

Tác nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Escherichia coli	6	12,2
Klebsiella pneumoniae	4	8,1
Pseudomonas aeruginosa	12	24,5
Enterobacter aerogenes	2	4,1
Candida spp	2	4,1
Enterobacter cloacae	1	2,0
Burkholderia cepacia	2	4,1
Klepsiella	1	2,0
Acinetobacter baumannii	8	16,3
Elizabethkingia	1	2,0
Candida glabrata	1	2,0
Serratia marcescens	5	10,2
Staphylococcus aureus	2	4,1

Klebsiella oxytoca	2	4,1
Tổng	49	100

Nhận xét: Trong số 14 tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện có 4 tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là Pseudomonas aeruginosa với 24,5%; Acinetobacter baumannii chiếm 16,3%; Escherichia coli là 12,2% và Serratia marcescens là 10,2%.

3.3. Mô tả một số yếu tố liên quan với nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa HSTC bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2025

3.3.1. Các yếu tố liên quan giữa tuổi, giới, thời gian nằm viện với nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.7. Các yếu tố liên quan giữa tuổi, giới, thời gian nằm viện với NKBV

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Giới	Nam	33	55	2,22 (1,05-4,69)	<0,05
	Nữ	13	48		
Nhóm tuổi	>60 tuổi	38	83	1,2 (0,5 – 2,8)	>0,05
	≤60 tuổi	8	20		
Thời gian nằm viện	≥7 ngày	45	51	45,9 (6-345)	<0,05
	<7 ngày	1	52		

Nhận xét: Nam giới có nguy cơ mắc NKBV cao hơn gấp 2,2 lần so với nữ giới với $p < 0,05$. ĐTNC có thời gian nằm viện ≥ 7 ngày có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 45,9 lần so với nhóm có thời gian nằm viện dưới 7 ngày có ý nghĩa thống

kê với $p < 0,05$. Chúng tôi chưa tìm được mối liên quan giữa tuổi và giới của ĐTNC với NKBV.

3.3.2. Các yếu tố liên quan giữa nhiễm khuẩn trước vào khoa và phẫu thuật đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.8. Các yếu tố liên quan giữa nhiễm khuẩn trước vào khoa và phẫu thuật với NKBV

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
NK trước vào viện	Có	41	61	5,65 (2,1-15,5)	<0,05
	Không	5	42		
Phẫu thuật	Có	4	8	1,13 (0,32-3,96)	>0,05
	Không	42	95		

Nhận xét: Đối tượng có nhiễm khuẩn có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 5,65 lần so với nhóm không nhiễm khuẩn với $p < 0,05$. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa NKBV với tình trạng phẫu thuật của ĐTNC.

3.3.3. Các yếu tố liên quan giữa các thủ thuật xâm nhập và số thủ thuật xâm nhập được thực hiện trên một bệnh nhân với nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.9. Các yếu tố liên quan giữa thủ thuật xâm nhập với NKBV

Yếu tố liên quan		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Thở máy	Có	21	16	4,57 (2,08 – 10,04)	<0,05
	Không	25	87		
Mở khí quản không thở máy	Có	11	7	4,3 (1,55 – 12,0)	<0,05
	Không	35	96		
Ống thông tĩnh mạch dưới đòn	Có	1	2	1,12 (0,99 – 12,7)	>0,05
	Không	45	103		
Ống thông tiểu	Có	33	27	7,1 (3,3 – 15,6)	<0,05
	Không	13	76		
Ống thông dạ dày	Có	33	23	8,8 (4,0 – 19,4)	<0,05
	Không	13	80		

Nhận xét: Đối tượng có thở máy, mở khí quản không thở máy, đặt ống thông tiểu và ống thông dạ dày có nguy cơ mắc NKBV cao lần lượt gấp 4,1 lần, 4,57 lần; 4,3 lần; 7,7 lần và 8,8 lần so với đối tượng không đặt thủ thuật với $p < 0.05$.

