

Efficacy and safety of percutaneous femoral cannulation with ProGlide preclosure technique in minimally invasive cardiac surgery. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2023;71(2): 191–197. doi:10.1007/s11748-022-01877-3

8. Nguyễn Hoàng Định, Bùi Đức An Vinh,

Nguyễn Ngô Gia Phúc, Lang Minh Triết, Hoàng Huân, Phan Quang Thuận. Biến chứng ngoại vi do tuần hoàn ngoài cơ thể trên động tĩnh mạch đùi sau phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn. Hue J Med Pharm Sci.2024;14(1):DOI:10.34071/jmp.2024.1.3.

TỶ SỐ ALBUMIN/CREATININE NIỆU Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI 2025

Nguyễn Thị Thảo¹, Đặng Thị Việt Hà^{1,3}, Hồ Thị Kim Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ số Albumin/Creatinine niệu (UACR) ở người bệnh (NB) đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến UACR ở nhóm NB nghiên cứu trên. **Đối tượng:** gồm 243 NB được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong số 243 NB ĐTĐ type 2 được xét nghiệm có 21.4% UACR dương tính (18.5% microalbuminuria (MAU) dương tính, 2.9% macroalbuminuria (MAC) dương tính). Tuổi ($p = 0.217$; $p = 0.001$), thời gian mắc ĐTĐ ($p = 0.214$; $p = 0.001$), huyết áp tâm thu (HATT) ($p = 0.256$; $p = 0.000$), huyết áp tâm trương (HATTr) ($p = 0.217$; $p = 0.001$), glucose máu lúc đói ($p = 0.178$; $p = 0.005$), HbA1c ($p = 0.258$; $p = 0.000$) và triglyceride ($p = 0.156$; $p = 0.015$) ở NB ĐTĐ type 2 đều có mối tương quan đồng biến với UACR có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Nhóm NB ≥ 60 tuổi có nguy cơ xuất hiện UACR dương tính cao hơn 2.166 lần so với nhóm < 60 tuổi (OR = 2.166; $p = 0.015$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Bên cạnh đó, NB có MLCT < 60 ml/phút/1,73 m² cũng có nguy cơ UACR dương tính cao hơn 2.794 lần so với nhóm có MLCT ≥ 60 ml/phút/1,73 m² (OR = 2.794; $p = 0.017$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 21.4% NB ĐTĐ type 2 có UACR dương tính. Trong các yếu tố có mối tương quan đồng biến có ý nghĩa thống kê với UACR, HbA1c và HATT có hệ số tương quan cao nhất với $p = 0.258$ và 0.256 , cho thấy đây là yếu tố nguy cơ quan trọng góp phần làm tăng UACR. Nhóm NB ≥ 60 tuổi và NB có MLCT < 60 ml/phút/1,73 m² có nguy cơ xuất hiện UACR dương tính cao hơn 2.166 lần và 2.794 lần cho thấy tuổi cao và chức năng thận suy giảm có liên quan đáng kể đến nguy cơ tổn thương thận sớm ở NB ĐTĐ type 2.

Từ khóa: UACR (Tỷ số Albumin/Creatinin niệu), ĐTĐ type 2, biến chứng thận.

SUMMARY

URINARY ALBUMIN-TO-CREATININE RATIO IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL 2025

