

Nghiên cứu đã chỉ ra một số rào cản được đa số điều dưỡng báo cáo ảnh hưởng đến quản lý đau bao gồm: Cơ sở y tế không có quy trình hướng dẫn quản lý đau, điều dưỡng không đủ thời gian chăm sóc người bệnh, điều dưỡng hạn chế cơ hội tham gia thảo luận nhóm chăm sóc và lo lắng người bệnh dùng thuốc giảm đau quá liều là những rào cản được đa số điều dưỡng báo cáo. Trình độ học vấn càng cao và được tham gia khoá đào tạo về đau trước đó có ý nghĩa thống kê làm giảm mức độ nhận thức rào cản của điều dưỡng. Từ đây cho thấy, Bệnh viện cần tạo điều kiện cho điều dưỡng đi học nâng cao trình độ và tham gia khoá đào tạo về đau để cập nhật kiến thức, xây dựng quy trình hướng dẫn quản lý đau, thiết lập môi trường làm việc nhóm giữa điều dưỡng với các nhân viên y tế khác từ đó sẽ thúc đẩy điều dưỡng thực hiện quản lý đau cho người bệnh hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Admassie BM, Lema GF, Ferede YA, et al.** Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study. *Ann Med Surg (Lond)*, 2021. 81:104338
2. **Ho JFV, Yaakup H, Low GSH, et al.** Morphine use for cancer pain: a strong analgesic used only at the end of life? A qualitative study on attitudes and perceptions of morphine in patients with advanced cancer and their caregivers. *Palliat Med*, 2020. 34(5): 619-629.
3. **Nga NT, Anh TT, Hoang DH et al.** Translation, and Validation of Perceived Obstacles to Pain Assessment and Management Practices Questionnaire among Vietnamese Nurses. *International Journal Of Medical Science And Clinical Research Studies*, 2023. 3(3): 440-451.
4. **Onsongo LN.** Barriers to cancer pain management among nurses in Kenya: A focused ethnography. *Pain Manag Nurs*, 2020. 21(3):283-9.
5. **Peterson A, and Söderlund Schaller A.** How Hospital Patients Experience Pain the Previous 24 Hours—A Prevalence Assessment of Pain in Five Hospitals in Sweden. *Pain Management Nursing*, 2022. 23(6): 878-884
6. **Rababa M. Al-Sabbah S. Havaineh AA.** Nurses' Perceived Barriers to and Facilitators of Pain Assessment and Management in Critical Care Patients: A Systematic Review. *J Pain Res*, 2021. 14: 3475-3491.
7. **Raia SN, Carr DB, Cohen M. et al.** The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 2020. 161(9):1976-1982.
8. **Vu PH, Tran DV, Le YT, et al.** Postoperative Pain Management among Registered Nurses in a Vietnamese Hospital. *Scientific World Journal*, 2020. 2020: 1-6.

THỰC TRẠNG BỆNH THẬN MẠN Ở BỆNH NHÂN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH B - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thế Anh, Nguyễn Thị Thu Hằng, Đào Trọng Thành, Nguyễn Thanh Huyền, Phan Thị Hạnh¹, Vũ Thị Bắc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (CKD) là gánh nặng y tế toàn cầu, ảnh hưởng khoảng 10% dân số, liên quan mật thiết đến tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim mạch. Ở Việt Nam, ước tính có 8,7 triệu người trưởng thành mắc CKD nhưng tỉ lệ phát hiện sớm còn thấp. Việc khảo sát đặc điểm và các yếu tố liên quan đến CKD ở nhóm bệnh nhân ngoại trú cao tuổi có ý nghĩa quan trọng nhằm tăng cường tầm soát và quản lý. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mắc CKD và phân tích các yếu tố liên quan trong nhóm bệnh nhân ngoại trú có nguy cơ cao, bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch xơ vữa, hoặc có tiền sử

