

7. van Es N, Sturk A, Middeldorp S, Nieuwland R. Effects of Cancer on Platelets. *Seminars in Oncology*. 2014;41(3):311-318. doi:10.1053/j.seminoncol.2014.04.015
8. Bailey SER, Ukoumunne OC, Shephard E, Hamilton W. How useful is thrombocytosis in predicting an underlying cancer in primary care? a systematic review. *Family Practice*. 2017;34(1):4-10. doi:10.1093/fampra/cmz100
9. Detopoulou P, Panoutsopoulos GI, Mantoglou M, et al. Relation of Mean Platelet Volume (MPV) with Cancer: A Systematic Review with a Focus on Disease Outcome on Twelve Types of Cancer. *Curr Oncol*. 2023;30(3):3391-3420. doi:10.3390/curroncol30030258
10. Tavakkoli M, Wilkins CR, Mones JV, Mauro MJ. A Novel Paradigm Between Leukocytosis, G-CSF Secretion, Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio, Myeloid-Derived Suppressor Cells, and Prognosis in Non-small Cell Lung Cancer. *Front Oncol*. 2019;9:295. doi:10.3389/fonc.2019.00295

ĐẶC ĐIỂM THIẾU DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Nguyễn Thị Mai Ly¹, Nguyễn Thị Thanh¹, Nguyễn Thị Hiền Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá tình trạng thiếu dưỡng và mối liên quan với thời gian lọc máu ở bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh trên ba nhóm: Nhóm lọc máu (LM) gồm 100 BN BTMT đang LM chu kỳ, nhóm chưa lọc máu (chưa LM) gồm 20 BN BTMT có chỉ định LM và nhóm khỏe mạnh (KM) gồm 50 người. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu ở BN BTMT là 99%. Có xu hướng giảm dần các chỉ số hồng cầu và tăng mức độ thiếu máu ở BN đã LM. Mức độ thiếu máu có xu hướng tăng dần theo thời gian lọc máu. Nồng độ albumin huyết tương giảm theo tuổi, và thấp nhất ở nhóm tuổi >60 tuổi ($p=0.001$). **Kết luận:** Thiếu máu xảy ra thường xuyên ở BN BTMT giai đoạn cuối, và có xu hướng nặng hơn khi thời gian LM kéo dài. Cần chú trọng vấn đề dinh dưỡng cho BN BTMT, nhất là đối tượng có LM. **Từ khóa:** Thiếu dưỡng, lọc máu chu kỳ, bệnh thận mạn tính, thiếu máu, BTMT

SUMMARY

THE MALNUTRITION OF THE PATIENTS WITH END-STATE CHRONIC KIDNEY PATIENTS

Objectives: To evaluate the status of malnutrition in patients with end-stage chronic kidney disease (CKD) and its association with dialysis duration. **Methods:** A descriptive cross-sectional study comparing three groups: the dialysis group (100 CKD patients undergoing maintenance hemodialysis, the pre-dialysis group (20 CKD patients indicated for dialysis but not yet undergoing treatment), and the healthy control group (50 individuals). **Results:** The anemia rate in end-stage chronic kidney disease (CKD) patients was 99%. There was a decreasing trend in red blood cell indices and an increasing severity of anemia in patients undergoing

hemodialysis. The degree of anemia showed a tendency to worsen over time with dialysis. Plasma albumin levels decreased with age, with the lowest levels observed in the >60-year-old group ($p=0.001$). **Conclusion:** Anemia is a frequent condition in end-stage CKD patients and tends to worsen with prolonged dialysis. Emphasis should be placed on nutritional management for CKD patients, particularly those undergoing hemodialysis.

