

Về ĐKĐBĐ (Bảng 3), phương pháp "top-down" sử dụng dữ liệu thực tế từ nội kiểm và ngoại kiểm là cách tiếp cận phù hợp cho PXN lâm sàng [3, 6]. Kết quả ĐKĐBĐ mở rộng $U = 14.68\%$, thấp hơn Sai số tổng cho phép ở mức mong muốn ($TEa = 23.74\%$) [8]. Điều này chứng tỏ phương pháp đạt chất lượng tốt. Phân tích các thành phần cho thấy U_{prec} (6.23%) đóng góp vào ĐKĐBĐ tổng hợp nhiều hơn U_{bias} (3.87%), gợi ý rằng các sai số ngẫu nhiên (như thao tác, môi trường, bảo trì máy) là yếu tố chính ảnh hưởng đến chất lượng, và PXN cần tập trung vào việc kiểm soát các yếu tố này.

V. KẾT LUẬN

1. Phương pháp xét nghiệm TSH trên máy Architect i2000SR tại khoa Hóa sinh Bệnh viện Chợ Rẫy đạt các yêu cầu về giá trị sử dụng:

- Độ chụm: Đạt yêu cầu theo công bố của NSX trên mẫu QC ($CV_{WL} 1.90\% - 2.04\%$) và đạt yêu cầu theo giới hạn UVL trên mẫu HTBN ($CV_{WL} 1.96\% - 3.13\%$).

- Độ đúng: Đạt yêu cầu so với NSX ($\%Bias$ từ $5.01\% - 6.43\%$, $< 10\%$).

- Khoảng tuyến tính: Đạt yêu cầu trong khoảng $0.0046 - 82.1327$ mIU/L ($R^2 = 0.9999$).

2. Độ không đảm bảo đo mở rộng (U) của xét nghiệm TSH là 14.68% ($k=2$, 95% CI), đạt mức chất lượng mong muốn ($TEa = 23.74\%$), khẳng định phương pháp đủ tin cậy để sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi lâm sàng.

VI. KIẾN NGHỊ

Phương pháp xét nghiệm TSH trên máy

Architect i2000SR đạt yêu cầu chất lượng để phục vụ chẩn đoán. Tuy nhiên, do sai số ngẫu nhiên $U_{prec} = 6.23\%$ đóng góp phần lớn vào ĐKĐBĐ, PXN cần tăng cường các biện pháp kiểm soát sai số ngẫu nhiên (như đào tạo nhân viên, quy trình bảo trì, theo dõi điều kiện môi trường) để nâng cao hơn nữa chất lượng xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 2429/QĐ-BYT-Ban hành tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Phượng Cúc và cộng sự (2020), "Áp dụng hướng dẫn EP15A3 của CLSI xác nhận phương pháp định lượng TSH trong sàng lọc sơ sinh", Tạp chí nghiên cứu y học, 128, tr. 26-33.
3. Đặng Thị Nga và cộng sự (2023), "Đánh giá độ không đảm bảo đo và sai số tổng phân tích một số xét nghiệm hóa sinh tại bệnh viện Tim Hà Nội", Tạp chí y học Việt Nam, 529(2), tr. 320-325.
4. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) (2014), User Verification of Precision and Estimation of Bias; Approved Guideline - Third Edition (EP15-A3), CLSI, Wayne, PA.
5. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) (2003), Evaluation of the Linearity of Quantitative Measurement Procedures: A Statistical Approach (EP06), CLSI, Wayne, PA.
6. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) (2012), Expression of Measurement Uncertainty in Laboratory Medicine (C51-A), CLSI, Wayne, PA.
7. Padoan A., et al. (2018), "Evaluation of the analytical performances of six measurands for thyroid function of Mindray CL-2000i system", Journal of Laboratory and Precision Medicine.
8. Westgard J. O. (2024), Desirable Biological Variation Database specifications, <https://www.westgard.com/biodatabase1.htm>.

ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ GIAI ĐOẠN BỆNH THẬN MẠN TRONG CỘNG ĐỒNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Võ Hoàng Nghĩa¹, Phạm Văn Bùi², Nguyễn Như Nghĩa²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) đang trở thành thách thức y tế toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng. Việc nhận diện sớm sự phân bố các giai đoạn BTM trong cộng đồng là cơ sở quan trọng để phân tầng nguy cơ và can thiệp kịp thời.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và đặc điểm phân bố giai

đoạn BTM theo nhân khẩu học và bệnh lý nền tại thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1531 người ≥ 18 tuổi, cư trú tại bốn quận/huyện của Cần Thơ. Bệnh thận mạn được chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2021 dựa vào mức lọc cầu thận và tỉ số albumin/creatinin niệu ở hai lần xét nghiệm cách nhau 3 tháng. Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0, sử dụng thống kê mô tả và kiểm định Fisher Freeman-Halton. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân mắc BTM ở giai đoạn I (36,4%) và II (37,9%) trong khi giai đoạn IV rất hiếm (0,5%). Phân bố giai đoạn BTM khác biệt có ý nghĩa theo nhóm tuổi ($p < 0,001$), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi ghi nhận 46,8% ở giai đoạn II, 20,1% ở giai đoạn IIIa và 12,2% ở giai đoạn IIIb. Về bệnh lý nền, nhóm chỉ mắc tăng huyết áp tập trung chủ yếu ở giai đoạn I (50,0%), trong khi nhóm đái tháo đường đ

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: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

độc và nhóm không mắc bệnh nền lại chủ yếu ở giai đoạn IIIa (54,2% và 68,4%). Ở nhóm đồng mắc cả tăng huyết áp và đái tháo đường, bệnh phân bố rải rác ở nhiều giai đoạn, trong đó có ghi nhận 1 trường hợp ở giai đoạn IV. **Kết luận:** Bệnh thận mạn trong cộng đồng phần lớn ở giai đoạn I và II. Tuy nhiên, phân bố giai đoạn bệnh thay đổi đáng kể theo hướng nặng dần ở người cao tuổi và người mắc đái tháo đường, đòi hỏi các biện pháp tầm soát, chẩn đoán và quản lý cho nhóm nguy cơ cao này.

Từ khóa: bệnh thận mạn (BTM), sàng lọc, tăng huyết áp, đái tháo đường, giai đoạn

SUMMARY

STAGE DISTRIBUTION OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN A COMMUNITY-BASED POPULATION IN VIETNAM

Background: Chronic kidney disease (CKD) is emerging as a major global health challenge with rising morbidity and mortality. Early recognition of stage distribution in the community is essential to support risk stratification and timely intervention.

Objectives: To determine the prevalence and distribution of CKD stages according to demographic profiles and underlying conditions in Can Tho City.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 1531 residents aged ≥ 18 years living in four districts of Can Tho. CKD was diagnosed using KDIGO 2021 criteria based on estimated glomerular filtration rate and urine albumin-to-creatinine ratio from two measurements obtained 3 months apart. Data were analyzed with SPSS 26 using descriptive statistics and the Fisher-Freeman-Halton test.

Results: Most CKD cases were classified as stage I (36.4%) and stage II (37.9%), while stage IV was uncommon (0.5%). Chronic kidney disease stage distribution differed significantly across age groups ($p < 0.001$) with adults ≥ 60 years showing higher proportions in stage II (46.8%) stage IIIa (20.1%) and stage IIb (12.2%). Regarding underlying diseases the hypertension-only group was concentrated in stage I (50.0%) whereas the diabetes-only group and those without comorbidities were predominantly in stage IIIa (54.2% and 68.4%). Among participants with both hypertension and diabetes CKD stages were widely distributed and one case was identified in stage IV. **Conclusion:** Most community CKD cases were in stage I and II. However, CKD stage distribution shifted toward stages with progressively impaired kidney function stages in older adults and individuals with diabetes indicating the need for targeted screening diagnostic assessment and management in these high-risk groups.

