

nam 46, XY. Việc quản lý điều trị toàn diện cho người bệnh cần đến sự kết hợp đa chuyên khoa bao gồm bác sĩ sản phụ khoa, nội tiết, di truyền và tâm lý [1,4,6].

IV. KẾT LUẬN

CAIS là một rối loạn giới tính do đột biến gen thụ thể AR gây mất nhạy cảm androgen hoàn toàn ở cá thể mang bộ NST 46, XY, biểu hiện kiểu hình nữ và vô kinh nguyên phát. Trong thực hành lâm sàng, khi gặp một phụ nữ trẻ có kiểu hình nữ, vô kinh nguyên phát và không có tử cung, cần nghĩ đến bệnh lý CAIS để tiến hành xét nghiệm NST đờ, tìm đột biến gen AR, đánh giá nội tiết và khảo sát tinh hoàn ẩn xác định chẩn đoán. Điều trị tiêu chuẩn cho hội chứng này bao gồm cắt bỏ tinh hoàn sau khi hoàn thành dậy thì nhằm loại bỏ nguy cơ ác tính, kết hợp liệu pháp thay thế hormon estrogen lâu dài và hỗ trợ tâm lý. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện sớm, chẩn đoán đúng CAIS để người bệnh được điều trị kịp thời và chăm sóc toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galani A, Kitsiou-Tzeli S, Sofokleous C, Kanavakis E, Kalpini-Mavrou A.** Androgen insensitivity syndrome: clinical features and molecular defects. *Hormones (Athens)*. 2008 Jul-

Sep;7(3):217–29. doi:10.14310/horm.2002.1201. PMID:18694860.

2. **Hughes IA, Werner R, Bunch T, Hiort O.** Androgen insensitivity syndrome. *Semin Reprod Med*. 2012 Sep;30(5):432–42. doi:10.1055/s-0032-1324728.
3. **Boehmer AL, Brinkmann O, Brüggewirth H, van Assendelft C, Otten BJ, Verleun-Mooijman MC, Niermeijer MF, Brunner HG, Rouwé CW, Waelkens JJ, Oostdijk W, Kleijer WJ, van der Kwast TH, de Vroede MA, Drop SL.** Genotype versus phenotype in families with androgen insensitivity syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001 Sep;86(9):4151–60. doi:10.1210/jcem.86.9.7825. Erratum in: *J Clin Endocrinol Metab*. 2002 Jul;87(7):3109. PMID:11549642.
4. **Tyutyusheva N, Mancini I, Baroncelli GI, D'Elis S, Peroni D, Meriggiola MC, et al.** Complete androgen insensitivity syndrome: from bench to bed. *Int J Mol Sci*. 2021 Jan 29;22(3):1264. doi:10.3390/ijms22031264.
5. **Deans R, Creighton SM, Liao LM, Conway GS.** Timing of gonadectomy in adult women with complete androgen insensitivity syndrome (CAIS): patient preferences and clinical evidence. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012 Jun;76(6):894–8. doi:10.1111/j.1365-2265.2012.04330.x. PMID:22211628.
6. **Bertelloni S, Dati E, Baroncelli GI, Hiort O.** Hormonal management of complete androgen insensitivity syndrome from adolescence onward. *Horm Res Paediatr*. 2011;76(6):428–33. doi:10.1159/000334162. Epub 2011 Nov 29. PMID:22156544.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP ĐẾN TIẾN TRIỂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN III TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Võ Hoàng Nghĩa¹, Nguyễn Như Nghĩa¹, Phạm Văn Bùi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) đang trở thành một vấn đề sức khỏe ngày càng phổ biến trên toàn thế giới. Tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt là ở thành phố Cần Thơ, tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng đã nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết cần đánh giá các biện pháp can thiệp ở giai đoạn sớm nhằm ngăn ngừa sự suy giảm chức năng thận không hồi phục. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp đối với tiến triển của bệnh thận mạn giai đoạn III tại địa bàn thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu can