Keywords: Malnutrition, hemodialysis, chronic kidney disease, anemia, BTMT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) đã và đang là một gánh nặng sức khỏe lớn trên toàn cầu. Tỷ lệ mắc BTMT ở người lớn trên thế giới ước tính 10.4% ở nam và 11.8% ở nữ [1]. Tỷ lệ mắc BTMT và tỷ lệ BTMT giai đoạn cuối tăng nhanh trên thế giới, là gánh nặng kinh tế gia tăng cho cộng đồng và kinh tế xã hội [1, 2]. Tỷ lệ mắc bệnh ở các nước có thu nhập bình quân thấp và trung bình (khoảng 10.6% - 12.5%) cao hơn so với nước có thu nhập bình quân cao (khoảng 9.6% - 11.1%) [1]. Ước tính toàn cầu có 225.7 triệu nam và 271.8 triệu nữ giới trưởng thành mắc BTMT các giai đoạn [1]. BTMT gây ra khoảng 5 đến 10 triệu ca tử vong hằng năm, và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 19 trên toàn cầu [1]. BN BTMT nếu không điều trị có nguy cơ tử vong sau vài tuần do tích tụ độc tố. Nếu được điều trị nhưng không sử dụng phương pháp thay thế thận, thời gian sống trung bình từ 6-24 tháng. Trong khi đó, điều trị thay thế bằng lọc máu (LM)/lọc màng bụng hay ghép thận kéo dài đáng kể tiên lượng bệnh và tăng cao tỷ lệ sống của bệnh nhân [2]. Tỷ lệ sống của bệnh nhân ghép sau một, ba, năm và mười năm lần lượt là 91,27%, 86,46%, 81,17% và 78,15% [2]. Chức năng thận và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là tiêu chí hàng đầu trong đánh giá

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly
Email: dr.nguyenmaily@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025
Ngày duyệt bài: 19.6.2025

hiệu quả điều trị BTMT. Bên cạnh liệu pháp điều trị thay thế, nhiều yếu tố tác động đến tiên lượng của BTMT, trong đó có dinh dưỡng của bệnh nhân. Hơn nữa, bên cạnh sự cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh nhờ hiệu quả điều trị thay thế thận, việc điều trị BN BTMT rất khó khăn và tốn kém, và phải kết hợp kiểm soát đa nhân tố để cải thiện tiên lượng, kéo dài thời gian sống và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

Thận đảm nhận nhiều chức năng sinh lý quan trọng, trong đó có sản xuất erythropoietin – là chất cần thiết trong quá trình biệt hóa hồng cầu tại tủy xương. Vì thế, thiếu máu là một trong những hệ quả phổ biến nhất của suy chức năng thận [3]. Thiếu máu ở BN BTMT liên quan đến nhiều yếu tố như thiếu hụt erythropoietin, rối loạn điều hòa sắt, viêm mãn tính, rối loạn chức năng tủy xương và thiếu hụt dinh dưỡng [3]. Đồng thời, nhiễm độc dẫn đến mệt mỏi, chán ăn càng làm tăng nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng của BN BTMT. Mặc dù bệnh sinh và cơ chế của thiếu máu trong suy thận đã được nghiên cứu và có nhiều sáng tỏ, tình trạng thiếu máu vẫn là một thách thức lâm sàng nghiêm trọng ở nhóm bệnh nhân BTMT. Mức độ thiếu máu tương quan thuận với suy giảm chức năng thận. Thiếu máu làm tăng nguy cơ tử vong ở BN BTMT giai đoạn cuối [3]. Suy dinh dưỡng được xác định là một trong những vấn đề quan trọng ở BN BTMT do thúc đẩy tiến triển của bệnh, làm giảm chất lượng cuộc sống, làm kéo dài, tăng chi phí và thời gian điều trị của bệnh. Bên cạnh đó, đồng diễn của suy dinh dưỡng và viêm và/hoặc các bệnh lý tim mạch làm tăng tỷ lệ tử vong ở BN BTMT có LM [3]. Tại Mỹ có 50% số BN LM có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của suy dinh dưỡng [4]. Tình trạng dinh dưỡng có liên quan rất chặt chẽ với sự tiến triển của BN LM. Việc đánh giá và bổ sung dinh dưỡng kịp thời mang lại những tác động tích cực cho BN BTMT. Mặc dù không phải vấn đề mới, nhưng chế độ, thói quen dinh dưỡng của xã hội có thể thay đổi theo