Keywords: chronic kidney disease, screening, hypertension, diabetes, stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) đang trở thành một thách thức y tế toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng. Theo các báo cáo dịch tễ học quy mô lớn, BTM ảnh hưởng đến khoảng 9,1% dân số thế giới và là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến hàng triệu ca tử vong mỗi năm do

không tiếp cận được các liệu pháp thay thế thận [6]. Đáng chú ý, diễn tiến của bệnh qua các giai đoạn có mối liên hệ mật thiết với xu hướng già hóa dân số và sự bùng nổ của các bệnh không lây nhiễm. Cụ thể, số lượng bệnh nhân mắc BTM do tăng huyết áp (THA) đã tăng hơn 60% trong ba thập kỷ qua [7]. Bên cạnh đó, đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 cũng được ghi nhận là nguyên nhân hàng đầu gây BTM và bệnh thận giai đoạn cuối trên toàn cầu [3], [5].

Tại Việt Nam, gánh nặng kinh tế do BTM là rất lớn. Một nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh cho thấy chi phí điều trị hàng năm cho nhóm bệnh nhân này vượt xa mức thu nhập bình quân, tạo áp lực nặng nề lên hệ thống an sinh xã hội [9]. Tuy nhiên, do các triệu chứng lâm sàng ở giai đoạn sớm thường nghèo nàn và không đặc hiệu, phần lớn bệnh nhân chỉ được chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển sang giai đoạn nặng với nhiều biến chứng phức tạp. Điều này đặt ra câu hỏi lớn về tỷ lệ thực sự của các giai đoạn bệnh sớm trong cộng đồng, nơi các biện pháp can thiệp có hiệu quả cao nhất [1], [8].

Mặc dù là địa bàn đông dân, Cần Thơ hiện vẫn thiếu các dữ liệu dịch tễ học dựa trên cộng đồng về BTM. Các bằng chứng hiện có chủ yếu xuất phát từ những nghiên cứu bệnh viện hoặc tập trung vào nhóm bệnh nhân nguy cơ cao [2], [9]. Khoảng trống dữ liệu này khiến bức tranh toàn diện về sự phân bố các giai đoạn BTM chưa được nhận diện đầy đủ, đặc biệt là mức độ suy giảm chức năng thận theo đặc điểm tuổi tác và sự hiện diện của các bệnh lý nền như THA hay ĐTĐ. Do đó, nghiên cứu này được triển khai nhằm mô tả phân bố giai đoạn BTM theo các yếu tố nhân khẩu học và tình trạng bệnh lý nền, qua đó cung cấp cơ sở khoa học cho việc xây dựng chiến lược sàng lọc và phân tầng nguy cơ trong cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người dân sinh sống trong địa bàn Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đối tượng có hộ khẩu thường trú tại Cần Thơ và không có ý định chuyển nơi ở trong vòng 1 năm tới.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng không thể giao tiếp hoặc trả lời phỏng vấn, đang mắc bệnh cấp tính đe dọa tính mạng, phụ nữ mang thai cho con bú, đối tượng có mẫu bệnh phẩm hoặc dữ liệu thu thập không đạt yêu cầu kỹ thuật, Đối tượng đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng kết

qua xét nghiệm creatinine máu (corticoid kéo dài, cephalosporin, cimetidine, thiazid, vitamin C liều cao).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu có xác suất tại các quận, huyện trên địa bàn thành phố Cần Thơ bằng phương pháp phân tầng và ngẫu nhiên đơn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, nghiên cứu đã tuyển chọn được 1531 đối tượng thuộc 2 quận bao gồm Cái Răng và Thốt Nốt và 2 huyện gồm Phong Điền và Cờ Đỏ.

Nội dung nghiên cứu: Bệnh thận mạn được xác định theo tiêu chuẩn KDIGO 2021 khi có bất thường 1 trong 2 xét nghiệm bao gồm mức lọc cầu thận (MLCT) ước tính theo công thức CKD-EPI (≤ 60 ml/phút/1,73 m² da) và tỷ số albumin/creatinin nước tiểu ≥ 30 mg/g ở hai lần xét nghiệm liên tiếp với cùng một loại xét nghiệm cách nhau 03 tháng, loại trừ các dấu hiệu tổn thương thận cấp.

Giai đoạn BTM được phân loại theo KDIGO 2021 dựa trên MLCT: I (≥ 90 ml/phút/1,73 m² da), II (60-89 ml/phút/1,73 m² da), IIIa (45-59 ml/phút/1,73 m² da), IIIb (30-44 ml/phút/1,73 m² da), IV (15-29 ml/phút/1,73 m² da), V (<15 ml/phút/1,73 m² da).

