

- Trường Đại học Thăng Long.
8. **Bùi Văn Ngọc (2020)**, “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư đại tràng phải tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2018 – 2020”, Tạp chí Y học Việt Nam, 505, tr. 4–7.

9. **Nguyễn Thị Bích Ngọc (2021)**, “Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa tại Bệnh viện Thanh Nhàn”, Tạp chí Y học Việt Nam, 507, tr. 161–165.

MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT CƠN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH

Trần Nguyễn Phương¹, Mai Nhật Quang², Trịnh Thị Hồng Cửa^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là bệnh lý thần kinh mạn tính phổ biến, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và chất lượng sống. Mặc dù phần lớn bệnh nhân có thể kiểm soát cơn bằng thuốc nhưng vẫn còn khoảng một phần ba trường hợp không kiểm soát hoàn toàn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ kiểm soát cơn động kinh và khảo sát một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân động kinh điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán động kinh. Kiểm soát cơn tốt được xác định khi bệnh nhân không có cơn trong 3 tháng gần nhất. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ kiểm soát cơn tốt đạt 80,5%. Một số yếu tố dịch tễ-xã hội như tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và bệnh đồng mắc không liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát cơn động kinh ($p > 0,05$). Ngược lại, tần suất cơn trước điều trị > 3 cơn/tháng, thời gian mắc bệnh 1-5 năm và dấu mở sọ não cũ trên hình ảnh học cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát cơn động kinh ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân đạt kiểm soát cơn tốt, tuy nhiên tần suất cơn cao trước điều trị, thời gian mắc bệnh dài và tổn thương thực thể trên não là một số yếu tố liên quan đến kiểm soát cơn chưa tốt, cần được chú trọng trong quản lý và theo dõi bệnh nhân. **Từ khóa:** Động kinh, kiểm soát cơn, yếu tố liên quan.

SUMMARY

SEIZURE CONTROL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS IN EPILEPSY PATIENTS

Background: Epilepsy is a common chronic neurological disorder that significantly impacts health and quality of life. Although most patients can achieve seizure control with antiepileptic drugs, approximately one-third remain inadequately controlled. **Objectives:** To determine the rate of seizure control and identify associated factors among epilepsy patients treated at Can Tho Central General Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was

conducted on 41 patients aged ≥ 16 years diagnosed with epilepsy. Good seizure control was defined as being seizure-free during the previous three months. **Results:** Sociodemographic factors such as age, sex, residence, occupation, marital status, and comorbidities were not significantly associated with seizure control ($p > 0.05$). In contrast, a pre-treatment seizure frequency of > 3 seizures/month, disease duration of 1–5 years, and the presence of previous craniotomy findings on imaging were significantly associated with poorer seizure control ($p < 0.05$). **Conclusion:** Most patients achieved good seizure control; however, high pre-treatment seizure frequency, longer disease duration, and structural brain abnormalities were associated with inadequate control. These factors should be carefully considered in clinical management and follow-up. **Keywords:** Epilepsy, seizure control, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là bệnh lý thần kinh mạn tính phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 50 triệu người, chiếm 0,5-1% dân số toàn cầu [1]. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, với tỷ lệ hiện mắc khoảng 4-10/1.000 dân; tại Việt Nam dao động 4,4-14/1.000 dân tùy khu vực khảo sát [2]. Bệnh gây ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe, tâm lý và xã hội, làm tăng nguy cơ chấn thương, tử vong, lo âu, trầm cảm, cùng với sự kỳ thị trong cộng đồng [1]. Kiểm soát hiệu quả các cơn co giật là mục tiêu điều trị chính, khoảng 60-70% bệnh nhân có thể kiểm soát được cơn nếu được điều trị thuốc chống động kinh đúng phác đồ [1]. Mặc dù, phần lớn bệnh nhân động kinh có thể kiểm soát được cơn co giật nếu được điều trị bằng thuốc phù hợp, nhưng vẫn có khoảng một phần ba trường hợp không kiểm soát hoàn toàn được cơn động kinh mặc dù đã điều trị tối ưu (hay còn gọi là động kinh kháng thuốc) [3], [5]. Đặc biệt, tại các nước có thu nhập thấp và trung bình, do hạn chế về nguồn lực, đến 80-90% bệnh nhân động kinh không được tiếp cận điều trị đầy đủ (khoảng trống điều trị) [3]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng các nguyên nhân hàng đầu của kiểm soát cơn chưa tốt là do phác đồ điều trị chưa phù hợp hoặc bệnh nhân không tuân thủ đầy đủ việc dùng thuốc [3]. Bên cạnh đó, kết quả kiểm