Bảng 3.10. Yếu tố liên quan giữa số thủ thuật xâm nhập được thực hiện trên một bệnh nhân với nhiễm khuẩn bệnh viện

Số thủ thuật xâm nhập		NKBV		OR (95%CI)	p
		Có	Không		
Số thủ thuật xâm nhập được thực hiện	≥ 4	22	9	9,5 (3,9-23,4)	<0.05
	<4	24	94		

Nhận xét: ĐTNC có ≥ 4 thủ thuật sẽ có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 9,5 lần so với nhóm có < 4 thủ thuật. Mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện trên những bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa Đông Anh năm 2025. Trong tổng số 149 bệnh nhân nghiên cứu có 46 bệnh nhân mắc nhiễm khuẩn bệnh viện, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 30,9% cao hơn so nghiên cứu của Lê Kiến Ngải và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện nhi Trung ương với tỷ lệ 26,6%. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn chỉ có 149 bệnh nhân và thực hiện trên mọi lứa tuổi. Trong khi đó nghiên cứu tại Bệnh viện nhi Trung ương thực hiện trên 1.547 bệnh nhân và đối tượng nghiên cứu trẻ em. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện trong nghiên cứu của chúng tôi khá là tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Quỳnh thực hiện bệnh viện Tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021 là 31,1%.

Trong số 46 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn bệnh viện, chúng tôi nhận thấy 40 bệnh nhân bị nhiễm 1 loại nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ lớn là 86,9% và có 6 bệnh nhân nhiễm 2 loại nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm tỷ lệ 13,1%. Như vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy chủ yếu là bệnh nhân mắc 1 loại NKBV. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với với nghiên cứu tại Bệnh viện E của tác giả Đỗ Quốc Phong (70,4% mắc 1 NKBV, 18,2% mắc 2 loại NKBV).

Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%; nhiễm khuẩn tiết niệu 15,4% và nhiễm khuẩn vết mổ 3,8%. Như vậy có thể nhận thấy, nhiễm khuẩn phổi là NKBV chiếm tỷ lệ chủ yếu vào cao gấp 4 lần các nhiễm khuẩn khác cộng lại. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với các nghiên cứu của tác giả Lương Quốc Hùng thực hiện tại khoa HSTC - bệnh viện E.

Có 4 loại vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất là *P.aeruginosa* chiếm 24,5%; *A.baumannii* chiếm 16,3%; *E.coli* chiếm 12,2% và *S.macesscens* chiếm 10,2%. So với nghiên cứu Lương Quốc

Hùng cho thấy tác nhân gây NKBV trong đó vi khuẩn Gram (-) là tác nhân chủ yếu 73,3% (*VK A.baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%), vi khuẩn Gram (+) chiếm 18,7%. Nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Minh Nguyệt tại khoa HSTC bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển năm 2017 chỉ ra các tác nhân gây NKBV là: *A.baumannii* (27,5%), *K. pneumonia* (23,5%), *P. aeruginosa* (19,6%), *E.coli* (9,8%)

4.2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện đa khoa Đông Anh, năm 2025. Kết quả cho thấy: nam giới có nguy cơ mắc NKBV cao hơn gấp 2,2 lần so với nữ giới với $p < 0,05$; ĐTNC nằm viện ≥ 7 ngày có nguy cơ mắc NKBV cao hơn gấp 45,9 lần so với ĐTNC nằm viện < 7 ngày với $p < 0,05$.