Objective: To investigate the urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR) in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Hanoi Medical University Hospital and to explore factors associated with UACR in this patient group. **Subjects:** A total of 243 patients diagnosed with T2DM who attended for examination and treatment at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** Among 243 T2DM patients tested, 21.4% had a positive UACR, including 18.5% with positive microalbuminuria (MAU) and 2.9% with positive macroalbuminuria (MAC). Age ($p = 0.217$; $p = 0.001$), duration of diabetes ($p = 0.214$; $p = 0.001$), systolic blood pressure (SBP) ($p = 0.256$; $p = 0.000$), diastolic blood pressure (DBP) ($p = 0.217$; $p = 0.001$), fasting plasma glucose ($p = 0.178$; $p = 0.005$), HbA1c ($p = 0.258$; $p = 0.000$), and triglycerides ($p = 0.156$; $p = 0.015$) were all positively correlated with UACR, with statistical significance ($p < 0.05$). Patients aged ≥ 60 years had a 2.166-fold higher risk of positive UACR compared with those aged < 60 years (OR = 2.166; $p = 0.015$). Additionally, patients with estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 60 ml/min/1.73 m² had a 2.794-fold higher risk of positive UACR compared with those with eGFR ≥ 60 ml/min/1.73 m² (OR = 2.794; $p = 0.017$). Both differences were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Our study showed that 21.4% of T2DM patients had a positive UACR. Among the variables positively correlated with UACR, HbA1c and SBP exhibited the strongest correlations ($p = 0.258$ and 0.256 , respectively), highlighting poor glycemic control and elevated blood pressure as key risk factors for increased UACR. Moreover, patients aged ≥ 60 years and those with eGFR < 60 ml/min/1.73 m² were at significantly higher risk (2.166-fold and 2.794-fold, respectively) of positive UACR, suggesting that advanced age and impaired renal function are important determinants of early kidney damage in T2DM patients.

Keywords: Urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR), type 2 diabetes mellitus, diabetic nephropathy.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thảo

Email: bsnguyenthithaotc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin, tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh [1].

Theo Liên đoàn ĐTĐ thế giới (IDF), năm 2024, 11,1% người trưởng thành toàn cầu mắc ĐTĐ. Tại Việt Nam, IDF ước tính có 2,5 triệu người trưởng thành đang sống chung với bệnh này [2]. Bệnh thận ĐTĐ là một biến chứng mạch máu nhỏ thường gặp, chiếm khoảng 40% NB ĐTĐ, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn [3].

Sự xuất hiện của albumin niệu được coi là một dấu hiệu chỉ điểm của tổn thương thận. Tổn thương thận giai đoạn sớm thường không có triệu chứng rõ ràng, vì vậy việc phát hiện sớm có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh. Cách sàng lọc albumin niệu dễ dàng nhất là đo UACR trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên. Phương pháp này có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong phát hiện sớm tổn thương cầu thận. Theo Rana M. Hasanat (2016), với MAU, UACR có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 91,3%; với MAC, UACR có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,1% trong việc phát hiện tổn thương thận sớm ở NB ĐTĐ type 2 [4]. Bên cạnh vai trò chẩn đoán sớm, UACR còn có giá trị tiên lượng tiến triển của bệnh thận ĐTĐ và tử vong do nguyên nhân tim mạch. Đặc biệt, việc phát hiện albumin niệu có thể thay đổi hướng điều trị như lựa chọn sớm các thuốc có tác dụng bảo vệ thận như ức chế men chuyển, chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc ức chế SGLT2 hoặc thuốc đồng vận GLP-1, vốn đã được chứng minh làm giảm albumin niệu và làm chậm tiến triển bệnh thận mạn cũng như giảm biến cố tim mạch ở NB ĐTĐ có protein niệu [5].

Các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn ĐTĐ gồm: tăng đường huyết, thời gian mắc ĐTĐ, tăng huyết áp, béo phì, tăng cholesterol, nam giới, hút thuốc lá, di truyền [3]. NB có bệnh thận mạn ĐTĐ làm gia tăng đáng kể nguy cơ tim mạch và chi phí chăm sóc sức khỏe. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: *Khảo sát UACR ở NB ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến UACR ở nhóm NB nghiên cứu trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 243 NB được

chẩn đoán ĐTĐ type 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07/2024 đến tháng 04/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn NB:

NB có 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

+ NB đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2: dựa vào đơn thuốc hoặc giấy ra viện của NB.

+ NB được chẩn đoán ĐTĐ type 2 lần đầu theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế năm 2020 [1], dựa vào 1 trong 4 tiêu chí sau đây:

1. HbA1c $\geq 6,5\%$. Sử dụng xét nghiệm được chứng nhận của chương trình chuẩn hóa hemoglobin gắn glucose quốc tế (NGSP).

