

ANALYZE SOME RELATED FACTORS TO THE SITUATION OF UROLOGICAL NEPHROPATHY AMONG ADULTS IN COMMUNES, UNG HOA DISTRICT, HANOI

Tran Thi Nhi Ha¹, Nguyen The Luong^{2*}, Dang Anh Tuan³, Ngo Trung Dung², Nguyen Van Nhan², Luong Thi Minh Phuong², Nguyen Huy Tien², Do Dinh Dang², Vu Thi Trung Anh², Nguy Thi Diep², Nguyen Thi Van Anh², Le Thi Thanh Tam², Nguyen Thi Thu Huong², Huynh Ngoc Trang²

¹Hanoi Department of Health - 4 Son Tay, Dien Bien, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Nephrology Hospital - 70 Nguyen Chi Thanh, Lang Thuong, Dong Da, Hanoi, Vietnam

³Ung Hoa District Medical Center - Van Dinh town, Ung Hoa, Hanoi, Vietnam

Received 15/04/2023

Revised 10/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Background: Urological pathology is one of the diseases that has not received adequate attention and care. The research on urological nephropathy in the community is still limited, so it is necessary to understand the factors related to the disease and meaningful to the patients.

Objective: Analyze some related factors to the situation of urological nephropathy among adults in communes, Ung Hoa district, Hanoi, in 2022.

Methods: Cross-sectional study. The study collected information from 589 adults who came for screening at some communes in Ung Hoa district, Hanoi. Subjects were clinically examined, carried out tests, and interviewed by questionnaire. Data were entered by Excel and analyzed by SPSS 20.0.

Results and conclusion: The finding showed that 12.2% of participants had Urological nephropathy and 87.8% of participants had not Urological nephropathy. Age was related to prostate volume. The older the age, the larger the prostate volume ($p < 0.05$). Gender and blood pressure are related to eGFR: men have higher eGFR than women, and subjects with hypertension had lower eGFR than subjects without hypertension. No association was found between diabetes mellitus and eGFR ($p > 0,05$).

Keywords: Urological nephropathy, related factors, adults, communes.

*Corresponding author

Email address: luongandrology@gmail.com

Phone number: (+84) 913 308 001

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.739>

PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG BỆNH THẬN TIẾT NIỆU Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI CÁC XÃ HUYỆN ỨNG HOÀ, HÀ NỘI

Trần Thị Nhị Hà¹, Nguyễn Thê Lương^{2*}, Đặng Anh Tuấn³, Ngô Trung Dũng², Nguyễn Văn Nhân², Lương Thị Minh Phương², Nguyễn Huy Tiến², Đỗ Đình Đăng², Vũ Thị Trung Anh², Nguyễn Thị Điệp², Nguyễn Thị Vân Anh², Lê Thị Thanh Tâm², Nguyễn Thị Thu Hương², Huỳnh Ngọc Trang²

¹Sở Y tế Hà Nội - 4 P. Sơn Tây, Điện Biên, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Thận Hà Nội - 70 Nguyễn Chí Thanh, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

³Trung tâm y tế Ứng Hoà - Thị trấn Văn Đình, Ứng Hòa, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15 tháng 04 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 05 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 06 năm 2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý tiết niệu là một trong những lĩnh vực chưa được quan tâm, chăm sóc đúng mức, các nghiên cứu về bệnh lý thận tiết niệu trong cộng đồng còn hạn chế, việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh là cần thiết và có ý nghĩa đối với người bệnh.

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh thận tiết niệu ở người trưởng thành tại các xã huyện Ứng Hoà, Hà Nội năm 2022.

Phương pháp: Điều tra cắt ngang. Nghiên cứu thu thập thông tin từ 589 đối tượng đến khám sàng lọc ở một số xã tại huyện Ứng Hoà, Hà Nội. Các đối tượng được khám lâm sàng, thực hiện một số chỉ định xét nghiệm và phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Số liệu được nhập bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20.0.

