

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH THẬN MẠN  
TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Võ Hoàng Nghĩa\*, Nguyễn Như Nghĩa, Mai Huỳnh Ngọc Tân,  
Nguyễn Thế Bảo, Lâm Phước Thiện

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: vhnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/01/2024

Ngày phản biện: 20/03/2024

Ngày duyệt đăng: 25/03/2024

TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu vì tỷ lệ mới mắc ngày càng gia tăng, làm tăng chi phí điều trị và giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh. Có nhiều yếu tố được cho rằng có mối liên hệ với bệnh thận mạn như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tuổi cao, giới tính... Tuy nhiên, dữ liệu còn nhỏ lẻ và chưa đồng nhất. Tại Việt Nam, đặc biệt là ở khu vực thành phố Cần Thơ, còn ít nghiên cứu quy mô cộng đồng khảo sát về tỷ lệ bệnh thận mạn và các yếu tố liên quan. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Khảo sát tỷ lệ mắc bệnh thận mạn ở người dân có nguy cơ cao; 2. Đánh giá mối liên hệ giữa bệnh thận mạn và một số yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 600 người dân có yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn, từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 tại các cơ sở y tế địa phương trong địa bàn thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh thận mạn là 3,0%. Nhóm tăng huyết áp có tỷ lệ mắc bệnh thận mạn cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp, gấp 5,48 lần (KTC 95%: 1,59-18,88), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh thận mạn ở nhóm dân số có yếu tố nguy cơ ở thành phố Cần Thơ không cao hơn so các nghiên cứu khác. Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ mắc bệnh thận mạn.

**Từ khóa:** Bệnh thận mạn (BTM), yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF KIDNEY DISEASE  
IN CAN THO CITY IN 2022-2023

Võ Hoàng Nghĩa\*, Nguyễn Như Nghĩa, Mai Huỳnh Ngọc Tân,  
Nguyễn Thế Bảo, Lâm Phước Thiện

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** The rising frequency of chronic kidney disease, rising treatment costs, and marked declines in patient quality of life make it a global health concern. Chronic kidney disease is thought to be associated with numerous variables, including advanced age, gender, dyslipidemia, diabetes, and hypertension. The statistics are still sparse and inconsistent though. There are lack many community-scale research that investigates the prevalence of chronic kidney disease and associated variables in Vietnam, particularly in Can Tho City. **Objectives:** 1. To determine the prevalence of chronic kidney disease in high-risk people; 2. To evaluate the relationship between chronic kidney disease and some risk factors. **Materials and methods:** The study was conducted on 600 people with risk factors for chronic kidney disease, from July 2021 to October 2022 at local medical facilities in Can Tho City. **Results:** The prevalence of chronic kidney disease in the study population was 3.0%. The hypertensive group had a higher rate of chronic kidney disease than the non-hypertensive group, 5.48 times (95% CI: 1.59-18.88), the difference was statistically significant. **Conclusion:** In the Can Tho city population with risk factors, the rate of chronic kidney disease is not higher than in other research. Hypertension raises the possibility of developing chronic renal disease.

**Keywords:** Chronic kidney disease (CKD), risk factor.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu vì tỷ lệ mới mắc ngày càng gia tăng, làm tăng chi phí điều trị và giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Bệnh thận mạn thường diễn ra âm thầm và hầu hết những người bị ảnh hưởng đều không có triệu chứng cho đến khi bệnh tiến triển nặng. Ước tính đến năm 2040, bệnh thận mạn sẽ trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ năm trên toàn cầu và cũng là một trong những nguyên nhân gây tử vong được dự đoán là có mức tăng lớn nhất [2].

Có nhiều yếu tố được cho rằng có mối liên hệ với bệnh thận mạn về cả cơ chế và bằng chứng học như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, giới tính [3], [4]... Tuy nhiên, các dữ liệu hiện tại còn nhỏ lẻ và vẫn chưa có sự đồng nhất. Tại Việt Nam, đặc biệt là ở khu vực Thành phố Cần Thơ, còn rất ít các nghiên cứu trên quy mô cộng đồng khảo sát về tình trạng mắc bệnh thận mạn và các yếu tố liên quan. Xuất phát từ những thực tế trên, nghiên cứu này “Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn tại Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023” được thực hiện với hai mục tiêu: 1. Khảo sát tỷ lệ mắc bệnh thận mạn ở người dân có nguy cơ cao tại Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023; 2. Đánh giá mối liên hệ giữa bệnh thận mạn và một số yếu tố nguy cơ ở người dân tại Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023.