Đánh giá tỷ lệ phân bố giai đoạn BTM giữa các nhóm đối tượng khác nhau theo giới tính, nhóm tuổi và tình trạng mắc THA và ĐTĐ.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định Fisher-Freeman-Halton để kiểm định tỷ lệ các giai đoạn BTM giữa các nhóm. Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông

Bảng 1. Phân bố tỷ lệ giai đoạn bệnh thận mạn theo nhóm tuổi (n=198)

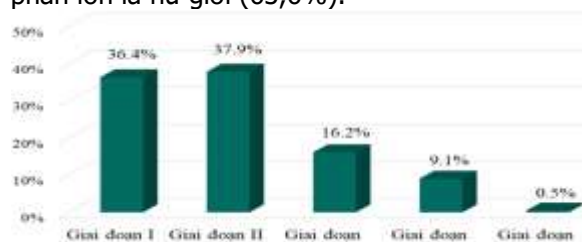
Giai đoạn	I	II	IIIa	IIIb	IV	p
18 – 39 tuổi	4 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001 ^a
40 – 59 tuổi	39 (70,9)	10 (18,2)	4 (7,3)	1 (1,8)	1 (1,8)	
≥ 60 tuổi	29 (20,9)	65 (46,8)	28 (20,1)	17 (12,2)	0 (0,0)	
Tổng	72 (36,4)	75 (37,9)	32 (16,2)	18 (9,1)	1 (0,5)	-

Nhận xét: Khi xem xét theo nhóm tuổi, nhóm 18–39 tuổi chỉ ghi nhận 4 trường hợp ở giai đoạn I. Ở nhóm 40–59 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân tập trung chủ yếu ở giai đoạn I (70,9%), tiếp

qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ theo số phiếu 535/PCT-HĐĐĐ.

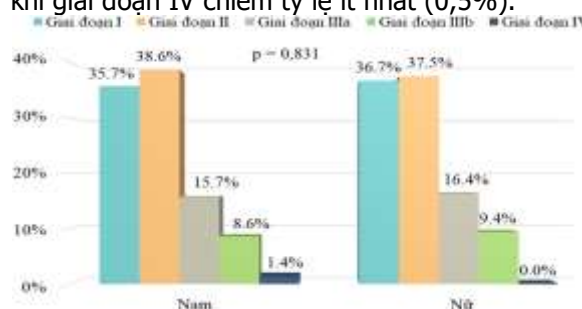
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ năm 2023 đến năm 2024, có tổng cộng 1531 đối tượng tham gia nghiên cứu với độ tuổi trung bình là $59,8 \pm 12,6$ tuổi và phần lớn là nữ giới (63,6%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các giai đoạn bệnh thận mạn (n=198)

Nhận xét: Chúng tôi khảo sát 1531 đối tượng ghi nhận 198 trường hợp mắc BTM. Trong đó, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I (36,4%) và giai đoạn II (37,9%), trong khi giai đoạn IV chiếm tỷ lệ ít nhất (0,5%).



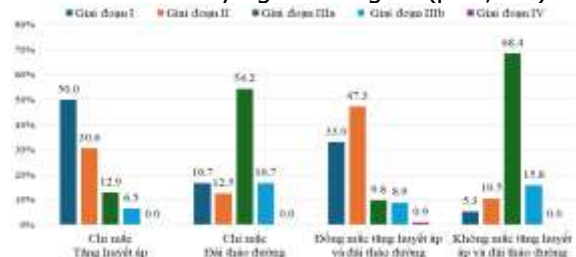
Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ giai đoạn bệnh thận mạn theo giới tính (n=198)

Nhận xét: Tỷ lệ phân bố các giai đoạn BTM nhìn chung tương đối giống nhau giữa hai giới, trong đó giai đoạn I và II chiếm tỷ lệ lớn nhất với hơn hai phần ba số trường hợp ở cả nam và nữ. Tuy vậy, sự khác biệt trong phân bố giai đoạn bệnh giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p=0,831$).