thIỆP trước sau không nhóm chứng trên 34 bệnh nhân mắc BTM giai đoạn III theo KDIGO 2021 tại Cần Thơ. Các biện pháp can thiệp bao gồm thay đổi lối sống (ngưng thuốc lá, vận động, kiểm soát cân nặng, chế độ ăn) và điều trị y tế (kiểm soát huyết áp mục tiêu <130/80 mmHg, kiểm soát đái tháo đường với HbA1c <7,0%, và sử dụng Dapagliflozin 10mg/ngày cho tất cả bệnh nhân). Bệnh nhân được theo dõi trong 12 tháng, đánh giá sự thay đổi độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) và tỷ lệ albumin/creatinin niệu (ACR). Kết quả can thiệp có hiệu quả được xác định khi tốc độ giảm eGFR ≤ 5ml/phút/1,73 m² da/năm. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình là 71,8±9,3, nữ giới chiếm 61,8%. Yếu tố liên quan thường gặp bao gồm: dùng NSAID 76,5%, sỏi thận/nhiễm trùng tiểu tái phát 55,9%, tăng huyết áp 52,9%, đái tháo đường 38,2%. Sau 12 tháng, 44,1% bệnh nhân cải thiện eGFR. Ở nhóm cải thiện, eGFR tăng trung bình 11,36±9,38 ml/phút/1,73 m². Tỷ lệ đạt mục tiêu làm chậm tiến triển bệnh là 58,8%, trong khi 23,5% tiến triển sang giai đoạn nặng hơn. Đa số bệnh nhân có ACR giảm hoặc không thay đổi. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu cho thấy kết quả sau can thiệp có 58,8% bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hoàng Nghĩa

Email: vhnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

đạt hiệu quả làm chậm tiến triển bệnh, gợi ý tác dụng giúp bảo tồn chức năng thận.

Từ khóa: bệnh thận mạn (BTM), giai đoạn III, can thiệp, tiến triển, độ lọc cầu thận.

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF THE EFFECTS OF INTERVENTIONS ON THE PROGRESSION OF STAGE III CHRONIC KIDNEY DISEASE IN CAN THO CITY

Background: Chronic kidney disease (CKD) represents a growing public health challenge worldwide. In the Mekong Delta, particularly in Can Tho City, the increasing prevalence highlights the urgent need to evaluate early-stage interventions to prevent irreversible renal decline. **Objectives:** This study aimed to preliminarily evaluate the effectiveness of comprehensive interventions on the progression of stage III CKD in Can Tho City, Vietnam. **Materials and methods:** A pre-post interventional study without a control group was conducted on 34 patients diagnosed with stage III CKD according to KDIGO 2021 criteria. Interventions included lifestyle modifications (smoking cessation, physical activity, weight management, and dietary adjustments) and medical management (blood pressure control to <130/80 mmHg, glycemic control with HbA1c <7.0%, and administration of Dapagliflozin 10 mg/day for all patients). Participants were followed for 12 months to assess changes in estimated glomerular filtration rate (eGFR) and urinary albumin-to-creatinine ratio (ACR). Intervention efficacy was defined as an annual eGFR decline ≤ 5 mL/min/1.73 m². **Results:** The mean age was 71.8±9.3 years, with 61.8% female patients. Common related factors included NSAID use (76.5%), recurrent nephrolithiasis or urinary tract infection (55.9%), hypertension (52.9%), and diabetes mellitus (38.2%). After 12 months, 44.1% of patients showed improved eGFR, with a mean increase of 11.36±9.38 mL/min/1.73 m² in the improvement group. The overall rate of slowed disease progression was 58.8%, whereas 23.5% of patients progressed to a more advanced stage. Most patients exhibited a decreased or stable ACR. **Conclusion:** Preliminary findings suggest that the applied interventions achieved renal function preservation in 58.8% of patients, indicating a potential benefit in delaying CKD progression. **Keywords:** chronic kidney disease (CKD), stage III, intervention, progression, glomerular filtration rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mới mắc ngày càng gia tăng, kéo theo sự gia tăng của chi phí điều trị và suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ước tính đến năm 2040, BTM sẽ trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm trên toàn cầu và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong được dự đoán là có mức tăng lớn nhất [3]. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu tại Cần Thơ cho thấy tỷ lệ BTM ở người ≥ 18 tuổi có nguy cơ