## 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 có yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, bất kể giới tính, có hộ khẩu thường trú tại Cần Thơ; Đồng ý tham gia nghiên cứu; Có ít nhất một trong các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng không có khả năng giao tiếp hay trả lời câu hỏi; Đối tượng đang mắc các bệnh lý cấp tính đe dọa tính mạng; Đối tượng là khách vãng lai, người di chuyển từ nơi khác đến địa bàn Thành phố Cần Thơ, tạm trú.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính ước lượng cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy  $Z=1,96$ .

p là tỷ lệ bệnh thận mạn trên nhóm đối tượng có nguy cơ cao, theo Trần Thị Bích Hương và cộng sự [5], thì tỷ lệ này là 14,2%, do đó chọn  $p=0,142$ .

d: là sai số cho phép, chọn  $d=0,03$ .

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là  $n=520$ . Chúng tôi chọn số lượng mẫu là 600.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại các cơ sở y tế địa phương trong địa bàn Thành phố Cần Thơ.

- **Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022.

**- Phương pháp chọn mẫu:**

+ Đề thu thập số liệu chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu có xác suất, cụ thể là ngẫu nhiên hệ thống nhiều giai đoạn:

- Giai đoạn 1: Chọn quận, huyện bằng phương pháp phân tầng và ngẫu nhiên hệ thống: Đối tượng thực hiện nghiên cứu cho 4 quận, huyện là 600, tương ứng với mỗi quận, huyện là 150 đối tượng.

- Giai đoạn 2: Chọn xã, phường, thị trấn bằng phương pháp phân tầng và ngẫu nhiên hệ thống.

- Giai đoạn 3: Chọn ấp, khóm bằng phương pháp ngẫu nhiên hệ thống: Mỗi xã/phường/thị trấn đã được chọn, bốc thăm ngẫu nhiên 2 ấp/khóm/khu vực.

- Giai đoạn 4: Chọn hộ gia đình bằng bảng số ngẫu nhiên hệ thống: Nghiên cứu 600 đối tượng, trong 16 ấp/khóm/khu vực, vậy mỗi ấp/khóm/khu vực trung bình có 35-40 đối tượng.

+ Cách tiến hành:

- Liên hệ địa phương lập danh sách hộ gia đình có thành viên từ 18 tuổi trở lên có các yếu tố nguy cơ cao của bệnh thận mạn.

- Phương pháp chọn hộ gia đình: Hộ đầu tiên được chọn từ bảng số ngẫu nhiên, từ bảng số ngẫu nhiên (có chữ số nhỏ hơn số thứ tự của ấp/khóm đó). Các hộ tiếp theo chọn theo phương pháp nhà liền nhà. Quy ước là nhà phía tay phải từ trong nhà nhìn ra. Trong từng hộ gia đình, mời phỏng vấn, thu thập số liệu tất cả những người từ 18 tuổi trở lên, đúng theo tiêu chí chọn, cho đến khi đủ mẫu của mỗi ấp, khóm, khu vực.

**- Nội dung nghiên cứu:**

+ Khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn.

+ Tỷ lệ bệnh thận mạn.

+ Mối liên quan giữa bệnh thận mạn và một số yếu tố nguy cơ.

Đối tượng nghiên cứu sẽ được thực hiện 2 xét nghiệm chính, bao gồm:

+ Tỷ lệ ACR (albumin/creatinin) nước tiểu: Lấy mẫu nước tiểu đầu tiên lúc sáng sớm sau khi ngủ dậy. Là biến định lượng, đơn vị mg/g, làm tròn đến một chữ số thập phân. Chia làm 2 nhóm: bất thường ( $\geq 30$  mg/g) và bình thường ( $< 30$ mg/g).

+ Độ lọc cầu thận ước tính: được tính toán theo công thức CKD-EPI (Chronic Kidney Disease – Epidemiology Collaboration) [31] dựa vào creatinine huyết thanh, tuổi, giới và chủng tộc. Là biến định lượng, đơn vị ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da. Phân thành 2 nhóm: Bất thường ( $\leq 60$  mL/phút/1,73m<sup>2</sup> da) và bình thường ( $> 60$  mL/phút/1,73m<sup>2</sup> da). Trong đó, công thức CKD-EPI được xác định cụ thể như sau:

- Với nữ giới có creatinine huyết thanh  $< 62$   $\mu$ mol/L:  $eGFR = 141 \times (Cr/79,2)^{-0,411} \times 0,993$  tuổi.

