

- risk factors and ¹⁸F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography parameters". 36 (5), pp. 425-432.
3. **Ciappuccini R. et al.** (2020), "Tumor burden of persistent disease in patients with differentiated thyroid cancer: correlation with postoperative risk-stratification and impact on outcome". 20, pp. 1-12.
 4. **Gay S. et al.** (2022), "2-[¹⁸F] FDG PET in the Management of Radioiodine Refractory Differentiated Thyroid Cancer in the Era of Thyrosin-Kinases Inhibitors: A Real-Life Retrospective Study". 12 (2), pp. 506.
 5. **Luo Y. et al.** (2020), "Clinical, pathological, and molecular characteristics correlating to the occurrence of radioiodine refractory differentiated thyroid carcinoma: a systematic review and meta-analysis". 10, pp. 549882.
 6. **Manohar P. M. et al.** (2018), "Prognostic value of FDG-PET/CT metabolic parameters in metastatic radioiodine-refractory differentiated thyroid cancer". 43 (9), pp. 641-647.
 7. **Robbins R. J. et al.** (2006), "Real-Time Prognosis for Metastatic Thyroid Carcinoma Based on 2-[¹⁸F]Fluoro-2-Deoxy-d-Glucose-Positron Emission Tomography Scanning", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 91 (2), pp. 498-505.
 8. **Roy M. et al.** (2022), "Using ¹⁸F-FDG-PET/CT Metrics to Predict Survival in Ra-Dio-Iodine Refractory Thyroid Cancers". 12 (10), pp. 2381.
 9. **Santhanam P. et al.** (2018), "The relationship of BRAFV600E mutation status to FDG PET/CT avidity in thyroid cancer: a review and meta-analysis". 24 (1), pp. 21-26.
 10. **Wang H. et al.** (2021), "Investigating ¹⁸F-FDG PET/CT parameters as prognostic markers for differentiated thyroid cancer: A systematic review". 11, pp. 648658.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG DỊ VẬT HỐ MẮT TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG XUYÊN THủng NHÃN CẦU

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹, Tôn Tường Trí Hải²

TÓM TẮT

Chẩn đoán và xử trí dị vật hố mắt phức tạp trên bệnh nhân chấn thương xuyên thủng nhãn cầu. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng khó về dị vật kim loại lớn, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác trong hố mắt bên trái trên một bệnh nhân bị chấn thương nhãn cầu do ná bắn. Bệnh nhân nữ 22 tuổi, thị lực mắt trái sáng tối âm tính, được chẩn đoán vỡ nhãn cầu bên trái do ná bắn. CT Scan phát hiện dị vật kích thước lớn, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác. Bệnh nhân được điều trị với kháng sinh phổ rộng và corticosteroid đường tĩnh mạch. Vì mắt trái có lỗ rách lớn ở cực sau không thể bảo tồn, bệnh nhân được cắt bỏ nhãn cầu kèm lấy dị vật hố mắt. Sau 15 ngày điều trị, hậu phẫu không nhiễm trùng, không phát hiện dị vật còn sót. Hầu hết các chấn thương xuyên nhãn cầu đều để lại dị vật, do đó thái độ nghi ngờ là điều cần thiết trong chẩn đoán phát hiện. Việc khai thác bệnh sử, cơ chế chấn thương và kết hợp CT Scan hố mắt là lựa chọn đầu tay. **Từ khóa:** Dị vật hố mắt, chấn thương xuyên nhãn cầu