Nghiên cứu tìm thấy mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NKBV với các thủ thuật có thở máy, mở khí quản không thở máy, đặt ống thông tiểu và ống thông dạ dày; Nguy cơ mắc NKBV cao lần lượt gấp 4,1 lần, 4,3 lần, 7,1 lần và 8,8 lần với $p < 0.05$. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu như kết quả tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai (2002-2003) cũng cho thấy đặt nội khí quản (OR=5,6; $p < 0,001$), mở khí quản (OR=2,9; $p < 0,001$), là các yếu tố nguy cơ quan trọng gây NKBV. Nghiên cứu tại bệnh viện tỉnh Vĩnh Phúc cho biết thủ thuật thở máy có nguy cơ mắc NKBV cao gấp 4,45 (95%CI 1,68-11,7, $p < 0,05$). Nghiên cứu tại bệnh viện quân y 175, kết quả cho thấy có mối liên quan giữa thở máy (OR = 68,17, $p < 0,05$) và đặt ống thông tiểu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ NKBV là 30,9%. Trong đó đối tượng mắc 1 loại NKBV chiếm 86,9% và mắc 2 loại NKBV là 13,1%. Viêm phổi chiếm tỷ lệ 80,8%; 15,4% nhiễm khuẩn tiết niệu và 3,8% là nhiễm khuẩn vết mổ. 4 tác nhân gây NKBV thường gặp: *P.aeruginosa*, *A.baumannii*, *E.coli* và *S.macesscens*. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa nam giới, thời gian nằm viện ≥ 7 ngày, tình trạng nhiễm khuẩn khi vào viện, thở máy, mở khí quản không thở máy, đặt ống thông

tiểu và đặt ống thông dạ dày với NKBV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 về việc phê duyệt hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2017.
2. **Bùi Thị Hương Giang**, Đặc điểm kháng kháng sinh và yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai, in Tạp chí Y học. tháng 6 – số 1.2022.
3. **Lương Quốc Hùng, Vũ Hải Vinh, and Vũ Đức Định**, Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện E năm 2014. Tạp chí Y học Việt Nam, 2014. Số đặc biệt(435): p. 396-405.
4. **Đinh Thị Minh Nguyệt, Lê Quang Đông, and Vương Thị Mai Phương và cộng sự**, Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí từ 1/2017 đến 12/2017. Tạp chí Y học Việt Nam, 2018. Số đặc biệt(465): p. 85-90.
5. **Nguyễn Đức Quỳnh, Dương Thị Thanh Mai, Bùi Minh Thị, Khổng Thị Ngọc Huyền**, Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 1/2021-9/2021. Tạp chí y dược lâm sàng 108, tập 17, số 5/2022.
6. **Lê Kiên Ngải, Nguyễn Thị Hoài Thu, Trần Văn Hường, Phạm Thị Hồng Nhung, Đặng Thị Thu Hương**, Nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại các khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí y học lâm sàng số 24/2014
7. **Đỗ Quốc Phong, Đặng Hải Vân, Trần Minh Hiếu, Vũ Hải Vinh, Nguyễn Đình Liên, Nguyễn Thế Thịnh**, Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện E từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2023. Tạp chí y học Việt Nam, tập 544 số 2.
8. **Phu, V.D., et al.**, Burden of Hospital Acquired Infections and Antimicrobial Use in Vietnamese Adult Intensive Care Units. PLoS One, 2016. 11(1): p. e0147544.

TỶ LỆ MICROALBUMIN NIỆU VÀ MỘT SỐ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 MỚI ĐƯỢC PHÁT HIỆN

Nguyễn Thị Tâm¹, Cao Thị Kim Oanh¹,
Nguyễn Thị Tuyết Chinh¹, Lê Huy Hồng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ microalbumin niệu và một số các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới được phát hiện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 200 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới được phát hiện và điều trị ngoại trú dưới một năm tại bệnh viện đa khoa Đông Anh. **Kết quả nghiên cứu cho thấy:** Độ tuổi trung bình $59,55 \pm 11,75$ tuổi, với tỷ lệ phát hiện lần đầu khoảng 51%, chủ yếu là qua khám sàng lọc định kỳ, kiểm tra sức khỏe. Tỷ lệ bệnh nhân có microalbumin niệu (MAU) dương tính chiếm 40,5% trong đó có 38,5% có MAU (+) khi protein niệu âm tính, với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Trong đó HbA1c có mối liên quan tuyến tính chặt chẽ đến sự xuất hiện MAU và tổn thương thận sớm ($p < 0,001$).

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, microalbumin niệu.

