khỏe tinh thần cao hơn rõ rệt so với nhóm XCB thể khu trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abignano G, et al.** UCLA Scleroderma Clinical Trials Consortium Gastrointestinal Tract 2.0 Reflux Scale Correlates With Impaired Esophageal Scintigraphy Findings in Systemic Sclerosis.
2. **Elhai M, et al** (2012). Trends in mortality in patients with systemic sclerosis over 40 years: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Rheumatology* (Oxford)
3. **Di Ciommo Fr, et al.** Gastro-Intestinal Involvement In Systemic Sclerosis: Importance Of An Early Diagnosis Through Population Screening And The "UCLA SCTC GIT 2.0" Questionnaire. *Annals Of The Rheumatic Diseases*. 2023.
4. **Murray CD, et al.** Gastrointestinal involvement in systemic sclerosis: an update. *Rheumatology* (Oxford). 2006.
5. **Meier FMP, et al.** Update on the profile of the EUSTAR cohort: an analysis of the EULAR Scleroderma Trials and Research group database. *Ann Rheum Dis*. 2012.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BIẾN CHỨNG BỆNH THẬN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC KẠN

Hoàng Thị Hà^{1,2}, Trần Tuấn Tú², Phan Duy Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng bệnh thận mạn điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 150 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng bệnh thận mạn tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là $62,7 \pm 17,3$ (tuổi); tỷ lệ nam/nữ ~2,19/1. Số năm mắc ĐTĐ là $14,4 \pm 5,5$ (năm); số năm có BTM do ĐTĐ là $6,7 \pm 3,1$. Biến chứng khác do ĐTĐ thường gặp nhất là biến chứng bàn chân 64,0%; biến chứng mắt 62,0%. BMI trung bình $24,2 \pm 3,67$ (kg/m²); HATT trung bình $129,4 \pm 16,1$ (mmHg); HATT trung bình $76,6 \pm 8,4$ (mmHg); Có 18,0% bệnh nhân phù; 10,0% có khó thở. Ở nữ giới, tỷ lệ thiếu máu nhẹ chiếm chủ yếu 40,4%. Ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng là 1,9%; thiếu máu trung bình 8,7%; thiếu máu nhẹ 41,7%. G_o lúc đói >10 (mmol/l) 62,7%; HbA1C ≥ 7 (%) 48,0%. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 chiếm tỉ lệ 4,0%; giai đoạn 4 là 4,7%; giai đoạn 3b là 16,7%; giai đoạn 3a là 20,0%; giai đoạn 2 là 27,3%; giai đoạn 1 là 27,3%. Tỷ lệ ACR < 30 mg/g 38,0%; Tăng mức độ trung bình (ACR

30-300 mg/g) 50,7%; Tăng mức độ nặng: ACR > 300 mg/g là 11,3%. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi, nam giới, với thời gian mắc bệnh kéo dài. Biến chứng bàn chân và mắt thường gặp. Tình trạng rối loạn chuyển hóa (tăng triglycerid, tăng glucose máu lúc đói, HbA1c ≥ 7 %) và thiếu máu xuất hiện với tỉ lệ cao. Mức lọc cầu thận chủ yếu ở các giai đoạn sớm đến trung bình. Việc phát hiện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ là cần thiết để làm chậm tiến triển bệnh thận mạn và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại tuyến tỉnh.

Từ khóa: Bệnh thận đái tháo đường, ACR, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE COMPLICATIONS TREATED AT BAC KAN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) complicated by chronic kidney disease (CKD) who were treated at Bac Kan Provincial General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 patients with type 2 diabetes mellitus and concurrent chronic kidney disease receiving treatment at Bac Kan Provincial General Hospital. **Results:** The mean age of participants was 62.7 ± 17.3 years, with a male-to-female ratio of approximately 2.19:1. The average duration of diabetes was 14.4 ± 5.5 years, and the mean duration of diabetic kidney disease was