SUMMARY

CASE REPORT ORBITAL FOREIGN BODY IN CASE OF OCULAR PERFORATING TRAUMA

Diagnosis and management of complex intraorbital foreign body in a patient with perforating ocular injury. We report the challenging case of a

large metallic foreign body located in the posterior ethmoid sinuses, near the optic canal of left orbital in a patient following perforating ocular injury caused by slingshot. A 22-year-old female patient, presented to us with no light perception in the left eye caused by slingshot. Orbital CT Scan showed a large intraorbital foreign body located in the posterior ethmoid sinuses, near the optic canal of left orbital. She was treated by intravenous broad spectrum antibiotics and corticosteroids. The large laceration at the posterior pole could not be closed, the patient underwent eye enucleation and foreign body removal. She was discharged from hospital after 15 days of treatment with no signs of postoperative infection. Most perforating ocular injuries involving with foreign bodies. Thus, suspicions are crucial to defining the diagnosis. An accurate and detailed history, trauma mechanism as well as CT Scan of the orbit, which are the first – choices. **Keywords:** Intraorbital foreign body, perforating ocular injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương nhãn cầu kèm với dị vật hố mắt có thể đưa đến những tổn thương nghiêm trọng về mặt cấu trúc và chức năng của nhãn cầu cũng như tổ chức hố mắt¹. Một nghiên cứu hồi cứu 713 bệnh nhân chấn thương nhãn cầu có dị vật được thực hiện tại bệnh viện Getúlio Vargas ở Brazil cho thấy nam giới chiếm 96,21%, phần lớn các trường hợp là do tai nạn lao động (61,29%) và dị vật bằng kim loại chiếm nhiều nhất (75,17%)². Dị vật hố mắt có thể được phân loại dựa vào cấu tạo: a) Dị vật kim loại chẳng hạn như sắt; b) Dị vật không phải kim loại bao gồm dị vật vô cơ như thủy tinh; c) dị vật

¹Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

hữu cơ như gỗ hoặc dị vật thực vật³. Việc điều trị và tiên lượng phụ thuộc vào cấu tạo và vị trí của dị vật. Dị vật kim loại và thủy tinh thường hay gặp nhất và dụng nạp khá tốt, trong khi đó dị vật hữu cơ có thể khởi phát phản ứng viêm và đưa đến nhiều biến chứng nặng nề⁴.

Dị vật hữu cơ cần phải loại bỏ nhanh chóng vì nguy cơ cao gây nhiễm trùng. Phần lớn các dị vật vô cơ đều được dụng nạp tốt và ít gây phản ứng ngoại trừ vật liệu bằng đồng, đã từng được báo cáo gây phản ứng viêm sinh mủ, và vật liệu bằng sắt, có thể gây nhiễm sắt và ngộ độc toàn thân⁴. Mặc dù dị vật kim loại có thể không gây triệu chứng rõ rệt, vị trí và kích thước của dị vật là trọng tâm của quyết định can thiệp phẫu thuật lấy dị vật¹. Dị vật trong hốc mắt có thể điều trị phối hợp với nhiều chuyên khoa liên quan. Ngoài ra, điều trị còn phụ thuộc vào tay nghề cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên giúp làm hạn chế các tai biến xảy ra trong phẫu thuật có thể để lại di chứng về sau hoặc bỏ sót những mảnh dị vật còn trong hốc mắt.

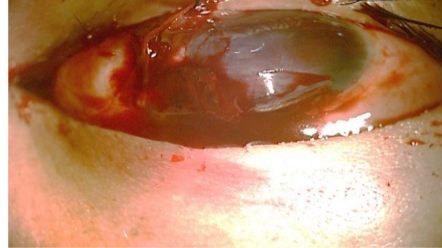
Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng khó và không thường gặp về dị vật kim loại lớn trong hốc mắt, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác ở một bệnh nhân nữ bị chấn thương xuyên nhãn cầu do ná bắn. Bệnh nhân đã được cắt bỏ nhãn cầu do vỡ nhãn cầu phức tạp không thể khâu bảo tồn kèm lấy dị vật hốc mắt. Sau 15 ngày nhập viện theo dõi điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, kiểm tra không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 22 tuổi đến khám ngày 24/03/2021 vì mắt trái chấn thương ngày thứ 1. Bệnh nhân khai khoảng 14 giờ ngày 24/03/2021, bệnh nhân đang ở nhà người bạn thì xảy ra xung đột mâu thuẫn với bạn, sau đó bệnh nhân về nhà thì bị bạn dùng ná bắn bị dọa, vô tình bắn trúng mắt trái. Bệnh nhân thấy mắt trái đau, mờ, đến hăm tại Bệnh viện Vĩnh Long được sơ cứu cầm máu, không xử trí gì thêm. Bệnh viện Vĩnh Long chuyển bệnh nhân đến Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh điều trị tiếp, tại đây bệnh nhân được nhập viện điều trị nội trú. Tiền sử bản thân và gia đình không có bệnh lý nội khoa toàn thân và bệnh lý về mắt, không tiền căn dị ứng.

