

Bướu TPHCM từ ngày 01/01/2024 đến 15/03/2024, kết quả thu được tỷ lệ thân nhân bệnh nhân có kiến thức chưa tốt về bệnh học ung thư có tính chất di truyền là 92,4%. Tỷ lệ thân nhân bệnh nhân có kiến thức chưa tốt về GSSK là 97,6%. Tỷ lệ thân nhân bệnh nhân có thái độ tầm soát sớm chưa tốt chiếm 35,7%. Thái độ về tầm soát sớm ung thư của thân nhân bệnh nhân tại Bệnh viện Ung Bướu TPHCM theo nghiên cứu có liên quan tới các yếu tố sau: Nguy cơ ung thư có tính di truyền: ung thư tuyến tiền liệt; Kiến thức bệnh học về ung thư có tính chất di truyền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **What Is Cancer?** <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> (truy cập ngày 10/01/2023).
2. **Li Lin, Xiaochen Zhang, Mengda Yu et al.** The relationship between family history of cancer and cancer attitudes & beliefs within the Community Initiative Towards Improving Equity and Health Status (CITIES) cohort. NCBI. 2023; doi: 10.1371/journal.pone.0287629.
3. **Sangchul Yoon, Kun Wang, Yan Luo et al.** Cancer Screening Literacy among Vietnamese Population: Does Annual Checkup Improve Cancer Screening Literacy? Asian Pac J Cancer Prev. 2021; 22(3): 927-933. doi: 10.31557/APJCP.2021.22.3.927
4. **Paul El Maouchi, Omar Fakhreddine, Abdel Hadi Shmoury et al,** Breast cancer knowledge in Lebanese females with positive family history, Medicine (Baltimore). 2023; 102(7): e32973. doi: 10.1097/MD.00000000000032973.
5. **T Seth, A Kotwal, R Thakur, P Singh, V Kochupillai.** Common cancers in India: knowledge, attitudes and behaviors of urban slum dwellers in New Delhi. Public Health. 2005; 119(2): 87-96. doi: 10.1016/j.puhe.2004.05.013.
6. **Abdulrahman MUSAAD ALOTHMAN, Alhanouf Fahad Altamimi, Alanoud Waleed Alhenaki et al.** The knowledge and attitude towards prostate cancer and screening practices among males in Saudi Arabia. J Family Med Prim Care. 2022; 11(6): 2637-2642. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1802_21.
7. **Latifa Nabeel Alsaad, Jayadevan Sreedharan.** Practice of colorectal cancer screening in the United Arab Emirates and factors associated - a cross-sectional study. BMC Public Health. 2023; 23(1): 2015. doi: 10.1186/s12889-023-16951-7.

VAI TRÒ CỦA PHƯƠNG PHÁP LỌC MÁU HDF ONLINE TRONG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ KÉM ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU

Nguyễn Như Nghĩa¹, Trần Thái Thanh Tâm¹,
Nguyễn Thị Diễm Thúy¹, Nguyễn Thế Bảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá và so sánh vai trò của phương pháp lọc máu HDF Online với HD trong kết quả điều trị thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) lọc máu chu kỳ kém đáp ứng với điều trị thiếu máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên 120 bệnh nhân BTMGĐC kém đáp ứng với điều trị thiếu máu tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023, chia làm hai nhóm: 60 bệnh nhân lọc máu bằng phương pháp HDF Online 1,5 tháng/lần xen kẽ với HD và 60 bệnh nhân lọc máu bằng phương pháp HD. **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về đặc điểm chung bao gồm tuổi, giới tính, BMI, thời gian lọc máu, tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường

cũng như liều erythropoietin trung bình ban đầu, chỉ số huyết học và các chỉ số sinh hóa cơ bản. Sau 6 tháng can thiệp, số lượng hồng cầu và nồng độ Hb tăng lên đáng kể ở nhóm HDF Online so với nhóm HD với $p < 0,05$. Đồng thời, ở nhóm HDF Online, chỉ số ERI cũng giảm đáng kể so với nhóm HD với $p < 0,05$. Không ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về nồng độ ferritin sau can thiệp. Khi so sánh, HDF Online có hiệu quả vượt trội hơn HD trong việc cải thiện nồng độ albumin máu với $p < 0,001$. Về hiệu quả lọc chất có trọng lượng phân tử (TLPT) trung bình, nồng độ PTH và $\beta 2M$ máu giảm nhiều hơn ở nhóm HDF Online so với nhóm HD với $p < 0,05$. Chỉ số Kt/V thời điểm ban đầu không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuy nhiên sau 6 tháng can thiệp, chỉ số Kt/V ở nhóm HDF Online tăng lên đáng kể so với nhóm HD với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phương pháp lọc máu HDF Online cải thiện được tình trạng đáp ứng kém với điều trị thiếu máu ở bệnh nhân BTMGĐC bằng chứng là giảm đáng kể chỉ số ERI đồng thời cho thấy hiệu quả lọc tốt những chất có TLPT trung bình (đại diện là $\beta 2M$, PTH). Ngoài ra, HDF Online cũng cho thấy hiệu quả vượt trội hơn so với HD trong việc cải thiện được tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân BTMGĐC.