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phan Duy Nguyên

Email: nguyentrang.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

6.7 ± 3.1 years. The most common diabetes-related complications were diabetic foot (64.0%) and diabetic retinopathy (62.0%). The mean body mass index (BMI) was 24.2 ± 3.67 kg/m²; average systolic blood pressure was 129.4 ± 16.1 mmHg; and average diastolic blood pressure was 76.6 ± 8.4 mmHg. Edema was observed in 18.0% of patients, and dyspnea in 10.0%. Among female patients, mild anemia was most prevalent (40.4%), while in male patients, the prevalence of severe, moderate, and mild anemia was 1.9%, 8.7%, and 41.7%, respectively. Fasting plasma glucose levels >10 mmol/L were found in 62.7% of patients, and HbA1c ≥ 7% in 48.0%. Regarding CKD staging: 4.0% were in stage 5, 4.7% in stage 4, 16.7% in stage 3b, 20.0% in stage 3a, and 27.3% each in stages 1 and 2. The albumin-to-creatinine ratio (ACR) was <30 mg/g in 38.0% of patients, 30–300 mg/g in 50.7%, and >300 mg/g in 11.3%.

Conclusion: The majority of patients were elderly males with long-standing diabetes. Diabetic foot and retinopathy were the most commonly observed complications. Metabolic disorders (elevated triglycerides, fasting hyperglycemia, and HbA1c ≥ 7%) and anemia were prevalent. Most patients had early to moderate stages of CKD. Early detection and control of risk factors are essential to slow CKD progression and improve the effectiveness of diabetes management at the provincial level.

Keywords: Diabetic chronic kidney disease, ACR, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ (ĐTĐ) là một bệnh lý chuyển hóa mạn tính phổ biến, đang ngày càng gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu và trở thành một trong những nguyên nhân chính gây tàn phế, tử vong sớm cũng như gánh nặng kinh tế đối với hệ thống y tế. Trong số các biến chứng mạn tính do ĐTĐ gây ra, bệnh thận mạn (BTM) là một biến chứng nghiêm trọng, có tỉ lệ mắc ngày càng cao, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và tiên lượng bệnh nhân. BTM ở bệnh nhân ĐTĐ thường biểu hiện bởi tình trạng albumin niệu dai dẳng, suy giảm mức lọc cầu thận (MLCT) hoặc đồng thời cả hai, phản ánh tổn thương thận tiến triển không hồi phục [1], [2]. Theo thống kê toàn cầu, ĐTĐ là nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh thận giai đoạn cuối, chiếm khoảng 45% các trường hợp cần điều trị thay thế thận. Ở Việt Nam, nhiều nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ BTM ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 dao động từ 30% đến hơn 50%, [3]. Đáng chú ý, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị và kiểm soát đường huyết, nhưng nguy cơ phát triển BTM vẫn tồn tại, ngay cả ở những bệnh nhân được kiểm soát đường huyết tốt [4]. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn là cơ sở y tế tuyến tỉnh tiếp nhận và điều trị số lượng lớn bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đến từ thành phố Bắc Kạn và các huyện miền núi lân cận. Với đặc điểm địa lý, dân cư phân tán và điều kiện kinh tế

- xã hội còn nhiều khó khăn, việc phát hiện và quản lý biến chứng BTM ở nhóm bệnh nhân này gặp không ít trở ngại. Thực tế lâm sàng cho thấy nhiều bệnh nhân chỉ được chẩn đoán biến chứng thận ở giai đoạn muộn, khi đã có giảm rõ rệt mức lọc cầu thận hoặc xuất hiện các triệu chứng lâm sàng của suy thận. Từ những lý do trên, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng BTM tại địa phương là cần thiết, nhằm góp phần cung cấp dữ liệu thực tiễn phục vụ cho công tác tầm soát, theo dõi và quản lý hiệu quả bệnh nhân tại tuyến tỉnh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng bệnh thận mạn điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 150 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có biến chứng BTM điều trị nội trú tại khoa Nội Tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn của ADA năm 2023[5] và chẩn đoán BTM theo tiêu chuẩn năm 2024 của Hội đồng Thận học Quốc gia Mỹ NKF –KDOQI [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc không theo dõi được trong quá trình điều trị; tổn thương thận trước khi phát hiện ĐTĐ; ĐTĐ thứ phát sau sử dụng một số thuốc như corticoid, thiazid, hormon tuyến giáp; BTM không do ĐTĐ như bệnh cầu thận nguyên phát, bệnh hệ thống, hẹp động mạch thận; mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc do bệnh suy tạng, các bất thường về hormon.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 – 05/2025 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ sử dụng độ chính xác tuyệt đối. nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương tỷ lệ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là 41,5%, thay vào công thức $p=0,415$; $d=0,1$; $\alpha=0,05$; $Z=1,96 \Rightarrow n=94$. Số bệnh nhân tối thiểu cần đưa vào nghiên cứu là 94 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, không xác suất, toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Trên thực tế chúng tôi thu thập được 150 bệnh đủ tiêu chuẩn chúng tôi nhận toàn bộ các đối tượng