Qua thăm khám ghi nhận bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn. Mắt phải hoàn toàn bình thường, khám mắt trái thấy thị lực sang tối âm tính, mất trương lực nhãn cầu, mi mắt bình thường, kết mạc phủ 360^o, xuất huyết, rách kết

mạc, giác mạc rách phức tạp dài khoảng 7mm, từ rìa đến trung tâm, củng mạc rách gần rìa từ hướng 6 giờ đến 10 giờ, tiền phòng xuất huyết toàn bộ, phần còn lại khó quan sát.



Hình 1. Vỡ nhãn cầu bên trái trên bệnh nhân chấn thương giờ do ná bắn giờ thứ 7

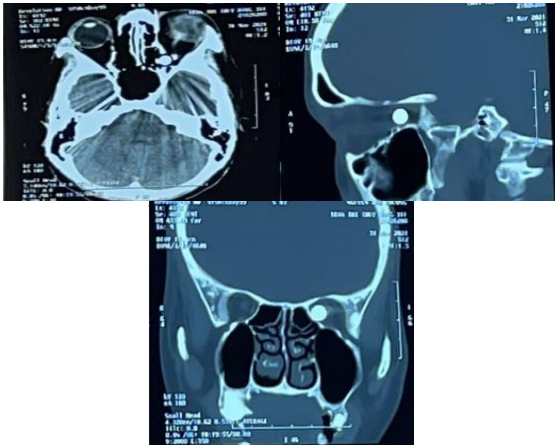
Chẩn đoán được đưa ra là Mắt trái: Vỡ nhãn cầu/ Chấn thương ngày thứ 1 do ná bắn. Bệnh nhân được tiêm huyết thanh kháng uốn ván, phẫu thuật cấp cứu mắt trái, thám sát nhãn cầu thấy rách củng mạc sát rìa 1/2 chu vi giác mạc, vỡ nát giác mạc khó bảo tồn. Xử trí được lựa chọn là khâu bảo tồn kết hợp tiêm kháng sinh nội nhãn Vancomycin 1mg/0,1ml và Ceftazidime 2,25mg/0,1ml, tiên lượng khó giữ mắt. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị nội khoa với thuốc uống Ofloxacin 0,4g/ngày và Medrol 0,032g/ngày, nhỏ mắt trái với Cravit 0,5%, Predforte 1%, Atropin 1%.

Khám hậu phẫu ngày 1 thấy mắt trái khâu giác củng mạc chưa kín nên được chỉ định khâu bảo tồn lần 2 và tiếp tục điều trị nội khoa như trên. Hậu phẫu ngày thứ 2 bệnh nhân được chỉ định các cận lâm sàng hình ảnh học. Siêu âm B mắt trái nghi ngờ xuất huyết pha lê thể - võng mạc, thành nhãn cầu thái dương không rõ lớp. X quang hốc mắt thẳng, nghiêng ghi nhận mảnh dị vật dạng viên bi tròn 8mm cản quang nằm sâu trong hốc mắt trái, không thấy tổn thương xương hốc mắt.



Hình 2. Mảnh dị vật dạng viên bi tròn 8mm cản quang nằm sâu trong hốc mắt trái

CT Scan sọ não hốc mắt cho thấy dị vật kim loại nằm trong gốc sau – trong hốc mắt trái, dị vật dạng hình cầu, bờ đều, khoảng 8mm. Dây thần kinh thị khó đánh giá do xảo ảnh dị vật, sơ bộ đánh giá có khả năng tổn thương mắt liên tục dây thần kinh thị trái. Nhãn cầu trái thành mắt liên tục, dịch trong nhãn cầu đậm độ hỗn hợp, xung quanh nhãn cầu có dịch và thâm nhiễm mỡ.