theo là giai đoạn II (18,2%), trong khi các giai đoạn nặng hơn chiếm tỷ lệ thấp. Đối với nhóm ≥ 60 tuổi, phân bố giai đoạn bệnh thay đổi đáng kể với tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn II (46,8%), tiếp

Phép kiểm Fisher-Freeman-Halton

theo là giai đoạn IIIa (20,1%) và IIIb (12,2%), trong khi giai đoạn I chỉ còn chiếm 20,9% và không ghi nhận trường hợp nào ở giai đoạn IV. Sự khác biệt trong phân bố giai đoạn bệnh giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ giai đoạn bệnh thận mạn theo tình trạng mắc tăng huyết áp và đái tháo đường (n=198)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong khi nhóm chỉ mắc THA tập trung chủ yếu ở giai đoạn I (50,0%), thì nhóm ĐTĐ đơn độc và nhóm không bệnh nền lại cho thấy sự suy giảm chức năng thận rõ rệt với tỷ lệ tập trung cao nhất ở giai đoạn IIIa. Đặc biệt, nhóm đồng mắc cả THA và ĐTĐ là nhóm duy nhất ghi nhận ca bệnh tiến triển đến giai đoạn IV (0,9%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 1531 người dân tại thành phố Cần Thơ đã cung cấp góc nhìn chi tiết về phân bố giai đoạn BTM trong cộng đồng. Trong số 198 trường hợp được xác định, kết quả ghi nhận sự phân bố chủ yếu ở giai đoạn I và II của BTM. Tuy nhiên, tỷ lệ phân bố các giai đoạn bệnh có sự khác biệt rõ rệt theo đặc điểm nhân khẩu học và bệnh nền, trong đó các giai đoạn chức năng thận suy giảm nặng hơn được ghi nhận phổ biến ở nhóm người cao tuổi và nhóm bệnh nhân có sự phối hợp giữa THA và ĐTĐ.

Về phân bố giai đoạn BTM, chúng tôi ghi nhận sự tập trung chủ yếu ở các giai đoạn I và II. Tỷ lệ này trái ngược với các dữ liệu thu thập tại cơ sở y tế, nơi nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn thường chiếm ưu thế do người bệnh có xu hướng chỉ nhập viện khi đã xuất hiện triệu chứng lâm sàng [9]. Việc phát hiện một tỷ lệ lớn bệnh nhân ở giai đoạn sớm trong cộng đồng chứng tỏ vai trò quan trọng của chiến lược sàng lọc chủ động. Ở giai đoạn này, các biện pháp can thiệp lối sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ có thể làm chậm tiến trình suy giảm chức năng thận, ngăn ngừa diễn tiến đến giai đoạn cuối [7]. Đáng chú ý, kết quả của chúng tôi cũng chỉ ghi nhận duy nhất 1 trường hợp ở giai đoạn IV và không có trường hợp nào ở giai đoạn V. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế lâm sàng rằng bệnh

nhân ở các giai đoạn nặng thường gặp phải các biến chứng cần nhập viện điều trị nội trú. Đặc biệt đối với bệnh nhân giai đoạn V hay giai đoạn cuối, người bệnh buộc phải tuân thủ lịch trình lọc máu định kỳ tại bệnh viện, dẫn đến khả năng tiếp cận và ghi nhận nhóm đối tượng này trong nghiên cứu khảo sát tại cộng đồng là rất thấp.

Bên cạnh đó, kết quả phân tích cho thấy tuổi tác là một yếu tố liên quan với sự xuất hiện và tiến triển của BTM. Nhóm ≥ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ phân bố ở các giai đoạn II, IIIa, IIIb cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi trẻ ($p < 0,001$). Xu hướng gia tăng gánh nặng BTM ở người cao tuổi cũng được ghi nhận trên toàn cầu, đặc biệt là nhóm trên 80 tuổi có tỷ lệ tử vong và gánh nặng bệnh tật cao nhất [7].