2. Glucose huyết tương lúc đói (nhịn ăn ít nhất 8h) ≥ 7.0 mmol/L.

3. Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp tăng glucose huyết 75g ≥ 11.1 mmol/L.

4. Glucose huyết tương bất kỳ ≥ 11.1 mmol/L kèm theo các triệu chứng của tăng glucose huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút) hoặc cơn tăng glucose huyết cấp.

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

- Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu:

NB có 1 trong các tiêu chuẩn sau: NB mắc các bệnh thận như: nhiễm khuẩn tiết niệu, bệnh cầu thận nguyên phát, bệnh thận Lupus; Đái máu (vi thể hoặc đại thể), sỏi thận; NB đang trong đợt mất bù của suy tim, suy gan; NB có các biến chứng nặng, cấp tính như hôn mê, nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu; Các NB ĐTĐ thứ phát sau sử dụng 1 số thuốc: corticoid, thiazide, hormone tuyến giáp hoặc ĐTĐ do bệnh tụy tạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Toàn bộ, chọn toàn bộ người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu.

- **Chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

+ Tiêu chuẩn đánh giá:

Kết quả glucose tĩnh mạch lúc đói được đánh giá dựa theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2020 [1] : Đường máu được kiểm soát tốt khi glucose máu lúc đói 4,4 – 7,2 mmol/l, HbA1c < 7%;

+ Đánh giá kết quả MLCT và phân loại các giai đoạn bệnh thận theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2015 [6], gồm 6 giai đoạn: I bình thường hoặc tăng ≥ 90 ml/phút/1.73 m²; II giảm nhẹ 60 - 89 ml/phút/1.73 m²; IIIa giảm nhẹ đến trung bình

45 - 59 ml/phút/1.73 m²; IIb giảm trung bình đến nặng 30 - 44 ml/phút/1.73 m²; IV giảm nặng 15 - 29 ml/phút/1.73 m²; V giảm rất nặng < 15 ml/phút/1.73 m².

+ Lấy nước tiểu giữa dòng với mẫu ngẫu nhiên để tiến hành xét nghiệm albumin niệu, creatinine niệu, xác định UACR (mg/mmol) = $\frac{\text{Albumin} (\frac{\text{mg}}{\text{L}})}{\text{Creatinin} (\frac{\text{mg}}{\text{L}})}$. Đánh giá tỷ lệ UACR theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2015 [6], gồm 3 giai đoạn: A1 < 30 mg/g bình thường/tăng nhẹ; A2 30 – 300 mg/g tăng trung bình; A3 > 300 mg/g tăng nặng.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm phân tích SPSS 20.0 để phân tích thống kê các số liệu thu được. Biểu định tính xác định tỷ lệ, tần số. Biểu định lượng, đối với biến chuẩn xác định trung bình, độ lệch chuẩn; đối với biến không chuẩn xác định trung vị, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, so sánh trung vị bằng kiểm định Kruskal Wallis, hệ số tương quan spearman (p). Tính tỷ suất chênh (OR) để xét mối liên quan giữa nguy cơ UACR dương tính của nhóm các yếu tố liên quan. Kết quả có sự khác biệt hoặc tương quan thực sự có ý nghĩa thống kê khi p < 0.05 với độ tin cậy 95%.

- Vấn đề y đức: Nghiên cứu được thực hiện vì mục đích khoa học, được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Trường đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin của NB đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	≤60	134	55.1
	>60	109	44.9

Bảng 3.3. Liên quan giữa UACR với một số yếu tố

	Tuổi	Thời gian mắc ĐTD	HATT	HATT _r	Glucose máu lúc đói	HbA1c	Triglyceride
UACR	p	0.217	0.214	0.256	0.217	0.178	0.258
	p	0.001	0.001	0.000	0.001	0.005	0.000

Nhận xét: Tuổi (p = 0.217; p = 0.001), thời gian mắc ĐTD (p = 0.214; p = 0.001), HATT (p = 0.256; p = 0.000), HATT_r (p = 0.217; p = 0.001), glucose máu lúc đói (p = 0.178; p = 0.005), HbA1c (p = 0.258; p = 0.000) và triglyceride (p = 0.156; p = 0.015) ở NB ĐTD