Từ khóa: điều trị thiếu máu, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu thẩm tách siêu lọc bù dịch trực tiếp.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024

SUMMARY

THE ROLE OF ONLINE HEMODIAFILTRATION IN THE TREATMENT OUTCOMES OF ANEMIA IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING REGULAR HEMODIALYSIS WITH POOR RESPONSE TO ANEMIA TREATMENT

Objective: The study aims to evaluate and compare the role of Online hemodiafiltration (Online HDF) with conventional haemodialysis (HD) in the treatment outcomes of anemia in end-stage renal disease (ESRD) patients undergoing regular hemodialysis with poor response to anemia treatment.

Subjects and methods: A prospective descriptive study was conducted on 120 ESRD patients undergoing regular hemodialysis with poor response to anemia treatment at Can Tho City General Hospital from October 2022 to October 2023. The patients were divided into two groups: 60 patients undergoing hemodialysis using the HDF Online method once every 1.5 months alternating with HD, and 60 patients undergoing hemodialysis using the HD method.

Results: No statistically significant differences were found between the two groups regarding common characteristics including age, gender, BMI, duration of dialysis, history of hypertension and diabetes mellitus, as well as initial average erythropoietin dose, hematological parameters and basic biochemical parameters. After 6 months of intervention, the red blood cell count and hemoglobin concentration significantly increased in the Online HDF group compared to the HD group ($p < 0.05$). Additionally, the erythropoietin resistance index (ERI) significantly decreased in the Online HDF group compared to the HD group ($p < 0.05$). No significant changes were observed between the two groups in ferritin levels post-intervention. In comparison, Online HDF showed superior efficacy over HD in improving serum albumin levels ($p < 0.001$). Regarding middle molecule clearance, serum PTH and β_2 -microglobulin levels decreased more in the Online HDF group compared to the HD group ($p < 0.05$). The initial Kt/V index showed no significant difference between the two groups, but after 6 months of intervention, the Kt/V index in the Online HDF group significantly increased compared to the HD group ($p < 0.05$). **Conclusions:** HDF Online method improves the poor response to anemia treatment in ESRD patients, as evidenced by a substantial reduction in the erythropoietin resistance index (ERI). It also demonstrates better clearance of middle molecular weight substances (represented by β_2 -microglobulin and PTH). Moreover, Online HDF has demonstrated superior effectiveness compared to conventional HD in improving the nutritional status of ESRD patients.

Keywords: anemia treatment, ESRD, Online HDF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn theo thời gian sẽ tiến triển đến giai đoạn cuối gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm và đòi hỏi phải điều trị thay thế thận để duy trì sự sống. Trong đó, thiếu máu là biến

chứng thường gặp có liên quan đến việc tăng nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn, biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân [1]. Ngày nay, điều trị thiếu máu vẫn còn là một thách thức lớn với ngành y tế không chỉ riêng các nước đang phát triển mà còn là gánh nặng của một số nước phát triển do khả năng đáp ứng điều trị với sắt hoặc erythropoietin, vốn là hai nền tảng điều trị cơ bản, có thể bị giảm. Một số yếu tố liên quan đến việc đáp ứng kém với điều trị thiếu máu như: tình trạng viêm nhiễm, lọc máu không đủ, tình trạng thiếu dưỡng, thiếu sắt, cường tuyến cận giáp, sự tích lũy những chất có trọng lượng phân tử trung bình khi lọc máu kéo dài đại diện là β_2M [2], [3]. Do đó, việc kiểm soát thiếu máu trên nhóm bệnh nhân kém đáp ứng với điều trị thiếu máu gặp rất nhiều khó khăn. Với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, các phương pháp điều trị thay thế thận ngày càng có nhiều bước tiến góp phần cải thiện rõ rệt chất lượng sống và kéo dài đời sống cho bệnh nhân. Sự ra đời của phương pháp thẩm tách siêu lọc dịch bù trực tiếp từ dịch lọc (Hemodiafiltration Online-HDF Online) cho thấy những hiệu quả tích cực do khắc phục được một vài nhược điểm mà phương pháp lọc máu thường quy mắc phải đặc biệt là hiệu quả lọc các chất có trọng lượng phân tử trung bình. HDF Online là một kỹ thuật mới, kết hợp đồng thời cả hai cơ chế khuếch tán và đối lưu qua màng lọc có tính thẩm cao, đem lại nhiều ưu điểm vượt trội góp phần cải thiện tỷ lệ sống sót ở bệnh nhân lọc máu mạn tính. Hiện nay trên thế giới chỉ có khoảng 10% bệnh nhân được lọc máu bằng phương pháp HDF Online do có nhiều hạn chế về mặt kinh phí cũng như kỹ thuật [4]. Ở Việt Nam, HDF Online chỉ mới được triển khai sử dụng chủ yếu tại các thành phố lớn. Hiệu quả của phương pháp lọc máu này trong điều trị thiếu máu vẫn chưa được nghiên cứu nhiều. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá và so sánh vai trò của phương pháp lọc máu HDF Online với HD trong kết quả điều trị thiếu máu ở những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) lọc máu chu kỳ kém đáp ứng với điều trị thiếu máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn chung: Bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo thường quy có tuổi ≥ 18 , thời gian lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần, đồng ý tham gia nghiên cứu và thỏa