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Hồng Cửa

Email: tthcua@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

soát cơn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, trong đó có yếu tố về độ tuổi khởi phát bệnh, giới tính, thời gian mắc bệnh, loại cơn động kinh, tần suất cơn, nguyên nhân gây bệnh, cũng như sự hiện diện của các bệnh lý đồng mắc đã được chứng minh là có liên quan đến mức độ kiểm soát cơn động kinh [3]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các dữ liệu nghiên cứu về mức độ kiểm soát cơn động kinh và các yếu tố liên quan còn hạn chế. Hầu hết các nghiên cứu dịch tễ học trước đây về động kinh được thực hiện ở khu vực nông thôn miền Bắc, trong khi thông tin về tình hình bệnh nhân tại các vùng miền khác, đặc biệt ở các đô thị, còn rất thiếu [4]. Xuất phát từ cơ sở lý luận trên, nghiên cứu được thực hiện nhằm "Xác định tỷ lệ mức độ kiểm soát cơn động kinh và khảo sát một số yếu tố liên quan đến khả năng kiểm soát cơn ở bệnh nhân động kinh điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán động kinh điều trị tại khoa Nội Thần Kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2025 đến 5/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi; có ≥ 2 cơn co giật điển hình, xảy ra đột ngột, ngắn, hồi phục nhanh, cách nhau ≥ 24 giờ hoặc đã được chẩn đoán động kinh; điện não đồ hiện tại hoặc tiền sử có sóng động kinh [5].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; đang dùng >1 thuốc chống động kinh hoặc không tuân thủ điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

- **Cỡ mẫu:** 41 mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Mức độ kiểm soát cơn: kiểm soát tốt khi không có cơn trong 3 tháng gần nhất và kiểm soát chưa tốt khi có ≥ 1 cơn trong 3 tháng liên tục gần nhất [6].

+ Mỗi liên quan giữa mức độ kiểm soát cơn (chưa tốt, tốt) với một số yếu tố về dịch tễ - xã hội (tuổi, giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân), bệnh lý đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường...); lâm sàng (loại động kinh (toàn thể, cục bộ); tần suất cơn trước điều trị (≤ 3 , >3 cơn/tháng); thời gian mắc bệnh (<1 , 1-5 năm); yếu tố khởi phát (sử dụng rượu bia, nhiễm trùng, tự nhiên); hình ảnh học (MRI/CT): dị dạng mạch máu não, tai biến mạch máu não cũ, dấu mở sọ não cũ.

- **Phương pháp thu thập số liệu và xử lý số liệu:** Nhập dữ liệu và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 27.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ chấp thuận (số 25.330.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30/06/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ kiểm soát cơn động kinh



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mức độ kiểm soát cơn động kinh của đối tượng nghiên cứu (n=41)

Nhận xét: Có 33 trường hợp kiểm soát cơn tốt, chiếm tỷ lệ 80,5% và 8 trường hợp kiểm soát cơn chưa tốt 19,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ kiểm soát cơn động kinh

Bảng 1. Một số yếu tố dịch tễ - xã hội, bệnh lý đồng mắc liên quan đến mức độ kiểm soát cơn động kinh