bệnh thận mạn là 13,8% [8]. Có nhiều yếu tố được cho rằng có mối liên hệ với BTM về cả cơ chế và bằng chứng học như tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, tuổi cao [5]. Tuy nhiên, việc phát hiện và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến BTM, đặc biệt là những yếu tố liên quan nổi trội ở từng khu vực chưa được thực hiện đầy đủ. Chiến lược điều trị BTM thay đổi tùy theo giai đoạn, trong đó, giai đoạn III là giai đoạn cửa sổ can thiệp. Nhiều nghiên cứu cho thấy can thiệp tại giai đoạn III có thể ngăn ngừa hoặc trì hoãn việc tiến triển sang giai đoạn IV-V [1], [4]. Ngoài ra, giai đoạn III cũng thuận lợi cho việc xác định và theo dõi các tiêu chí đánh giá lâm sàng như độ lọc cầu thận, albumin niệu và huyết áp.

Trong khi đó tại Việt Nam, bối cảnh tỷ lệ mắc BTM ngày càng gia tăng, việc tầm soát phát hiện sớm, xác định các yếu tố nguy cơ nổi trội và xây dựng chiến lược quản lý, điều trị hiệu quả tại cộng đồng là hết sức cần thiết nhằm giảm tỷ lệ tiến triển bệnh, giảm chi phí điều trị và kéo dài tuổi thọ cho người bệnh. Tuy nhiên, tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt là Thành phố Cần Thơ, các nghiên cứu về hiệu quả can thiệp ở bệnh nhân BTM, đặc biệt giai đoạn III, vẫn còn hạn chế và chưa được triển khai đầy đủ.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp đối với tiến triển của bệnh thận mạn giai đoạn III tại địa bàn thành phố Cần Thơ. Thông qua đó, cung cấp thông tin thực chứng về tác động của các biện pháp can thiệp, đồng thời đóng góp cơ sở khoa học cho việc xây dựng và hoàn thiện các chương trình can thiệp nhằm giảm nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mắc BTM giai đoạn III theo KDIGO 2021 tại địa bàn Tp. Cần Thơ từ năm 2023 đến năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng từ 18 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Được chẩn đoán BTM giai đoạn III với ít nhất 1 trong 2 điều kiện tồn tại ≥ 3 tháng theo KDIGO 2021: (1) Độ lọc cầu thận ước đoán 30–59 ml/min/1.73 m² tính theo CKD-EPI trên ít nhất 2 mẫu máu lấy cách nhau ≥ 90 ngày; hoặc (2) dấu hiệu tổn thương thận liên tục ≥ 3 tháng, Albumin/creatinine ratio (ACR) ≥ 30 mg/g ($\mu\text{g}/\text{mg}$) trên ≥ 2 lần trong ≥ 90 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

Đối tượng đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng kết quả xét nghiệm creatinine máu (corticoid kéo dài, cephalosporin, cimetidine, thiazid, vitamin C liều cao).

Đối tượng mắc các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh mạn tính khác đang tiến triển nặng, đe dọa tính mạng. Đối tượng có tăng kali máu $\geq 5,5$ mmol/L, đối tượng có tiền sử dị ứng nghiêm trọng với thuốc trong phác đồ điều trị. Đối tượng không tuân thủ phác đồ điều trị. Đối tượng không theo dõi đủ đến hết thời gian nghiên cứu 12 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước sau không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chúng tôi tuyển chọn được 34 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu và theo dõi đủ 12 tháng từ năm 2023 đến năm 2024.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn III:

- Đặc điểm chung: tuổi, nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú.