Bảng 3.5. Liên quan giữa UACR với nhóm tuổi, MLCT

	UACR (mg/g)		Tổng	Tỷ lệ (%)	p	OR
	≥30	<30				

	Tuổi trung vị (lớn nhất - nhỏ nhất)	58 (88-32)
Thời gian mắc ĐTD (năm)	≤5	140 57.6
	>5	103 42.4
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	≤7,2	91 37.4
	>7,2	152 62.6
HbA1c (%)	≤7	77 31.7
	≥7	166 68.3
MLCT (ml/phút/1.73m ²)	<60	25 10.3
	≥60	218 89.7
	MLCT trung vị (lớn nhất - nhỏ nhất)	99 (131-24)

Nhận xét: NB có tuổi từ 32-88 tuổi. Thời gian mắc ĐTD type 2 trung vị là 4 năm, đa số có thời gian mắc bệnh từ 05 năm trở xuống (57.6%). 62.6% NB chưa đạt mục tiêu glucose máu và 68.3% NB chưa đạt mục tiêu HbA1c. 10.3% NB có MLCT < 60 ml/phút/1.73 m².

3.2. Kết quả UACR

Bảng 3.2. Đặc điểm UACR

UACR (mg/g)	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
	<30	191	78.6
	30 – 300	45	18.5
	>300	7	2.9
	Trung vị	9.71	
	Lớn nhất – nhỏ nhất	1505.71-1.32	

Nhận xét: 21.4% có UACR dương tính (MAU dương tính 18.5%, MAC dương tính 2.9%). UACR trung vị là 9.71 mg/g cho thấy phần lớn NB chưa có biểu hiện tổn thương thận tiến triển.

3.3. Liên quan giữa UACR với một số yếu tố

type 2 đều có mối tương quan đồng biến với UACR có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Trong đó, HbA1c và HATT có hệ số tương quan cao nhất với p 0.258 và 0.256, cho thấy đây là yếu tố nguy cơ quan trọng góp phần làm tăng UACR.

		N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)				
Tuổi (năm)	≥60	33	28	85	72	118	100	0.015	2.166
	<60	19	15.2	106	84.8	125	100		
	Tổng	52	21.4	191	78.6	243	100		
MLCT (ml/ph/1.73m ²)	<60	10	40	15	60	25	100	0.017	2.794
	≥60	42	19.3	176	80.7	218	100		
	Tổng	52	21.4	191	78.6	243	100		

Nhận xét: Nhóm NB ≥ 60 tuổi có nguy cơ xuất hiện UACR dương tính cao hơn 2.166 lần so với nhóm < 60 tuổi (OR = 2.166; p = 0.015), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Bên cạnh đó, NB có MLCT < 60 ml/phút/1,73 m² cũng có nguy cơ UACR dương tính cao hơn 2.794 lần so với nhóm có MLCT ≥ 60 ml/phút/1,73 m² (OR = 2.794; p = 0.017), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 243 NB ĐTĐ type 2 được xét nghiệm có 21.4% UACR dương tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả, nghiên cứu JADE (2014) cho thấy tỷ lệ UACR dương tính là 21,8% [8]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả, nghiên cứu của Đoàn Thị Thi (2024), có UACR dương tính là 38% [9]. Sự khác nhau này có thể do tỷ lệ NB có thời gian mắc ĐTĐ type 2 dưới 5 năm là 32,2% trong nghiên cứu của Đoàn Thị Thi còn của chúng tôi tỷ lệ đó là 57.6% [9]. Thời gian mắc ĐTĐ type 2 càng kéo dài tỷ lệ xuất hiện biến chứng thận trên NB ĐTĐ type 2 càng cao.