Một số yếu tố liên quan	Mức độ kiểm soát cơn		Tổng n (%)	p
	Chưa tốt n (%)	Tốt n (%)		
Nhóm tuổi				
>60	4 (18,2)	18 (81,8)	22 (100)	1,00*
16-60	4 (21,1)	15 (78,9)	19 (100)	
Giới tính				
Nam	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (100)	1,00*
Nữ	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (100)	
Nơi cư trú				
Nông thôn	6 (20,0)	24 (80,0)	30 (100)	1,00*
Thành thị	2 (18,2)	9 (81,8)	11 (100)	
Nghề nghiệp				
Đang làm việc	4 (16,0)	21 (84,0)	25 (100)	0,69*
Nghỉ hưu	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100)	
Tình trạng hôn nhân				
Có vợ/chồng	7 (18,9)	30 (81,1)	37 (100)	1,00*
Không có vợ/chồng	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)	
Bệnh lý đồng mắc				
2 bệnh	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (100)	1,00*
1 bệnh	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (100)	

(*): Fisher's exact test

Nhận xét: Chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ kiểm soát cơn động kinh với một số yếu tố nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và số

bệnh lý đồng mắc ($p>0,05$).

Bảng 2. Một số yếu tố lâm sàng, yếu tố khởi phát và bất thường trên hình ảnh học liên quan đến mức độ kiểm soát cơn động kinh

Một số yếu tố liên quan	Mức độ kiểm soát cơn		Tổng n (%)	p
	Chưa tốt n (%)	Tốt n (%)		
Loại động kinh				
Toàn thể	6 (17,6)	28 (82,4)	34 (100)	0,61*
Cục bộ	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	
Tần suất cơn trước điều trị				
> 3 cơn	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (100)	0,003*
≤ 3 cơn	3 (9,1)	30 (90,9)	33 (100)	
Thời gian mắc bệnh				
1-5 năm	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100)	<0,001*
<1 năm	1 (3,2)	30 (96,8)	31 (100)	
Yếu tố khởi phát cơn động kinh				
Sử dụng rượu/bia	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	0,61*
Không sử dụng	6 (17,6)	28 (82,4)	34 (100)	
Nhiễm trùng	1 (7,7)	12 (92,3)	13 (100)	0,39*
Không nhiễm trùng	7 (25,0)	21 (75,0)	28 (100)	
Tự nhiên	1 (7,1)	13 (92,9)	14 (100)	0,23*
Không tự nhiên	7 (25,9)	20 (74,1)	27 (100)	
Hình ảnh học				
Dị dạng mạch máu não	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)	0,32*
Không dị dạng mạch máu não	7 (20,6)	27 (79,4)	34 (100)	
Tai biến mạch máu não cũ	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)	0,43*
Không có tai biến mạch máu não cũ	6 (25,0)	18 (75,0)	24 (100)	
Dấu mỡ sọ não cũ	4 (80,0)	1 (20,0)	5 (100)	0,003*
Không dấu mỡ sọ não cũ	4 (11,1)	32 (88,9)	36 (100)	

(*): Fisher's exact test

Nhận xét: Trong một yếu tố được khảo sát chỉ có tần suất cơn trước điều trị, thời gian mắc bệnh và hình ảnh học có dấu mỡ sọ não cũ cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát cơn động kinh ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đạt được kiểm soát cơn tốt (không còn cơn hoặc tần suất cơn giảm đáng kể) là 80,5% (33/41) và 19,5% (8/41) bệnh nhân vẫn chưa có khả năng kiểm soát hiệu quả cơn động kinh. Tỷ lệ này nhìn chung phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận trong y văn, khi phần lớn bệnh nhân có thể kiểm soát cơn bằng thuốc kháng động kinh phù hợp. Một số nghiên cứu trong nước và quốc tế cũng ghi nhận tỷ lệ kiểm soát cơn dao động từ 70-85%, tùy thuộc vào đặc điểm dân số nghiên cứu, phác đồ điều trị và thời gian theo dõi. Cụ thể như nghiên cứu của Phạm Hồng Đức (2022) khoảng 2/3 người bệnh động kinh có thể kiểm soát được cơn bằng thuốc, trong khi khoảng 1/3 rơi vào tình trạng động kinh kháng thuốc [7]. Tương tự, một nghiên cứu khảo sát tại Hoa Kỳ của Tian et al., (2018) ghi

