

trị và chương trình quản lý kháng sinh phù hợp để gia tăng hiệu quả điều trị trên bệnh nhân đồng thời giảm tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã khảo sát được đặc điểm vi sinh của các chủng *P.aeruginosa* gây viêm phổi tại Trung tâm Hồi sức Tích cực – Bệnh viện Bạch Mai, với tỷ lệ kháng carbapenem cao, tuy nhiên vẫn còn nhạy cảm với các kháng sinh ceftazidim/avibactam, ceftolozan/ tazobactam. Các chủng *P.aeruginosa* kháng thuốc khó điều trị chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **P. H. Nhung and N. T. Linh**, "Nhiễm trùng do các trực khuẩn Gram âm thường gặp tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai năm 2023," Tạp chí Nghiên cứu Y học, vol. 178, no. 5, pp. 43–51, Jun. 2024, doi: 10.52852/tcnyh.v178i5.2401.
2. **CDC**, "Antibiotic resistance threats in the United

- States, 2019," Atlanta, Georgia, Nov. 2019. doi: 10.15620/cdc:82532.
3. **E. Tacconelli, E. Carrara, A. Savoldi, D. Kattula, and F. Burkert**, "global priority list of antibiotic-resistant bacteria to guide research, discovery, and development of new antibiotics." [Online]. Available: <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>
4. **L. B. Rice**, "Federal Funding for the Study of Antimicrobial Resistance in Nosocomial Pathogens: No ESCAPE," J Infect Dis, vol. 197, no. 8, pp. 1079–1081, Apr. 2008, doi: 10.1086/ 533452.
5. **H. T. Lê**, "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc," Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 541, no. 2, Aug. 2024, doi: 10.51298/vmj.v541i2.10755.
6. **A.-P. Magiorakos et al.**, "Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance," Clinical Microbiology and Infection, vol. 18, no. 3, pp. 268–281, Mar. 2012, doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03570.x.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2022

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Lê Thị Thu Hà¹, Vũ Thị Thúy Mùi¹,
Nguyễn Mai Hương¹, Nguyễn Thị Hà¹, Nguyễn Thị Kim Loan¹,
Nguyễn Thị Huyền¹, Phạm Hoàng Chung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ sau giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện E năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp giáo dục có so sánh trước sau trên 90 người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận Tiết niệu và lọc máu tại Bệnh viện E từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2022. Tư vấn trực tiếp, nhóm nhỏ từ 7 - 10 người bệnh, nội dung tư vấn dựa trên hướng dẫn của CDC Hoa Kỳ, hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hướng dẫn của Viện dinh dưỡng Quốc gia. Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh thận KDQOL-SFTM phiên bản 1.3 bản tiếng Việt có độ tin cậy với hệ số Cronbach alpha 0,90 trước khi áp dụng cho nghiên cứu này. **Kết quả:** Với phổ điểm từ 0 - 100 điểm, điểm ở các lĩnh vực đánh giá đều tăng lên so với trước can thiệp; cụ thể điểm trung bình chất lượng cuộc sống SF36 là 40,13 ± 18,75; sau can thiệp 1 tháng, tăng lên 43,75 ± 17,03, sau can thiệp 3 tháng, tăng lên 50,80 ± 16,80. Điểm

các vấn đề bệnh thận trước can thiệp là 55,51 ± 20,09 tăng lên 58,90 ± 8,60 sau 1 tháng can thiệp và tăng lên 59,67 ± 10,03 sau 3 tháng can thiệp. Điểm chất lượng cuộc sống chung của người bệnh trước can thiệp là 48,85 ± 14,01, tăng lên 51,82 ± 11,62 sau can thiệp 1 tháng và tăng lên 58,70 ± 12,50 sau can thiệp 3 tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Chương trình giáo dục sức khỏe đã góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Chạy thận nhân tạo chu kỳ, chất lượng cuộc sống, người bệnh.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF REGULAR HEMODIALYSIS PATIENTS AFTER THE HEALTH EDUCATION IN E HOSPITAL IN 2020