gia đình mắc bệnh thận mạn tại Khoa khám bệnh B, Bệnh viện Hữu Nghị. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 712 bệnh nhân ngoại trú khám tại khoa Khám bệnh B, Bệnh viện Hữu Nghị (05/2024-02/2025). Chẩn đoán CKD dựa vào eGFR <60 ml/phút/1,73m² và/hoặc UACR ≥30 mg/g theo KDIGO 2024, với 2 lần xét nghiệm cách nhau ≥3 tháng. **Kết quả:** Có 712 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 74,5 ± 7,2 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 65-80 chiếm đa số. Trong đó, tăng huyết áp và đái tháo đường là các bệnh đồng mắc thường gặp nhất chiếm tỉ lệ lần lượt là 86,2% và 39,9%. Bệnh nhân là nam giới chiếm 63%, nữ giới 37%. Tỉ lệ bệnh thận mạn là 19,1%. Có 5 yếu tố nguy cơ liên quan bệnh thận mạn bao gồm: tuổi > 65 (p < 0,01), HbA1c ≥ 7% (với p = 0,04), tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim mạch xơ vữa (p < 0,01), số lượng thuốc HA đang điều trị (p < 0,01), số lượng thuốc đái tháo đường đang điều trị (p < 0,01). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh thận mạn ở bệnh nhân ngoại trú có yếu tố nguy cơ cao tại Khoa Khám B, Bệnh viện Hữu Nghị là 19,1%. Các yếu tố nguy cơ chính liên quan chặt chẽ đến CKD gồm tuổi cao, đái tháo đường,

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: drhangnttbvnx@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

tăng huyết áp, bệnh tim mạch xơ vữa. Đây là các nhóm cần ưu tiên sàng lọc và theo dõi định kỳ. Bệnh nhân CKD có xu hướng phải dùng nhiều thuốc hơn, đặc biệt là trong điều trị đái tháo đường và tăng huyết áp, phản ánh bệnh cảnh phức tạp và nhu cầu kiểm soát bệnh toàn diện tim mạch chuyển hoá. Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm CKD và quản lý đa yếu tố để cải thiện tiên lượng cũng như tiến triển cho người bệnh. **Từ khóa:** bệnh thận mạn, eGFR, UACR, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN OUTPATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL

Background: Chronic kidney disease (CKD) is a global health burden, affecting approximately 10% of the population, closely associated with hypertension, diabetes, and cardiovascular disease. In Vietnam, an estimated 8.7 million adults have CKD, yet early detection remains low. Assessing the characteristics and associated factors of CKD in elderly outpatients is important to enhance screening and disease management. **Objective:** To determine the prevalence of chronic kidney disease (CKD) and analyze associated risk factors in a cohort of high-risk outpatients, including those with hypertension, diabetes mellitus, atherosclerotic cardiovascular disease, or a family history of CKD, at Outpatient Clinic B, Friendship Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 712 outpatients at Outpatient Clinic B, Friendship Hospital (May 2024 – February 2025). CKD was diagnosed based on an estimated glomerular filtration rate (eGFR) <60 ml/min/1.73m² and/or urinary albumin-to-creatinine ratio (UACR) ≥ 30 mg/g according to KDIGO 2024 criteria, confirmed on at least two occasions ≥ 3 months apart. **Results:** A total of 712 patients were enrolled, with a mean age of 74.5 ± 7.2 years; the majority were between 65–80 years. Hypertension and diabetes mellitus were the most common comorbidities, accounting for 86.2% and 39.9%, respectively. Male patients represented 63%, and females 37%. The overall prevalence of CKD was 19.1%. Significant risk factors associated with CKD included age >65 years ($p < 0.01$), HbA1c $\geq 7\%$ ($p = 0.04$), hypertension, diabetes mellitus, and atherosclerotic cardiovascular disease ($p < 0.01$), number of antihypertensive medications ($p < 0.01$), and number of antidiabetic medications ($p < 0.01$). **Conclusion:** The prevalence of CKD among high-risk outpatients at Outpatient Clinic B, Friendship Hospital, was 19.1%. The major risk factors closely associated with CKD were advanced age, diabetes mellitus, hypertension, and atherosclerotic cardiovascular disease. These groups should be prioritized for screening and periodic monitoring. CKD patients tended to require polypharmacy, particularly for diabetes and hypertension management, reflecting the complexity of their clinical profiles and the need for comprehensive cardio-metabolic control. This study underscores the importance of early detection of CKD and multifactorial management strategies to improve prognosis and disease outcomes.