SUMMARY

THE URINARY MICROALBUMIN RATIO AND RELATED FACTORS IN PATIENTS NEWLY DIAGNOSED WITH TYPE 2 DIABETES MELITUS

This study aimed to assess the prevalence of

microalbuminuria and its associated factors in patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 newly diagnosed type 2 diabetes mellitus patients who had been receiving outpatient care at Dong Anh General Hospital for less than one year. **Research result for found:** Average age 59.55 ± 11.76 years old, with a recent detection rate of about 51%, mainly is through regular screening and health checks. Proportion of patients with microalbuminuria (MAU) positive accounts for 40.5%, of which 38.5% have MAU (+) when proteinuria is negative ($p < 0.05$). In which HbA1c has a close linear relationship occurrence of MAU and early kidney damage ($p < 0.05$).

Keywords: Type 2 diabetes, microalbuminuria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong các bệnh lý mạn tính phổ biến và đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu, tốc độ phát triển nhanh đứng hàng thứ 3 trong nhóm bệnh không lây nhiễm, sau bệnh tim mạch và ung thư và đặc biệt ở các nước đang phát triển như khu vực châu Á- Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam. Theo báo cáo của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2021, số người mắc bệnh đã lên tới 537 triệu và dự báo sẽ tăng lên đến 783 triệu vào năm 2045 [1]. Ở Việt Nam, hiện nay có khoảng 8 triệu người mắc đái tháo đường, trong đó hơn 55% bệnh nhân đã có biến chứng, trong

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm

Email: nguyentam.bvda@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

đó 34% là biến chứng về tim mạch; 39,5% có biến chứng về mắt và biến chứng về thần kinh; 24% biến chứng về thận [2]. Trong các biến chứng mạn tính của bệnh đái tháo đường, tổn thương thận do đái tháo đường là một biến chứng thường gặp, khi có biểu hiện lâm sàng thì chức năng thận đã giảm, nhanh chóng dẫn đến suy thận mạn tính không hồi phục nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán sớm biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 là hết sức cần thiết để có các biện pháp ngăn chặn kịp thời nhằm ngăn chặn tiến triển tổn thương thận. Các nghiên cứu hiện nay ngoài vấn đề kiểm soát đường máu và các yếu tố nguy cơ thì việc phát hiện các tổn thương và biến chứng sớm đang được thúc đẩy và phát triển. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Đánh giá tỷ lệ microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới phát hiện điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh" với mục tiêu: *Đánh giá tỷ lệ microalbumin niệu và một số các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới được phát hiện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đái tháo đường type 2 đã chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế 2020 [2], mới được phát hiện và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đông Anh dưới 1 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1/2025 đến tháng 10/2025.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Phòng khám nội tiết- Bệnh viện đa khoa Đông Anh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

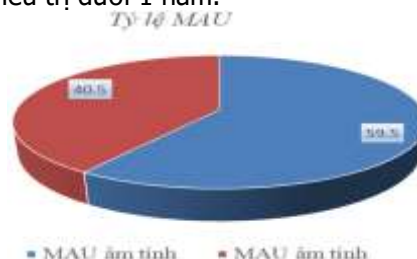
- **Cỡ mẫu:** Các bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đã được chẩn đoán và đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết, bệnh viện đa khoa Đông Anh trong thời gian nghiên cứu được tuyển theo tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Các biến số nghiên cứu:** Tuổi, giới, cân nặng, BMI, vòng eo, chỉ số WHR, Glucose lúc đói, HbA1c, creatinin, mức lọc cầu thận (eGFR), microalbumin niệu (MAU).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 200 bệnh nhân cho thấy, độ tuổi trung bình là $59,55 \pm 11,75$ tuổi, chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 50 trở lên (80,5%), trong đó tỷ lệ nam chiếm ưu thế (62%), chủ yếu

tập chung nhóm tuổi 50-69 tuổi. Nhóm nghiên cứu có 51% bệnh nhân được phát hiện bệnh lần đầu, 49% bệnh nhân đã được phát hiện và thời gian điều trị dưới 1 năm.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ microalbumin niệu

Bảng 1: Mối liên quan giữa MAU và protein niệu

Protein niệu	MAU (-)		MAU (+)		p
	n	%	n	%	
Âm tính	119	61,5	74	38,5	0,043
Dương tính	0	0	7	100	
Tổng	119		81		

Nhận xét: Tỷ lệ MAU (+) chung là 40,5% ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới được phát hiện dưới 1 năm.