đủ tiêu chuẩn này vào nghiên cứu.

Công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu; Đặc điểm lâm sàng: Vòng bụng, vòng hông; Chỉ số BMI; Huyết áp; Phù; Thiếu máu; Khó thở. Đặc điểm cận lâm sàng: Glucose máu lúc đói (G_0); HbA1C; định lượng cholesterol; định lượng triglycerid; LDL-C; HDL-C; acid uric; creatinine; ure; calci toàn phần; calci ion; ferritin; điện giải đồ. Công thức máu.

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=150)

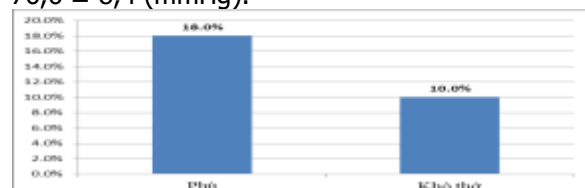
Đặc điểm	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)	Min	Max
Tuổi	62,7	17,3	24	95
Số năm mắc ĐTD	14,4	5,5	2	20
Số năm có BTM do ĐTD	6,7	3,1	1	12

Nhận xét: Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $62,7 \pm 17,3$ (tuổi), số năm mắc ĐTD là $14,4 \pm 5,5$ (năm); số năm có BTM do ĐTD là $6,7 \pm 3,1$ (năm).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=150)

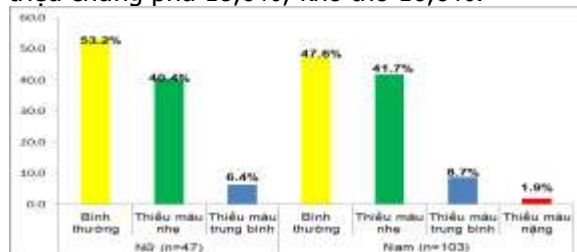
Đặc điểm	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)	Min	Max
BMI	24,2	3,67	16,9	33,1
Vòng bụng	85,8	8,2	74	108
Vòng hông	92,3	7,7	81	119
Vòng eo/vòng hông	0,9	0,1	0,8	1,1
Huyết áp tâm thu	129,4	16,1	100	190
Huyết áp tâm trương	76,6	8,4	60	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có BMI $24,2 \pm 3,67$ (kg/m^2), VB/VM: $0,9 \pm 0,1$; HATT $129,4 \pm 16,1$ (mmHg); HATTtr: $76,6 \pm 8,4$ (mmHg).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân có phù, khó thở trên lâm sàng (n=150)

Nhận xét: Trên lâm sàng bệnh nhân có triệu chứng phù 18,0%; khó thở 10,0%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố thiếu máu ở cả 2 giới (n=150)

Nhận xét: Ở nữ giới, tỷ lệ thiếu máu nhẹ chiếm chủ yếu 40,4% không có bệnh nhân nào có thiếu máu nặng. Ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng là 1,9%; thiếu máu trung bình 8,7%; thiếu máu nhẹ 41,7%.