Keywords: Chronic kidney disease, uACR, eGRD, risk factors for chronic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (CKD) là gánh nặng y tế toàn cầu, gắn liền với tăng nguy cơ bệnh tim mạch, nhập viện và tử vong. Trong bối cảnh già hóa dân số, tỷ lệ CKD có xu hướng tăng. Tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn muộn do triệu chứng mơ hồ ở giai đoạn đầu; điều này làm hạn chế cơ hội can thiệp sớm. Vì vậy, việc mô tả tỷ lệ CKD và các yếu tố liên quan trong nhóm bệnh nhân ngoại trú cao tuổi có ý nghĩa thực tiễn nhằm tối ưu chiến lược sàng lọc và quản lý đa yếu tố.

Trên thực tế, việc phòng ngừa và điều trị bệnh thận mạn vẫn còn nhiều khó khăn. Một số phân tích hồi cứu cho thấy gần 90% người bệnh thận mạn chưa được phát hiện ở giai đoạn 1 hoặc 2, kể cả bệnh thận giai đoạn 3 vẫn còn nhiều bệnh nhân bị bỏ sót chẩn đoán việc phát hiện sớm bệnh thận mạn, khoa Khám bệnh B quyết định thực hiện nghiên cứu "Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến bệnh thận mạn ở bệnh nhân khám ngoại trú tại bệnh viện hữu nghị" cho những người có nguy cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi hai lần xét nghiệm eGFR và UACR cách nhau ≥ 3 tháng.

Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân đang điều trị ngoại trú có nguy cơ cao, bao gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch xơ vữa, hoặc có tiền sử gia đình mắc bệnh thận mạn tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Hữu Nghị.

Thời gian thu thập dữ liệu: từ 05/2024 đến 02/2025.



Tiêu chuẩn chọn

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Mắc đái tháo đường típ 2, tăng huyết áp, bệnh tim mạch xơ vữa, có tiền sử gia đình mắc bệnh thận mạn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã có tiền sử bệnh thận mạn, phụ nữ có thai, cho con bú, đặc biệt bn đang dùng thuốc SGLT2 vì nhóm thuốc này có tác dụng làm giảm UACR

- Bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính: suy tim cấp, nhiễm trùng; nhồi máu cơ tim; ung thư tiến triển, ngộ độc, đột quỵ, can thiệp tim mạch trong 12 tuần trước đó.

- Những bệnh nhân có bệnh thận do nguyên nhân tự miễn hoặc tắc nghẽn;

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Việc xác định rõ các tiêu chí này giúp đảm bảo đối tượng nghiên cứu đồng nhất, tránh nhiều kết quả và nâng cao độ tin cậy của phân tích trong nghiên cứu

Định nghĩa và đo lường. CKD được xác định khi eGFR <60 ml/phút/1,73m² và/hoặc UACR ≥30 mg/g; cần xác nhận trên hai lần xét nghiệm cách nhau ≥3 tháng. Phân giai đoạn theo KDIGO 2024: G1 (≥90), G2 (60–89), G3a (45–59), G3b (30–44), G4 (15–29), G5 (<15). Albumin niệu phân mức: A1 (<30 mg/g), A2 (30–300 mg/g), A3 (>300 mg/g).

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh giữa nhóm CKD và không CKD sử dụng các phép kiểm thống kê thích hợp (Chi-square cho biến định tính, t-test hoặc Mann-Whitney cho biến định lượng). Ngưỡng ý nghĩa p<0,05.

