

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Ngọc Phương¹, Phạm Kim Liên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính ngày càng gia tăng, gây gánh nặng y tế lớn. Bệnh thận ĐTĐ (BTĐTĐ) là biến chứng thường gặp, chiếm 30–50% và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (8/2024–6/2025). **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh thận ĐTĐ là 46,4%. Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là 69,7 ± 10,7 tuổi, nam 58,2% chiếm ưu thế hơn nữ 41,8%. Nhóm BTĐTĐ có thời gian phát hiện ĐTĐ trung bình 15,2 ± 5,4 năm. Hội chứng chuyển hóa gặp ở 82,4%, ngoài ra phù chiếm 37,3% và thiếu máu chiếm 51%. HbA1c cao hơn rõ ở nhóm có bệnh thận; tỷ lệ microalbumin niệu dương tính là 37,3%. Các yếu tố liên quan gồm: tuổi ≥60, thời gian mắc ĐTĐ ≥10 năm, kiểm soát đường huyết kém, hội chứng chuyển hóa. **Kết luận:** Bệnh thận đái tháo đường gặp với tỷ lệ cao ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, liên quan nhiều với yếu tố nguy cơ tim mạch – chuyển hóa. Phát hiện sớm và kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ có vai trò then chốt trong cải thiện tiên lượng.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2; Bệnh thận đái tháo đường; Hội chứng chuyển hóa; Microalbumin niệu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH DIABETIC KIDNEY DISEASE TREATED AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Background: Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease with rising prevalence, imposing a substantial healthcare burden. Diabetic kidney disease (DKD) is a frequent microvascular complication, affecting 30–50% of patients, and represents the leading cause of end-stage renal disease (ESRD). **Objective:** This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and to analyze associated factors in patients with DKD. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 110 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Thai Nguyen Central Hospital from August 2024 to June 2025. **Results:** The prevalence

of DKD was 46.4%. The mean age of the study population was 69.7 ± 10.7 years, with males accounting for 58.2%, predominating over females at 41.8%. Patients with DKD had a mean diabetes duration of 15.2 ± 5.4 years. Metabolic syndrome was present in 82.4%, while edema and anemia were observed in 37.3% and 51%, respectively. HbA1c levels were significantly higher in the DKD group, and the prevalence of positive microalbuminuria was 37.3%. Factors associated with DKD included age ≥60 years, diabetes duration ≥10 years, poor glycemic control, and metabolic syndrome. **Conclusion:** DKD was highly prevalent among patients with type 2 DM and was strongly linked to cardiometabolic risk factors. Early detection and optimal management of modifiable risk factors are essential to improving prognosis. **Keywords:** Type 2 diabetes mellitus; Diabetic kidney disease; Metabolic syndrome; Microalbuminuria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tăng glucose máu kéo dài do rối loạn tiết hoặc tác dụng của insulin¹. Năm 2021, có khoảng 537 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ trên toàn cầu (10,5%), chi phí y tế 966 tỷ USD và dự báo vượt 1054 tỷ USD vào năm 2045². Tại Việt Nam, số người mắc năm 2021 là 3,99 triệu (6,1%), dự kiến tăng lên 7,1% năm 2045 với chi phí y tế từ 1,7 lên 2,4 tỷ USD². Biến chứng thường gặp nhất của ĐTĐ là bệnh thận ĐTĐ (BTĐTĐ), chiếm khoảng 50% số ca và là nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận mạn giai đoạn cuối¹. Tỷ lệ mắc BTĐTĐ khác biệt giữa các quốc gia: Hoa Kỳ 30–40%³, tại Việt Nam: 47,3% (Đỗ Thị Giang, 2018)⁴; 32,5% (Trịnh Thị Thái, 2013)⁵. Bệnh tiến triển âm thầm, thường chỉ phát hiện ở giai đoạn muộn, khi đã cần lọc máu hoặc ghép thận³. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, nhiều bệnh nhân ĐTĐ nhập viện đã có biến chứng thận, cho thấy nhu cầu cấp thiết của phát hiện sớm và quản lý. Xuất phát từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 110 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2024 đến tháng 6/2025.