Bảng 3.3. Đặc điểm sinh hoá của đối tượng nghiên cứu (n=150)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Glucose lúc đói	<7 mmol/l	19,3
	7-10mmol/l	18,0
	>10 mmol/l	62,7
HbA1C	<7%	52,0
	≥7%	48,0
Triglycerid	≤1,7 mmol/l	10,0
	>1,7 mmol/l	90,0
Cholesterol	≤5,2 mmol/l	38,7
	>5,2 mmol	61,3
LDL-C	≤ 3,4 mmol/l	74,0
	>3,4 mmol/l	26,0
HDL-C	≤0,9 mmol/l	26,0
	>0,9 mmol/l	74,0
Ure	Giảm ure	0,7
	Bình thường	64,0
	Tăng ure	35,3
Natri	Hạ natri máu	34,0
	Bình thường	66,0
Kali	Hạ Kali	12,0
	Bình thường	80,7
	Tăng kali	7,3
Clo	Hạ clo máu	15,3
	Bình thường	80,7
	Tăng clo máu	4,0
Calci	Hạ Calci	54,0
	Bình thường	45,3
	Tăng Calci	0,7
Sắt huyết thanh	Giảm	87,3
	Bình thường	12,7
Ferritin	Giảm	100
Acid uric	Bình thường	71,3

	Tăng	43	28,7
Tổng		150	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân $G_o > 10$ (mmol/l) 62,7%; HbA1C ≥ 7 (%) 48,0%; Triglycerid $> 1,7$ (mmol/l) 90,0%; Cholesterol $> 5,2$ (mmol/l) 61,3%; LDL-C $> 3,4$ (mmol/l) 26,0%; HDL-C $\leq$

0,9 (mmol/l) 26,0%; tăng ure máu 53,3%; hạ natri máu 34,0%; hạ kali máu 12,0%; tăng kali máu 7,3%; tăng clo máu 4,0%; hạ clo máu 15,3%; hạ cali 54,0%; tăng calci 0,7%, giảm sắt huyết thanh 87,3%; giảm ferritin 100%; tăng acid uric 28,7%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các giai đoạn bệnh thận mạn ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 theo eGFR và ACR (n=150)

Giai đoạn	eGFR (ml/phút/1.73m ² da)	Tỉ lệ Albumin niệu/Creatininiệu (mg/g)			Tổng số bệnh nhân (n)
		ACR < 30	30 ≤ ACR ≤ 300	ACR > 300	
G1	≥ 90	20(13,3%)	20(13,3%)	1(0,7%)	41(27,3%)
G2	60-89	18(12,0%)	23(15,3%)	0(0%)	41(27,3%)
G3a	45-59	10(6,7%)	16(10,7%)	4(2,7%)	30(20,0%)
G3b	30-44	4(2,7%)	13(8,7%)	8(5,3%)	25(16,7%)
G4	15-29	3(2,0%)	1(0,7%)	3(2,0%)	7(4,7%)
G5	< 15	2(1,3%)	3(2,0%)	1(0,7%)	6(4,0%)
Tổng cộng		57(38,0%)	76(50,7%)	17(11,3%)	150(100%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn 5 có ACR < 30 là 1,3%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 2,0%; ACR > 300 0,7%. Bệnh nhân ở giai đoạn 4 có ACR < 30 là 2,0%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 0,7%; ACR > 300 2,0%. Bệnh nhân ở giai đoạn 3b có ACR < 30 là 2,7%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 8,7%; ACR > 300 5,3%. Bệnh nhân ở giai đoạn 3a có ACR < 30 là 6,7%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 10,7%; ACR > 300 2,7%. Bệnh nhân ở giai đoạn 2 có ACR < 30 là 12,0%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 15,3%; ACR > 300 0%; Bệnh nhân ở giai đoạn 1 có ACR < 30 là 13,3%; 30 ≤ ACR ≤ 300 là 13,3%; ACR > 300 0,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 62,7 ± 17,3 (tuổi), tỷ lệ bệnh nhân ≥ 60 tuổi 63,3%; Tỷ lệ nam giới chiếm đa số 68,7%; tỷ lệ nam/nữ ~2,19/1. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân năm 2024 độ tuổi trung bình 74,2 ± 7,7 (tuổi) nam 28,9%; nữ 71,1% [7]. Nghiên cứu của Lê Anh Tuấn năm 2024 tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 69,1 ± 8,6 tuổi; Giới tính nam nhiều gấp 2 lần nữ [8]. Điều này có thể giải thích là do quá trình lão hóa tự nhiên của hệ thống mạch máu và thận làm giảm khả năng tự điều hòa áp lực lọc cầu thận, từ đó khiến thận dễ tổn thương trước tình trạng tăng glucose máu kéo dài. Ngoài ra, người cao tuổi thường có đa bệnh lý, bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh tim mạch những yếu tố đồng hành làm tăng tốc độ tiến triển của tổn thương thận. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân có BMI 24,2 ± 3,67 (kg/m²), tỷ lệ bệnh nhân BMI ≥ 23 (kg/m²) 65,3%. Ở nam giới, tỷ số VB/VM $\geq 0,9$ là 87,4%; ở nữ giới, 100% bệnh nhân có tỷ số VE/VM $\geq 0,85$. Nghiên cứu của Zhaoxiang Wang năm 2024 thấy chỉ số BMI 33,12 ± 0,25