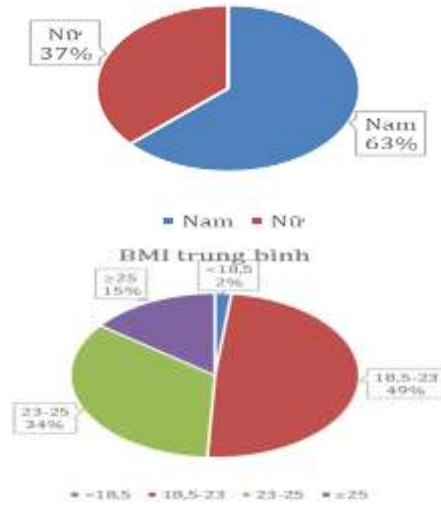
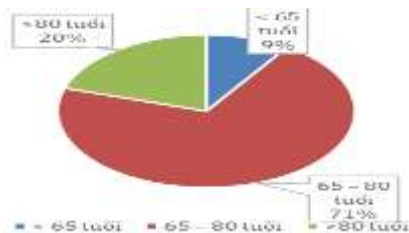
Thông kê mô tả đặc điểm chung; so sánh CKD và không CKD bằng các phép kiểm thích hợp, ngưỡng ý nghĩa p<0,05.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức y sinh; dữ liệu được ẩn danh và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Biến số	Giá trị
Số bệnh nhân	712
Tuổi (năm), trung bình±SD (min-max)	74,5 ± 7,2 (54–96)
<65 tuổi	9%
65–80 tuổi	71%
>=80 tuổi	20%
Nam	63%
Nữ	37%
BMI (kg/m ²), trung bình±SD	23,0 ± 2,1
BMI <18,5	< 2%
BMI 18,5–23	49,0%
BMI 23–25	34%
BMI ≥25	15%



❖ BMI và CKD:

✓ <18,5: Không có bệnh nhân CKD, nhưng có 1,9% ở nhóm không CKD.

✓ 18,5–23: Chiếm tỷ lệ lớn nhất ở cả CKD (47,1%) và không CKD (49,3%).

✓ 23–25: CKD chiếm 33,1%, không CKD chiếm 33,9%.

✓ ≥25: CKD chiếm 19,9%, không CKD chiếm 14,9%.

Giá trị p = 0,22 > 0,05 → không có ý nghĩa thống kê, tức là BMI không liên quan rõ rệt đến nguy cơ mắc CKD trong nhóm nghiên cứu.

Chi-square = 4,41 cho thấy có sự khác biệt nhất định về phân bố BMI giữa các nhóm, nhưng không đủ mạnh để kết luận có mối liên quan.

✓ Nhóm tuổi:

✓ Nhóm <65 tuổi chiếm tỉ lệ rất thấp trong nhóm CKD (chỉ 2,9%), trong khi nhóm không CKD có đến 10,8%.

✓ Nhóm 65–80 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhưng thấp hơn trong nhóm CKD (61,8% so với 72,4%).

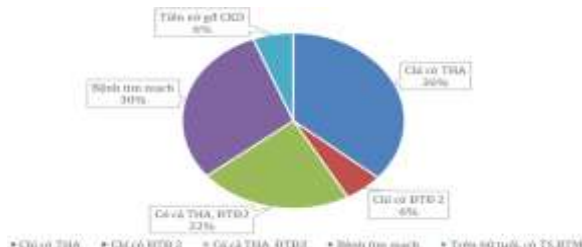
✓ Đặc biệt, nhóm > 80 tuổi chiếm 35,3% trong nhóm CKD, cao gấp 2 lần nhóm không CKD (16,8%).

Với p < 0,01 và Chi-square = 27,43, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Như vậy tuổi càng cao nguy cơ CKD càng tăng rõ rệt.