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Phương
Email: ngocphuonga10nsl@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025
Ngày duyệt bài: 8.12.2025

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường típ 2, sau đó được chia thành hai nhóm: mắc bệnh thận đái tháo đường và không mắc bệnh thận đái tháo đường.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang mang thai.
- Bệnh nhân đái máu.
- Bệnh nhân đang mắc bệnh cấp tính: nhồi máu cơ tim cấp, suy tim cấp, nhiễm khuẩn cấp, tăng áp lực thẩm thấu, hôn mê toan ceton máu, nhiễm khuẩn tiết niệu, đợt cấp suy gan.
- Bệnh nhân không mắc các bệnh tự miễn hệ thống.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Tiến hành thu thập thông tin theo các bước:

Bước 1: Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu để khai thác thông tin: tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ, triệu chứng: phù, thiếu máu, hội chứng chuyển hóa.

Bước 2: Tiến hành lấy máu, nước tiểu làm xét nghiệm cần thiết: HbA1c, Urê, Creatinine, Microalbumin niệu (MAU).

Bước 3: Lấy số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

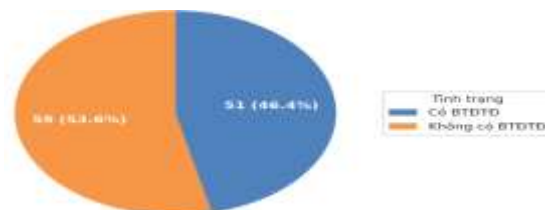
2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích trên máy tính có cài đặt chương trình phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	%
Tuổi	<40	2	1,8%
	40-59	13	11,8%
	≥60	95	86,4%
	Mean ± SD	69,7 ± 10,7	
Giới	Nam	64	58,2%
	Nữ	46	41,8%

Nhận xét: Trong 110 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, tuổi trung bình là 69,7 ± 10,7 tuổi, có 86,4% bệnh nhân ≥60, tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (58,2% so với 41,8%).



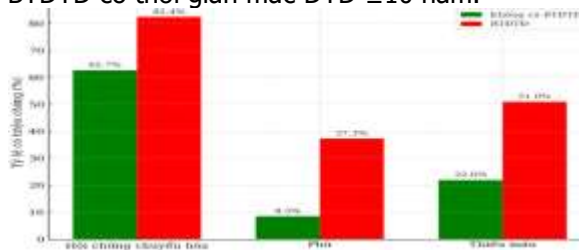
Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc bệnh thận đái tháo đường
Nhận xét: Tỷ lệ mắc BTĐĐTĐ trong quần thể nghiên cứu là 46,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận đái tháo đường

Bảng 2. Đặc điểm thời gian phát hiện ĐTĐ của đối tượng nghiên cứu

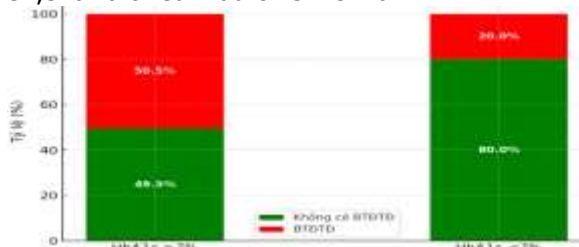
Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ (năm)	Không có BTĐĐTĐ (n=59)	BTĐĐTĐ (n=51)	Toàn bộ (n=110)	p value
<10	44 (86,3%)	7 (13,7%)	51 (46,4%)	0,000
≥10	15 (25,4%)	44 (74,6%)	59 (53,64%)	
Mean ± SD	6,37 ± 4,189	15,18 ± 5,351	10,45 ± 6,475	0,000

Nhận xét: Thời gian phát hiện ĐTĐ trung bình ở nhóm BTĐĐTĐ cao hơn đáng kể so với nhóm không mắc BTĐĐTĐ. 74,6% bệnh nhân BTĐĐTĐ có thời gian mắc ĐTĐ ≥10 năm.



Biểu đồ 2. Một số triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường

Nhận xét: Nhóm BTĐĐTĐ có tỷ lệ hội chứng chuyển hóa cao (82,4%), ngoài ra phù chiếm 37,3% và thiếu máu chiếm 51%.



Biểu đồ 3. Đặc điểm kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường

Nhận xét: Tỷ lệ BTĐĐTĐ ở nhóm HbA1c ≥ 7% (kiểm soát đường huyết kém) khá cao (50,5%), tỷ lệ này ở nhóm HbA1c < 7% (kiểm soát đường huyết tốt) là 20%.