- Các yếu tố liên quan: THA, ĐTĐ, bệnh tim mạch, tiền sử mắc bất kỳ bệnh thận nào khi còn nhỏ, sử dụng NSAID, sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI), sỏi thận hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát, béo phì, hút thuốc lá và rối loạn lipid máu.

Các đối tượng có BTM giai đoạn III được can thiệp điều trị và theo dõi tại trạm y tế địa phương định kỳ mỗi 4 tuần và Phòng khám Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ định kỳ mỗi 3 tháng trong tổng thời gian 12 tháng. Các biện pháp can thiệp bao gồm:

- Không dùng thuốc: thay đổi lối sống bao gồm ngưng hút thuốc lá, hoạt động thể lực (ít nhất 150 phút/tuần), kiểm soát cân nặng (mục tiêu BMI 18,5-24,9 kg/m²), chế độ ăn hạn chế muối (<5g NaCl/ngày) và kiểm soát protein ($\leq 0,8$ g/kg/ngày). Ngưng sử dụng các thuốc thảo dược, thực phẩm chức năng không rõ nguồn gốc.

- Dùng thuốc: quản lý với huyết áp với mục tiêu <130/80 mmHg, ưu tiên thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể. Đái tháo đường được kiểm soát với mục tiêu HbA1c <7,0% (cá thể hóa đến 8,0% cho nhóm nguy cơ cao) bằng các thuốc được điều chỉnh liều theo chức năng thận. Tất cả bệnh nhân được chỉ định Dapagliflozin 10mg/ngày. Điều trị và quản lý các bệnh lý đồng mắc như rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu.

Bệnh nhân BTM giai đoạn III được xét nghiệm creatinin, ACR nước tiểu trước và sau 12

tháng can thiệp nhằm xác định: bệnh nhân cải thiện eGFR, thay đổi ACR niệu trước và sau can thiệp, thay đổi eGFR tình trạng cải thiện, kết quả can thiệp mức độ tiến triển (hiệu quả khi giảm $eGFR \leq 5$ ml/phút/1,73 m² da/năm), bệnh nhân tiến triển đến BTM giai đoạn nặng hơn.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

Biến định tính: được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

Các biến định lượng: sử dụng kiểm định One-Sample Kolmogorov-smirnov và Shapiro-Wilk để xác định tình trạng phân phối chuẩn, các biến có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn, biến không phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ theo quyết định số 535/PCT-HĐĐĐ.

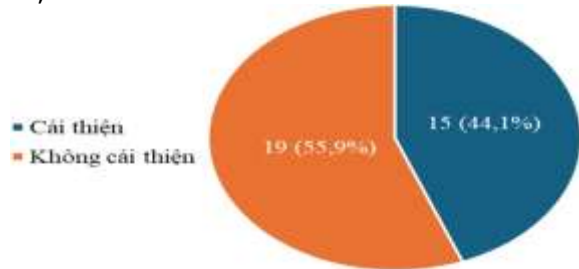
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền hành đánh giá kết quả can thiệp tiến triển ở 34 bệnh nhân mắc BTM giai đoạn III trong thời gian 12 tháng tại địa bàn thành phố Cần Thơ từ năm 2023 đến năm 2024. Các kết quả ghi nhận được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung ở bệnh nhân được can thiệp (n=34)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (TB \pm ĐLC)		71,8 \pm 9,3	
Nhóm tuổi	Dưới 70 tuổi	13	38,2
	Từ 70 tuổi trở lên	21	61,8
Giới tính	Nam	13	38,2
	Nữ	21	61,8
Nơi cư trú	Thành thị	8	23,5
	Nông thôn	26	76,5
Béo phì		9	26,5
Hút thuốc lá		4	11,8
Tăng huyết áp		18	52,9
Thời gian mắc tăng huyết áp theo năm (TB \pm ĐLC)		5,83 \pm 2,77	
Đái tháo đường		13	38,2
Thời gian mắc đái tháo đường theo năm (TB \pm ĐLC)		7,69 \pm 2,49	
Bệnh tim mạch		10	29,4
Rối loạn lipid máu		4	11,8
Sỏi thận hoặc nhiễm trùng tiểu tái phát		19	55,9
Tiền sử mắc bất kỳ bệnh thận lúc nhỏ		2	5,9
Sử dụng NSAID		26	76,5
Sử dụng PPI		13	38,2