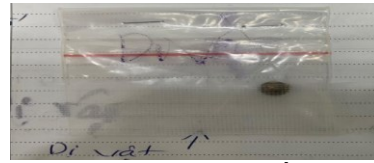


Hình 3. Dị vật kim loại nằm trong ổ mắt – trong hốc mắt trái, dị vật dạng hình cầu, bờ đều, khoảng 8mm. Nhãn cầu trái thành mất liên tục, dịch trong nhãn cầu đậm độ hỗn hợp.

Một tuần sau chấn thương, bệnh nhân được dùng kháng sinh, kháng viêm đường tĩnh mạch gồm Ceftazidime 2g/ngày trong 7 ngày và Solumedrol 0,08g/ngày trong 5 ngày, sau đó chuyển sang Medrol 0,032g/ngày trong những ngày tiếp theo. Vì tình trạng bệnh nặng, phức tạp cũng như vị trí khó tiếp cận của dị vật, bệnh nhân được hội chẩn chuyên khoa tai mũi họng. Kết quả hội chẩn cho thấy dị vật hốc mắt nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác, đề nghị chuyển bệnh nhân sang bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh mổ nội soi lấy dị vật qua đường hàm – sang, sau đó chuyển về lại bệnh viện Mắt xử trí tiếp phần chuyên khoa Mắt, có thể bảo tồn hay cắt bỏ nhãn cầu. Bệnh nhân được hội chẩn toàn viện trong cùng ngày, hướng xử trí sau khi hội chẩn là phẫu thuật lấy dị vật hốc mắt, thám sát nhãn cầu cực sau, khâu bảo tồn nếu được, không sẽ cắt bỏ nhãn cầu vì võ nhãn cầu đã lâu dễ bị nhãn viêm giao cảm gây mù mắt còn lại. 14 ngày sau chấn thương, phẫu thuật được tiến hành. Sau 15 ngày nhập viện điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.



Hình 4. Mắt trái sau khi đã cắt bỏ, quan sát thấy rách nát nhãn cầu cực sau và kế bên đầu dây thần kinh thị giác, không thể khâu bảo tồn được



Hình 5. Dị vật trong hốc mắt trái đã lấy ra

IV. BÀN LUẬN

Những phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác nhau đều có điểm mạnh và hạn chế trong việc phát hiện dị vật. Phim chụp X quang giúp phát hiện những dị vật bằng kim loại, ngoại trừ dị vật bằng nhôm do nhôm cản tia X tương đối yếu⁵. Siêu âm là phương tiện không xâm lấn và ít tổn kém, giúp phát hiện tốt đặc biệt là các dị vật hốc mắt nằm ở phía trước, ngoài ra còn đánh giá tổn thương khác trên nhãn cầu⁶. Tuy nhiên, siêu âm phụ thuộc nhiều vào tay nghề kĩ thuật viên và khả năng phát hiện dị vật còn bị che lấp bởi tình trạng viêm và mô mỡ hốc mắt xung quanh. Thực tế, siêu âm không cho thấy hiệu quả cao trong việc phát hiện dị vật trong nhiều báo cáo⁷. CT Scan được xem là tiêu chuẩn vàng trong việc phát hiện dị vật, giúp phát hiện và xác định chính xác vị trí của dị vật, ngoài ra CT còn giúp loại trừ gãy xương hoặc các tình trạng đi kèm khác, đặc biệt có giá trị trên bệnh nhân bị đa chấn thương⁸. Trong thực hành lâm sàng, MRI thường ít được sử dụng trong việc phát hiện dị vật. Dị vật bằng kim loại nếu được đưa vào trong môi trường chụp MRI có thể đưa đến tổn thương cấu trúc xung quanh. Vì vậy, chụp X quang hoặc chụp CT Scan được thực hiện trước khi chụp MRI nhằm loại trừ khả năng có dị vật kim loại trên bệnh nhân, đặc biệt là những vị trí trong yếu như hốc mắt. Khả năng phát hiện dị vật hữu cơ của MRI cũng không vượt trội hơn so với CT Scan. Trong một nghiên cứu của tác giả Pattamapaspong và cộng sự, tỉ lệ phát hiện thành công dị vật là gỗ tươi cao hơn khi chụp CT Scan, còn dị vật là gỗ khô thì lệ phát hiện lại cao hơn khi chụp phim MRI⁹. Trong báo cáo ca lâm sàng của chúng tôi, siêu âm không giúp phát hiện được dị vật do xuất huyết pha lê thể dày đặc và phản ứng viêm đã làm che lấp dị vật dù dị vật có kích thước rất lớn, dễ dàng phát hiện khi chụp phim X quang hốc mắt và phim CT Scan.