Tuổi cao có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh thận ĐTĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi của NB ĐTĐ type 2 có mối tương quan đồng biến với UACR (p = 0.217; p = 0.001) có ý nghĩa thống kê với p < 0.05. Nguy cơ có UACR dương tính ở nhóm tuổi ≥ 60 năm cao gấp 2.166 lần so với nhóm tuổi < 60 năm (OR = 2.166; p = 0.015) (p < 0.05). Tương tự nghiên cứu MAP (2005) cho thấy tuổi > 59 năm, > 79 năm lần lượt là yếu tố dự báo đến sự xuất hiện MAU dương tính, MAC dương tính [7].

Tỷ lệ NB tiến triển từ albumin niệu sinh lý thành albumin niệu là khoảng 2% mỗi năm [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc ĐTĐ của NB ĐTĐ type 2 có mối tương quan đồng biến với UACR (p = 0.214; p = 0.001) (p < 0.05). Tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Trường (2018) tỷ lệ MAU tăng dần theo thời gian phát hiện ĐTĐ [10].

HATT, HATT_r của NB ĐTĐ type 2 có mối tương quan đồng biến với UACR (p = 0.256; p = 0.000), (p = 0.217; p = 0.001) (p < 0.05). Tương tự nghiên cứu MAP (2005) cho thấy HATT là yếu tố dự báo sự xuất hiện của MAU dương

tính, MAC dương tính; HATT_r là yếu tố dự báo đến sự xuất hiện của MAC dương tính [7].

Kiểm soát tốt đường huyết làm chậm xuất hiện tổn thương thận ở NB ĐTĐ. Duy trì HbA1c < 7% đã được chứng minh làm giảm nguy cơ xuất hiện albumin niệu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy glucose máu lúc đói, HbA1c của NB ĐTĐ type 2 có mối tương quan đồng biến với UACR (p = 0.178; p = 0.005), (p = 0.258; p = 0.000) (p < 0.05). Tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Trường (2018) HbA1c càng cao tỷ lệ MAU dương tính càng lớn [10].

Triglyceride có mối tương quan đồng biến với UACR (p = 0.156; p = 0.015) (p < 0.05). Một số nghiên cứu trước đây chứng minh rằng rối loạn lipid máu làm tăng sự thâm nhập của đại thực bào và sản xuất quá mức chất nền ngoại bào ở cầu thận, dẫn đến sự phát triển của bệnh thận ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Ademola A. Idowu (2017) cho thấy có tương quan đồng biến giữa UACR và triglyceride ở nhóm NB ĐTĐ type 2 có thời gian mắc ĐTĐ > 10 năm.

Tăng MLCT là đặc điểm thường có trong giai đoạn sớm của ĐTĐ. Sau đó MLCT giảm theo thời gian cùng với sự gia tăng của albumin niệu. Nguy cơ có UACR dương tính ở nhóm MLCT < 60 ml/phút/1.73 m² cao gấp 2.794 so với nhóm MLCT ≥ 60 ml/phút/1.73 m² (OR = 2.794; p = 0.017) (p < 0.05). Tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Trường (2018) độ lọc cầu thận ước tính càng nhỏ thì tỷ lệ MAU dương tính càng cao [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 21.4% NB ĐTĐ type 2 có UACR dương tính. Trong các yếu tố có mối tương quan đồng biến có ý nghĩa thống kê với UACR, HbA1c và HATT có hệ số tương quan cao nhất với p 0.258 và 0.256, cho thấy đây là yếu tố nguy cơ quan trọng góp phần làm tăng UACR. Nhóm NB ≥ 60 tuổi và NB có MLCT < 60 ml/phút/1,73 m² có nguy cơ xuất hiện UACR dương tính cao hơn 2.166 lần và 2.794 lần cho thấy tuổi cao và chức năng thận suy giảm có liên quan đáng kể đến nguy cơ tổn thương thận sớm ở NB ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
2. **International Diabetes Federation** (2025). IDF Diabetes Atlas 2025. Truy cập tại: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>, truy cập ngày 18/07/2025.
3. **Đỗ Gia Tuyền** (2021). Bệnh học nội khoa Thận - Tiết niệu. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
4. **Hasanato RM** (2016). Diagnostic efficacy of random albumin creatinine ratio for detection of micro and macro-albuminuria in type 2 diabetes mellitus. Saudi Med J, 37(3): 268–273.
5. **American Diabetes Association** (2025). Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care, 48(Suppl 1): S239–S250. Truy cập tại: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S239/157554, truy cập ngày 17/07/2025.
6. **Bộ Y tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận - Tiết niệu.
7. **Wu AYT, Kong NCT, de Leon FA, et al.** (2005) An alarmingly high prevalence of diabetic nephropathy in Asian type 2 diabetic patients: the MicroAlbuminuria Prevalence (MAP) Study. Diabetologia, 48(1): 17–26.
8. **Yeung RO, Zhang Y, Luk A, et al.** (2014) Metabolic profiles and treatment gaps in young-onset type 2 diabetes in Asia (the JADE programme): a cross-sectional study of a prospective cohort. Lancet Diabetes Endocrinol, 2(12): 935–943.
9. **Thị DT, Hoa LQ, Toàn DV, et al.** (2024) Mối liên quan giữa tỷ số albumin/creatinin niệu và một số thông số ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam, (74): 15–23.
10. **Trương LX, Tài ND, Linh TQP, et al.** (2018) Khảo sát tỷ lệ microalbumin-niêu đường tính trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 2. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 22(2): 139.