Nhận xét: Kết quả của chúng tôi cho thấy, có gần 2/3 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn III là nữ, chủ yếu ở nhóm từ 70 tuổi trở lên với tỷ lệ 61,8%. Trong số những bệnh lý liên quan, bệnh nhân mắc sỏi thận hoặc nhiễm trùng tiểu tái phát chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,9%, kế tiếp là tăng huyết áp (52,9%) và đái tháo đường (38,2%). Ngoài ra, số bệnh nhân sử dụng NSAID cũng chiếm hơn 2/3 số bệnh nhân với tỷ lệ 76,5%.



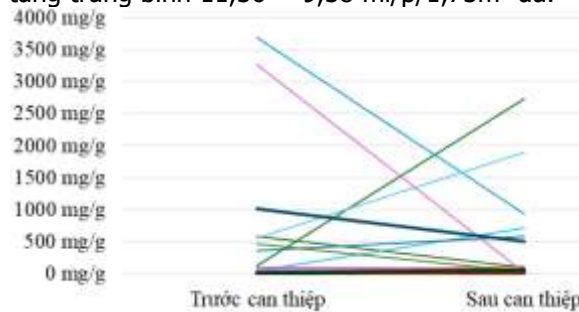
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện eGFR sau can thiệp (n=34)

Nhận xét: Sau khi can thiệp tiến triển bệnh thận mạn trong 12 tháng, kết quả ghi nhận 15 bệnh nhân có cải thiện eGFR so với trước can thiệp, chiếm tỷ lệ 44,1%.

Bảng 2. Thay đổi eGFR theo nhóm cải thiện và không cải thiện sau can thiệp

Thay đổi eGFR	Cải thiện (n=15)	Không cải thiện (n=19)
TB ± ĐLC (ml/p/1,73m ² da)	11,36±9,38	-8,96±7,04
Lớn nhất (ml/p/1,73m ² da)	38,50	-29,00
Nhỏ nhất (ml/p/1,73m ² da)	0,30	-1,00

Nhận xét: Sau can thiệp tiến triển bệnh thận mạn giai đoạn III, nhóm cải thiện có eGFR tăng trung bình 11,36 ± 9,38 ml/p/1,73m² da.



Biểu đồ 2. Thay đổi ACR niệu của tất cả bệnh nhân sau can thiệp (n=34)

Nhận xét: Sau khi đánh giá sự thay đổi ACR niệu ở từng bệnh nhân sau 12 tháng can thiệp, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân không thay đổi hoặc đã giảm so với trước đó. Trong đó, có 2 bệnh nhân giảm ACR niệu từ >3000mg/g xuống

còn dưới 1000mg/g.

Bảng 3. Nồng độ ACR niệu trước và sau can thiệp (n=34)

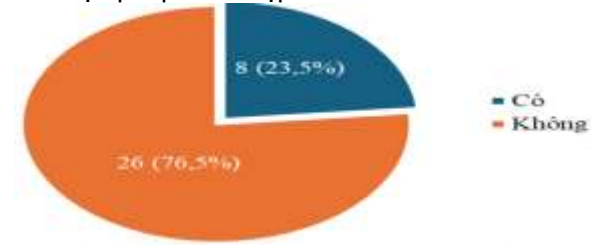
ACR niệu (mg/g)	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	16,4 (6,1-113,0)	22,1 (10,9-76,8)

Nhận xét: Sau can thiệp, chúng tôi ghi nhận nồng độ ACR niệu thay đổi trung vị từ 16,4 lên 22,1 mg/g.