Bảng 3. Đặc điểm microalbumin niệu (MAU) ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường

Chỉ số	Không có BTĐTĐ (n=59)	BTĐTĐ (n=51)	Toàn bộ (n=110)	p value
MAU	MAU (-)	59 (100%)	32 (62,7%)	0,001
	MAU (+)	0 (0%)	19 (37,3%)	

Nhận xét: 37,3% bệnh nhân BTĐTĐ có MAU (+), nhóm không mắc BTĐTĐ không có bệnh nhân nào có MAU (+).

3.3. Một số yếu tố liên quan với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường trong phân tích hồi quy đơn biến

Yếu tố		Không có BTĐTĐ (n=59)	BTĐTĐ (n=51)	Tổng (n=110)	OR (95% CI)	p value
Tuổi	<60	12 (80%)	3 (20%)	15 (13,6%)	4,09 (1,08 – 15,41)	0,038
	≥60	47 (49,5%)	48 (50,5%)	95 (86,4%)		
Hội chứng chuyển hóa	Không	22 (37,3%)	9 (17,6%)	31 (28,2%)	2,775 (1,137–6,774)	0,025
	Có	37 (62,7%)	42 (82,4%)	79 (71,8%)		
KS đường huyết	Kém	47 (79,7%)	48 (94,1%)	95 (86,4%)	4,09 (1,08 – 15,41)	0,038
	Tốt	12 (20,3%)	3 (5,9%)	15 (13,6%)		
Thời gian phát hiện ĐTĐ	<10	44 (86,3%)	7 (13,7%)	51 (46,4%)	18.438 (6.853 – 49.606)	0,000
	≥10	15 (25,4%)	44 (74,6%)	59 (53,64%)		

Nhận xét: Tuổi cao, hội chứng chuyển hóa, kiểm soát đường huyết kém và đặc biệt thời gian mắc ĐTĐ ≥10 năm là những yếu tố nguy cơ có ý nghĩa của bệnh thận đái tháo đường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

*** Tỷ lệ mắc bệnh thận đái tháo đường:** Tỷ lệ BTĐTĐ là 46,4%, các báo cáo trong nước: BV Lão khoa TW ~32,5%⁵, BV Tân Bình ~47,3%⁴. Sự khác biệt có thể do tiêu chí chẩn đoán (chúng tôi tập trung vào đối tượng có MLCT <60) và đặc điểm mẫu nguy cơ cao (tuổi lớn, thời gian mắc ĐTĐ lâu). Do đó, mức 46,4% của chúng tôi tuy cao nhưng phù hợp với quần thể nguy cơ, nhấn mạnh nhu cầu quản lý đa yếu tố (tuổi cao, thời gian mắc bệnh dài, kiểm soát đường huyết kém) để giảm gánh nặng thận.

*** Tuổi và giới:** Tuổi trung bình của quần thể là 69,7±10,7, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (58,2% so với 41,8%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với ý văn và các nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc ĐTĐ càng tăng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Giang (2018), độ tuổi trên 60 chiếm 71,5%, tuổi trung bình của quần thể là 67±13 tuổi, tỷ lệ nam là 64%, nữ là 36%⁴.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh thận đái tháo đường

*** Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ:** 53,6% bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ ≥10 năm, trung bình 10,5 ± 6,5 năm. Nhóm BTĐTĐ có thời gian mắc bệnh dài hơn đáng kể là 15,2 ± 5,4 năm, trong đó 86,3% có thời gian ≥10 năm. Trịnh Thị Thái (2013) tỷ lệ biến chứng thận ở

nhóm ≥10 năm cao hơn rõ rệt so với <10 năm⁵. Những kết quả này khẳng định thời gian mắc bệnh kéo dài là yếu tố nguy cơ quan trọng, nhấn mạnh nhu cầu tầm soát tổn thương thận sớm.

*** Một số triệu chứng lâm sàng:** Hội chứng chuyển hóa (HCCH) có tỷ lệ cao hơn ở nhóm có BTĐTĐ (82,4% so với 62,7%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu tại Đà Loan (2022), tỷ lệ HCCH ở nhóm có BTĐTĐ là 65,1% so với 49,0% ở nhóm không BTĐTĐ⁶. Phù có tỷ lệ cao gấp hơn 4 lần ở nhóm có BTĐTĐ (37,3% so với 8,5%). Tương tự, Quế Anh Trâm (2023) ghi nhận phù ở 60% bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có bệnh thận mạn⁷. Thiếu máu được ghi nhận ở nhóm có BTĐTĐ là 51,0%. Nguyễn Ngọc Ánh (2021) báo cáo tỷ lệ thiếu máu 65,1% ở bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương thận. Như vậy, việc phát hiện và đánh giá sớm các triệu chứng lâm sàng này có ý nghĩa quan trọng trong tầm soát và quản lý biến chứng vi mạch ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, đặc biệt là BTĐTĐ.