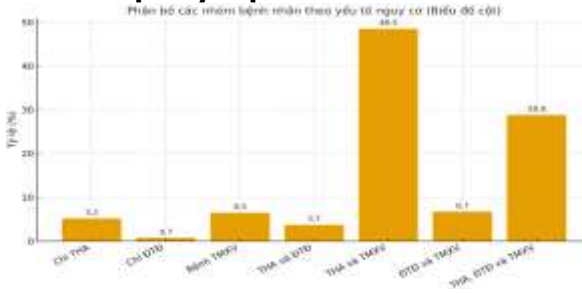
❖ **Về giới tính:** Nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn rõ rệt trong nhóm CKD (70,6%) so với nhóm không CKD (61,6%) OR = 1,49 như vậy bệnh nhân là nam giới có nguy cơ mắc CKD cao hơn nữ giới khoảng 1,5 lần, tuy nhiên: p = 0,051 gần đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê (0,05), tức là kết quả cận biên

3.2. Tiền sử bệnh



Bệnh nhân chỉ có bệnh THA chiếm 36%, chỉ có ĐTĐ là 6%, có cả THA và ĐTĐ là 22%, bệnh tim mạch do xơ vữa là 30%, tiền sử gia đình CKD là 6%.

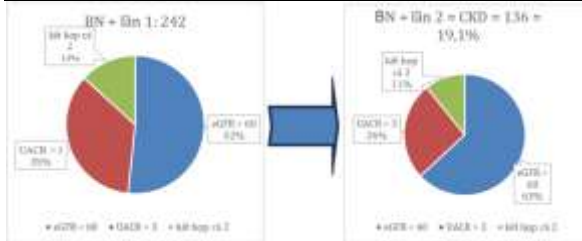
3.3. Bệnh lý hiện mắc



Trong số 712 bệnh nhân nghiên cứu có:
 - Bệnh nhân mắc bệnh lý tăng huyết áp và tim mạch xơ vữa chiếm tỷ lệ cao nhất 48,5%
 - Bệnh nhân đồng mắc nhiều bệnh gồm cả tăng huyết áp, đái tháo đường tuýp 2 và tim mạch xơ vữa đứng thứ hai 28,8%
 - Các nhóm còn lại (đái tháo đường tuýp 2 và tim mạch xơ vữa chiếm 6,7%; tim mạch xơ vữa 6,5%; chỉ có tăng huyết áp là 5,2%; đái tháo đường tuýp 2 và tăng huyết áp là 3,7%; chỉ có đái tháo đường tuýp 2 0,7%) có tỷ lệ thấp hơn.

3.4. Kết quả sàng lọc CKD qua hai lần xét nghiệm

Chỉ số	Giá trị
Dương tính lần 1	242 (33,9%)
Dương tính lần 2	136 (19,1%)
Dương tính cả 2 lần	136 (19,1%)
Không tái khám lần 2	55



Hình 3.1: Kết quả đánh giá eGFR và UACR lần 1 và lần 2 (n=792)

Về kết quả sàng lọc CKD, trong tổng số 712 bệnh nhân nghiên cứu, có 242 bệnh nhân dương tính ở lần xét nghiệm thứ nhất.

Sau khi tái khám lần thứ hai cách ít nhất 3

tháng, có 136 bệnh nhân được xác định chẩn đoán CKD theo tiêu chuẩn.

Như vậy, tỷ lệ CKD trong nhóm nguy cơ cao được xác định qua nghiên cứu này là 19.1% (136/712).

3.5. Liên quan kiểm soát chỉ số hbA1c với CKD

HbA1c	CKD	Không CKD	p	Chi-square
≤7%	96 (70,6)	453 (78,6)	0,04	4,05 OR = 1,53 (0,43-0,99)
>7%	40 (29,4)	123 (21,4)		

Như vậy

- HbA1c ≤7%: 70,6% ở nhóm CKD, 78,6% ở nhóm không CKD.

- HbA1c >7%: 29,4% ở nhóm CKD, 21,4% ở nhóm không CKD. Với p = 0,04 < 0,05 → có ý nghĩa thống kê, tức là HbA1C >7% liên quan đến nguy cơ mắc CKD.