Với ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân nữ 22 tuổi, đến khám tại giờ thứ 7 với chấn thương mắt trái do bị ná bắn. Thị lực không chính kính mắt trái là sáng tối âm tính, được chẩn đoán vỡ nhãn cầu. Mắt trái bệnh nhân vỡ nát giác mạc, rách củng mạc gần rìa dài 1/2 chu vi giác mạc, phải khâu bảo tồn nhãn cầu 2 lần. Điều này nói lên rằng các Bác sỹ mổ cấp cứu

chưa có kinh nghiệm phẫu thuật vì với bệnh sử bệnh nhân bị bắn vào mắt làm vỡ giác – củng mạc phía trước thì theo suy nghĩ logic, phải tìm được đầu ra ở phía sau, và muốn làm được điều này thì phải mở các cơ trực, phẫu tích gần đến cực sau để tìm đầu ra của viên đạn, như thế mới không bỏ sót tổn thương. Nhưng Bác sỹ cấp cứu chưa làm được điều này, mà chỉ khâu giác – củng mạc phía trước, và khâu chưa đúng kỹ thuật nên vết rách vẫn còn bị hở phải khâu lại lần thứ 2. Sau khi có kết quả CT Scan và X quang hốc mắt phát hiện có dị vật sâu trong hốc mắt, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác. Dị vật hình cầu, bờ đều khoảng 8mm, mật liên tục thành nhãn cầu, dịch trong nhãn cầu đậm độ hỗn hợp. Bệnh nhân được hội chẩn cấp bệnh viện và mời Bác sỹ Tai Mũi Họng. Các Bác sỹ Tai Mũi Họng đề nghị chuyển qua bệnh viện Tai Mũi Họng để lấy dị vật hốc mắt qua đường nội soi mũi xoang, xong sẽ trả bệnh nhân trở về bệnh viện Mắt để phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu. Chúng tôi nhận thấy rằng bệnh nhân bị vỡ nhãn cầu đã lâu, nếu chuyển qua bệnh viện Tai Mũi Họng để phẫu thuật lấy dị vật sau phẫu thuật sẽ chuyển về bệnh viện Mắt để cắt bỏ nhãn cầu, thời gian sẽ rất lâu, bệnh nhân dễ bị nhãn viêm giao cảm gây mù mắt còn lại, nên chúng tôi quyết định phẫu thuật ngay tức khắc lấy dị vật hốc mắt, khâu bảo tồn nhãn cầu nếu được, không sẽ cắt bỏ nhãn cầu tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật mở cả 4 cơ trực, dùng kéo phẫu tích sâu xuống thám sát nhãn cầu cực sau và phát hiện lỗ rách lớn, rách nát, phôi hắc mạc ra mô xung quanh, vị trí lỗ rách nằm sát thị thần kinh. Nhận thấy không thể khâu bảo tồn được, nên quyết định cắt bỏ nhãn cầu, cầm máu thật kỹ, để có thể nhìn rõ phẫu trường tiếp tục phẫu tích đến vị trí của dị vật. Chúng tôi tiếp tục phẫu tích đến gần ống thị giác, dùng nam châm điện lấy ra được viên bi khoảng 8 mm. Chúng tôi đánh giá đây là một ca lâm sàng chấn thương do ná bắn, dị vật hốc mắt lớn, ở vị trí phức tạp, hiếm gặp trong y văn thế giới, đã phẫu thuật kịp lúc, tránh được cho bệnh nhân bị nhãn viêm giao cảm. Sau 15 ngày nhập viện điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.