Biểu đồ 3. Kết quả can thiệp tiến triển bệnh thận mạn giai đoạn III (n=34)

Nhận xét: Sau quá trình 12 tháng, kết quả cho có 20 bệnh nhân (58,8%) bệnh thận mạn giai đoạn III đạt được mức hiệu quả thông qua các biện pháp can thiệp.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ bệnh nhân tiến triển đến giai đoạn bệnh thận mạn nặng hơn sau can thiệp (n=34)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 8 bệnh nhân (23,5%) tiến triển đến giai đoạn nặng hơn của bệnh thận mạn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi can thiệp trên một nhóm 34 bệnh nhân BTM giai đoạn III cư trú tại thành phố Cần Thơ. Các kết quả nổi bật cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân (44,1%) có sự cải thiện chức năng thận sau 12 tháng. Hiệu quả can thiệp tổng thể làm chậm tiến triển bệnh đạt 58,8%, mặc dù vẫn có 23,5% bệnh nhân tiến triển sang giai đoạn nặng hơn. Đáng chú ý, các yếu tố nguy cơ tại chỗ như lạm dụng thuốc NSAID và tiền sử sỏi thận/nhiễm trùng tiểu tái phát chiếm tỷ lệ rất cao trong nhóm can thiệp. Một phát hiện quan trọng là trong khi eGFR cải thiện rõ rệt, phần lớn bệnh nhân có ACR niệu duy trì không đổi hoặc giảm, gợi ý sự khác biệt về thời gian phục hồi giữa chức năng huyết động

và tổn thương cấu trúc của thận.

Quần thể can thiệp của chúng tôi có các đặc điểm nhân khẩu học tương đồng với báo cáo của Tangri (2023) về BTM giai đoạn III khi ghi nhận nhóm bệnh nhân cao tuổi và nữ giới chiếm đa số [7]. Tuy nhiên, một điểm khác biệt quan trọng là tỷ lệ mắc THA và ĐTĐ trong nhóm của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu ở bệnh nhân nhập viện [7]. Sự khác biệt này được lý giải do mô hình sàng lọc cộng đồng chủ động giúp phát hiện các trường hợp BTM ở giai đoạn sớm hơn, trước khi các bệnh lý nền này tiến triển đủ nặng để trở thành lý do chính khiến bệnh nhân phải tìm đến cơ sở y tế. Điều đáng báo động trong đặc điểm nhóm bệnh là tỷ lệ rất cao bệnh nhân có tiền sử sử dụng NSAID và có bệnh lý sỏi thận hoặc nhiễm trùng tiểu tái phát. Điều này nhấn mạnh vai trò của các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được như việc lạm dụng thuốc độc thận và các vấn đề tiết niệu [4].

Một trong những kết quả tích cực nhất là gần một nửa số bệnh nhân ghi nhận sự cải thiện hoặc ổn định chức năng thận sau 12 tháng can thiệp. Tỷ lệ cải thiện 44,1% trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với kết quả nghiên cứu của tác giả Tangri với tỷ lệ ổn định và cải thiện độ lọc cầu thận là 46,6% [7]. Sự cải thiện này có thể được lý giải qua hai giai đoạn. Giai đoạn đầu can thiệp tích cực, đặc biệt là sử dụng các thuốc ức chế hệ renin-angiotensin dẫn đến giảm eGFR tạm thời. Hiện tượng này được y văn ghi nhận và xem là một đáp ứng huyết động học có lợi, phản ánh sự giảm áp lực lọc trong cầu thận vốn là mục tiêu điều trị để bảo vệ thận. Giai đoạn sau từ 6-12 tháng, chức năng thận cho thấy sự phục hồi và cải thiện. Điều này chứng tỏ ở BTM giai đoạn III, bệnh nhân vẫn còn chức năng thận dự trữ nhất định. Khi các yếu tố thúc đẩy tổn thương như THA, ĐTĐ, viêm và xơ hóa được kiểm soát, các nephron còn lại có khả năng thích nghi và tăng cường hiệu quả lọc dẫn đến phục hồi eGFR [2].