MAU xuất hiện cả khi chưa có protein niệu đại thể: trong 193 BN không có protein niệu đại thể, vẫn có 74 người (38,5%) có MAU (+), với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Liên quan WHR và BMI với MAU

		MAU (-)		MAU (+)		p
		n	%	n	%	
BMI	Thiếu cân	5	55,6	4	44,4	0,425
	Bình thường	61	65,6	32	34,4	
	Thừa cân	30	55,6	24	44,4	
	Béo phì	23	52,3	21	47,7	
WHR	Bình thường	21	67,7	10	32,3	0,309
	Tăng	98	58	71	42	

Nhận xét: Chỉ số WHR: MAU dương tính chiếm 32,3% trong nhóm WHR bình thường và 42% ở nhóm WHR cao, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Chỉ số BMI: MAU dương tính có tỷ lệ thấp nhất ở nhóm BMI bình thường (34,4%) và cao nhất ở nhóm béo phì (47,7%) và nhóm thừa cân (44,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

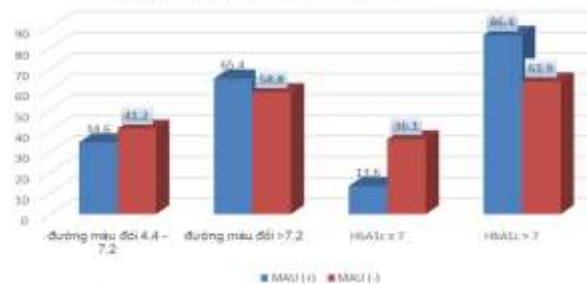
Bảng 3: Mối liên quan MAU và mức lọc cầu thận

Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m ²)	MAU (+)		MAU (-)	
	n	%	n	%
<60	20	40,8	29	59,2
≥ 60	61	40,4	90	59,6
Tổng	81	40,5	119	59,5
p	0,959			

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tỷ lệ $eGFR < 60 \text{ ml/p/1,73m}^2$ là 24,5%.

Tỷ lệ MAU niệu dương tính gần như tương đương giữa hai nhóm có $eGFR \geq 60 \text{ ml/p/1,73m}^2$ và nhóm có $eGFR < 60 \text{ ml/p/1,73m}^2$ (40,8- 40,4 %).

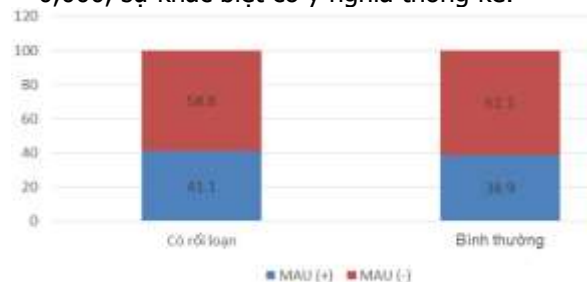
Mối liên quan giữa MAU và đường máu



Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa MAU và đường máu

Nhận xét: Trong nhóm MAU dương tính, tỷ lệ bệnh nhân có đường máu đói $> 7,2 \text{ mmol/L}$ là 65,4%, cao hơn so với nhóm MAU âm tính (58,8%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,889$.