(kg/m²); VB là 112,23 ± 0,54, chỉ số VB/VM trung bình là 11,61 ± 0,02. Nghiên cứu của Marian Marchiori năm 2025 thấy BMI trung bình là 30,49 ± 4,4 (kg/m²). Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh năm 2024 thấy BMI 3,27 ± 2,79 (kg/m²); tỷ lệ eo/hông 0,90 ± 0,04. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân năm 2024 nhóm béo phì và nhóm cân nặng bình thường gặp nhiều nhất với tỉ lệ 34,2%; nhóm gầy gặp ít nhất với 2,6%; BMI trung bình là 24,1 kg/m² [7]. Một số cơ chế bệnh lý và sinh lý tiềm ẩn có thể giải thích mối quan hệ này. Mối liên hệ phức tạp giữa béo phì bụng và DKD liên quan đến sự tương tác phức tạp của các yếu tố chuyển hóa, viêm và huyết động. Béo phì bụng có liên quan đến việc sản xuất các cytokine gây viêm và adipokine, chẳng hạn như TNF- α , IL-6, adiponectin và leptin, có thể liên quan đến tổn thương thận. Trong nghiên cứu, HATT 129,4 ± 16,1 (mmHg); HATT_r: 76,6 ± 8,4 (mmHg). Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh năm 2024 HATT: 123,65 ± 10,05 (mmHg); HATT_r: 68,6 ± 6,6 (mmHg). Nghiên cứu của Marian Marchiori năm 2025 thấy HATT 142,5 ± 14,7 (mmHg); HATT_r: 81,1 ± 10,0 (mmHg). Nghiên cứu của Ammar Abdulrahman Jairoun năm 2024 có HATT 140,6 ± 57,4 (mmHg); HATT_r: 74,1 ± 12,2 (mmHg). Bệnh nhân bệnh thận mạn do ĐTĐ thường có huyết áp cao hơn so với bệnh nhân không mắc CKD do Hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAAS) hoạt động quá mức: Tăng huyết áp kích hoạt RAAS, dẫn đến co mạch và giữ natri, làm tăng thêm huyết áp và gây tổn thương thận. Tăng huyết áp gây tăng áp lực trong cầu thận, dẫn đến tổn thương màng lọc và tăng protein niệu, thúc đẩy tiến triển bệnh thận. Tăng huyết áp kéo dài dẫn đến xơ cứng tiểu động mạch, làm giảm lưu lượng máu đến thận và gây thiếu máu cục bộ, góp phần vào suy giảm