Objective: To assess changes in the quality of life of regular hemodialysis patients in E Hospital in 2020 after health education. **Method:** An educational intervention was implemented in 90 patients with regular hemodialysis at the Department of Nephrology, E Hospital from December 2019 to April 2020. Direct consultations for small groups of 7-10 patients were applied, the counseling contents based on the guidelines of the US CDC, guidelines of the World Health Organization, guidelines of the National Institute of Nutrition were applied for educating patients. The KDQOL-SFTM version 1.3 in Vietnamese

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: toanhuongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

language was used to measure with Cronbach alpha coefficient of 0,90. **Results:** Within a band score from 0 - 100 points, scores in the evaluation domains all increased compared to results before the intervention; specifically, the SF36 average quality of life score which was $40,13 \pm 18,75$; 1 month after intervention, it was increased to $43,75 \pm 17,03$, after 3 months, it increased to $50,80 \pm 16,80$. Before the intervention, kidney problems criterium scored $54,91 \pm 21,69$. It increased to $58,90 \pm 8,60$ after 1 month of intervention and $59,67 \pm 10,03$ after 3 months of intervention. The overall quality of life score of patients before intervention was $48,85 \pm 14,01$, increased to $51,82 \pm 11,62$ one month after intervention and increased to $58,70 \pm 12,50$ after 3 months of intervention (the differences were significant with p values of 0,001). **Conclusion:** The health education programs improved the quality of life of regular hemodialysis patients.

Keywords: Hemodialysis, quality of life, patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rất nhiều biến chứng có thể xảy ra trong quá trình lọc máu cùng với biến chứng của bệnh thận giai đoạn cuối làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh. Chỉ có 35% người bệnh chạy thận nhân tạo còn sống sau 5 năm điều trị. Bên cạnh đó, quá trình chạy thận nhân tạo còn gây ra nhiều vấn đề và nhu cầu không thể đáp ứng ở người bệnh. Điều này ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo và tăng gánh nặng cho quá trình chăm sóc.

Tại Việt Nam có một vài nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ khá thấp [1] nhưng chưa có nhiều nghiên cứu nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện E năm 2020 sau giáo dục sức khỏe.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 90 người bệnh đang chạy thận nhân tạo chu kỳ tối thiểu 3 tháng tại Bệnh viện E, từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020. Người bệnh từ 18-79 tuổi có khả năng tiếp nhận, trả lời các câu hỏi và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp đánh giá trước sau trên một nhóm nghiên cứu không có đối chứng; tại các thời điểm T1: trước can thiệp; T2: sau can thiệp giáo dục 1 tháng và T3: sau can thiệp giáo dục 3 tháng.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu: Thuận tiện

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn ngẫu nhiên 15 người bệnh/ca lọc máu của 6 ca

lọc máu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn mẫu, số người bệnh này được tham gia đầy đủ chương trình can thiệp, đánh giá sau 1 tháng can thiệp và đánh giá sau 3 tháng can thiệp.

2.4. Công cụ nghiên cứu. Sử dụng bản dịch tiếng Việt Bộ công cụ KDQOL-SFTM 1.3 (Kidney Disease Quality of Life Short Form - Chất lượng cuộc sống bệnh thận dạng ngắn phiên bản 1.3) đã được Lê Thị Huyền dùng trong nghiên cứu đánh giá CLCS người bệnh suy thận mạn tại Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba, Đồng Hới năm 2016 [3].

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đối với số liệu có phân phối chuẩn sử dụng Paired-Samples T Test để so sánh 2 giá trị trung bình tại thời điểm trước và sau can thiệp 1 tháng, trước và sau can thiệp 3 tháng.

- Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống theo SF36

Bảng 3.1. Chất lượng cuộc sống lĩnh vực sức khỏe thể chất tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Sức khỏe thể chất	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean \pm SD)			p (t-test)
	T1	T2	T3	
Sức khỏe liên quan đến hoạt động thể chất	43,44 \pm 20,34	43,00 \pm 18,26	49,17 \pm 20,14	p ₂₋₁ :0,538 p ₃₋₁ :0,000
Hạn chế vai trò của thể chất	27,78 \pm 39,39	36,67 \pm 29,32	55,83 \pm 25,71	p ₂₋₁ :0,003 p ₃₋₁ :0,000
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn	44,36 \pm 27,55	47,83 \pm 26,38	51,56 \pm 27,01	p ₂₋₁ :0,006 p ₃₋₁ :0,000
Tự đánh giá sức khỏe tổng quát	12,83 \pm 14,63	10,28 \pm 9,93	17,28 \pm 12,88	p ₂₋₁ :0,002 p ₃₋₁ :0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm số lĩnh vực hạn chế vai trò thể chất và lĩnh vực sức khỏe liên quan đến cảm nhận đau đớn sau can thiệp cao hơn so với trước can thiệp với $p < 0,05$. Lĩnh vực tự đánh giá sức khỏe tổng quát sau can thiệp thấp hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số của 4 lĩnh vực sức khỏe thể chất đều tăng so với trước can thiệp với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Thay đổi điểm số các lĩnh vực

liên quan đến sức khỏe tinh thần tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Sức khỏe tinh thần	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p
	T1	T2	T3	
Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	55,29 ± 23,90	61,78 ± 16,08	65,91 ± 17,09	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	46,30 ± 47,06	49,26 ± 43,91	67,41 ± 29,97	p ₂₋₁ :0,073 p ₃₋₁ :0,000
Hạn chế do vai trò của tinh thần	64,72 ± 29,30	68,89 ± 24,59	70,00 ± 24,35	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
Sức khỏe tâm thần tổng quát	42,83 ± 21,15	47,89 ± 16,23	53,67 ± 16,82	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm số sức khỏe sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống, hạn chế vai trò của tinh thần và sức khỏe tâm thần tổng quát đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số 4 lĩnh vực sức khỏe tâm thần đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.3. Thay đổi chất lượng cuộc sống theo SF-36 tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Lĩnh vực	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			P
	T1	T2	T3	
SKTC	32,10 ± 18,54	34,44 ± 15,21	43,46 ± 17,63	p ₂₋₁ :0,007 p ₃₋₁ :0,000
SKTT	52,29 ± 23,40	56,95 ± 19,41	64,25 ± 17,78	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
SF-36	40,13 ± 18,75	43,75 ± 17,03	50,80 ± 16,80	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, điểm SF-36 cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, điểm SF-36 cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.2. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống các vấn đề bệnh thận

Bảng 3.4. Thay đổi điểm số các lĩnh vực liên quan đến vấn đề bệnh thận tại các thời điểm đánh giá (n=90)

Vấn đề bệnh thận	Điểm chất lượng cuộc sống (Mean ± SD)			p
	T1	T2	T3	
Các triệu chứng	57,15 ± 17,27	65,51 ± 16,17	71,13 ± 14,95	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000

Anh hưởng của bệnh thận	51,42 ± 18,63	50,69 ± 14,72	54,51 ± 15,74	p ₂₋₁ :0,33 p ₃₋₁ :0,006
Gánh nặng của bệnh thận	20,83 ± 14,78	15,49 ± 11,33	18,47 ± 11,92	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,071
Tình trạng công việc	12,78 ± 26,56	12,78 ± 26,56	12,22 ± 25,21	p ₃₋₁ :0,32
Chức năng nhận thức	69,93 ± 27,84	73,56 ± 23,91	74,52 ± 23,56	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
Chức năng tương tác xã hội	73,70 ± 24,16	76,44 ± 20,58	77,48 ± 20,45	p ₂₋₁ :0,002 p ₃₋₁ :0,006
Chức năng tình dục	41,81 ± 36,02	41,07 ± 32,96	38,79 ± 35,09	p ₂₋₁ :0,449 p ₃₋₁ :0,165
Giấc ngủ	37,89 ± 22,10	43,42 ± 19,16	45,11 ± 20,91	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
Hỗ trợ xã hội	64,44 ± 14,61	66,66 ± 12,98	65,55 ± 13,87	p ₂₋₁ :0,039 p ₃₋₁ :0,276
Sự hỗ trợ của nhân viên lọc máu	94,72 ± 15,45	98,33 ± 5,98	98,75 ± 4,98	p ₂₋₁ :0,001 p ₃₋₁ :0,001
Sự hài lòng của người bệnh	70,56 ± 21,64	81,85 ± 15,33	85,56 ± 14,18	p ₂₋₁ :0,000 p ₃₋₁ :0,000
Vấn đề của bệnh thận	54,92 ± 11,38	58,90 ± 8,60	59,67 ± 10,03	p ₂₋₁ :0,000 p:0,000