nhận trong số những bệnh nhân dùng thuốc, có 44% bệnh nhân kiểm soát được cơn (không có cơn trong 12 tháng) [9]. Như vậy, tỷ lệ kiểm soát cơn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Tian et al., (2018) [9], bên cạnh đó vẫn còn gần 1/5 bệnh nhân chưa kiểm soát tốt cơn, gợi ý khả năng tồn tại một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ kiểm soát cơn từ yếu tố dịch tễ-xã hội và đặc điểm lâm sàng.

Kết quả của bảng 1 cho thấy, một số yếu tố về dịch tễ-xã hội như nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và số bệnh lý đồng mắc không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát cơn động kinh ($p>0,05$). Tỷ lệ kiểm soát cơn tốt ở nhóm 16-60 tuổi (78,9%) tương đương với nhóm >60 tuổi (81,8%), cho thấy không có khác biệt đáng kể giữa hai nhóm tuổi. Tuy nhiên, kết quả này khác với nghiên cứu của Tian et al., (2018) [9], trong đó nhóm ≥65 tuổi kiểm soát cơn tốt hơn (62,7%) so với nhóm 35-54 tuổi (36,9%). Về giới tính, tỷ lệ kiểm soát cơn tốt ở nam (79,2%) và nữ (82,4%) không khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$). Điều này phù hợp với Tian et al., (2018) [9] khi nhóm tác giả không ghi nhận ảnh

hường rõ rệt của giới tính đối với kiểm soát cơn. Yếu tố nơi cư trú cũng không cho thấy khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi (thành thị 81,8% so với nông thôn 80,0%; $p>0,05$). Kết quả này khác với Tian et al., (2018) [9] khi tỷ lệ kiểm soát cơn tại Hoa Kỳ có sự chênh lệch theo vùng địa lý và trái ngược với nghiên cứu của Kahsay et al., (2025) [8] tại Ethiopia (Đông Phi), trong đó sống ở thành thị là yếu tố thuận lợi cho kiểm soát tốt. Ngoài ra, Tian et al., (2018) [9] còn ghi nhận một số yếu tố như thất nghiệp, ly hôn hoặc ly thân có liên quan đến kiểm soát cơn kém. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ cỡ mẫu, mức độ đồng nhất về hoàn cảnh kinh tế-xã hội trong đối tượng nghiên cứu hoặc sự khác biệt về đặc điểm dân số và hệ thống y tế giữa các quốc gia.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số yếu tố lâm sàng có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ kiểm soát cơn động kinh. Tỷ lệ động kinh toàn thể trong nghiên cứu tương đương với số liệu của Phạm Hồng Đức và Vũ Anh Nhị (2022) khi khảo sát cộng đồng tại TP. HCM (69,2%) [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Phạm Hồng Đức và Vũ Anh Nhị (2022) chủ yếu phản ánh "khoảng trống điều trị" (17,7%) chứ không đánh giá trực tiếp khả năng kiểm soát cơn [7]. Điều này cho thấy trong cộng đồng vẫn tồn tại nhóm bệnh nhân không được điều trị đầy đủ, khiến tỷ lệ kiểm soát cơn có thể thấp hơn so với nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị và theo dõi liên tục tại bệnh viện. Tần suất cơn trước điều trị được nhận định là yếu tố liên quan rất quan trọng, cụ thể bệnh nhân có >3 cơn trước điều trị chỉ đạt tỷ lệ kiểm soát tốt 37,5%, thấp hơn rõ so với nhóm ≤ 3 cơn (90,9%) với $p<0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kahsay et al. (2025), trong đó tần suất cơn cao là yếu tố dự báo độc lập của kiểm soát cơn kém [8]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Xanh Pôn cũng cho thấy tần suất >2 cơn/tháng làm tăng nguy cơ động kinh kháng thuốc gấp 6,35 lần [10]. Như vậy, tần suất cơn ban đầu là yếu tố quan trọng, nhất quán giữa nhiều nghiên cứu. Tương tự, thời gian mắc bệnh cũng có mối liên quan rõ rệt với khả năng kiểm soát cơn. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán <1 năm đạt tỷ lệ kiểm soát tốt rất cao (96,8%), trong khi nhóm mắc bệnh 1-5 năm chỉ đạt 30,0% ($p<0,001$). Kết quả này cho thấy việc phát hiện và điều trị sớm đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát cơn động kinh. Thời gian mắc bệnh kéo dài thường gắn với sự tái cấu trúc mạng lưới thần kinh, hình thành các ổ phóng điện bền vững và khả năng đáp ứng điều trị thấp hơn. Xu hướng này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới,