Chi-square = 4,05 và OR = 1,53 (0,43-0,99) cho thấy nguy cơ CKD tăng khoảng 1,5 lần ở nhóm có HbA1C > 7% so với nhóm ≤ 7%

3.6. CKD và các yếu tố nguy cơ

Chỉ số	CKD		Không CKD		p	Chi-square
	n	%	n	%		
THA	7	5,1	30	5,2	<0,01	26,54
ĐTĐ	1	0,7	4	0,7		
TMXV	4	2,9	42	7,3		
THA + ĐTĐ	7	5,1	19	3,3		
THA + TMXV	52	38,2	293	50,9		
ĐTĐ + TMXV	4	2,9	44	7,6		
THA + ĐTĐ + TMXV	61	44,9	144	25		

Bệnh nhân có cùng lúc các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường và tim mạch xơ vữa (viết tắt: TMXV) có nguy cơ mắc CKD cao hơn rõ rệt, với 61 bệnh nhân đa bệnh lý mắc đồng thời tăng huyết áp đái tháo đường và tim mạch xơ vữa chiếm 44,9% (61/136), có 52 bệnh nhân mắc tăng huyết áp và tim mạch xơ vữa chiếm 38,2% (52/136)

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0.01 và Chi-square = 26,54. Chứng tỏ CKD có mối liên quan đáng kể với tổ hợp các bệnh lý chuyển hóa – tim mạch.

3.7. Mối liên quan giữa CKD và các nhóm thuốc điều trị và các nhóm thuốc điều trị bệnh đái tháo đường

Chỉ số	CKD		Không CKD		p	Chi-square
	n	%	n	%		
Sulfonyl urea	7	5,1	21	3,6	<0,01	21,39
Metformin	22	16,2	84	14,6		
Ức chế DPP4	1	0,7	0	0		

Insulin	1	0,7	1	0,2		
Acarbose	2	1,5	3	0,5		
Kết hợp 2 thuốc	36	26,5	86	14,9		
Kết hợp 3 thuốc	3	2,2	13	2,3		

Bệnh nhân điều trị ĐTĐ kết hợp 3 thuốc :36 bệnh nhân Metformin và Sulfonyl urea là 2 thuốc chính trong điều trị, tỉ lệ bệnh nhân dùng insulin thấp. Bệnh nhân CKD có xu hướng được phối hợp điều trị thuốc sớm hơn. Metformin và Sulfonyl Urea vẫn là hai nhóm thuốc chính

Sự khác biệt trong sử dụng thuốc giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê $p < 0.01$ và Chi-square = 21,39.

3.8. Môi liên quan giữa CKD và các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp.

Chỉ số	CKD		Không CKD		p	Chi-square
	n	%	n	%		
Ước chế men chuyển	18	13,2	103	17,9	<0,01	23,7
Ước chế thụ thể	31	22,8	124	21,5		
Chẹn kênh calci	13	9,6	33	5,7		
Chẹn beta giao cảm	3	2,2	32	5,6		
Kết hợp 2 thuốc	44	32,4	149	25,9		
kết hợp 3 thuốc	15	11	31	5,4		
kết hợp 4 thuốc	2	1,5	2	0,3		
kết hợp 5 thuốc	0	0	2	0,3		

Việc phối hợp nhiều thuốc ở nhóm CKD cho thấy mức độ kiểm soát huyết áp phức tạp hơn với $p < 0,01$ và Chi-square = 23,7 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trong việc sử dụng thuốc điều trị THA giữa hai nhóm bệnh nhân có CKD và không có CKD.