Ngược lại với sự cải thiện rõ rệt của eGFR, chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân vẫn duy trì ACR ở mức tương đối ổn định, trong khi chỉ số ít trường hợp giảm đáng kể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Đạt khi báo cáo sự cải thiện chức năng thận có thể xảy ra mà không đi kèm với sự thay đổi rõ rệt về albumin niệu trong thời gian ngắn [6]. Sự khác biệt này gợi ý sự phục hồi huyết động có thể xảy ra nhanh hơn sự phục hồi tổn thương cấu trúc.

Về hiệu quả can thiệp tổng thể, 58,8% bệnh

nhân đạt được mục tiêu làm chậm tiến triển bệnh với tốc độ giảm eGFR ≤ 5 ml/phút/1,73 m²/năm. Tỷ lệ thành công này khẳng định BTM giai đoạn III là giai đoạn cửa sổ can thiệp quan trọng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu và khuyến cáo khi cho thấy đây là nhóm bệnh nhân có thể tiến triển ổn định nếu được quản lý tích cực [4], [7]. Dù vậy, vẫn có đến 23,5% bệnh nhân tiến triển sang giai đoạn nặng hơn. Nguyên nhân có thể do kém tuân thủ điều trị, đặc biệt là sử dụng các thuốc độc thận. Trong bối cảnh tỷ lệ dùng NSAID và các thuốc thảo dược không rõ nguồn gốc rất cao, việc tư vấn và giám sát tuân thủ điều trị trở nên rất quan trọng [4].

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cần được nhìn nhận với một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, cỡ mẫu của nhóm can thiệp (n=34) tương đối nhỏ, làm hạn chế tính đại diện của kết quả. Thứ hai, nghiên cứu không có nhóm chứng so sánh do vấn đề y đức không cho phép đánh giá nhóm không can thiệp, do đó không thể đánh giá hiệu quả một cách trực tiếp của các phương pháp can thiệp. Cuối cùng, thời gian theo dõi 12 tháng là tương đối ngắn, chưa đủ để đánh giá toàn diện các kết cục lâu dài của các biện pháp can thiệp đối với tiến triển BTM.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp trên 34 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn III trong 12 tháng cho thấy 58,8% đạt hiệu quả làm chậm tiến triển bệnh, trong đó 44,1% cải thiện chức năng thận. Các biện pháp can thiệp tổng hợp bước đầu cho thấy hiệu quả làm chậm tiến triển bệnh, gợi ý tác dụng giúp bảo tồn chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baek S. D., Baek C. H., Kim J. S., Kim S. M.** (2012), Does stage III chronic kidney disease always progress to end-stage renal disease? A ten-year follow-up study, *Scand J Urol Nephrol*, 46 (3), pp. 232-238. doi:http://doi.org/10.3109/00365599.2011.649045.
2. **Denic A., Rule A. D.** (2024), Structural adaptation to hyperfiltration defines CKD versus healthy aging, *Nephrol Dial Transplant*, 39 (10), pp. 1540-1542. doi:http://doi.org/10.1093/ndt/gfae063.
3. **Foreman K. J., Marquez N., Dolgert A., Fukutaki K.** (2018), Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories, *Lancet*, 392 (10159), pp. 2052-2090. doi:http://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31694-5.
4. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)** (2023), KDIGO 2023 Clinical Practice Guideline For The Evaluation And

- Management Of Chronic Kidney Disease, pp. doi:http://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018.
- Mallamaci F., Tripepi G.** (2024), Risk Factors of Chronic Kidney Disease Progression: Between Old and New Concepts, *J Clin Med*, 13 (3), pp. doi:http://doi.org/10.3390/jcm13030678.
 - Nguyễn Thanh Đạt, Nguyễn Trung Kiên, Đoàn Thị Kim Châu, Thanh Diệp Hà Trúc** (2025), Tỷ lệ non-albumin niệu, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị bằng phối hợp thuốc Dapagliflozin ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 85 pp. 36-42. doi:http://doi.org/10.58490/ctump. 2025i85.3583.
 - Tangri Navdeep, Peach Emily J., Franzén Stefan, Barone Salvatore** (2023), Patient Management and Clinical Outcomes Associated with a Recorded Diagnosis of Stage 3 Chronic Kidney Disease: The REVEAL-CKD Study, *Advances in Therapy*, 40 (6), pp. 2869-2885. doi:http://doi.org/10.1007/s12325-023-02482-5.
 - Vo N. H., Pham B. V., Nguyen N. N., Nguyen B. T.** (2025), A Predictive Nomogram for Selective Screening of Chronic Kidney Disease: A Population-Based Study, *Can J Kidney Health Dis*, 12 pp. 20543581241309979. doi:http://doi.org/10.1177/20543581241309979.