tiêu chuẩn đáp ứng kém với điều trị thiếu máu theo KDIGO 2012 đang sử dụng liều Epoetin >120UI/kg/tuần từ 3 tháng trở lên mà Hb<10g/dl đồng thời bệnh nhân có ferritin máu ≥200 ng/ml [5]. Các bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp có chỉ định lọc HDF Online theo khuyến cáo của Bộ Y Tế [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mắc các bệnh lý huyết học, bệnh lý ác tính hoặc tiền sử bệnh ác tính. Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính như: nhiễm trùng nặng, hội chứng vành cấp, suy tim cấp, nhồi máu não, xuất huyết não, xuất huyết tiêu hóa nặng... Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Bệnh nhân mắc hoặc nghi ngờ bệnh lý ngoại khoa kèm theo. Bệnh nhân mất máu cấp cần truyền máu như xuất huyết tiêu hóa, chấn thương...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp điều trị có đối chứng.

Cỡ mẫu: Chúng tôi ghi nhận được 120 bệnh nhân BTMGĐC lọc máu chu kỳ thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu: 120 bệnh nhân được chia làm hai nhóm: 60 bệnh nhân thuộc nhóm chứng được lọc máu bằng phương pháp HD, 60 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp được lọc máu bằng phương pháp HDF Online 1,5 tháng/lần xen kẽ với phương pháp HD. Thời gian can thiệp là 6 tháng.

Đặc điểm chung của hai nhóm: tuổi (năm, trung bình), giới (nam/nữ), thời gian lọc máu (năm, trung bình), BMI (kg/m², trung bình), gãy: <18,5 kg/m², trung bình: 18,5-22,9 kg/m², thừa cân: ≥23 kg/m²), tiền sử tăng huyết áp và đái

tháo đường, liều erythropoietin (IU/kg/tuần, trung bình).

Đánh giá vai trò của phương pháp HDF Online trong kết quả điều trị thiếu máu. Ở cả 2 nhóm, các chỉ số được ghi nhận tại thời điểm ban đầu và sau 6 tháng can thiệp:

- Sự thay đổi các chỉ số huyết học: chỉ số HC (10¹²/l, trung bình), Hb (g/dl, trung bình).

- Sự thay đổi chỉ số kháng erythropoietin (ERI) (UI/kg/tuần/g Hb, trung bình).

- Thay đổi các yếu tố liên quan đến kém đáp ứng với điều trị thiếu máu:

- + Hiệu quả lọc máu: đánh giá thông qua chỉ số Kt/V (trung bình).

- + Tình trạng sắt dự trữ: đánh giá thông qua nồng độ ferritin máu (ng/ml, trung bình).

- + Tình trạng dinh dưỡng: đánh giá thông qua nồng độ albumin máu (g/l, trung bình) và nồng độ protid máu (g/l, trung bình).

- + Hiệu quả lọc chất có TLPT trung bình: đánh giá thông qua nồng độ β2M máu (mg/l, trung vị) và nồng độ PTH máu (pg/ml, trung vị).