- Với nữ giới có creatinine huyết thanh  $> 62$   $\mu$ mol/L:  $eGFR = 144 \times (Cr/61,6)^{-1,209} \times 0,993$  tuổi.

- Với nam giới có creatinine huyết thanh  $< 80$   $\mu$ mol/L:  $eGFR = 144 \times (Cr/61,6)^{-1,209} \times 0,993$  tuổi.

- Với nữ giới có creatinine huyết thanh  $< 62$   $\mu$ mol/L:  $eGFR = 141 \times (Cr/79,2)^{-0,411} \times 0,993$  tuổi

+ Bệnh thận mạn: Là biến nhị giá, chia làm 2 nhóm: Có và không. Trong đó, đối tượng nghiên cứu được xác định bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 khi có bất thường 1 trong 2 xét nghiệm trên ở hai lần xét nghiệm liên tiếp với cùng một loại xét nghiệm cách nhau 3 tháng [6].

+ Đánh giá mối liên hệ giữa tình trạng có và không có bệnh thận mạn với các yếu tố nguy cơ sau: Tăng huyết áp; Đái tháo đường; Bệnh tim mạch; Viêm gan C hoặc các bệnh nhiễm vi-rút mạn tính khác; Ung thư hoặc điều trị ung thư; Tiền sử mắc bất kỳ bệnh thận nào khi còn nhỏ; Sử dụng NSAID; Sử dụng thuốc ức chế bơm proton; Bệnh tự miễn; Sỏi thận hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát; Béo phì.

- **Công cụ thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu, cân Nhơn Hoà, thước dây treo tường đo chiều cao ADE MZ10017, hệ thống máy xét nghiệm sinh hóa tự động Abbott architect C4000 tại Khoa Sinh hoá Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

- **Phương pháp phân tích số liệu:**

+ Thống kê mô tả: Các biến số định tính: Được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%); Các biến định lượng: Sử dụng kiểm định One-Sample Kolmogorov-smirnov và Shapiro-Wilk để kiểm định biến định lượng đó có phân phối chuẩn hay không. Các biến gần chuẩn thì xem như biến có phân phối chuẩn. Giá trị các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn hoặc trung vị nếu không phải là phân phối chuẩn.

+ Thống kê phân tích: Các biến số định tính: Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  để so sánh mối liên quan giữa 2 biến định tính; Đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Khoảng tin cậy 95%; Trình bày kết quả dưới dạng bảng kê, biểu đồ.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng Nghiên cứu khoa học và Y đức trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành đảm bảo tuân thủ theo các nguyên tắc về đạo đức trong y học và có sự đồng ý của bệnh nhân sau khi đã được giải thích rõ ràng và cụ thể mục đích của nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

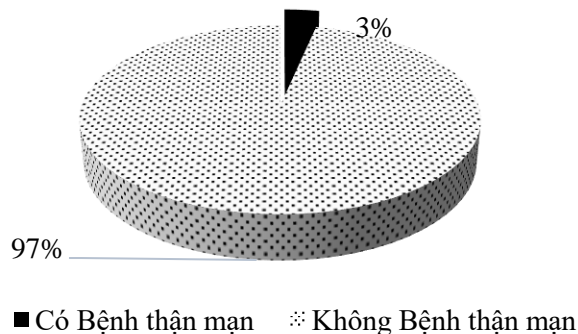
#### 3.1. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn

Bảng 1. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn

Yếu tố nguy cơ	Nam	Nữ	Chung	Giá trị p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Tăng huyết áp	99 (48,3)	213 (53,9)	312 (52,0)	0,19
Đái tháo đường	33 (16,1)	95 (24,1)	128 (21,3)	0,024
Bệnh tim mạch	42 (20,5)	84 (21,3)	126 (21,0)	0,824
Béo phì	12 (5,9)	50 (12,7)	62 (10,3)	0,009
Viêm gan C hoặc các bệnh nhiễm vi-rút mạn tính khác	7 (3,4)	6 (1,5)	13 (2,2)	0,146*
Bệnh ác tính	2 (1,0)	2 (0,5)	4 (0,7)	0,609*
Sử dụng NSAID	25 (12,2)	64 (16,2)	89 (14,8)	0,19
Tiền sử mắc bệnh thận lúc nhỏ	3 (1,5)	3 (0,8)	6 (1,0)	0,416*
Ung thư hoặc điều trị ung thư	1 (0,5)	0 (0)	1 (0,2)	0,342*
Sử dụng thuốc ức chế bơm proton	19 (9,3)	48 (12,2)	67 (11,2)	0,288
Sỏi thận hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát	23 (11,2)	31 (7,8)	54 (9,0)	0,235

\* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Tỷ lệ đái tháo đường chiếm 21,3% với nữ cao hơn nam (53,9% so với 48,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,024$ ). Tỷ lệ béo phì trong nghiên cứu ghi nhận là 10,3% xét chung cả hai giới, với nữ cao hơn nam (12,7% so với 5,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,009$ ). Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận hơn một nửa số đối tượng tham gia nghiên cứu mắc tăng huyết áp (chiếm 52,0%); có 14,8% đối tượng có sử dụng NSAID và 11,2% sử dụng thuốc ức chế bơm proton.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bệnh thận mạn

Nhận xét: Tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn trên 600 đối tượng có nguy cơ cao tại địa bàn Thành phố Cần Thơ ghi nhận chiếm 3,0%.

### 3.2. Mối liên quan giữa bệnh thận mạn và một số yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Mối liên quan giữa bệnh thận mạn và một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Bệnh thận mạn		OR (KTC95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Đái tháo đường	Có	7 (5,5)	2,04 (0,8-5,23)	0,161*
	Không	13 (2,8)		
Tăng huyết áp	Có	17 (5,4)	5,48 (1,59-18,88)	0,003
	Không	3 (1)		
Bệnh tim mạch	Có	2 (1,6)	0,41 (0,09-1,79)	0,276*
	Không	18 (3,8)		
Viêm gan C hoặc các bệnh nhiễm vi rút mãn tính khác	Có	1 (7,7)	2,49 (0,31-20,15)	0,359*
	Không	19 (3,2)		
Ung thư hoặc điều trị ung thư	Có	0 (0)	1,04 (1,02-1,05)	1*
	Không	20 (3,3)		
Béo phì	Có	3 (4,8)	1,56 (0,44-5,48)	0,451*
	Không	17 (3,2)		
Tiền sử mắc bất kỳ bệnh thận nào	Có	1 (16,7)	6,05 (0,67-54,36)	0,185*
	Không	19 (3,2)		
Sử dụng thuốc NSAID	Có	3 (3,4)	1,01 (0,29-3,53)	1*
	Không	17 (3,3)		
Sử dụng thuốc ức chế bơm proton	Có	1 (1,5)	0,41 (0,05-3,11)	0,715*
	Không	19 (3,6)		
Bệnh tự miễn	Có	0 (0)	1,04 (1,02-1,05)	1*
	Không	20 (3,3)		
Sỏi thận hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát	Có	3 (5,6)	1,83 (0,52-6,46)	0,412*
	Không	17 (3,1)		

\* Fisher's Exact Test

Nhận xét: Ở nhóm tăng huyết áp có tỷ lệ mắc bệnh thận mạn cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp, gấp 5,48 lần (KTC 95%: 1,59-18,88). Sự khác biệt ghi nhận có ý nghĩa thống kê. Chưa ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa đái tháo đường, bệnh tim mạch, tiền căn nhiễm vi-rút, ung thư, tiền sử bệnh thận, béo phì, sử dụng thuốc NSAID/ức chế bơm proton, bệnh tự miễn và sỏi thận/nhiễm trùng tiết niệu tái phát với bệnh thận mạn.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn trên đối tượng nguy cơ cao

Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện ở một mẫu đại diện lớn cho dân số cộng đồng tại Cần Thơ nói riêng và Đồng bằng sông Cửu Long nói chung nhằm đánh giá các đặc điểm dịch tễ học hiện tại của bệnh thận mạn ở người có yếu tố nguy cơ cao. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mắc bệnh thận mạn là 3,0% trong tổng số 600 người trưởng thành có yếu tố nguy cơ cao tại Cần Thơ.