Kết quả và kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy, 12,2% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) bị sỏi tiết niệu và 87,8% ĐTNC không bị sỏi tiết niệu. Tuổi có liên quan đến thể tích tuyến tiền liệt, tuổi càng cao thể tích tuyến tiền liệt càng to ($p < 0,05$). Giới tính và huyết áp có liên quan đến eGFR: nam giới có eGFR cao hơn nữ giới, đối tượng có bệnh lý tăng huyết áp có eGFR thấp hơn đối tượng không có bệnh tăng huyết áp. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa bệnh lý đái tháo đường và eGFR ($p > 0,05$).

Từ khóa: Bệnh thận tiết niệu, yếu tố liên quan, người trưởng thành, xã/phường.

*Tác giả liên hệ

Email: luongandrology@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913 308 001

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.739>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả nghiên cứu của Khosla L và cs, khảo sát tác động của COVID 19 đối với sự quan tâm trực tuyến đến tình trạng bệnh lý tiết niệu thấy: các tìm kiếm liên quan đến mười hai tình trạng bệnh tiết niệu phổ biến nhất và COVID-19 ở Hoa Kỳ. Các tình trạng được bao gồm tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, ung thư bàng quang, rối loạn cương dương, viêm bàng quang kẽ, ung thư thận, sỏi thận, testosterone thấp, bàng quang hoạt động quá mức, ung thư tuyến tiền liệt, tiểu són và nhiễm trùng đường tiết niệu. Trong khả sát này tác giả nhận thấy các tìm kiếm ung thư bàng quang, tiểu máu, viêm bàng quang kẽ, ung thư thận, sỏi thận, OAB và ung thư tuyến tiền liệt đều có đỉnh trước COVID. Rối loạn cương dương, testosterone thấp, tiểu không kiểm soát và nhiễm trùng tiểu có đỉnh giai đoạn COVID 19 bùng phát. Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt đã đạt đỉnh cho cả khoảng thời gian trước COVID và giai đoạn COVID-19 [1].

Trong hai nghiên cứu quan sát lớn với hơn 5000 bệnh nhân nhập viện vì COVID-19, tổn thương thận cấp được ghi nhận trong số 32 đến 37 phần trăm bệnh nhân. Tổn thương cầu thận đã được báo cáo ở một số ít bệnh nhân mắc COVID-19, với bệnh xơ hóa cầu thận từng đoạn khu trú (FSGS) là bệnh phổ biến nhất [1]. Ngày nay, xét nghiệm nước tiểu là một trong những tiến bộ của ngành sinh hoá giúp xác định một số thông số trong nước tiểu nhằm phục vụ cho công tác khám, chẩn đoán các bệnh lý thận - tiết niệu ngày một tiện lợi, chính xác hơn, nhất là trong các cuộc điều tra ở cộng đồng [2]. Phát hiện những bất thường trong nước tiểu ở giai đoạn mà triệu chứng lâm sàng còn nghèo nàn hoặc chưa có triệu chứng, điều này rất có ý nghĩa trong vấn đề phòng và điều trị bệnh ở giai đoạn sớm sẽ có hiệu quả cao [3], [4].

Siêu âm thận là một phương tiện hỗ trợ dễ tiếp cận, rẻ tiền và nhanh chóng để đưa ra quyết định ở những bệnh nhân có các triệu chứng về thận và để được hướng dẫn can thiệp thận [2], [5]. Tuy nhiên ở Việt nam còn có rất ít đánh giá thực trạng bệnh lý thận tiết niệu trong cộng đồng được cập nhập trong những năm gần đây đặc biệt ảnh hưởng của đại dịch COVID 19 giai đoạn bùng phát thứ 4 tại Việt Nam có ảnh hưởng đến bệnh lý thận tiết. Đại dịch bộc lộ một số lỗ hổng trong các hệ thống xã hội và chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới. trong những bệnh qua khảo sát của nhóm nghiên cứu nói trên cũng đều là những bệnh gặp phổ biến ở Việt Nam. Để có cơ

sở đề xuất các giải pháp dự phòng và can thiệp hiệu quả đối với các bệnh lý thận tiết niệu, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh thận tiết niệu ở người trưởng thành tại các xã huyện Ứng Hoà, Hà Nội năm 2022.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022.