Về giới tính, nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ mặc dù một số nghiên cứu trước đây cho thấy nữ giới có tỷ lệ mắc BTM cao hơn trong khi nam giới lại tiến triển nhanh hơn đến giai đoạn cuối [6]. Sự tương đồng này có thể được lý giải bởi một số nguyên nhân. Thứ nhất, quy trình thu thập số liệu trong giờ hành chính có thể đã tạo ra sai lệch chọn mẫu: nam giới trong độ tuổi lao động thường vắng mặt, trong khi nữ giới làm nội trợ dễ tham gia hơn, dẫn đến tỷ lệ nữ trong mẫu nghiên cứu vượt trội. Sự mất cân đối này có thể làm giảm khả năng ghi nhận đầy đủ các trường hợp bệnh ở nam giới và chúng tôi xem đây là một hạn chế của nghiên cứu. Thứ hai, nghiên cứu tập trung chủ yếu ở giai đoạn bệnh sớm nên có thể đã che lấp sự khác biệt về giới. Ở giai đoạn khởi phát này, các tác động bảo vệ của estrogen lên tốc độ suy giảm chức năng thận chưa đủ mạnh để tạo ra sự phân chia rõ rệt về mức độ tổn thương [4]. Cuối cùng, những nam giới có bệnh tiến triển nhanh có thể đã chuyển sang giai đoạn nặng phải nhập viện hoặc đã tử vong nên không còn xuất hiện trong cộng đồng. Do đó, nhóm nam giới còn lại được khảo sát thường có diễn tiến bệnh chậm và ổn định tương tự như nữ giới.

Một phát hiện quan trọng từ nghiên cứu là sự tác động khác biệt của các bệnh lý nền lên giai đoạn bệnh thận. Nhóm bệnh nhân chỉ mắc THA thường được phát hiện ở giai đoạn I, phản ánh cơ chế tổn thương thận do THA diễn ra âm thầm và chậm chạp thông qua quá trình xơ hóa mạch thận [7]. Ngược lại, nhóm ĐTĐ đơn độc cũng như nhóm không mắc ĐTĐ và THA lại tập trung nhiều ở giai đoạn IIIa. Điều này phù hợp với các y văn cho thấy bệnh thận do ĐTĐ thường gây tổn thương cầu thận và suy giảm

chức năng thận nhanh chóng hơn nếu không được kiểm soát tốt đường huyết và các rối loạn chuyển hóa kèm theo [1], [5]. Đáng chú ý nhất, nhóm bệnh nhân đồng mắc cả THA và ĐTD là nhóm duy nhất ghi nhận ca bệnh ở giai đoạn IV. Đây là minh chứng rõ ràng cho cơ chế cộng hưởng của hai yếu tố nguy cơ trên [3], [5]. Một kết quả đáng lưu ý khác là nhóm không mắc THA và ĐTD cũng có tỷ lệ giai đoạn IIIa rất cao. Hiện tượng này có thể được giải thích bởi hai nguyên nhân chính. Thứ nhất, việc loại trừ hai bệnh nền chính không đảm bảo rằng đối tượng hoàn toàn không có nguy cơ khác như sỏi thận, tăng acid uric máu, bệnh thận đa nang hoặc các bệnh lý cầu thận tiềm ẩn có thể vẫn gây suy giảm chức năng thận. Thứ hai, do đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao, quá trình lão hóa tự nhiên dẫn đến sự xơ hóa cầu thận và giảm số lượng nephron hoạt động làm cho MLCT giảm dần theo thời gian ngay cả khi không có bệnh thận rõ ràng. Do đó, việc ghi nhận giai đoạn IIIa ở nhóm này có thể phản ánh tình trạng lão hóa của thận hơn là một tổn thương bệnh lý cấp thiết.

Bên cạnh các kết quả ghi nhận, nghiên cứu còn tồn tại một số hạn chế. Việc thu thập số liệu chủ yếu diễn ra trong giờ hành chính dẫn đến sự chênh lệch về tỷ lệ giới tính tham gia với nữ giới chiếm đa số, gây ra sai lệch chọn mẫu và hạn chế tính đại diện của kết quả đối với nam giới. Nghiên cứu chưa thu thập thông tin về các nguyên nhân có thể gây tổn thương thận khác THA và ĐTD, làm hạn chế khả năng phân tích căn nguyên ở nhóm bệnh nhân không rõ bệnh nền. Thứ ba, việc đánh giá chức năng thận chưa loại trừ hoàn toàn tác động sinh lý của quá trình lão hóa có thể dẫn đến việc phân loại giai đoạn bệnh chưa thực sự tách bạch được giữa bệnh lý và lão hóa. Cuối cùng, thiết kế cắt ngang không cho phép khẳng định mối quan hệ nhân quả.