Trên thế giới, hầu hết các báo cáo ghi nhận tỷ lệ bệnh thận mạn cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tại châu Mỹ và châu Âu, nghiên cứu của NHANES từ dữ liệu Khảo sát Kiểm tra Sức khỏe và Dinh dưỡng Quốc gia Hoa Kỳ từ năm 2003-2018 ở những cá nhân từ  $\geq 20$  tuổi, tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn khoảng 13-14% [7]. Tại khu vực châu Á, nghiên cứu trên dân số chung tại Thái Lan cho thấy 26,8% dân số cắt ngang bị bệnh thận mạn và nguyên nhân chính là đái tháo đường, tăng huyết áp và sỏi thận, cao gấp 9 lần kết quả mà chúng tôi ghi nhận [8]. Một báo cáo từ Trung Quốc trên bệnh nhân sống ở các siêu đô thị cho thấy tỷ lệ lưu hành bệnh thận mạn là 10,1% [9], trong khi đó, nghiên cứu trên hơn 23000 người ở vùng nông thôn chỉ ra tỷ lệ này là 16,4% [10].

Tuy nhiên, cũng có một số nghiên cứu có tỷ lệ lưu hành bệnh thận mạn thấp hơn so với phát hiện của nghiên cứu hiện tại. Qua Phân tích Khảo sát Sức khỏe Cơ bản Quốc gia 2018 tại Indonesia trên gần 400000 đối tượng  $\geq 18$  tuổi, tỷ lệ hiện mắc bệnh thận mạn chỉ là 0,5% [11]. Báo cáo trước đây tại Việt Nam, tác giả Võ Tam báo cáo tỷ lệ suy thận mạn ngoài cộng đồng được khảo sát ở tỉnh Thừa Thiên Huế là 0,92% [12].

##### 4.2. Đặc điểm và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và bệnh thận mạn

Về một số yếu tố nguy cơ bệnh thận mạn, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tiền căn đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất, theo sau đó là tiền căn bệnh tim mạch và béo phì. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tokoroyama T có tiền căn đái tháo đường và bệnh tim mạch lần lượt là 17,4% và 5,9% [13], tuy nhiên nghiên cứu của Cha'on U cũng ghi nhận tiền căn bệnh tim mạch và đái tháo đường là các yếu tố chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 26,8% và 21% [8]. Tỷ lệ béo phì trong nghiên cứu ghi nhận là 10,3%, cao hơn so với nghiên cứu của Huda MN là 3,3% [14] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Cha'on U là 49,8% [8]. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận 14,8% đối tượng có sử dụng NSAID và 11,2% sử dụng PPIs. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Tokoroyama T với tỷ lệ có sử dụng NSAIDs và PPIs lần lượt 53,4% và 26,4% [13]. Dù tỷ lệ từng yếu tố nguy cơ có khác nhau ở mỗi nghiên cứu, nhưng nhìn chung đây đều là những yếu tố nguy cơ phổ biến của bệnh thận mạn, đã được ghi nhận qua nhiều y văn và nghiên cứu khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở nhóm đái tháo đường có tỷ lệ mắc BTM 5,5% cao hơn so với nhóm không đái tháo đường 2,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,161$ ). Kết quả này giống với nghiên cứu của Alkerwi A với nhóm đái tháo đường 23,6% có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm không đái tháo đường 3,7% nhưng tác giả ghi nhận có ý nghĩa thống kê ( $p<0,001$ ) [15]. Đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu

của BTM với nhiều cơ chế bệnh sinh phức tạp. Sinh lý bệnh của bệnh thận đái tháo đường liên quan đến sự thay đổi cấu trúc cầu thận do tình trạng tăng đường huyết cao mạn tính gây tổn thương vi mạch trong thận.

Nhóm tăng huyết áp có tỷ lệ mắc BTM cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp, gấp 5,48 lần (KTC 95%: 1,59-18,88), sự khác biệt ghi nhận có ý nghĩa thống kê ( $p=0,003$ ). Điều này tương đồng với kết quả mà tác giả Alkerwi A đưa ra với nhóm có tăng huyết áp có tỷ lệ mắc BTM cao hơn nhóm đối nghịch (70,8% so với 29,2%) và cũng có ý nghĩa thống kê ( $p<0,001$ ) [15]. THA từ lâu đã là yếu tố nguy cơ được xác định đối với BTM, hơn những thế còn có thể là nguyên nhân gây ra bệnh cảnh. Tình trạng này làm tăng áp lực mao mạch nội cầu thận, dẫn đến tổn thương các mạch máu này, hậu quả cuối là xơ cứng cầu thận và làm giảm chức năng lọc của thận. Ngoài ra, THA còn làm xơ vữa động mạch gây hẹp mạch, cùng với kích hoạt hệ RAS gây co mạch máu thận và tăng tái hấp thu muối và nước. Vì vậy, hậu quả càng giảm lượng máu cung cấp thận và càng tăng huyết áp, góp phần gây tổn thương thận nặng thêm.