chức năng thận. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có G_o lúc đói >10 (mmol/l) 62,7%; HbA1C ≥ 7 (%) 48,0%. Nghiên cứu của Marian Marchiori năm 2025 thấy Glucose máu tĩnh mạch lúc đói trung bình $9,23 \pm 0,13$ (mmol/L); HbA1C trung bình $7,55 \pm 0,05$ (%). Nghiên cứu của Zhaoxiang Wang năm 2024 Glucose máu tĩnh mạch lúc đói trung bình $9,23 \pm 0,13$ (mmol/L); HbA1C trung bình 7.7 ± 1.45 (%). Nghiên cứu của Ammar Abdulrahman Jaioun năm 2024 có HbA1C trung bình $8,6 \pm 2,0$ (%). Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh năm 2024 thấy G_o $7,52 \pm 2,57$ (mmol/l); HbA1c $7,73 \pm 1,33$ (%). Kết quả chúng tôi cho thấy, MLCT trung bình $68,3 \pm 29,6$ (ml/phút); ACR trung bình $171,6 \pm 610,3$ (mg/g). Nghiên cứu của Marian Marchiori năm 2025 thấy MLCT trung bình $80,3 \pm 16,4$ (ml/phút); ACR trung bình $5,4 \pm 22,2$ (mg/mmol); tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 chiếm tỉ lệ 4,0%; giai đoạn 4 là 4,7%; giai đoạn 3b là 16,7%; giai đoạn 3a là 20,0%; giai đoạn 2 là 27,3%; giai đoạn 1 là 27,3%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ACR < 30 mg/g 38,0%; tăng mức độ trung bình (ACR 30-300 mg/g) 50,7%; tăng mức độ nặng: ACR > 300 mg/g 11,3%. Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh năm 2024 thấy MLCT $55,91 \pm 15,4$ (ml/phút). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Ngân năm 2024 tỉ lệ suy thận độ 3 chiếm tỉ lệ 85,5%; suy độ 4 chiếm 14,5%, 0% độ 5 [7]. Khi so sánh trong các nhóm bệnh nhân có albumin niệu khác nhau, nhận thấy nhóm bệnh nhân có albumin niệu càng cao thì tỷ lệ bệnh nhân có eGFR > 60 ml/phút/ $1,73 \text{ m}^2$ da càng thấp, nói một cách khác albumin niệu tỷ lệ nghịch với MLCT. Điều này được giải thích rõ ràng thông qua cơ chế bệnh sinh điển hình của bệnh thận ĐTĐ: bắt đầu bằng tình trạng tiểu đường tăng dần sau đó mới giảm độ lọc cầu thận. Trong nhiều nghiên cứu đã chứng minh tiểu albumin và giảm MLCT đều là những nguy cơ gây biến cố tim mạch, tuy nhiên sự kết hợp giữa 2 yếu tố này càng làm gia tăng hơn sự xuất hiện của các biến cố tim mạch và thận. Do vậy việc phát hiện sớm và điều trị giảm đường huyết và các yếu tố nguy cơ (kiểm soát đường huyết, huyết áp...) đóng vai trò càng quan trọng trong việc giảm tiến triển BTM và giảm sự xuất hiện của các biến cố tim mạch trong tương lai. Ở nữ giới, tỷ lệ thiếu máu nhẹ chiếm chủ yếu 40,4% không có bệnh nhân nào có thiếu máu nặng. Ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nặng là 1,9%; thiếu máu trung bình 8,7%; thiếu máu nhẹ 41,7%. Nghiên cứu của Trần Tuấn Anh năm 2024 thấy Hb trung bình $132,46 \pm 12,74$ (G/l). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy Ngân năm 2024, tỉ lệ chung của hội chứng