thời gian. Vì vậy, cần cập nhật thường xuyên thực trạng dinh dưỡng của các BN BTMT, làm cơ sở xây dựng các chiến lược can thiệp dinh dưỡng chủ động cho BN BTMT. Nghiên cứu này cũng nhằm hướng đến cập nhật thực trạng thiếu máu ở BN BTMT và liên quan giữa thiếu máu và thời gian LM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh đối chứng được tiến hành tại Bệnh viện Quân y 103 từ 6/2024 đến 4/2025. Nghiên cứu trên 3 nhóm: Nhóm bệnh BTMT có lọc máu chu kỳ (LM) gồm 100 BN BTMT đang lọc máu chu kỳ tại khoa Thận và Lọc máu; Nhóm BTMT gồm 20 BN BTMT có chỉ định LM và nhập viện chuẩn bị LM; Nhóm chứng gồm 50 người đến Bệnh viện để kiểm tra sức khỏe định kỳ và không phát hiện bất thường sau một số thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Các đối tượng nghiên cứu được giải thích về nội dung, mục đích của nghiên cứu và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức Học viện Quân Y (Quyết định số 3549/QĐ - HVQY ngày 23/8/2024), được Bệnh viện Quân Y 103 cho phép thực hiện. Nghiên cứu không phát sinh kinh phí và gây bất kỳ tác động tiêu cực nào đến BN.

Thu thập số liệu và xử lý thống kê: Dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập qua bệnh án và phần mềm quản lý Bệnh viện. Các xét nghiệm sinh hóa và công thức máu ngoại vi được thực hiện tự động trên hệ thống xét nghiệm AU5800 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ) và máy xét nghiệm huyết học tự động SYSMEX XN1000 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ). Sự chính xác của kết quả xét nghiệm được đảm bảo bởi nội kiểm hàng ngày và ngoại kiểm hàng tháng. Xử lý số liệu thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 22.0. Dựa trên giá trị tham chiếu, đối tượng tham gia được chia nhóm "Giảm" và "Không giảm" chỉ số nghiên cứu (Bảng 1).

Bảng 1: Giá trị tham chiếu của các chỉ số nghiên cứu

Chỉ số	Tên tiếng Việt	Giá trị tham chiếu	
Red blood cell (RBC-T/L)	Số lượng hồng cầu	Nam: 4.2 – 5.4	
Hemoglobin (HGB-g/L)	Huyết sắc tố	Nam: 130 - 160 Nữ: 120 - 150	
		Nam: $100 \leq \text{HGB} < 130$ Nữ: $100 \leq \text{HGB} < 120$	Thiếu máu nhẹ
		$80 \leq \text{HGB} < 100$	Thiếu máu vừa
		$\text{HGB} < 80$	Thiếu máu nặng
Hematocrit (HCT- L/L)	Huyết cầu tố	Nam: 0.4 – 0.47 Nữ: 0.37 – 0.42	
Mean corpuscular volume	Thể tích hồng cầu trung	85 – 95	

(MCV-fL)	bình	
Mean corpuscular hemoglobin (MCH-pg)	Huyết sắc tố hồng cầu trung bình	28 – 32
Mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC-g/L)	Nồng độ huyết sắc tố hồng cầu trung bình	320 – 360
Protein (Pro-g/L)	Protein	66 – 83
Albumin (Alb-g/L)	Albumin	35 – 52