3.9. Môi liên quan giữa CKD và nhóm thuốc statin

Chỉ số	CKD		Không CKD		p	Chi-square
	n	%	n	%		
Statin	120	88,2	510	88,5	0,533	2,19
Statin + Fenofibrat	0	0	6	1,0		
Statin + Fenofibrat + Etizimibe	0	0	2	0,3		

Statin là thuốc chủ yếu được sử dụng điều trị bệnh lý rối loạn chuyển hoá lipid máu, chiếm đa số ở cả hai nhóm CKD và không CKD.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc sử dụng các thuốc điều trị RLCHLP giữa hai nhóm với $p = 0,533$

Các phối hợp thuốc (như Statin + Fenofibrat và/hoặc thêm Ezetimibe) ít được sử dụng, đặc biệt là ở nhóm có CKD.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,5 \pm 7,2$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 65–80 chiếm đa số, cao hơn so với các nghiên cứu của BV Bạch Mai năm 2019, Chợ Rẫy 2020 điều này là phù hợp vì đối tượng bệnh nhân ở Bệnh viện Hữu Nghị là đối tượng hưu trí.

- Giới tính: Nam giới chiếm 63%, nữ giới 37%, tương đồng với nghiên cứu của Bạch Mai và Chợ Rẫy, tuy nhiên thấp hơn tỷ lệ tại Thái Bình 2021 vì quần thể nghiên cứu là người trưởng thành trong cộng đồng.

- Khi phân tầng nguy cơ cho bệnh thận mạn cho 712 bệnh nhân: Chúng tôi thấy rằng, nếu không tầm soát sớm, đặc biệt là không thực hiện xét nghiệm UACR, thì có đến 85/136 (62.5%) bệnh nhân mắc CKD giai đoạn 1,2 bị bỏ sót.

- Bệnh nhân điều trị bệnh lý đái tháo đường ở bệnh nhân CKD có xu hướng được phối hợp điều trị thuốc sớm hơn, có thể do kiểm soát đường huyết khó khăn hơn.

- Việc phối hợp nhiều thuốc ở nhóm CKD cho thấy mức độ kiểm soát huyết áp phức tạp hơn, có thể do tổn thương cơ quan đích, đặc biệt là thận cho nên sử dụng thuốc điều trị THA giữa hai nhóm bệnh nhân khác nhau có ý nghĩa thống kê chứng tỏ bệnh nhân CKD có xu hướng cần phối hợp nhiều thuốc hơn để kiểm soát huyết áp.

- Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ CKD là 19,1% ở nhóm bệnh nhân ngoại trú cao tuổi, phù hợp với xu hướng gia tăng CKD trong cộng đồng già hóa.

✓ Nhóm < 65 tuổi chiếm tỉ lệ rất thấp trong nhóm CKD (chỉ 2,9%), trong khi nhóm không CKD có đến 10,8%.

✓ Nhóm 65–80 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, nhưng thấp hơn trong nhóm CKD (61,8% so với 72,4%).

✓ Đặc biệt, nhóm >80 tuổi chiếm 35,3% trong nhóm CKD, cao gấp 2 lần nhóm không CKD (16,8%).

- Về kết quả sàng lọc CKD, trong tổng số 712 bệnh nhân nghiên cứu, có 242 bệnh nhân dương tính ở lần xét nghiệm thứ nhất. Sau khi tái khám lần thứ hai cách ít nhất 3 tháng, có 136 bệnh nhân được xác định chẩn đoán CKD theo tiêu chuẩn. Như vậy, tỷ lệ CKD trong nhóm nguy cơ cao được xác định qua nghiên cứu này là 19.1% (136/712). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước.

✓ Trong nghiên cứu của Jha V. và cộng sự (Lancet, 2013) ghi nhận tỷ lệ CKD toàn cầu khoảng 10%

✓ So sánh với tỷ lệ chung theo báo cáo của

BYT Việt Nam năm 2024 là 12.8% vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở cơ sở khám chữa bệnh.

✓ Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lê Nguyễn Thụy Khương tại khoa Nội tiết thận bệnh viện Nhân Dân Gia Định là 30.17%, điều này là phù hợp vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tại khoa Nội chung.