Theo các tác giả, việc lập kế hoạch phẫu thuật dựa trên nhiều khía cạnh bao gồm bản chất của dị vật (vô cơ hoặc hữu cơ, mức độ dung nạp của cơ thể với dị vật), vị trí của dị vật (nằm phía trước hay sau hốc mắt), và các biến chứng đi kèm gây ra bởi dị vật (chèn ép thần kinh thị,

nhiễm trùng, tổn thương cơ vận nhãn)10. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, dị vật bằng kim loại nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác, kích thước lớn khoảng 8mm, việc phẫu thuật lấy dị vật nhằm giảm thiểu các rủi ro liên quan đến viêm xoang và đường dò, gây ra biến chứng viêm tổ chức hốc mắt hoặc nặng nề hơn là viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương có thể xảy ra về sau.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các chấn thương xuyên nhãn cầu đều để lại dị vật, do đó thái độ nghi ngờ là điều cần thiết trong chẩn đoán phát hiện. Tất cả bệnh nhân có dị vật hốc mắt đều cần tiêm huyết thanh kháng độc tố uốn ván và điều trị với kháng sinh phổ rộng. Trường hợp dị vật hữu cơ, điều trị kháng nấm theo kinh nghiệm được chấp thuận. Việc khai thác bệnh sử, cơ chế chấn thương và kết hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong đó CT Scan hốc mắt là đầu tay giúp phát hiện, định vị, hỗ trợ trong việc điều trị lấy dị vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Finkelstein M, Legmann A, Rubin PAD.** Projectile metallic foreign bodies in the orbit. A retrospective study of epidemiologic factors, management, and outcomes. *Ophthalmology* 1997;104:96–103.
- Leal FAM, Silva e Filho AP, Neiva DM, Learth JCS, Silveira DB.** Trauma ocular ocupacional por corpo estranho superficial. *Arq Bras Oftalmol.* 2003;66(1):57-60.
- Fulcher TP, McNab AA, Sullivan TJ.** Clinical features and management of intraorbital foreign bodies. *Ophthalmology.* 2002;109:494–500.
- Green BF, Kraft SP, Carter KD, Buncic JR, Nerad JA, Armstrong D:** Intraorbital wood: detection by magnetic resonance imaging. *Ophthalmology* 1990, 97:608-611
- A. Al-Mujaini, R. Al-Senawi, A. Ganesh, S. Al-Zuhaibi, and H. Al-Dhuhli,** "Intraorbital foreign body: clinical presentation, radiological appearance and management," *Sultan Qaboos University Medical Journal*, vol. 8, no. 1, pp. 69–74, 2008.
- A. B. Callahan and M. K. Yoon,** "Intraorbital foreign bodies: retrospective chart review and review of literature," *International Ophthalmology Clinics*, vol. 53, no. 4, pp. 157–165, 2013.
- O. O. Adesanya and D. M. Dawkins,** "Intraorbital wooden foreign body (IOFB): mimicking air on CT," *Emergency Radiology*, vol. 14, no. 1, pp. 45–49, 2007.
- Holmes PJ, Miller JR, Gutta R, Louis PJ** (2005) Intraoperative imaging techniques: a guide to retrieval of foreign bodies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 100:614–618
- Pattamapaspong N, Srisuwan T, Sivasomboon C et al** (2013) Accuracy of radiography, computed tomography and magnetic resonance imaging in diagnosing foreign bodies in the foot. *Radiol Med* 118:303–310.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2023-2024