Công cụ thu thập số liệu. Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, hồ sơ bệnh án, máy lọc máu HDF Online, máy lọc máu HD tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố 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 18.0

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học Trường Đại học Y được Cần Thơ thông qua, số 22.389.HV/PCT/HĐĐĐ. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

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		HDF Online (n=60)	HD (n=60)	Giá trị p
Tuổi, TB ± ĐLC		49,15±13,05	52,07±12,39	0,212*
Giới tính	Nam	24 (40%)	25 (41,7%)	0,853**
	Nữ	36 (60%)	35 (58,3%)	
BMI	Gầy	4 (6,67%)	6 (10%)	0,751**
	Bình thường	31 (51,67%)	28 (46,67%)	
	Thừa cân	25 (41,66%)	26 (43,33%)	
	TB ± ĐLC	22,12±2,80	22,91±4,15	
Tiền sử đái tháo đường	Có	34 (56,67%)	31 (51,67%)	0,583**
	Không	26 (43,33%)	29 (48,33%)	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	42 (70%)	50 (83,33%)	0,084**
	Không	18 (30%)	10 (16,67%)	
Thời gian lọc máu	<5 năm	38 (63,33%)	40 (66,66%)	0,702**
	≥5 năm	22 (36,67%)	20 (33,34%)	
	TB ± ĐLC	3,92±2,77	3,87±2,82	
Liều ESA (IU/kg/tuần), TB ± ĐLC		219,36±38,24	214,69±44,22	0,537*

*Independent Samples T-Test, **Chi-squared test

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm chung giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng về: tuổi, giới tính, BMI, tiền sử đái tháo đường, tiền sử tăng huyết áp, thời gian lọc máu cũng như liều ESA tại thời điểm ban đầu ($p > 0,05$).

3.2. Sự thay đổi các chỉ số huyết học và chỉ số ERI sau 6 tháng can thiệp

Bảng 2. Sự thay đổi HC, Hb và chỉ số ERI

Chỉ số	HDF Online (n=60)	HD (n=60)	Giá trị p
HC ($10^{12}/l$), TB ± ĐLC			
Ban đầu	2,62±0,38	2,59±0,38	0,641*
Sau 6 tháng	2,88±0,48	2,61±0,41	0,001*
Hb (g/dl), TB ± ĐLC			
Ban đầu	8,03±0,75	7,85±0,92	0,258*
Sau 6 tháng	8,77±1,18	7,88±0,93	<0,001*
ERI (UI/kg/tuần/g Hb), TB ± ĐLC			
Ban đầu	27,50±5,03	27,80±6,81	0,782*
Sau 6 tháng	25,44±5,44	27,57±6,22	0,048*

*Independent Samples T-Test

Nhận xét: Sau 6 tháng can thiệp, số lượng hồng cầu và nồng độ Hb tăng lên đáng kể ở nhóm HDF Online so với nhóm HD với $p < 0,05$. Đồng thời, ở nhóm HDF Online, chỉ số ERI cũng giảm đáng kể so với nhóm HD với $p < 0,05$.

3.3. Sự thay đổi các yếu tố liên quan đến đáp ứng kém với điều trị thiếu máu

Bảng 3. Sự thay đổi các yếu tố liên quan đến đáp ứng kém với điều trị thiếu máu

Chỉ số	HDF Online	HD	p
Ferritin (ng/ml), TB ± ĐLC			
Ban đầu	462,75±102,57	428,73±126,54	0,109*
Sau 6 tháng	464,37±132,63	431,64±133,08	0,252*
Albumin (g/l), TB ± ĐLC			
Ban đầu	35,22±3,13	34,12±3,42	0,069*
Sau 6 tháng	38,76±2,94	34,79±3,35	<0,001*
Protid (g/l), TB ± ĐLC			
Ban đầu	67,65±5,77	68,67±4,71	0,293*
Sau 6 tháng	68,05±5,57	69,73±5,61	0,103*
PTH (pg/ml), trung vị±KTV			
Ban đầu	918,25±1254,43	570,35±1277,60	0,055***
Sau 6 tháng	594,02±666,51	423,12±778,50	0,012***
β2M (mg/l), trung vị±KTV			
Ban đầu	41,55±2,33	40,85±3,93	0,126***
Sau 6 tháng	39,67±18,99	44,55±18,31	0,001***
Kt/V, TB ± ĐLC			
Ban đầu	1,56±0,10	1,58±0,07	0,166*
Sau 6 tháng	1,60±0,07	1,57±0,10	0,043*

*Independent Samples T-Test, ***Mann-Whitney U-Test

Nhận xét: Sau can thiệp, không ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về nồng độ ferritin máu và protid máu ($p > 0,05$). Khi so sánh, HDF Online có hiệu quả vượt trội hơn HD trong việc cải thiện nồng độ albumin máu với $p < 0,001$. Nồng độ PTH và β2M máu giảm nhiều hơn ở nhóm HDF Online so với nhóm HD với $p < 0,05$. Chỉ số Kt/V thời điểm ban đầu không có sự khác biệt giữa hai nhóm tuy nhiên sau 6 tháng can thiệp, chỉ số Kt/V ở nhóm HDF Online tăng lên đáng kể so với nhóm HD với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo đáp ứng kém với điều trị thiếu máu với thời gian theo dõi 6 tháng. Tất cả bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm 1 gồm 60 bệnh nhân được lọc máu bằng phương pháp HDF Online 1,5 tháng/lần xen kẽ với HD, nhóm 2 gồm 60 bệnh nhân được lọc máu bằng phương pháp HD.