2.2. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Người dân tuổi trưởng thành được khám sàng lọc trên địa bàn một số xã, huyện Ứng Hòa, thành phố Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2} \quad (1)$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z_{1-\alpha/2}^2$: Hệ số tin cậy = 1,96 với $\alpha=0,05$.

p: Tỷ lệ ước lượng trong các nghiên cứu tương ứng đã công bố ($p = 0,5$)

d: Là sai số mong muốn hoặc sai số cho phép ($d=0,05$).

- Cỡ mẫu tính theo công thức là 384. Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu là 589

- Cách chọn mẫu:

+ Bước 1: Lập danh sách người trưởng thành đến khám sàng lọc tại các TYT xã.

+ Bước 2: Chọn ngẫu nhiên đơn những đối tượng đủ tiêu chuẩn.

2.5. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm 3 phần: (1) Thông tin chung; (2) Thông tin về kiến thức bệnh thận tiết niệu; (3) Thông tin về các yếu tố liên quan đến bệnh thận tiết niệu.

- Máy đo huyết áp đồng hồ hiệu Omron HEM 8712 Nhật Bản.

- Cân bàn hiệu Tanita Việt Nam để đo chiều cao, cân nặng.

- Máy làm các xét nghiệm sinh hóa AU 480 Beckman Coulter (Mỹ).

- Máy xét nghiệm nước tiểu COMBI SCAN 500 Analyticon (Đức).

- Máy siêu âm tổng quát Hiatachi (Hitachi Science and Systems, Tokyo, Nhật Bản) được sử dụng với đầu dò mảng tuyến tính và tần số từ 8 đến 12 MHz.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn ĐTNC theo phiếu điều tra đã chuẩn bị sẵn.

- Khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng.

- Thu thập mẫu máu, nước tiểu

- Siêu âm thận tiết niệu và một xét nghiệm cận lâm sàng khác tùy theo định hướng lâm sàng và kết quả thử nước tiểu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Mã hoá và nhập bằng phần mềm Excel, xử lý thống kê

bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả thực trạng bệnh thận tiết niệu của ĐTNC.

- Thống kê suy luận: So sánh các giá trị trung bình theo các thuật toán Independent T- test. So sánh các tỷ lệ theo thuật toán Chi- square, Fisher’s exact.

2.8. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Mức lọc cầu thận có liên quan đến độ tuổi, giới tính. Một số tài liệu còn chứng minh “màu da” cũng có liên quan.

- Công thức ước đoán mức lọc cầu thận: Sử dụng các công thức CKD. EPI dựa vào creatinine huyết thanh được Hội Thận học quốc tế KDIGO và KDOQI/NKF Hoa Kỳ khuyến cáo.

Bảng 2.1. Công thức CKD.EPI 2009-creatinine

Giới	Creatinine HT (mg/dL)	Công thức
Nữ	≤ 0,7	141 x (Creatinine/0,7) ^{-0,329} x 0,993 ^{tuổi (năm)} [x 1,159 nếu da đen]
	> 0,7	141 x (Creatinine/0,7) ^{-1,209} x 0,993 ^{tuổi (năm)} [x 1,159 nếu da đen]
Nam	≤ 0,9	141 x (Creatinine/0,9) ^{-0,411} x 0,993 ^{tuổi (năm)} [x 1,159 nếu da đen]
	> 0,9	141 x (Creatinine/0,9) ^{-1,209} x 0,993 ^{tuổi (năm)} [x 1,159 nếu da đen]

* Creatinine 1 mg/dL = 88,4 μmol/l.