trong đó bệnh nhân được điều trị sớm có tỷ lệ đáp ứng tốt hơn đáng kể so với nhóm điều trị muộn. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm và quản lý bệnh kịp thời nhằm hạn chế tiến triển sang động kinh khó điều trị. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, một số yếu tố khởi phát cơn như sử dụng rượu/bia, nhiễm trùng hoặc cơn tự nhiên không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát cơn động kinh ($p>0,05$). Điều này gợi ý rằng, mặc dù các yếu tố kích phát có thể làm tăng nguy cơ xảy ra cơn trong ngắn hạn, nhưng chúng không quyết định khả năng kiểm soát bệnh về lâu dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tổn thương cấu trúc não (dấu mở sọ não cũ) chỉ đạt 20% kiểm soát tốt, thấp hơn nhiều so với nhóm không tổn thương (88,9%) với $p<0,05$. Kết quả này phù hợp với nhận định của Tian et al. (2018) cho rằng căn nguyên cơ giết khác nhau có thể ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị [9]. Tương tự, nghiên cứu tại Xanh Pôn cũng ghi nhận bất thường MRI làm tăng nguy cơ động kinh kháng thuốc khoảng 7 lần [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiểm soát cơn động kinh tốt trong nghiên cứu đạt 80,5%. Khả năng kiểm soát cơn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tần suất cơn trước điều trị, thời gian mắc bệnh và sự hiện diện của dấu mở sọ não cũ trên hình ảnh học ($p<0,05$). Điều này cho thấy vai trò quan trọng của đặc điểm bệnh sử và tổn thương não trước đó trong tiên lượng đáp ứng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Epilepsy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Nov 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. **Hsu CH, Chen L, Su TC, Kuo HC, Lee YC, Hsieh CL, et al.** Effect on satisfactory seizure control and heart rate variability of thread-embedding acupuncture for drug-resistant epilepsy: a patient-assessor blinded, randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(37):e35175. <https://doi.org/10.1155/2023/5871991>.
3. **Song P, Liu Y, Yu X, Wu A, Zhou H, Shan S, et al.** Prevalence of epilepsy in China: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2018;8(1):17567. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.020706>.
4. **Nguyễn Văn Tuyên, Vương Thừa Đức.** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh động kinh tại cộng đồng dân cư tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;526(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1B.3872>.
5. **Kim DW, Lee SK, Yun CH, Kim KK, Lee SY, Park HK, et al.** Clinical characteristics of patients with treated epilepsy in Korea: a

- nationwide epidemiologic study. *Epilepsia*. 2014;55(1):67-75. <https://doi.org/10.1111/epi.12469>.
6. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>.
7. Phạm Hồng Đức, Vũ Anh Nhị. Tỷ lệ hiện mắc và khoảng trống điều trị động kinh tại nội thành, Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1B). <https://doi.org/10.51298/vmi.v520i1B.3872>.
8. Kalsav, G. G., Gidev, K., and Berha, A. B. (2025). Treatment outcomes, medication adherence and predictors among patients with epilepsv in Mekelle City Hospitals, Ethiopia: a multicentre observational cross-sectional study. *BMJ open*. 15(6). e097067. <https://doi.org/10.1136/bmiopen-2024-097067>.
9. Tian, N., Borina, M., Kobau, R., Zack, M. M., & Croft, J. B. (2018). Active Epilepsy and Seizure Control in Adults - United States, 2013 and 2015. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 67(15). 437-442. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6715a1>.
10. My Sylaphet, Đỗ Thanh Hương, Đỗ Phương Thảo. Kết quả điều trị động kinh và một số yếu tố liên quan đến động kinh kháng thuốc ở trẻ em tại Bệnh viện Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;546(3). <https://doi.org/10.51298/vmj.v546i3.12688>.