Nhóm có tiền căn bệnh tim mạch có tỷ lệ mắc BTM 1,6% thấp hơn so với nhóm không có 3,8% với mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,276$ ). Trong khi đó, các nghiên cứu khác lại ghi nhận ngược lại, chẳng hạn như kết quả nghiên cứu của Cha'on U nhóm có tiền căn bệnh tim mạch 48,39% cao hơn so với nhóm không có 26,54% [8], hay tác giả Tokoroyama T cho kết quả hai nhóm này lần lượt là 49,2% và 23%. Sự khác biệt trong hai nghiên cứu này đều có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ ) [13]. Các bệnh tim mạch như suy tim và bệnh động mạch ngoại biên dẫn đến giảm cung lượng tim cũng như lưu lượng máu đến các cơ quan khác bao gồm cả thận. Hơn những thế, bệnh tim mạch còn gây ra tình trạng viêm toàn thân và phản ứng miễn dịch, thúc đẩy quá trình xơ hóa, stress oxy hóa và rối loạn chức năng nội mô trong mô thận. Ngoài ra, bệnh tim mạch còn gây xơ vữa động mạch hay thuyên tắc huyết khối càng làm giảm lưu lượng máu đến thận. Một vấn đề khác đáng lưu ý là bệnh nhân có bệnh tim mạch kèm theo thường phải sử dụng một số nhóm thuốc kiểm soát bệnh nền suốt đời nhưng gây độc cho thận (ví dụ như thuốc ức chế men chuyển Angiotensin và thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II).

Nhóm bị béo phì có tỷ lệ mắc BTM cao hơn so với nhóm không béo phì, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,451$ ). Một nghiên cứu của Huda MN cũng cho kết quả tương tự khi đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến BTM, kết luận đưa ra rằng tất cả các yếu tố nguy cơ, ngoại trừ BMI (thừa cân và béo phì), đều có mặt với tỷ lệ đáng kể ở nhóm BTM so với nhóm bình thường và sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,086$ ) [14].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có mối liên quan giữa tiền căn sử dụng thuốc NSAIDs và BTM ( $p=1$ ). Về mặt lý thuyết, thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) có nguy cơ gây độc cho thận chủ yếu do ngăn chặn các enzyme cyclooxygenase, đặc biệt là COX-1 và COX-2, NSAID làm giảm tác dụng giãn mạch của prostaglandin đối với mạch máu thận. Điều này dẫn đến co động mạch đến của thận, làm giảm lưu lượng máu đến thận và mức lọc cầu thận. Kết quả là thiếu máu cục bộ, cùng với sự thay đổi cân bằng nước-điện giải góp phần gây tổn thương thận cấp và làm trầm trọng thêm BTM.

Mặt khác, một loại thuốc khác cũng được đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi là thuốc ức chế bơm proton (PPIs) cũng cho kết quả tương tự thuốc (NSAIDs) ( $p=0,715$ ). Kết quả nghiên cứu của Tokoroyama T cũng cho kết luận tương tự với nhóm sử dụng PPIs thì tỷ lệ BTM 29,6% cao hơn tỷ lệ không mắc bệnh 25,3% nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,181$ ) [13]. Thuốc ức chế bơm proton (PPIs) được sử dụng rộng rãi để kiểm soát các rối