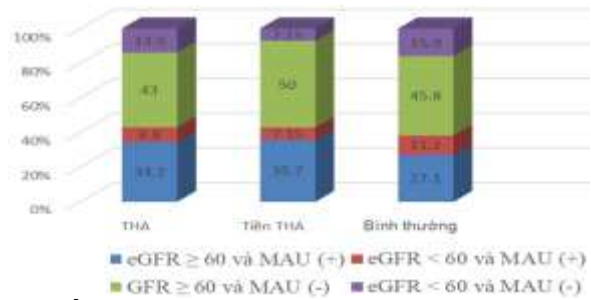
Trong nhóm MAU dương tính, có 86,4% bệnh nhân có $HbA1c > 7,0\%$ cao hơn rõ rệt so với nhóm MAU âm tính (63,9%). Ngược lại, nhóm có $HbA1c \leq 7,0\%$ chiếm 13,6% ở bệnh nhân MAU dương, trong khi là 36,1% ở nhóm MAU âm. Điều này khẳng định mối liên quan hệ tuyến tính giữa kiểm soát đường huyết kém được thể hiện bởi chỉ số $HbA1c$ với tổn thương thận sớm (microalbumin niệu dương tính) với $p = 0,000$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3: Mối liên quan giữa MAU và lipid máu

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 146 trường hợp có rối loạn lipid máu (chiếm 73,0%). Ở nhóm này, tỷ lệ có tổn thương thận (MAU dương tính) là 60 trường hợp (41,1%), trong khi không có tổn thương thận là 86 trường hợp (58,8%).

Ở nhóm bệnh nhân có lipid máu bình thường (54 trường hợp, chiếm 27,0%), tỷ lệ có tổn thương thận là 21 trường hợp (38,9%) và không có tổn thương thận là 33 trường hợp (61,1%). Sự khác biệt về tỷ lệ tổn thương thận giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 4: Mối liên quan giữa tăng huyết áp và tổn thương thận

Nhận xét: Cho thấy mối liên quan giữa tình trạng huyết áp và tổn thương thận ở các nhóm đối tượng nghiên cứu. Ở nhóm tăng huyết áp (THA), tỷ lệ bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm ($eGFR < 60 \text{ ml/ph/1,73m}^2$) hoặc có microalbumin niệu (MAU (+)) chiếm tỷ lệ đáng kể. Cụ thể, nhóm $eGFR \geq 60$ và MAU (+) chiếm 34,2%, trong khi $eGFR < 60$ và MAU (+) là 8,8%. Như vậy, tổng tỷ lệ có biểu hiện tổn thương thận ở nhóm THA là 43%, cao hơn so với các nhóm khác. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tổn thương thận và THA với $p > 0,05$, lần lượt ở nhóm MAU (+) và MAU (-) là 0,51 và 0,55.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ MAU: Nghiên cứu của chúng tôi có 40,5 % bệnh nhân có MAU dương tính, trong đó có 38,5% bệnh nhân có MAU nhưng chưa có protein niệu, với $p < 0,05$, cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thuý Hường (2022)[3] là 29,7% và Nguyễn Thị Thuý Mậu (2024)[4] 24,2% (18,1% có albumin vi thể và 6,1% có albumin đại thể), do đặc điểm đường máu cao và tỷ lệ bệnh đồng mắc như THA, rối loạn mỡ máu cao hơn. Kết quả này phù hợp với diễn biến của bệnh thận đái tháo đường và tương đồng với một số các nghiên cứu của Lê Công Trứ và cộng sự (2020)[5] là 55% và của Bun Nhông (2022)[6] là 42,2%. Thông qua đó, nghiên cứu khẳng định vai trò quan trọng MAU trong việc sàng lọc và phát hiện tổn thương thận sớm.

Mối liên quan eGFR và MAU: Tỷ lệ MAU niệu dương tính gần như tương đương giữa hai nhóm $eGFR < 60 \text{ ml/p}$ và $eGFR \geq 60 \text{ ml/p}$ lần lượt là 40,8-40,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận ($eGFR < 60 \text{ ml/p}$ hoặc MAU (+)) là 110/200 (55%) trong đó 10% ($eGFR < 60 \text{ ml/p}$ và MAU (+)), cao hơn so với kết quả của nghiên cứu Phạm Thuý Hường (2022) [3] và Nguyễn Thị Thuý Mậu lần lượt là 31,7% và 34,4%[4]. Sự khác biệt này do cách chọn bệnh nhân, địa lý, giới tính, đặc biệt phương pháp xét