thiếu máu chiếm 51,3% [7]. Thiếu máu là một biến chứng thường gặp ở CKD do ĐTĐ típ 2 xuất hiện sớm và nghiêm trọng hơn so với bệnh nhân CKD không do ĐTĐ. Tình trạng này có thể xảy ra ngay cả khi chức năng thận chỉ suy giảm nhẹ, với tỷ lệ thiếu máu tăng dần theo mức độ suy giảm chức năng thận: 15% ở giai đoạn 1, 25% ở giai đoạn 2, 50% ở giai đoạn 3 và lên đến 90% ở các giai đoạn 4-5 của CKD. Điều này là do suy giảm sản xuất erythropoietin (EPO): Tổn thương thận dẫn đến giảm sản xuất EPO, hormone kích thích tủy xương sản xuất hồng cầu. Ở bệnh nhân ĐTĐ, sự suy giảm này xảy ra sớm và nghiêm trọng hơn so với bệnh nhân không mắc ĐTĐ.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi, nam giới, với thời gian mắc bệnh kéo dài. Biến chứng bàn chân và mắt thường gặp. Tình trạng rối loạn chuyển hóa (tăng triglycerid, tăng glucose máu lúc đói, HbA1c ≥ 7 %) và thiếu máu xuất hiện với tỉ lệ cao. Mức lọc cầu thận chủ yếu ở các giai đoạn sớm đến trung bình. Việc phát hiện sớm và kiểm soát các yếu tố nguy cơ là cần thiết để làm chậm tiến triển bệnh thận mạn và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại tuyến tỉnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **I. D. F. D. A. Group**, "Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: Estimates for the year 2013," (in eng), *Diabetes Res Clin Pract*, vol. 109, no. 3, pp. 461-5, Sep 2015.
2. **I. H. de Boer and M. W. Steffes**, "Glomerular filtration rate and albuminuria: twin manifestations of nephropathy in diabetes," (in eng), *J Am Soc Nephrol*, vol. 18, no. 4, pp. 1036-7, Apr 2007.
3. **Z. Sui, J. Wang, C. Cabrera, J. Wei, M. Wang, and L. Zuo**, "Aetiology of chronic kidney disease and risk factors for disease progression in Chinese subjects: A single-centre retrospective study in Beijing," (in eng), *Nephrology (Carlton)*, vol. 25, no. 9, pp. 714-722, Sep 2020.
4. **D. Dunkler et al.**, "Modifiable lifestyle and social factors affect chronic kidney disease in high-risk individuals with type 2 diabetes mellitus," (in eng), *Kidney Int*, vol. 87, no. 4, pp. 784-91, Apr 2015.
5. **A. D. Association**, "Diagnosis and classification of diabetes mellitus," (in eng), *Diabetes care*, vol. 33, no. Supplement_1, pp. S62-S69, 2023.
6. **K. D. I. G. O. K. C. K. D. W. Group**, "KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease," (in eng), *Kidney Int*, vol. 105, no. 4s, pp. S117-s314, Apr 2024.
7. **N. T. T. Ngân, N. Q. Báy, and N. V. Thành**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có bệnh thận mạn, protein niệu âm tính," *Hội tiết niệu thận học Việt Nam* 2024.
8. **Đ. T. J. T. c. Y. h. V. N. Hiền**, "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mắc kèm bệnh thận mạn tại bệnh viện nội tiết trung ương," (in vi), *%J Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 545, no. 1, 2024.

THỰC TRẠNG PHẪU THUẬT VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN TẠI VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ 2017 - 2024

Nguyễn Thị Huyền¹, Tạ Mạnh Long², Nguyễn Thị Phương Thuý²,
Lã Thị Dương², Ngô Phi Long², Phạm Quốc Đạt²,
Phạm Thái Sơn², Phạm Minh Tuấn², Tạ Mạnh Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. khái quát đặc điểm bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn phải phẫu thuật tim tại Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017-2024 và 2. nhận định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị nội trú sau phẫu thuật tim. **Phương pháp:** hồi cứu hồ sơ bệnh án và tiền cứu. **Kết quả:** 180 bệnh nhân, tuổi $47,6 \pm 14,9$, 72,2% nam giới, 27,2% bệnh nhân biết có bệnh van tim từ trước. Tổn thương van hai lá 62,8%, van động mạch chủ 42,2%, van ba lá 11,7%, van động mạch phổi 1,1%. 132 bệnh nhân có kết quả cấy máu, phát hiện 41,6 % bệnh nhân có vi khuẩn gây bệnh, chủ yếu là vi khuẩn Gram dương (94,6%), liên cầu khuẩn 44%, tụ cầu 23,5%. Vi khuẩn Gram âm 5,5%. Thời gian vào viện đến khi phẫu thuật trung bình 18,3 ngày. Phẫu thuật khẩn cấp và cấp cứu chiếm 14,4%. Phẫu thuật thay van 89,4%, sửa van 10,6%, thay van sinh học 47,7%, van cơ học 41,1%. Những bệnh nhân tiên triển tốt và xuất viện có điểm Euroscore II thấp hơn ($4,7 \pm 4,6$ và $9,9 \pm 9,7$; $p < 0,01$) và thời gian kẹp gốc động mạch chủ trong phẫu thuật ngắn hơn ($62,6 \pm 36,9$ phút và $84,9 \pm 32,2$ phút; $p < 0,03$). **Kết luận:** bệnh nhân chủ yếu tổn thương viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn van tim bên trái, thường do vi khuẩn Gram dương, liên cầu chiếm ưu thế. Những yếu tố ảnh hưởng không tốt đến tiên lượng sau phẫu thuật là điểm EuroScore II cao và thời gian kẹp gốc động mạch chủ trong phẫu thuật kéo dài. **Từ khóa:** viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, phẫu thuật thay van tim.