VIÊM NÃO TỰ MIỄN DO KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ NMDA TÁI PHÁT NHIỀU LẦN Ở TRẺ EM: MỘT BÁO CÁO CA BỆNH

Bùi Hiếu Anh¹, Nguyễn Minh Quân¹,
Nguyễn Thị Chinh², Phạm Hải Uyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến bệnh một trường hợp viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA tái phát nhiều lần trong vòng hai năm dù đã điều trị duy trì bằng thuốc ức chế miễn dịch tại khoa Thần kinh bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Bệnh nhi nữ 14 tuổi, khởi phát lần đầu với các triệu chứng rối loạn hành vi, co giật và loạn động. Dịch não tủy dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Đã được điều trị với Methylprednisolone tĩnh mạch và thay huyết tương, sau đó phục hồi và tái phát ba lần nữa trong hai năm tiếp theo. Mỗi lần tái phát đều có biểu hiện lâm sàng tương tự nhưng mức độ không nặng như lần đầu và dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Sau lần tái phát thứ tư, bệnh nhi được chuyển sang điều trị bằng Rituximab với đáp ứng tốt. **Kết luận:** Báo cáo ca lâm sàng này minh họa thách thức trong điều trị duy trì và phòng ngừa tái phát viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA ở trẻ em. Cần nhắc sử dụng Rituximab sớm có thể giúp giảm tái phát và tránh tác dụng phụ của corticoid kéo dài.

Từ khóa: Viêm não tự miễn, kháng thể kháng thụ thể NMDA, tái phát, trẻ em, Rituximab

SUMMARY

MULTIPLE RELAPSES OF ANTI-NMDA RECEPTOR AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS IN A CHILD: A CASE REPORT

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics and disease course of a pediatric case of anti-NMDA receptor autoimmune encephalitis with multiple relapses over a two-year period despite maintenance immunosuppressive therapy at the Neurology Department, Children's Hospital 2. **Methods:** Case report. **Results:** A 14-year-old girl initially presented with behavioral changes, seizures, and movement disorder. Cerebrospinal fluid was positive for anti-NMDA receptor antibodies. She was treated with intravenous methylprednisolone and plasma exchange, recovered, and then relapsed three more times over the following two years. Each relapse presented similarly but with milder severity, and remained positive for anti-NMDA receptor antibodies. After the fourth relapse, the patient was switched to Rituximab with a good clinical response. **Conclusion:** This case highlights the challenge in managing relapsing anti-NMDA receptor encephalitis in children. Early consideration of Rituximab may help reduce relapse and limit corticosteroid-related adverse effects. **Keywords:** Autoimmune encephalitis, NMDAR antibody, relapses, children, Rituximab

I. GIỚI THIỆU

Viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA (anti-NMDAR encephalitis) là một trong các nguyên nhân viêm não thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên. Bệnh có thể biểu

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hiếu Anh

Email: anhbh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025