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm về tuổi, giới tính, BMI và thời gian lọc máu ($p>0,05$). Về tiền sử bệnh lý kèm theo, cả 2 nhóm đều có tỷ lệ mắc đái tháo đường và tăng huyết áp khá cao, không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p>0,05$). Cả 2 nhóm đều được sử dụng ESA với cùng một liều cố định và không có sự khác biệt về liều ESA trung bình tại thời điểm ban đầu ($p>0,05$).

Về các thông số thiếu máu cơ bản, số lượng HC trung bình và nồng độ Hb trung bình trong nhóm HDF Online lần lượt là $2,62\pm 0,38$ ($10^{12}/l$) và $8,03\pm 0,75$ (g/dl), trong nhóm HD lần lượt là $2,59\pm 0,38$ ($10^{12}/l$) và $7,85\pm 0,92$ (g/dl). Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các chỉ số này. Tuy nhiên sau 6 tháng can thiệp, nhóm HDF Online có chỉ số HC và Hb cao hơn đáng kể so với nhóm HD ($p<0,05$). Điều này cho thấy phương pháp HDF Online có thể cải thiện tình trạng thiếu máu tốt hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Emad Allam Mohamed và cs (2023) khi so sánh vai trò của HDF Online và HD trong việc quản lý thiếu máu ở những bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Sau 12 tháng theo dõi, nghiên cứu này ghi nhận sự gia tăng đáng kể nồng độ Hb ở nhóm HDF Online so với nhóm HD ($p<0,05$) [7]. Tương tự, một số nghiên cứu khác cũng cho thấy HDF Online có hiệu quả hơn trong việc kiểm soát tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân BTMGĐC so với các phương pháp lọc máu thường quy như nghiên cứu của Roland E. Winkler và cs (2011) [8], Nedim Hamzagic và cs (2020) [9]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này không báo cáo sự cải thiện của chỉ số HC, điều này có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu nhưng nhìn chung, kết quả nghiên cứu đã chứng minh rằng HDF Online là một lựa chọn ưu việt trong quản lý vấn đề thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu mạn tính.

Về đánh giá mức độ kháng erythropoietin, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số ERI giữa hai nhóm tại thời điểm ban đầu. Tuy nhiên, sau 6 tháng, nhóm HDF có chỉ số ERI thấp hơn đáng kể so với nhóm HD ($p=0,048$). Nghiên cứu này cho thấy chỉ số ERI giảm đáng kể ở nhóm lọc HDF vào tháng thứ 3 và tháng thứ 6 (từ $9,1\pm 6,4$ UI/kg/tuần/g Hb xuống $6,7\pm 5,3$ UI/kg/tuần/g Hb; $p<0,05$) do lượng tiêu thụ ESA cao hơn ở nhóm HD mặc dù mức Hb là tương tự nhau ở cả 2 nhóm. Sự giảm ERI cho thấy tác động của HDF Online trong việc cải thiện khả năng đáp ứng với erythropoietin, vốn là một thách thức khó khăn đối với các bác sĩ lâm sàng nhất là trên những đối tượng đáp ứng kém với thuốc tạo máu.

Để đánh giá tác động của HDF Online lên

tình trạng dự trữ sắt trong cơ thể, chúng tôi theo dõi sự thay đổi của nồng độ ferritin trong suốt quá trình điều trị. Kết quả cho thấy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ ferritin trước và sau can thiệp ($p>0,05$). Chúng tôi ghi nhận điểm tương đồng giữa 2 nghiên cứu trong tiêu chí chọn mẫu. Đối tượng nghiên cứu đều là những bệnh nhân có dự trữ sắt đầy đủ và sử dụng liều ESA ổn định trong suốt quá trình theo dõi. Ngược lại, Nedim Hamzagic và cs (2020) đã báo cáo rằng, bệnh nhân lọc máu bằng HDF có ferritin huyết thanh thấp hơn đáng kể so với nhóm HD ($p<0,05$) [9]. Lý giải cho sự giảm nồng độ ferritin, chúng tôi nghĩ rằng, HDF Online làm tăng khả năng sử dụng sắt cho quá trình tạo hồng cầu trong tủy xương. Điều này giúp sắt được sử dụng hiệu quả hơn cho quá trình sinh hồng cầu, thay vì tích trữ dưới dạng ferritin. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên số lượng cỡ mẫu nhỏ nên việc đánh giá hiệu quả của HDF Online lên tình trạng sắt dự trữ còn nhiều hạn chế.