*** Microalbumin niệu:** Tỷ lệ MAU+ là 37,3% ở nhóm có BTĐTĐ. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ MAU+ dao động 20–45%⁸, Kumar (Ấn Độ) báo cáo tỷ lệ là 32%⁹. Tuy nhiên, 62,7% bệnh nhân BTĐTĐ trong nghiên cứu không có MAU+, phản ánh kiểu hình BTĐTĐ không albumin niệu vốn chiếm 20–70% ở nhiều quần thể¹⁰. Như vậy, MAU là chỉ dấu quan trọng của tổn thương thận nhưng không phải lúc nào cũng hiện diện, do đó cần kết hợp đánh giá MLCT để phát hiện sớm BTĐTĐ.

*** Kiểm soát đường huyết bằng HbA1c:** 86,4% bệnh nhân có HbA1c ≥7%, với tỷ lệ BTĐTĐ là 50,5%, cao hơn rõ so với nhóm HbA1c <7% (20,0%). Kết quả tương đồng với nghiên

cứu của Trịnh Thị Thái (2013), tỷ lệ biến chứng thận ở nhóm HbA1c $\geq 7\%$ là 43,1% so với 24,2% ở nhóm $< 7\%$ ⁵. Như vậy, các kết quả nhất quán khẳng định kiểm soát HbA1c $< 7\%$ có vai trò quan trọng trong phòng ngừa BTĐTĐ.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường

*** *Mối liên quan giữa tuổi với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường:*** Người ≥ 60 tuổi có nguy cơ mắc BTĐTĐ cao gấp 4,09 lần so với người < 60 tuổi (KTC 95%: 1,08–15,41; $p = 0,038$). Đỗ Thị Giang (2018) ghi nhận bệnh nhân ≥ 70 tuổi có nguy cơ mắc BTĐTĐ cao gấp 3,55 lần so với nhóm < 70 tuổi ($p < 0,05$)⁴. Kumar (2025, Ấn Độ) cho thấy người ≥ 60 tuổi có nguy cơ suy giảm chức năng thận cao gấp 2,47 lần⁹. Nhìn chung, tuổi cao được khẳng định là yếu tố nguy cơ quan trọng của BTĐTĐ, trong thực hành lâm sàng, cần đặc biệt lưu ý nhóm bệnh nhân ĐTĐ cao tuổi, tăng cường sàng lọc chức năng thận định kỳ để phát hiện sớm tổn thương.

*** *Mối liên quan giữa HCCH với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường:*** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HCCH liên quan chặt chẽ với BTĐTĐ (OR=2,78; KTC 95%: 1,14–6,77; $p=0,025$). Nghiên cứu tại Bình Định (2017) cho thấy béo bụng, tăng huyết áp và kiểm soát glucose kém liên quan đến xuất hiện microalbumin niệu. Các nghiên cứu đều đồng thuận rằng HCCH là yếu tố nguy cơ của BTĐTĐ, trong đó tăng huyết áp và tăng glucose máu là thành phần tác động mạnh nhất.

*** *Mối liên quan giữa thời gian phát hiện ĐTĐ với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường:*** Nhóm ≥ 10 năm có nguy cơ mắc BTĐTĐ cao gấp 18,4 lần so với nhóm < 10 năm ($p < 0,001$). Đỗ Thị Giang (2018) ghi nhận nguy cơ bệnh thận cao gấp 1,58 lần ở bệnh nhân ĐTĐ ≥ 10 năm⁴, Trịnh Thị Thái (2013) cũng cho kết quả tương tự với OR ≈ 2 ⁵. Như vậy, thời gian mắc ĐTĐ dài, đặc biệt ≥ 10 năm, là yếu tố nguy cơ mạnh của BTĐTĐ, nhấn mạnh vai trò tầm soát thận định kỳ ở nhóm bệnh nhân mắc ĐTĐ lâu năm.