Kết quả nghiên cứu có tính ứng dụng thực tiễn cao, nhấn mạnh sự cần thiết của việc triển khai các chương trình sàng lọc BTM định kỳ trong cộng đồng, đặc biệt tập trung vào nhóm người cao tuổi và những người có bệnh lý nền. Việc phát hiện BTM ở giai đoạn sớm sẽ giúp giảm thiểu gánh nặng chi phí điều trị thay thế thận trong tương lai và cải thiện chất lượng sống cho người dân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân bệnh thận mạn trong cộng đồng nằm ở giai đoạn I-II, nhưng phân bố không đồng nhất và dịch

chuyển rõ rệt sang các mức độ suy giảm chức năng thận nặng hơn ở người cao tuổi và những trường hợp mắc đái tháo đường. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu sàng lọc và phân tầng nguy cơ sớm nhằm tối ưu hóa can thiệp và ngăn chặn tiến triển đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thị Hà, Trần Tuấn Tú, Phan Duy Nguyễn** (2025), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có biến chứng bệnh thận mạn tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn, Tạp chí Y học Việt Nam, 555 (1), pp. 183-188. doi:http://doi.org/10.51298/vmj.v555i1.15923.
2. **Nguyễn Như Nghĩa, Phạm Văn Bùi, Võ Hoàng Nghĩa, Nguyễn Thế Bảo et al.** (2024), Tình hình bệnh thận mạn và kết quả bước đầu điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thành phố Cần Thơ: nghiên cứu thực hiện trong cộng đồng, Tạp chí Y học Việt Nam, 542 (2), pp. 291-296. doi:http://doi.org/10.51298/vmj.v542i2.11123.
3. **Kibrom Aregawi, Getachew Kabew Mekonnen, Rebuma Belete, Winner Kucha** (2024), Prevalence of chronic kidney disease and associated factors among adult diabetic patients: a hospital-based cross-sectional study, Volume 4 - 2024 pp. doi:http://doi.org/10.3389/fepid.2024.1467911.
4. **Carolina Conte, Giulia Antonelli, Maria Elena Melica, Mirko Tarocchi et al.** (2023), Role of Sex Hormones in Prevalent Kidney Diseases, International Journal of Molecular Sciences, 24 (9), pp. 8244. doi:http://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijms24098244.
5. **Eneyew Talie Fenta, Habitu Birhan Eshetu, Natnael Kebede, Eyob Ketema Bogale et al.** (2023), Prevalence and predictors of chronic kidney disease among type 2 diabetic patients worldwide, systematic review and meta-analysis, Diabetology & Metabolic Syndrome, 15 (1), pp. 245. doi:http://doi.org/10.1186/s13098-023-01202-x.
6. **Ellen K. Hoogeveen** (2022), The Epidemiology of Diabetic Kidney Disease, Kidney and Dialysis, 2 (3), pp. 433-442. doi:http://doi.org/https://doi.org/10.3390/kidneydial2030038.
7. **Yanfei Lai, Haichun Long, Zhongge Liang, Chunxiang Wu et al.** (2025), Global burden and risk factors of chronic kidney disease due to hypertension in adults aged 20 plus years, 1990–2021, Volume 13 - 2025 pp. doi:http://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1503837.
8. **Vo Hoang Nghia, Pham Van Bui, Nguyen Nhu Nghia, Nguyen The Bao** (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.
9. **Nguyen Thi Hai Yen, Le Phuoc Thanh Nhan, Tri Phat Nhan, Truong Van Dat et al.** (2021), The Economic Burden of Chronic Kidney Disease in Vietnam, Health Serv Insights, 14 pp. 11786329211036011. doi:http://doi.org/10.1177/11786329211036011.