Thiếu máu trên bệnh nhân bệnh thận mạn là do sự kết hợp của đa yếu tố. Kiểm soát tốt các yếu tố này sẽ giúp cải thiện tình trạng thiếu máu của bệnh nhân. Trong đó, quản lý vấn đề dinh dưỡng là điều cực kỳ quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ albumin ở nhóm HDF tăng lên đáng kể so với nhóm HD sau can thiệp ($38,76\pm 2,94$ g/l so với $34,79\pm 3,35$ g/l; $p<0,001$). Ngoài ra, kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ protid máu tại thời điểm ban đầu và sau 6 tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yu Ho Lee và cs (2020), Emad Allam Mohamed và cs (2023) [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Marion Morena và cs (2017) ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể về nồng độ albumin giữa 2 nhóm lọc máu bằng phương pháp HD và HDF Online. Thực tế, nồng độ albumin huyết thanh còn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác như tình trạng viêm, tình trạng quá tải dịch... điều này có thể giải thích phần nào sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu. Trước đây, việc giảm mức albumin khi sử dụng HDF đã được báo cáo bởi một số tác giả mặc dù không có ảnh hưởng rõ ràng về mặt lâm sàng. Tuy nhiên, gần đây, khi HDF Online được nghiên cứu nhiều hơn thì hiệu quả tích cực của nó trong việc kiểm soát tình trạng dinh dưỡng ngày càng được công nhận. HDF Online sử dụng dịch lọc siêu sạch và màng lọc tương thích sinh học cao cho phép giảm rõ rệt các quá trình viêm liên quan đến thủ thuật. Sự giảm quá trình viêm này dường như là yếu tố chính góp phần cho

việc tăng sản xuất albumin, thậm chí bù đắp cho sự mất albumin rò rỉ khi lọc máu.

Về hiệu quả lọc $\beta 2M$, $\beta 2M$ được xem là yếu tố nguy cơ tiến triển của bệnh amyloidosis trên bệnh nhân lọc máu lâu dài. Nồng độ $\beta 2M$ huyết thanh có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân lọc máu. Vì vậy, nồng độ $\beta 2M$ được xem như là một trong các tiêu chí đánh giá hiệu quả lọc máu. Chúng tôi thấy rằng, nồng độ $\beta 2M$ ở nhóm HDF Online sau can thiệp giảm đáng kể so với nhóm HD với $p=0,001$. Tương tự, nhiều nghiên cứu đã cho thấy HDF Online có hiệu quả làm giảm nồng độ $\beta 2M$ cao hơn so với HD. HDF Online đã khắc phục được nhược điểm mà phương pháp lọc máu thường quy không làm tốt được, đó là hiệu quả lọc tốt các chất có trọng lượng phân tử trung bình. Việc giảm nồng độ $\beta 2M$ góp phần làm giảm biến chứng amyloidosis liên quan lọc máu và cải thiện tình trạng thiếu máu cho bệnh nhân.

Ngoài ra, HDF Online cũng cho thấy hiệu quả tích cực trong việc cải thiện tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát thông qua việc giảm nồng độ PTH máu. Ban đầu, nồng độ PTH trong nhóm HDF cao hơn nhóm HD, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,055$). Sau 6 tháng, nồng độ PTH trong cả hai nhóm đều giảm nhưng mức giảm ở nhóm HDF là nhiều hơn so với HD ($p=0,012$). Nghiên cứu của Nguyễn Thành Định và cs (2016) cũng cho thấy, tỷ lệ giảm PTH của phương pháp HDF Online cao hơn phương pháp HD với $p<0,05$. Như vậy, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù, các nghiên cứu về vai trò của HDF Online trong quá trình chuyển hóa canxi-phosphat còn ít nhưng kết quả này đã chứng minh rằng HDF Online là biện pháp tích cực giúp cải thiện tình trạng cường tuyến cận giáp bên cạnh việc kiểm soát nồng độ canxi và phosphat trong máu.