*** *Mối liên quan giữa kiểm soát đường huyết với sự hiện diện bệnh thận đái tháo đường:*** Kết quả HbA1c $\geq 7\%$ liên quan chặt chẽ với BTĐTĐ, làm tăng nguy cơ mắc bệnh cao gấp 4,09 lần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước: Trịnh Thị Thái (2013) ghi nhận nguy cơ biến chứng thận ở nhóm HbA1c $\geq 7\%$ gấp 2,37 lần ở nhóm $< 7\%$ ⁵. Ngoài ra, nghiên cứu tại Ấn Độ (2025) cũng chỉ ra mỗi 1% tăng HbA1c có liên quan đến tỷ lệ MLCT < 60 ml/phút/1,73 m² cao hơn 4% (95% CI 1,00–1,08, $p=0,046$)⁹. Như vậy, các bằng chứng trong và ngoài nước đều

nhất quán rằng HbA1c $\geq 7\%$ là ngưỡng nguy cơ cao của BTĐTĐ. Từ góc độ lâm sàng, kiểm soát HbA1c dưới 7% theo khuyến cáo ADA và KDIGO là cần thiết để làm chậm tiến triển và giảm nguy cơ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh thận đái tháo đường (BTĐTĐ) ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên khá cao (46,4%), phù hợp với các báo cáo trong và ngoài nước. Các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến BTĐTĐ gồm: tuổi ≥ 60 , thời gian mắc ĐTĐ ≥ 10 năm, hội chứng chuyển hóa và kiểm soát đường huyết kém (HbA1c $\geq 7\%$). Các biểu hiện lâm sàng thường gặp ở nhóm có BTĐTĐ là phù, thiếu máu, hội chứng chuyển hóa, cùng với tỷ lệ microalbumin niệu dương tính 37,3% và một tỷ lệ đáng kể thể không albumin niệu.

Kết quả khẳng định vai trò quan trọng của việc tầm soát định kỳ chức năng thận (MLCT, MAU), kiểm soát HbA1c $< 7\%$ và quản lý toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch – chuyển hóa nhằm phát hiện sớm, làm chậm tiến triển và giảm gánh nặng biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Banday, M. Z., Sameer, A. S. & Nissar, S.** Pathophysiology of diabetes: An overview. *Avicenna J Med* 10, 174-188, doi:10.4103/ajm.ajm_53_20 (2020).
2. **Magliano, D. J., Boyko, E. J. & committee, I. D. F. D. A. t. e. s.** in *Idf diabetes atlas* (International Diabetes Federation © International Diabetes Federation, 2021., 2021).
3. **Rout, P. & Jialal, I.** in *StatPearls* (StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC., 2025).
4. **Đỗ Thị Giang.** Khảo sát bệnh thận đái tháo đường và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện quận Tân Bình, Thành phố Hồ Chí Minh Luận án Chuyên khoa cấp II thesis, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, (2018).
5. **Trịnh Thị Thái.** Khảo sát biến chứng thận và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường tip 2 cao tuổi tại bệnh viện lão khoa trung ương Chuyên khoa II thesis, Trường Đại học Y Hà Nội, (2013).
6. **Tseng, P.-L., Chung, T.-L. & Lee, C.-H.** Association of Metabolic Syndrome and Other Factors with the Presence of Diabetic Nephropathy in Type 2 Diabetic Patients. 20, 2453 (2023).
7. **Quê Anh Trâm & Lê Văn Thu.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh cầu thận do đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học Việt Nam* 529, doi:10.51298/vmj.v529i1.6301 (2023).
8. **Lê Công Trứ, Trần Thị Thu Thảo & Trần Thị Nga.** Tỷ lệ microalbumin niệu dương tính và mối liên quan giữa microalbumin niệu dương tính, chỉ

số microalbumin/ creatinin ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên với mức lọc cầu thận của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tạp chí Y học Việt Nam 529, doi:10.51298/vmj.v529i1.6320 (2023).

9. **Kumar, A. et al.** Risk factors associated with Indian type 2 diabetes patients with chronic kidney disease: CITE study, a cross-sectional,

real-world, observational study. BMC nephrology 26, 245, doi:10.1186/s12882-025-04164-6 (2025).

10. **An, N., Wu, B. T., Yang, Y. W., Huang, Z. H. & Feng, J. F.** Re-understanding and focusing on normoalbuminuric diabetic kidney disease. Frontiers in endocrinology 13, 1077929, doi:10.3389/fendo.2022.1077929 (2022).