CHẤN THƯƠNG, VẾT THƯƠNG ĐỘNG MẠCH ĐÙI: HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút³, Nguyễn Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Thành Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương và đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa ở bệnh nhân chấn thương, vết thương động mạch đùi tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chấn thương, vết thương động mạch đùi tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2022 đến 06/2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, vị trí tổn thương, hình thái tổn thương động mạch đùi, phương pháp điều trị và kết cục sau phẫu thuật (bảo tồn chi, tử vong, biến chứng). **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân nhập viện trễ sau 24h (20,6%) cũng như được phẫu thuật mạch máu tại tuyến cơ sở nhưng đều thất bại (6,9%). Vị trí tổn thương phổ biến nhất là động mạch đùi nông (76,7%), kế đến là động mạch đùi chung (16,4%). Hình thái tổn thương chủ yếu là đụng dập (57,5%) và đứt rời (26,0%). Các phương pháp điều trị gồm khâu tận-tận, ghép tĩnh mạch tự thân hoặc ống ghép, thắt động mạch hoặc can thiệp nội mạch. Tỷ lệ biến chứng toàn thân và biến chứng ngoại khoa đều là 12,3%. Tỷ lệ cắt cụt chi chung là 18,8%, trong đó cắt cụt thứ cấp chiếm 1,64%. Tử vong sau mổ là 2,74%. Điểm MESS ≥ 8 cho giá trị tiên lượng cao trong dự đoán cắt cụt chi. **Kết luận:** Chấn thương động mạch đùi thường có tổn thương phối hợp phức tạp, cần được xử trí tái thông mạch máu kịp thời. Việc đánh giá đúng hình thái tổn thương và lựa chọn phương pháp điều trị

phù hợp đóng vai trò quan trọng trong cải thiện kết cục lâm sàng. **Từ khóa:** chấn thương, vết thương, động mạch đùi, can thiệp ngoại khoa

SUMMARY

FEMORAL ARTERY INJURIES: PATTERNS AND SURGICAL OUTCOMES AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, injury patterns, and surgical outcomes of patients with femoral artery trauma treated at Cho Ray Hospital. **Materials and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 73 patients diagnosed and surgically treated for femoral artery injuries at Cho Ray Hospital from January 2022 to June 2025. Data collected included clinical presentation, injury location, arterial injury morphology, treatment methods, and postoperative outcomes (limb salvage, mortality, complications). **Results:** Most patients were males of working age, with road traffic accidents being the predominant cause. A significant proportion presented late (>24 hours) (20.6%) or underwent prior failed vascular surgery at local hospitals (6.9%). The most commonly injured vessel was the superficial femoral artery (76.7%), followed by the common femoral artery (16.4%). Blunt trauma was the leading mechanism (57.5%), with complete transection seen in 26.0%. Surgical techniques included end-to-end anastomosis, autologous vein or synthetic graft interposition, arterial ligation, and endovascular repair. Both systemic and local complication rates were 12.3%. The overall amputation rate was 18.8%, with secondary amputations accounting for 1.64%. Postoperative mortality was 2.74%. A Mangled Extremity Severity Score (MESS) ≥ 8 showed high predictive value for amputation risk. **Conclusion:** Femoral artery trauma often presents with complex associated injuries and requires timely surgical revascularization. Accurate assessment of injury morphology and appropriate treatment selection play a crucial role in improving clinical outcomes.

¹Bệnh viện Quốc tế Minh Anh, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025