Trên thực tế lâm sàng, chỉ số Kt/V đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả của quá trình lọc máu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số Kt/V ở cả 2 nhóm ($p>0,05$) tại thời điểm ban đầu. Sau 6 tháng theo dõi, nhóm HDF có sự cải thiện đáng kể về chỉ số Kt/V ($1,60 \pm 0,07$) so với nhóm HD ($1,57 \pm 0,10$) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,043$). Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nedim Hamzagic và cs (2020) [9]. Việc kết hợp các cơ chế khuếch tán và đối lưu cùng với tỷ lệ siêu lọc cao và sử dụng dịch lọc siêu sạch là những yếu tố chủ chốt giúp HDF Online nâng

cao đáng kể chỉ số Kt/V. Điều này đặc biệt quan trọng vì lọc máu hiệu quả cũng là một trong những yếu tố quyết định liên quan đến tình trạng đáp ứng kém với điều trị thiếu máu.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp lọc máu HDF Online cải thiện được tình trạng đáp ứng kém với điều trị thiếu máu ở bệnh nhân BTMGĐC thông qua việc làm giảm chỉ số kháng erythropoietin (ERI) đồng thời cho thấy hiệu quả lọc tốt những chất có trọng lượng phân tử trung bình (đại diện là $\beta 2M$), cải thiện được tình trạng dinh dưỡng và tình trạng cường tuyến cận giáp và hiệu quả lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hanna R.M., Streja E., Kalantar-Zadeh K.** Burden of Anemia in Chronic Kidney Disease: Beyond Erythropoietin. *Advances in Therapy*. 2021; 38(1). 52-75. doi:10.1007/s12325-020-01524-6.
- Weir M.R.** Managing Anemia across the Stages of Kidney Disease in Those Hyporesponsive to Erythropoiesis-Stimulating Agents. *American Journal of Nephrology*. 2021; 52(6). 450-466. doi:10.1159/000516901.
- Mase K., Yamagata K., Yamamoto H., Tsuruya K., Hase H., et al.** Predictors of Hyporesponsiveness to Erythropoiesis-Stimulating Agents in Patients with Non-Dialysis-Dependent Chronic Kidney Disease (RADIANCE-CKD Study). *American Journal of Nephrology*. 2023; 54(11-12). 471-478. doi:10.1159/000534438.
- Ficociello L.H., Busink E., Sawin D.A., Winter A.** Global real-world data on hemodiafiltration: An opportunity to complement clinical trial evidence. *Seminars in dialysis*. 2022; 35(5). 440-445. doi:10.1111/sdi.13085.
- KDIGO.** KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*. 2012; 2(4). 283-287. doi:10.1038/kisup.2012.41.
- Bộ Y tế.** Quy trình lọc máu bằng kỹ thuật thẩm tách siêu lọc dịch bù trực tiếp từ dịch lọc (Hemodiafiltration online - HDF Online). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Thận nhân tạo. 2018. 112-115.
- Mohamed Emad Allam, Abdelkader Ahmed Farag, Rizk Amr Ahmed, Ahmed Qayed Ibrahim Galhom.** The Effect of Hemodiafiltration Versus Hemodialysis on Anemia in Patients on regular hemodialysis Al-Azhar International Medical Journal 2023; 4(4). 152-157. doi: <https://doi.org/10.58675/2682-339X.1735>.
- Roland E.W., Peter A., Klaus F.** Influence of Online Hemodiafiltration on Hemoglobin Level, ESA-Dosage and Serum Albumin – A Retrospective, Multicenter Analysis. In: Angelo C, Carlo D, Gianfranco T, eds. *Progress in Hemodialysis*. IntechOpen; 2011:Ch. 8.
- Hamzagic N., Andjelkovic M., Pirkovic M.S., Canovic P., Zaric M., et al.** Influence of Dialysis Modality on the Treatment of Anemia in Patients with End-Stage Kidney Disease. *Experimental and Applied Biomedical Research (EABR)*. 2020; 21(3). 231-238. doi:10.2478/sjocr-2018-0050.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TÌNH TRẠNG NHIỄM SẮC NƯỚC TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Phạm Bảo Chung¹, Lê Nguyên Lâm¹,
Nguyễn Quang Tâm¹, Trần Huỳnh Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Màu sắc của nướu là một vấn đề thẩm mỹ quan trọng, đặc biệt với những người có nụ cười lộ nướu. Hiểu rõ các đặc điểm, sự phân bố và các yếu tố ảnh hưởng đến sắc tố nướu đóng vai trò then chốt trong việc phát triển chiến lược điều trị hiệu quả. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng tình trạng nhiễm sắc nướu tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 51 đối tượng có tình trạng nhiễm sắc nướu đến khám tại phòng khám Răng Hàm Mặt bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 03/2023 đến tháng 05/2024. **Kết quả:** Tổng cộng 51 người tham gia nghiên cứu, với nhóm trên 30 tuổi chiếm 54,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Tỷ lệ nhiễm sắc nướu ở hàm trên chiếm 52,9%, phân nhóm chỉ số OPI trung bình nặng chiếm 58,8%. Về đặc điểm hình thái nướu theo 4 vị trí hàm theo phân loại Hedin, hình thái nướu loại 1 chiếm tỷ lệ cao ở cả 4 vị trí hàm, hình thái nướu loại 2,3, 4 có tỷ lệ thấp ở tất cả các vị trí. Đánh giá đặc điểm sắc tố nướu theo phân loại Ponnaiyan, hình thái chỉ tăng sắc tố ở nướu dính cao nhất ở tất cả các vị trí, đặc biệt là ở 2 nửa hàm dưới (đều chiếm 37,3%). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm sắc nướu tương đương ở 2 hàm, chỉ số OPI trung bình-nặng chiếm đa số (58,8%). Hình thái nhiễm sắc nướu ở một hoặc hai đơn vị sắc tố đơn độc ở nướu theo phân loại Hedin chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 4 vị trí hàm. Đặc điểm sắc tố nướu theo phân loại Ponnaiyan, phân loại chỉ tăng sắc tố ở nướu dính có tỷ lệ cao nhất ở tất cả các vị trí, đặc biệt cao nhất ở 2 nửa hàm dưới.