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHỒI MÁU NÃO TÁI DIỄN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lê Thị Thu Trang¹, Lê Văn Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não tái diễn (NMNTD) là biến cố nặng, làm tăng nguy cơ tử vong và tàn phế. Việc xác định tỉ lệ và các yếu tố liên quan giúp nâng cao hiệu quả điều trị và dự phòng. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ, nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD trong 12 tháng sau đợt nhồi máu não đầu tiên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2022–2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu gồm 890 bệnh nhân nhồi máu não với thời gian theo dõi ≥ 12 tháng. **Kết quả:** Tỉ lệ NMNTD sau 12 tháng là 6,7%. Tỉ lệ NMNTD tích lũy theo thời gian: 1 tháng 2%; 6 tháng 3,6 %; 12 tháng 6,7%. Nguyên nhân theo phân loại TOAST, NMNTD gặp nhiều nhất ở nhóm xơ vữa mạch lớn (LAA: 38,2,2%) và nguồn gốc tim (CE: 24,7%), thấp nhất ở ổ khuyết (SVD: 21,3%). Phân tích Cox cho thấy các yếu tố nguy cơ độc lập gồm: tuổi ≥ 65 , THA, ĐĐT, ngưng thuốc kháng đông hoặc Chống kết tập tiểu cầu (CKTTC). Kết luận: NMNTD tại bệnh viện chiếm tỉ lệ tương tự các nghiên cứu quốc tế (5–7%). Nguy cơ tái phát cao ở nhóm LAA và CE, đặc biệt ở bệnh nhân ngưng thuốc kháng đông/CKTTC.

Từ khóa: Nhồi máu não tái diễn, nguyên nhân, yếu tố liên quan.

SUMMARY

STUDY ON THE RATE AND RISK FACTORS OF RECURRENT ISCHEMIC STROKE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Recurrent ischemic stroke (RIS) is a severe event that significantly increases the risk of mortality and disability. Identifying its rate and related factors is essential to improve treatment outcomes and secondary prevention. **Objective:** To determine the rate, etiological classification, and risk factors associated with recurrent ischemic stroke within 12 months after the first episode among patients treated at Can Tho Central General Hospital during the period

2022–2024. **Methods:** A prospective cohort study was conducted on 890 patients with ischemic stroke, each followed up for at least 12 months. **Results:** The 12-month recurrence rate was 6.7%. The cumulative recurrence rates were 2% at 1 month, 3.6% at 6 months, and 6.7% at 12 months. According to the TOAST classification, recurrence was most frequent in the large-artery atherosclerosis (LAA) group (38.2%) and cardioembolic (CE) group (24.7%), and least common in small-vessel disease (SVD) (21.3%). Cox regression analysis identified independent risk factors, including age ≥ 65 years, hypertension, diabetes mellitus and discontinuation of anticoagulant or antiplatelet therapy. **Conclusion:** The recurrence rate of ischemic stroke at Can Tho Central General Hospital (6.7%) was comparable to international data (5–7%). The highest recurrence risk was observed in the LAA and CE subtypes, particularly among patients who discontinued anticoagulant or antiplatelet therapy.

Keywords: Recurrent ischemic stroke, etiology, related factors, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não tái diễn (NMNTD) là biến cố nặng, làm tăng gấp 2–3 lần nguy cơ tử vong và tàn phế ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não[1,2]. Tỷ lệ NMNTD trong năm đầu dao động từ 5–12%, tùy theo quần thể và mức độ kiểm soát yếu tố nguy cơ [3,5]. Theo China Stroke Surveillance Report 2021, tỷ lệ NMNTD sau 12 tháng là 5,7%, tương tự các nghiên cứu tại Nhật Bản (6,2%) và châu Âu (7–11%) [6,8]. Các yếu tố nguy cơ chính gồm tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch, hút thuốc và tuân thủ điều trị kém [4,5]. Trong đó, ngưng thuốc kháng đông hoặc chống kết tập tiểu cầu (CKTTC) là yếu tố quan trọng làm tăng gấp 2–4 lần nguy cơ tái phát [9,10].

Tại Việt Nam, dữ liệu về NMNTD còn hạn chế, đặc biệt ở các trung tâm đột quỵ tuyến khu vực. Việc xác định tỷ lệ, nguyên nhân (TOAST) và các yếu tố nguy cơ liên quan đến NMNTD có ý nghĩa thiết thực trong dự phòng thứ phát và giảm tái phát đột quỵ.

Nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ, nguyên

¹Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Minh

Email: lvminh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025