Sau can thiệp 1 tháng: Điểm số gánh nặng bệnh thận giảm so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Điểm số tình trạng công việc không thay đổi so với trước can thiệp. Các lĩnh vực còn lại điểm số đều cao hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm số các lĩnh vực còn lại đều cao hơn so với trước can thiệp, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Điểm trung bình các vấn đề bệnh thận tăng từ 54,92 ± 11,38 lên 58,90 ± 8,60 sau 1 tháng can thiệp, sau 3 tháng can thiệp tăng lên 59,67 ± 10,03 với p < 0,001.

3.3. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống chung

Bảng 3.5. Thay đổi điểm chất lượng cuộc sống chung (n=90)

Thời điểm đánh giá	Điểm trung bình (Mean ± SD)	Khoảng tin cậy (99%)	P (t-test)
Trước can thiệp (T1)	48,85 ± 14,01		
Sau can thiệp 1 tháng (T2)	51,82 ± 11,62	2,10 - 4,42	p ₂₋₁ =0,000
Sau can thiệp 3 tháng (T3)	58,70 ± 12,50	6,30 - 10,11	p ₃₋₁ =0,000

Sau can thiệp 1 tháng, điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tăng là 3,26 với khoảng tin cậy (CI 99%) 2,10 - 4,42 có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Sau can thiệp 3 tháng, điểm chất lượng cuộc

sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tăng 8,20 với khoảng tin cậy (CI 99%) 6,30 - 10,11 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống SF36. Như vậy ở bảng 3.1 và bảng 3.2, sự thay đổi điểm số 8 lĩnh vực của CLCS SF-36 ở thời điểm 1 tháng sau can thiệp giáo dục sức khỏe cho thấy có 3/8 lĩnh vực chưa có sự cải thiện điểm số, có thể do thời gian sau can thiệp quá ngắn chưa đủ để việc thay đổi hành vi có tác động hoặc người bệnh chưa có sự thay đổi hành vi sau khi được giáo dục sức khỏe. Tuy 3 tháng sau can thiệp tất cả các điểm số của 8 lĩnh vực đều được cải thiện ($p < 0,001$). Điều này cho thấy, chương trình can thiệp giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi có hiệu quả trong việc nâng cao điểm số tất cả các lĩnh vực của CLCS chung SF-36.

Chương trình can thiệp bằng giáo dục sức khỏe đã được áp dụng trong một số nghiên cứu và cũng đạt được một số kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Bakarman, M. A và cộng sự (2019) [7] đã áp dụng chương trình giáo dục sức khỏe bao gồm các nội dung về bệnh thận mạn tính, thận nhân tạo là gì, cách tuân thủ điều trị trong chạy thận nhân tạo chu kỳ, chế độ dinh dưỡng, chăm sóc cầu tay và hạn chế chất lỏng. Kết quả đánh giá sau 2 tháng can thiệp, cả 8 lĩnh vực của CLCS SF-36 đều được cải thiện điểm số so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$).

Ở bảng 3.3, điểm trung bình chất lượng cuộc sống SF36 sau can thiệp 1 tháng tăng từ $42,19 \pm 19,75$ lên $45,70 \pm 16,01$ và sau 3 tháng tăng lên $53,85 \pm 16,84$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này cho thấy hiệu quả của can thiệp bằng giáo dục sức khỏe trong nghiên cứu của chúng tôi đã giúp nâng cao chất lượng cuộc sống chung SF-36. Thay đổi điểm số CLCS SF36 trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Borji M và cộng sự điểm SF36 của nhóm can thiệp bằng hướng dẫn biện pháp tự chăm sóc sau 1 tháng tăng từ $54,75 \pm 14,31$ lên $58,84 \pm 15,55$ và sau 2 tháng là $65,54 \pm 17$ [7].