- Chẩn đoán bệnh thận mạn: Áp dụng theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 [6]. (tiêu chuẩn eGFR < 60 mL/phút/1,73 m²)

Bảng 2.2. Giai đoạn bệnh thận mạn theo mức lọc cầu thận (KDIGO 2012)

Giai đoạn CKD	Mức lọc cầu thận (GFR) (mL/phút/1,73 m ²)	Đặc điểm
1	>90	GFR bình thường hoặc cao
2	60-89	GFR giảm nhẹ
3	30-59	GFR giảm nhẹ đến vừa
4	15-29	GFR giảm nặng
5	<15	Suy thận

- Xác định thể tích tuyến tiền liệt: được xác định siêu âm qua ổ bụng (Transabdominal ultrasonography-TAUS).

+ V (thể tích của tuyến tiền liệt) = $\frac{\pi}{6}$ × chiều cao (H) ×

chiều rộng (W) × chiều dài (L).

+ Phi đại lành tính tuyến tiền liệt (BPE) được định nghĩa là thể tích tuyến tiền liệt > 20ml [29].



2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

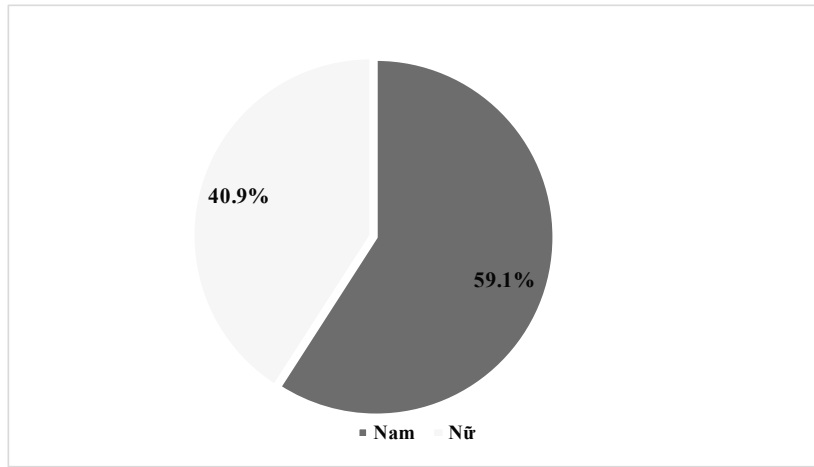
- ĐTNC được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.
- ĐTNC được thăm khám đầy đủ theo đúng quy trình

chuyên môn, được hướng dẫn các kiến thức đúng về bệnh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

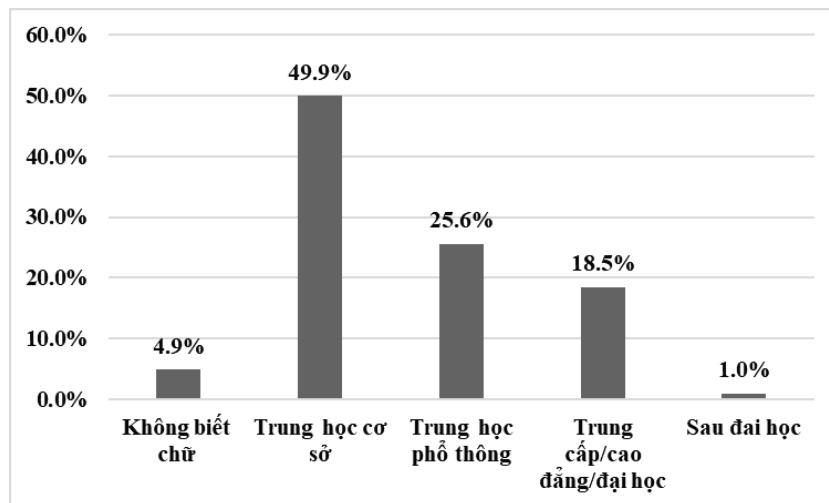
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính của ĐTNC (n=589)



Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy, ĐTNC là nam giới cao hơn nữ giới, tỷ lệ lần lượt là 59,1% và 40,9%.