SUMMARY

THE CURRENT SITUATION OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS SURGERY AT THE CARDIOVASCULAR INSTITUTE, BACH MAI HOSPITAL FROM 2017 - 2024

Objectives: 1. to summarize the characteristics of patients with infective endocarditis requiring cardiac surgery at the Cardiovascular Institute of Bach Mai Hospital in the period of 2017-2024 and 2. to identify some factors affecting the results of inpatient treatment after cardiac surgery. **Methods:** retrospective review of medical records and prospective study. **Results:** 180 patients, age 47.6 ± 14.9 , 72.2% male, 27.2% of patients with known

valvular heart disease. Mitral valve lesions 62.8%, aortic valve 42.2%, tricuspid valve 11.7%, pulmonary valve 1.1%. 132 patients had blood culture results, 41.6% of patients were found to have pathogenic bacteria, mainly Gram-positive bacteria (94.6%), streptococci 44%, staphylococci 23.5%. Gram-negative bacteria 5.5%. The average time from admission to surgery was 18.3 days. Urgent and emergency surgery accounted for 14.4%. Valve replacement surgery was 89.4%, valve repair 10.6%, biological valve replacement 47.7%, mechanical valve 41.1%. Patients who progressed well and were discharged had lower Euroscore II scores (4.7 ± 4.6 and 9.9 ± 9.7 ; $p < 0.01$) and shorter aortic root occlusion time during surgery (62.6 ± 36.9 min. and 84.9 ± 32.2 min., $p < 0.03$). **Conclusion:** Patients mainly had left-sided valvular infective endocarditis, often caused by Gram-positive bacteria, with streptococci predominating. The negative factors affect postoperative prognosis are high EuroScore II score and prolonged intraoperative aortic root coupling time. **Keywords:** infective endocarditis, heart valve replacement surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) là bệnh lý nhiễm trùng nội mạc tim có diễn tiến nặng và tỷ lệ biến chứng, tử vong cao mặc dù hiện nay đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị. Phẫu thuật giữ vai trò quan trọng trong loại bỏ tổn thương nhiễm khuẩn, cải thiện chức năng tim và phòng ngừa biến chứng ở những bệnh nhân tổn thương van tim nặng, khó khăn trong kiểm soát nhiễm khuẩn và có những biến chứng cơ học, suy tim. Nhiều nghiên cứu ghi nhận phẫu thuật VNTMNK tim bên phải có tiên lượng tốt hơn bên trái, song tỷ lệ tử vong toàn bộ trong năm đầu vẫn có thể tới 30%. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn sau phẫu thuật tim¹. Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, nhất là những bệnh nhân nặng, phải tiến hành phẫu thuật tim, chúng tôi tiến hành đề tài, tổng kết hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân VNTMNK được phẫu thuật tim từ năm 2017 đến hết năm 2024 nhằm mục tiêu:

1. Khái quát đặc điểm bệnh nhân viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn phải phẫu thuật tim tại Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai gia đoạn 2017-2024.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường

Email: tamanhcuong@cardionet.vn

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025