4.2. Thay đổi điểm số các vấn đề bệnh thận. Đối với lĩnh vực ảnh hưởng của bệnh thận, sau 1 tháng can thiệp điểm số giảm so với trước can thiệp ($54,92 \pm 11,38$ so với $58,90 \pm 8,60$) tuy nhiên, sau 3 tháng can thiệp, điểm số ảnh hưởng của bệnh thận đã tăng từ $59,90 \pm 8,60$ lên $59,67 \pm 10,03$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.4).

Có 3 lĩnh vực không được cải thiện điểm số sau 1 tháng và sau 3 tháng can thiệp đó là gánh

nặng bệnh thận, tình trạng công việc và chức năng tình dục. Điểm số gánh nặng bệnh thận không cải thiện thậm chí có xu hướng giảm, điều này cũng có thể do tình trạng công việc và hỗ trợ xã hội không được cải thiện, trong khi đó theo Alexopoulou M và cộng sự có 64% người bệnh chạy thận nhân tạo cần sự giúp đỡ của người khác trong các hoạt động hàng ngày [8]

4.3. Thay đổi điểm số chất lượng cuộc sống của người bệnh thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hemmati M.M và cs về tác động của chương trình giáo dục sức khỏe đến chất lượng cuộc sống của người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ. Nghiên cứu của Ghadam M.S và cộng sự (2015) cũng đã cho thấy hiệu quả của giáo dục sức khỏe tự chăm sóc trong việc nâng cao điểm số chất lượng cuộc sống cho người bệnh, cải thiện chức năng của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh có lọc máu chu kỳ trước chương trình giáo dục sức khỏe còn thấp với điểm số chất lượng cuộc sống chung là $48,85 \pm 14,01$ điểm. Chương trình can thiệp giáo dục đã cải thiện có ý nghĩa chất lượng cuộc sống của người bệnh với điểm số chất lượng cuộc sống sau 1 tháng kể từ khi kết thúc chương trình là $51,82 \pm 11,62$ điểm và tiếp tục tăng lên đạt $58,70 \pm 12,50$ điểm sau kết thúc chương trình 3 tháng ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy giáo dục sức khỏe hỗ trợ người bệnh đã có tác dụng nhất định trong cải thiện chất lượng cuộc sống và cần được duy trì thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Duy Cường và Phạm Đăng Thuận** (2014). Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm gan ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đại học y Thái Bình. Y học thực hành, 905(2), tr. 8587.
- Lê Thị Huyền** (2016). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cu Ba Đông Hới năm 2016. Khoa học điều dưỡng, 1(2), tr. 58-65.
- Nguyễn Hoàng Lan và Phú Văn Hưng** (2016). Chi phí điều trị bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quận Thủ Đức. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 6(4), tr. 34-40.
- Lê Việt Thắng** (2012). Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ. Tạp chí Y- Dược học Quân sự, 1, tr. 110-115.
- Abraham Suja, Venu Anju, Ramachandran Anju và cộng sự** (2012). Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling. Saudi Journal of Kidney Diseases

and Transplantation, 23(5), tr. 953-957.
 6. **Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E và cộng sự** (2016). The effect of perceived social support on hemodialysis patients' quality of life. *Mater Sociomed*, 28(5), tr. 338-342.
 7. **Alikari V, Tsironi M, Matziou V và cộng sự** (2019). The impact of education on knowledge,

adherence and quality of life among patients on haemodialysis. *Qual Life Res*, 28(1), tr. 73-83.
 8. **Bakarman M. A, Felimban M. K, Atta M. M và cộng sự** (2019). The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 40(1), tr. 66-71.