Từ khóa: nhiễm sắc nướu, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL FEATURES OF GINGIVAL PIGMENTATION AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Gum color is an important aesthetic concern, especially for individuals with a gummy smile. Understanding the characteristics, distribution, and factors affecting gingival pigmentation is crucial in developing effective treatment strategies. **Objectives:** The study aims to evaluate the clinical features of gingival pigmentation at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional

descriptive study was conducted on 51 subjects with gingival pigmentation who visited the Dental Department at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from March 2023 to May 2024. **Results:** A total of 51 participants were included in the study, with those over 30 years old accounting for 54.9%, and the male-to-female ratio was 1.3:1. The prevalence of gingival pigmentation in the maxilla was 52.9%, with 58.8% of participants falling into the moderate to severe category according to the OPI index. Regarding gingival morphology at four jaw positions based on Hedin's classification, type 1 gingival morphology was predominant at all four positions, while types 2, 3, and 4 were less common across all positions. In the assessment of gingival pigmentation characteristics according to Ponnaiyan's classification, the highest rate of hyperpigmentation was observed in the attached gingiva at all positions, particularly in the lower jaw quadrants (each accounting for 37.3%). **Conclusion:** The prevalence of gingival pigmentation was similar in both jaws, with the majority (58.8%) falling into the moderate to severe category according to the OPI index. Gingival pigmentation morphology, characterized by one or two isolated pigment units based on Hedin's classification, had the highest prevalence at all four jaw positions. According to Ponnaiyan's classification of gingival pigmentation, the highest rate was observed in cases with pigmentation confined to the attached gingiva, particularly in the lower jaw quadrants. **Keywords:** Gingival pigmentation, clinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màu sắc của nướu khỏe mạnh có thể thay đổi từ hồng nhạt đến xanh đen. Giữa các giới hạn này có rất nhiều màu sắc, chủ yếu phụ thuộc vào cường độ tạo melanin, mức độ sừng hóa của biểu mô, độ sâu của lớp biểu mô và sự sắp xếp của mạch máu nướu. Nhiễm sắc nướu là hiện tượng tăng sắc tố bất thường ở niêm mạc miệng, phần lớn do sự gia tăng sắc tố melanin [5]. Về lâm sàng, sự biến đổi màu sắc này có thể xuất hiện dưới nhiều hình thức như đồng nhất, một bên, hai bên, lốm đốm, dạng đốm hay loang lổ. Trong khoang miệng, có hai vùng màu sắc cơ bản: nướu dính và nướu viền ở một bên, và niêm mạc ổ răng kê bên ở phía còn lại. Ở người da trắng, màu sắc của nướu khỏe mạnh thường là hồng nhạt hoặc hồng san hô, trong khi ở người châu Phi hoặc châu A, màu sắc này có thể là nâu hoặc xanh đen [3]. Sự sắc tố trong miệng thường là kết quả của sự đổi màu niêm mạc miệng hoặc nướu do các yếu tố ngoại sinh và nội sinh như thuốc, kim loại nặng, di truyền, rối loạn

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bảo Chung

Email: drphambaochung@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 9.9.2024