loạn liên quan đến axit, nhưng mỗi lo ngại về khả năng gây độc cho thận cũng kèm theo. Sử dụng PPI kéo dài có liên quan đến tăng nguy cơ viêm thận kẽ cấp tính, mất cân bằng điện giải và viêm mô thận. Một số nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa PPIs và BTM, mặc dù mối quan hệ nhân quả rõ ràng vẫn chưa rõ ràng. Ngoài ra, PPIs có thể ảnh hưởng đến sự hấp thụ magiê và canxi, có khả năng dẫn đến rối loạn điện giải ảnh hưởng đến chức năng thận.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có mối liên quan giữa tiền căn mắc sỏi thận hay nhiễm trùng tiết niệu tái phát và BTM ( $p=0,412$ ). Sỏi thận được biết đến như yếu tố nguy cơ tăng khả năng mắc BTM do các cơ chế như cản trở dòng nước tiểu và viêm nhiễm. Bên cạnh đó, sự tồn tại của sỏi có thể gây tổn thương đường niệu và tạo sẹo, từ đó tổn thương tế bào thận, làm giảm khả năng lọc của thận. Ngoài ra, tình trạng nhiễm trùng tái phát còn gây cản trở và góp vào tổn thương thận lâu dài.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh thận mạn ở nhóm dân số có yếu tố nguy cơ ở thành phố Cần Thơ thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Trong các yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp là yếu tố có mối liên quan chặt chẽ đối với tình trạng bệnh thận mạn. Do đó, nhóm dân số có tăng huyết áp cần được quan tâm và khuyến khích sàng lọc bệnh thận mạn để phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ku E., Lee B.J., Wei J., Weir M.R. Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis.* 2019. 74(1), 120-131, <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.12.044>.
2. Foreman K.J., Marquez N., Dolgert A., Fukutaki K., Fullman N., et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet.* Nov 10 2018. 392(10159), 2052-2090, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5).
3. Rai P.K., Rai P., Bedi S. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in overweight and obese population in a tertiary care hospital in North India. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* Nov-Dec 2019. 30(6), 1431-1438, <https://doi.org/10.4103/1319-2442.2754888>.
4. Hill N.R., Fatoba S.T., Oke J.L., Hirst J.A., O'Callaghan C.A., et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016. 11(7), e0158765, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>.
5. Tran H.T.B., Du T.T.N., Phung N.D., Le N.H., Nguyen T.B., et al. A simple questionnaire to detect chronic kidney disease patients from Long An province screening data in Vietnam. *BMC Res Notes.* Oct 30 2017. 10(1), 523, <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2847-7>.
6. Andrassy K.M. Comments on 'KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease'. *Kidney Int.* Sep 2013. 84(3), 622-3, <https://doi.org/10.1038/ki.2013.243>.
7. Kibria G.M.A., Crispin R. Prevalence and trends of chronic kidney disease and its risk factors among US adults: An analysis of NHANES 2003-18. *Prev Med Rep.* Dec 2020. 20, 101193, <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2020.101193>.
8. Cha'on U., Tippayawat P., Sae-Ung N., Pinlaor P., Sirithanaphol W., et al. High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. *Sci Rep.* Oct 28 2022. 12(1), 18188, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w>.
9. Feng T., Xu Y., Zheng J., Wang X., Li Y., et al. Prevalence of and risk factors for chronic kidney disease in ten metropolitan areas of China: a cross-sectional study using three kidney damage markers. *Ren Fail.* Dec 2023. 45(1), 2170243, <https://doi.org/10.1080/0886022X.2023.2170243>.



10. Duan J., Wang C., Liu D., Qiao Y., Pan S., et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease and diabetic kidney disease in Chinese rural residents: a cross-sectional survey. *Sci Rep.* Jul 18 2019. 9(1), 10408, <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46857-7>.
  11. Hustrini N.M., Susalit E., Rotmans J.I. Prevalence and risk factors for chronic kidney disease in Indonesia: An analysis of the National Basic Health Survey 2018. *J Glob Health.* Oct 14 2022. 12, 04074, <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04074>.
  12. Võ Tam. Nghiên cứu tình hình và đặc điểm suy thận mạn ở một số vùng thuộc tỉnh Thừa Thiên Huế. 2004.
  13. Tokoroyama T., Ando M., Setoguchi K., Tsuchiya K., Nitta K. Prevalence, incidence and prognosis of chronic kidney disease classified according to current guidelines: a large retrospective cohort study of rheumatoid arthritis patients. *Nephrol Dial Transplant.* Dec 1 2017. 32(12), 2035-2042, <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw315>.
  14. Huda M.N., Alam K.S., Harun Ur R. Prevalence of chronic kidney disease and its association with risk factors in disadvantaged population. *Int J Nephrol.* 2012. 2012, 267329, <https://doi.org/10.1155/2012/267329>.
  15. Alkerwi A., Sauvageot N., El Bahi I., Delagardelle C., Beissel J., et al. Prevalence and related risk factors of chronic kidney disease among adults in Luxembourg: evidence from the observation of cardiovascular risk factors (ORISCAV-LUX) study. *BMC Nephrol.* 2017. 18(1), 358, <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0772-6>.
-