BỆNH CASTLEMAN VÔ CĂN: BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU LẠI Y VẤN

Trần Thị Kim Phượng¹, Trương Quang Anh¹, Lê Phong Thu¹,
 Nguyễn Quang Hưng², Trần Hữu Hiệu²,
 Phạm Tuấn Anh², Hứa Thị Giang²

TÓM TẮT

Bệnh Castleman (CD) là bệnh tăng sản hạch lympho lành tính hiếm gặp được mô tả lần đầu tiên bởi Benjamin Castleman vào những năm 1950. Bệnh đặc trưng bởi tăng số lượng nang lympho với sự thoái triển trung tâm mầm và sự tăng sinh mao mạch rõ rệt, bao gồm tăng sản nội mô nang và giữa nang. Năm 1972, Keller và cộng sự đã phân loại bệnh Castleman thành hai loại: (1) thể mạch máu - hyalin hóa và (2) thể tương bào. CD được chia thành CD đơn tâm (Unicentric Castlesman disease - UCD), huyết và CD đa tâm (Multicentric castleman disease - MCD). MCD bao gồm MCD liên quan đến HHV-8 và MCD vô căn (idiopathic MCD - iMCD). iMCD được phân loại theo kiểu hình, iMCD-TAFRO và iMCD không xác định rõ (iMCD-NOS). Biểu hiện lâm sàng của bệnh Castleman rất đa dạng và không đặc trưng gây khó khăn trong vấn đề chẩn đoán trước khi có mô bệnh học. Trong bài này, chúng tôi báo cáo 2 ca bệnh iMCD. Ca bệnh thứ nhất là bệnh nhân nữ 40 tuổi ban đầu biểu hiện đau nửa đầu trái, nuốt vướng, có hội chứng B, sau đó chụp CLVT có u khoang cảnh bên trái và hạch cổ vào viện được mổ sinh thiết hạch cổ. Ca bệnh thứ hai là bệnh nhân nữ 65 tuổi với biểu hiện ho và mẩn ngứa dai dẳng kèm theo có hạch cổ, nách, bẹn và được sinh thiết hạch bẹn. Kết luận: iMCD hiếm gặp và là một thách thức lớn trong y khoa với bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, nhiều chẩn đoán phân biệt. Sinh thiết đầy đủ hạch và mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán. Các đặc điểm xét nghiệm cùng với chẩn đoán hình ảnh sẽ giúp phân loại bệnh.

Từ khoá: Bệnh Castleman, hạch lympho, tăng sản hạch lympho, virus herpes ở người 8.

SUMMARY

IDIOPATHIC MULTICENTRIC CASTLEMAN

¹Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Phượng

Email: tranthikimphuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

DISEASE: TWO CASE REPORTS AND RETROSPECTIVE MEDICAL LITERATURE

Castleman disease (CD) is a rare benign lymph node hyperplasia first described by Benjamin Castleman in the 1950s. CD is characterized by increased numbers of lymphoid follicles with germinal center regression and marked capillary proliferation, including intrafollicular and midfollicular hyperplasia. In 1972, Keller and colleagues classified histopathology Castleman's disease into two types: (1) Hyaline-vascular type and (2) plasma-cell type. Clinically, CD is divided into Unicentric Castleman disease (UCD) and Multicentric Castleman disease (MCD). MCD includes HHV-8-associated MCD and idiopathic MCD (iMCD). iMCD is subclassified into iMCD-TAFRO and iMCD-not otherwise specified (iMCD-NOS). The clinical manifestations of Castleman disease are diverse and non-characteristic, which makes it difficult to diagnose before there is histopathology. In this article, we report 2 iMCD cases. The first case was a 40-year-old female patient who initially showed left migraine, dysphagia and "B symptoms". After she had CT scanning, tumor in left carotid space and neck lymph nodes were seen. Then she was admitted to the hospital for cervical lymph node biopsy. The second case was a 65-year-old female patient with persistent cough and rash accompanied with cervical, axillary, inguinal lymph nodes and underwent an inguinal lymph node biopsy. Conclusion: iMCD is a major challenge in medicine with its complex clinical features and many differential diagnoses. Excisional lymph nodes biopsy and histopathology is the gold standard for accurate diagnosis. The laboratory test and diagnostic imaging will help to sub-classify the disease.

Keywords: Castleman disease, lymph nodes, lymphocyte hyperplasia, human herpes virus 8.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Castleman (CD) là bệnh tăng sản hạch lympho lành tính hiếm gặp, có chung các đặc điểm bệnh lý học đặc trưng nhưng có nhiều nguyên nhân, biểu hiện, phương pháp điều trị và kết quả điều trị khác nhau. CD lần đầu tiên được Benjamin Castleman mô tả vào những năm 1950