Biểu đồ 3.2. Trình độ học vấn của ĐTNC (n=589)



Nhận xét: Biểu đồ 3.2 cho thấy, ĐTNC có trình độ THCS chiếm tỷ lệ cao nhất (49,9%), THPT (25,6%), trình độ trung cấp/cao đẳng/đại học (18,5%), thấp nhất

là sau đại học (1,0%).

3.2. Thực trạng bệnh thận tiết niệu ở người trưởng thành

Bảng 3.1. Phân bố hội chứng đường tiểu dưới ở nam giới (n=348)

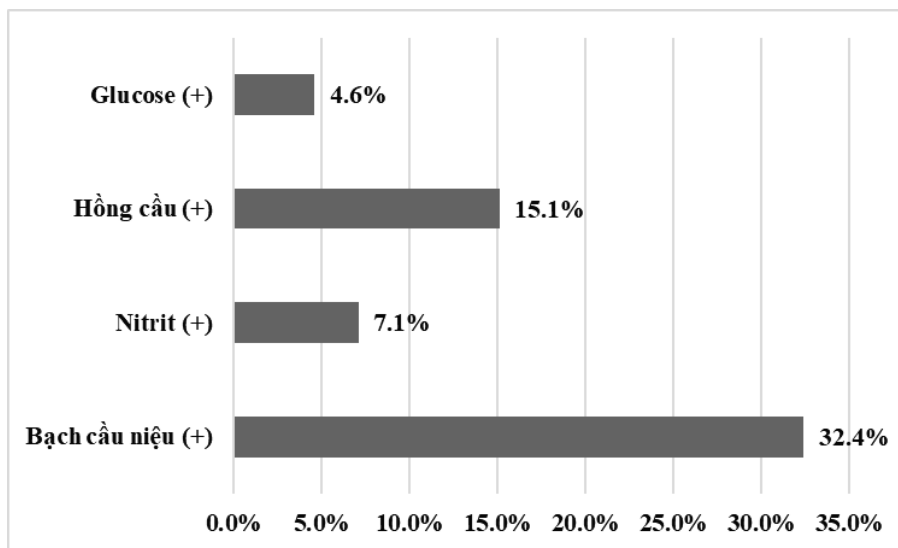
Hội chứng đường tiểu dưới		Nam giới ≥ 45 tuổi		Nam giới < 45 tuổi	
		n	%	n	%
Không có		142	47,5	39	79,6
Có	Hội chứng kích thích	101	33,8	5	10,2
	Hội chứng tắc nghẽn	36	12,0	2	4,1
	Triệu chứng sau tiểu	20	6,7	3	6,1
Tổng		299	100	49	100

Nhận xét:

Bảng 3.1 cho thấy, 52,5% ĐTNC nam giới ≥ 45 tuổi có xuất hiện hội chứng đường tiểu dưới, trong đó hội

chứng kích thích chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8%. Tỷ lệ này ở nhóm ĐTNC nam giới <45 tuổi là 10,2%.