NỒNG ĐỘ HOMOCYSTEIN MÁU VỚI SỰ BIỂU HIỆN ĐẠM NIỆU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Huỳnh Trung Cang^{1,2}, Trịnh Minh Thiết², Nguyễn Hồ Song Hào^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ homocystein máu và sự biểu hiện đạđm niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có và không có tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 160 đối tượng tham gia nghiên cứu tại Khoa Nội tổng hợp và khoa Khám bệnh tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 05/2023 đến tháng 05/2025. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu ≥ 60 tuổi chiếm 65,6% với tuổi trung bình $63,89 \pm 12,82$; tỷ lệ nữ giới gấp khoảng 2 lần nam giới, chiếm 67,5%; chỉ số BMI và vòng bụng trung bình ghi nhận lần lượt là $23,34 \pm 3,47$ và $83,02 \pm 9,56$; giá trị trung bình homocystein máu ở nhóm có tăng huyết áp cao hơn rõ rệt so với nhóm không tăng huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); tỷ lệ đạđm niệu ≥ 30 mg/g trên đối tượng có tăng huyết áp cao hơn rõ rệt so với nhóm không có tăng huyết áp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$); mức độ đạđm niệu trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p = 0,049$. Nồng độ homocystein máu ở nhóm bệnh nhân có đạđm niệu ≥ 30 mg/g cao hơn so với nhóm < 30 mg/g và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), bệnh nhân đái tháo đường kèm tăng huyết áp luôn có nồng độ homocystein trung bình cao hơn so với bệnh nhân không tăng huyết áp trong cùng mức biểu hiện đạđm niệu. **Kết luận:** Homocystein có thể đóng vai trò như một chỉ dấu sinh học trong phát hiện sớm bệnh thận đái tháo đường và nồng độ tăng cao trên bệnh nhân

đái tháo đường type 2 có tăng huyết áp.

Từ khóa: bệnh nhân đái tháo đường type 2, đạđm niệu, homocystein máu, tăng huyết áp.

SUMMARY

SERUM HOMOCYSTEINE CONCENTRATIONS AND PROTEINURIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND DYSLIPIDEMIA

Objective: Investigation of the association between blood homocysteine levels and proteinuria in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) with and without hypertension. **Materials and Methods:** A descriptive study was conducted on 160 participants recruited from the Department of General Internal Medicine and the Outpatient Clinic of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2023 to May 2025. **Results:** Participants aged ≥ 60 years accounted for 65.6%, with a mean age of 63.89 ± 12.82 years. Females represented 67.5%, approximately twice the proportion of males. The mean BMI and waist circumference were 23.34 ± 3.47 and 83.02 ± 9.56 cm, respectively. The mean blood homocysteine level was significantly higher in the hypertensive group compared to the non-hypertensive group ($p < 0.001$). The prevalence of proteinuria ≥ 30 mg/g was markedly higher in individuals with hypertension than in those without hypertension, with a statistically significant difference ($p = 0.003$). The mean level of proteinuria also differed significantly between the two groups ($p = 0.049$). Blood homocysteine levels were significantly higher in patients with proteinuria ≥ 30 mg/g than in those with < 30 mg/g ($p < 0.001$). Among patients within the same degree of proteinuria, those with both T2DM and hypertension consistently had higher mean homocysteine levels compared to those without hypertension. **Conclusion:** Elevated homocysteine may serve as a potential biomarker for the early

¹Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Song Hào

Email: nhshao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025