Nguyễn Quang Dũng¹, Nguyễn Thị Huyền²,
Nguyễn Thị Vân Anh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Người bệnh bệnh thận mạn bị suy dinh dưỡng (SDD) vừa là nguy cơ và vừa là yếu tố tiên lượng của bệnh tật và tử vong. Tỷ lệ tử vong hàng năm ước tính khoảng 10-15%, tỷ lệ này tăng lên 30% ở những người bệnh lọc máu chu kỳ (LMCK) bị SDD [5]. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng là bước đầu tiên để xác định các yếu tố có liên quan đến nguyên nhân SDD. Điều này rất cần thiết vì bước tiếp theo của việc phòng ngừa hoặc điều trị SDD phụ thuộc vào các yếu tố đã được xác định và sắp xếp các chiến lược can thiệp dinh dưỡng hiệu quả. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2023-2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 13,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA-DMS là 75,9%. Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tuổi, trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh thận mạn, thời gian lọc máu của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$). **Kết luận:** Cần đánh giá và theo dõi thường xuyên hơn tình trạng dinh dưỡng nhóm người bệnh này để xác định được nguyên nhân suy dinh dưỡng nhằm có kế hoạch can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, lọc máu chu kỳ, yếu tố liên quan, SGA-DMS.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ON HEMODIALYSIS AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL DURING 2023-2024

Patients with chronic kidney disease who suffer from malnutrition are both at risk and prognostic factors for morbidity and mortality. The annual mortality rate is estimated at 10-15%, increasing to 30% in malnourished hemodialysis patients. [5]. Assessing nutritional status is the first step in identifying factors related to the cause of malnutrition. This is crucial because the next step in preventing or treating malnutrition depends on the identified factors and on arranging effective nutritional intervention strategies. **Objectives:** Assess nutritional status and

identify some related factors in patients with end-stage chronic kidney disease on hemodialysis during 2023-2024. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of malnutrition according to BMI was 13,9%. The rate of malnutrition according to SGA-DMS was 75,9%. There was a relationship between nutritional status with age, education level, duration of chronic kidney disease, dialysis time of the patients ($p < 0.05$). **Conclusion:** It is necessary to more frequently evaluate and monitor the nutritional status of this patient group to determine the cause of malnutrition to have an appropriate intervention plan.

Keywords: Malnutrition; Hemodialysis; Related factors; SGA-DMS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh bệnh thận mạn bị suy dinh dưỡng (SDD) vừa là nguy cơ và vừa là yếu tố tiên lượng của bệnh tật và tử vong. Tỷ lệ tử vong hàng năm ước tính khoảng 10-15%, tỷ lệ này tăng lên 30% ở những người bệnh lọc máu chu kỳ (LMCK) bị SDD [5]. Ở nhóm người bệnh này dễ bị thiếu năng lượng - protein (Protein Energy Wasting) là do giảm hấp thu chất dinh dưỡng, kém ăn hoặc tăng dị hóa protein do nhiễm toan chuyển hóa, cường cận giáp, kháng insulin và viêm. Trong bất kỳ điều kiện nào, SDD mức độ từ trung bình đến nặng đều gây ra giảm trọng lượng cơ thể và thay đổi thành phần cơ thể. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng là bước đầu tiên để xác định các yếu tố có liên quan đến nguyên nhân SDD. Điều này rất cần thiết vì bước tiếp theo của việc phòng ngừa hoặc điều trị SDD phụ thuộc vào các yếu tố đã được xác định và sắp xếp các chiến lược can thiệp dinh dưỡng hiệu quả. Nghiên cứu của tác giả Lưu Xuân Ninh năm 2021 cho kết quả có tới 75,5% người bệnh LMCK bị SDD theo công cụ đánh giá tổng thể chủ quan toàn diện – điểm rối loạn dinh dưỡng lọc máu - Subjective Global Assessment – Dialysis Malnutrition Score (SGA-DMS) [2].

Phương pháp LMCK khá phổ biến. Người bệnh bệnh thận mạn điều trị LMCK dễ bị SDD do tình trạng bệnh lý mạn tính kéo dài, áp dụng chế độ ăn nghiêm ngặt, chế độ ăn kiêng khem quá mức ảnh hưởng đến toàn trạng của người bệnh. Chính điều này cũng ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng sống đối với từng người bệnh. Quản lý dinh dưỡng ở người bệnh LMCK là một yếu tố

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền

Email: nthuyen410@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024