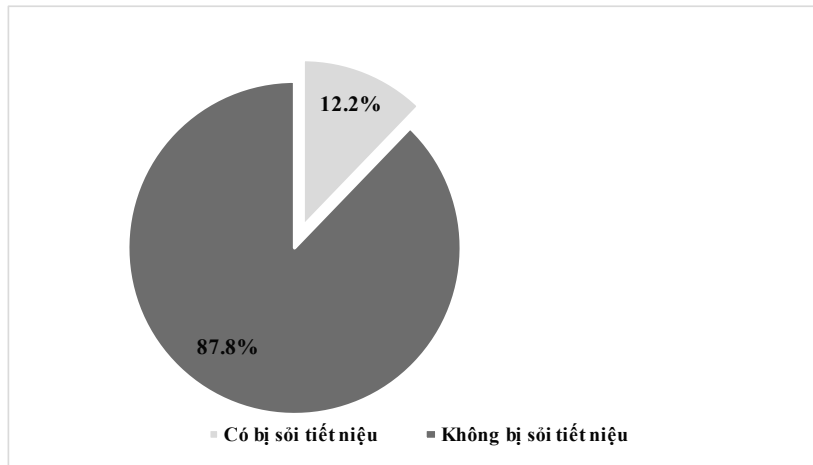
Biểu đồ 3.3. Kết quả xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu của ĐTNC (n=589)



Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ bạch cầu niệu (+) là 32,4%, tỷ lệ Nitrit niệu (+) là 7,1%, tỷ lệ hồng cầu niệu (+) là 15,1% và tỷ lệ glucose niệu (+) là 4,6%.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bị sỏi tiết niệu của ĐTNC (n=589)



Nhận xét: Biểu đồ 3.4 cho thấy, 12,2% ĐTNC bị sỏi tiết niệu và 87,8% ĐTNC không bị sỏi tiết niệu.

3.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh thận tiết niệu ở người trưởng thành

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa thể tích tuyến tiền liệt theo tuổi của ĐTNC (n=589)

Nhóm tuổi	Thể tích trung bình tuyến tiền liệt (ml)		Phân nhóm tuyến tiền liệt theo thể tích		
	Trung bình ± SD	p	VTLT < 20	VTLT ≥ 20	p
45-54	24.5 ± 6.7	<0,05	17.3%	82.7%	<0,05
55-64	29.4 ± 8.2		9.1%	90.9%	
65-74	33.5 ± 11.9		3.3%	96.7%	
≥75	43.13 ± 20.9		0.0%	100.0%	

Nhận xét: Sự khác biệt về thể tích và phân nhóm thể tích tuyến tiền liệt theo tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa eGFR trung bình theo giới tính của ĐTNC (n=589)

Giới tính	eGFR (ml/phút/1.73m ² da)	p
Nam (Mean±SD)	77.02 ± 14,7	< 0.01
Nữ (Mean±SD)	73.17 ± 13,2	

Nhận xét: eGFR trung bình mức của nữ (73.17± 13.2 ml/phút/1.73m² da), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.01.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận và bệnh tăng huyết áp của ĐTNC (n=589)

eGFR (ml/phút/1.73m ² da)		Không THA	Tăng HA	p
Bình thường hoặc tăng	n (%)	72 (20.5)	14 (8.0)	
	$\bar{X} \pm SD$	99.5 ± 8.2	95.3 ± 3.4	>0.05
Giảm nhẹ (60-89)	n (%)	259 (73.6)	115(66.1)	
	$\bar{X} \pm SD$	74.6 ± 7.7	72.2 ±6.7	<0,05
Giảm trung bình (30-59)	n (%)	21 (5.9)	45 (25.9)	
	$\bar{X} \pm SD$	53.93 ± 4.63	53.45 ± 5.43	>0.05
Tổng	n (%)	352 (100)	174 (100)	
	$\bar{X} \pm SD$	76.9 ± 14.87	71.75 ±11.77	<0,05

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy, eGFR của nhóm có bệnh lý tăng huyết áp thấp hơn so với nhóm không bị tăng huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

Đối với nhóm mức lọc cầu thận giảm nhẹ: Nhóm tăng huyết áp có eGFR thấp hơn nhóm không tăng huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

Đối với nhóm mức lọc cầu thận bình thường/tăng và nhóm mức lọc cầu thận giảm trung bình thì sự khác biệt ở hai nhóm tăng huyết áp và không tăng huyết áp không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

4. BÀN LUẬN

Tăng huyết áp xuất hiện ở khoảng 80-85% bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (CKD). Tỷ lệ tăng huyết áp tăng lên ở những bệnh nhân bị tổn thương thận và có mức độ lọc cầu thận (GFR) bình thường và tăng thêm khi GFR giảm. Nghiên cứu điều chỉnh chế độ ăn uống trong nghiên cứu bệnh thận cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần từ 65 -> 95% khi GFR giảm từ 85 -> 15 mL/phút trên 1,73 m² da [7].

Tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân hàng đầu của CKD do tác động không tốt của việc tăng HA đối với mạch máu thận. Huyết áp cao kéo dài, không kiểm soát dẫn đến áp suất trong cầu thận cao, làm suy giảm khả năng lọc cầu thận. Tổn thương cầu thận dẫn đến tăng quá trình lọc protein, dẫn đến lượng protein trong nước tiểu tăng bất thường (albumin niệu vi lượng hoặc protein niệu). Microalbumin niệu là sự hiện diện của một lượng nhỏ albumin trong nước tiểu và thường là dấu hiệu đầu tiên của CKD. Protein niệu (tỷ lệ protein/

creatinine ≥200 mg/g) phát triển khi CKD tiến triển và có liên quan đến tiên lượng xấu cho cả bệnh thận và bệnh tim mạch. Mối quan hệ giữa tăng huyết áp và CKD có tính chất tuần hoàn. Tăng huyết áp không được kiểm soát là một yếu tố nguy cơ phát triển CKD, có liên quan đến sự tiến triển nhanh hơn của CKD. Trong khi đó, bệnh thận tiến triển có thể làm nặng thêm tăng huyết áp không được kiểm soát do tăng thể tích và tăng sức cản mạch máu. Nhiều hướng dẫn thảo luận về tầm quan trọng của việc hạ huyết áp để làm chậm sự tiến triển của bệnh thận và giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do tim mạch. Tuy nhiên, để đạt được và duy trì kiểm soát HA đầy đủ, hầu hết bệnh nhân CKD cần kết hợp các thuốc hạ huyết áp; thường có thể cần sử dụng tới ba hoặc bốn nhóm thuốc [8].

Trong khảo sát của chúng tôi bảng 3.8, mức lọc cầu thận trung bình ở nhóm không tăng HA là 76.9 ± 14.87 ml/phút/1.73m² da và nhóm THA là 71.75±11.77 ml/phút/1.73m² da có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0.01, ở nhóm mức lọc cầu thận bắt đầu giảm nhẹ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tăng huyết áp và nhóm không tăng huyết áp. Còn mức lọc cầu thận ở nhóm bình thường hoặc tăng với nhóm giảm trung bình không sự khác biệt giữa hai nhóm THA và không tăng huyết áp. Trong số các đối tượng mức lọc cầu thận giảm trung bình ở bảng 3.8 thì tỉ lệ THA là 68.2%. Tăng huyết áp xuất hiện ở khoảng 80% - 85%48 bệnh nhân mắc CKD. Điều trị tăng huyết áp có thể làm chậm sự tiến triển của CKD protein niệu và giảm tỷ lệ biến chứng tim mạch. Trong khảo sát của chúng tôi tỷ lệ tăng HA ở nhóm giảm mức lọc cầu thận thấp hơn so với quần thể nói chung. Điều này có thể được giải thích



số lượng đối tượng của chúng tôi còn thấp, trong nhóm đánh giá chúng tôi mới có đến nhóm giảm mức lọc cầu thận ở mức trung bình.