- Trong nghiên cứu đa số bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn G2, cho thấy cơ hội can thiệp để làm chậm tiến triển của bệnh và cải thiện mức lọc cầu thận bằng cách thay đổi, điều chỉnh thuốc cũng như giáo dục thói quen sinh hoạt, ăn uống của bệnh nhân. Các yếu tố liên quan gồm tuổi, BMI, hút thuốc, đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh tim mạch xơ vữa điều này nhấn mạnh mô hình bệnh đồng mắc tim-thận-chuyển hóa. Tương tự, nghiên cứu của Levey AS (2012) cũng chỉ ra mối liên quan chặt chẽ giữa CKD với tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim mạch xơ vữa.

- Về điều trị, nhóm CKD có tần suất đa thuốc cao hơn, đặc biệt ở kiểm soát đường huyết và huyết áp; yêu cầu theo dõi tác dụng phụ và tương tác thuốc. Phân bố albumin niệu chủ yếu A1 trong toàn bộ mẫu gợi ý rằng việc xác định CKD dựa trên eGFR đóng vai trò lớn; tuy nhiên, việc theo dõi uACR định kỳ vẫn cần thiết để phát hiện sớm nguy cơ tiến triển.

- Hạn chế: (i) thiết kế cắt ngang không cho phép kết luận nhân-quả; (ii) nghiên cứu tại một cơ sở nên khả năng khái quát còn hạn chế; (iii) một tỉ lệ bệnh nhân không tái khám lần 2 có thể ảnh hưởng ước lượng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh thận mạn ở bệnh nhân ngoại trú có yếu tố nguy cơ cao tại Khoa Khám B, Bệnh viện Hữu Nghị là 19.1%.

- Các yếu tố nguy cơ chính liên quan chặt chẽ đến CKD gồm tuổi cao, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch xơ vữa. Đây là các nhóm cần ưu tiên sàng lọc và theo dõi định kỳ.

- Bệnh nhân CKD có xu hướng phải dùng nhiều thuốc hơn, đặc biệt là trong điều trị đái tháo đường và tăng huyết áp, phản ánh bệnh cảnh phức tạp và nhu cầu kiểm soát bệnh toàn diện tim mạch chuyển hoá.

- Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm CKD và quản lý đa yếu tố để cải thiện tiên lượng cũng như tiến triển cho người bệnh.

VI. KIẾN NGHỊ

(1) Sàng lọc eGFR và uACR định kỳ cho bệnh nhân ≥ 65 tuổi, đặc biệt có THA/ĐTĐ;

(2) Tư vấn bỏ thuốc lá, kiểm soát cân nặng;

(3) Tối ưu hóa điều trị ĐTĐ và THA theo hướng dẫn hiện hành;

(4) Nghiên cứu theo dõi dọc để đánh giá tiến triển CKD và hiệu quả mô hình quản lý đa yếu tố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **KDIGO** 2024. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*. Apr 2024;105(4s):S117-s314. doi:10.1016/j.kint.2023.10.018
2. **Jha V, et al.** Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382(9888):260-272.
3. **Levey AS, Coresh J.** Chronic kidney disease. *Lancet*. 2012;379(9811):165-180.
4. **Bộ Y tế Việt Nam.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn. 2021.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CỦA BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOẢN

Dương Văn Thuận¹, Trần Đỗ Thanh Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến thực trạng tuân thủ đái tháo đường type 2 của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đại học Võ

Trường Toàn năm 2025. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 300 bệnh nhân Đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ tháng 01/2025 đến 02/2025. **Kết quả:** Có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với các yếu tố như tuổi, nơi ở, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh. Trong đó, tỷ suất chênh giữa tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên và dưới 60 tuổi là 2,199, thành thị có tỷ số chênh tuân thủ điều trị cao hơn 1,660 lần so với nông thôn. Đồng thời, tỷ suất chênh tuân thủ điều trị của bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên cao gấp 1,971 lần so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Thuận

Email: 8062025477@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025