Bệnh thận do tiểu đường (DKD) được xác định bằng bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ có sự bài tiết albumin trong nước tiểu tăng cao hoặc giảm tốc độ lọc cầu thận (GFR) hoặc cả hai. Nó ảnh hưởng đến chức năng thận và làm thay đổi quá trình thông thường loại bỏ các chất urê, creatinin ... và chất lỏng dư thừa ra khỏi cơ thể. Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thận ở người mắc bệnh tiểu đường bao gồm albumin niệu, tăng cân, phù mắt cá chân và chân, đi tiểu đêm nhiều lần, thiếu máu và huyết áp cao. DKD phát triển ở 40% bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và 30% bệnh nhân đái tháo đường týp 1. DKD là nguyên nhân hàng đầu của CKD và bệnh thận giai đoạn cuối. Tỷ lệ mắc bệnh DKD liên tục gia tăng với sự tăng trưởng khác nhau ở các quốc gia có thu nhập thấp đến trung bình và chưa được công nhận là gánh nặng bệnh tật toàn cầu. DKD cũng liên quan đến tỷ lệ tử vong cao. Bệnh thận làm tăng nguy cơ tử vong lên 31,1% ở bệnh nhân đái tháo đường và tăng theo mức độ nặng của bệnh. Thậm chí nguy cơ tử vong cũng cao hơn ở những bệnh nhân DKD sớm. DKD giai đoạn đầu thường không được chẩn đoán cho đến khi có những biểu hiện biến chứng nặng. Trờ ngại chính trong chẩn đoán sớm là kiến thức hạn chế, sàng lọc không thường xuyên. Chẩn đoán sớm là một cách tiếp cận hiệu quả về chi phí để giảm gánh nặng nhân văn và kinh tế do DKD. Trong nhóm đánh giá của chúng tôi ở bảng 3.9 phát hiện thấy nhóm mức lọc cầu thận giảm trung bình ở nhóm có mắc bệnh tiểu đường 25.8%.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 589 đối tượng, kết quả cho thấy, có 12,2% ĐTNC bị sỏi tiết niệu và 87,8% ĐTNC không bị sỏi tiết niệu.

Tuổi có liên quan đến thể tích tuyến tiền liệt, tuổi càng cao thể tích tuyến tiền liệt càng to, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Giới tính và huyết áp có liên quan đến eGFR: nam giới

có eGFR cao hơn nữ giới, đối tượng có bệnh lý tăng huyết áp có eGFR thấp hơn đối tượng không có bệnh tăng huyết áp.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa bệnh lý đái tháo đường và eGFR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] May RM, Cassol C, Hannoudi A et al., A multi-center retrospective cohort study defines the spectrum of kidney pathology in Coronavirus 2019 Disease (COVID-19). *Kidney Int* 2021;100(6):1303-1315.
- [2] Đỗ Gia Tuyên, Nguyễn Văn Thanh, Thăm dò cận lâm sàng trong chẩn đoán bệnh thận tiết niệu. *Bệnh học Nội khoa Thận - Tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học; 2021:36-83.
- [3] Hitzeman NM, Greer D Md MPH, Carpio EM, Office-Based Urinalysis: A Comprehensive Review. *Am Fam Physician* 2022;106(1):27-35B.
- [4] Queremel Milani DA, Jialal I. *Urinalysis*. StatPearls. Treasure Island (FL)2022.
- [5] Hansen KL, Nielsen MB, Ewertsen C, Ultrasonography of the Kidney: A Pictorial Review. *Diagnostics (Basel)* 2015;6(1)
- [6] Inker LA, Astor BC, Fox CH et al., KDOQI US commentary on the 2012 KDIGO clinical practice guideline for the evaluation and management of CKD. *Am J Kidney Dis* 2014;63(5):713-35.
- [7] Buckalew VM, Jr., Berg RL, Wang SR et al., Prevalence of hypertension in 1,795 subjects with chronic renal disease: the modification of diet in renal disease study baseline cohort. *Modification of Diet in Renal Disease Study Group*. *Am J Kidney Dis* 1996;28(6):811-21.
- [8] Leticia B, Charlotte R, Chronic Kidney Disease and Hypertension: A Destructive Combination. *US Pharm* 2012;37(6):26-29.