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

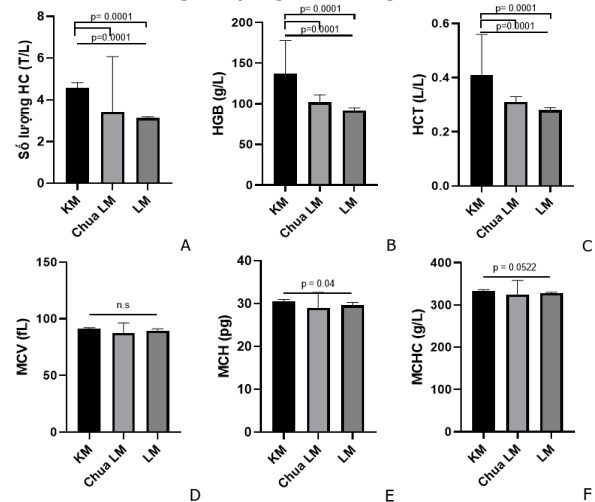
3.1. Đặc điểm tuổi và giới đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 100 BN BTMT có LM, 20 BN BTMT chưa LM và 50 người khỏe mạnh. Phân chia theo thời gian LM, nhóm lọc < 12 tháng có 22 BN, 12- 24 tháng có 27 BN; 24 đến 36 tháng có 29 BN và > 36 tháng có 22 BN. Phân tích không có sự khác biệt về tuổi giữa các nhóm nghiên cứu ($p=0.3789$). Phân tích phân bố giới tính giữa 3 nhóm nghiên cứu không chỉ ra sự khác biệt về phân bố giới tính ($p=0.209$). Như vậy, phân bố tuổi và giới tính tương đương giữa các nhóm nghiên cứu (Bảng 2). Nam giới chiếm ưu thế trong BN BTMT giai đoạn cuối với tỷ lệ khoảng 57.5%.

Bảng 2: Đặc điểm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số			Nhóm LM	Chưa LM	Nhóm chứng	P
			n=100	n=20	n=50	
Tuổi (năm)			60,5	54	57,5	0.3789
Trung vị (min-max)			(21-85)	(17-80)	(25-79)	
Giới	Nam	n	56	13	22	0.209
		%	56	65	44	
	Nữ	n	44	7	28	
		%	44	35	56	

3.2. Đặc điểm thiếu máu ở BN BTMT có và không có lọc máu chu kỳ. Để đánh giá sự thiếu máu ở BN BTMT, tiến hành so sánh các chỉ số hồng cầu trong máu tĩnh mạch ngoại vi giữa các nhóm nghiên cứu. Kết quả chỉ ra sự thiếu máu ở 2 nhóm BN BTMT, và mức độ thiếu máu nặng hơn ở nhóm LM, tiếp theo là nhóm chưa LM (Hình 1). Các chỉ số HGB, RBC, HCT cao nhất ở nhóm chứng, tiếp đến là nhóm chưa LM, và thấp nhất ở nhóm LM. Cụ thể, chỉ số HGB giảm dần từ nhóm chứng ($140,4 \pm 14,1$ g/L), đến nhóm chưa LM ($98,2 \pm 21,2$) và nhóm BTMT LM ($91,7 \pm 19,9$ ($p=0,0001$). Sự khác biệt chỉ số HGB của nhóm LM và nhóm chưa LM không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,18$). Chỉ số RBC cũng giảm dần từ nhóm chứng ($4,7 \pm 0,5$) đến nhóm BTMT chưa LM ($3,5 \pm 0,9$) và nhóm LM ($3,17 \pm 0,67$) ($p<0.01$). Chỉ số RBC của nhóm đã LM thấp hơn so với nhóm chưa LM, nhưng không có

ý nghĩa thống kê ($p= 0,12$). Chỉ số HCT giảm dần từ nhóm chứng ($0,42 \pm 0,04$) đến nhóm chưa LM ($0,29 \pm 0,06$) và nhóm LM ($0,27 \pm 0,06$) ($p< 0.01$). Chỉ số HCT của nhóm LM có xu hướng thấp hơn so với chưa LM nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p= 0.18$). Các chỉ số MCH, MCV và MCHC không có sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu. Như vậy, kết quả chỉ ra sự thiếu máu ở nhóm BTMT, và các chỉ số hồng cầu có xu hướng thấp hơn ở nhóm đã LM so với chưa lọc, nhưng sự khác biệt giữa nhóm lọc và chưa lọc không có ý nghĩa thống kê.



Hình 1: Thay đổi các chỉ số hồng cầu của các nhóm nghiên cứu

3.3. Mức độ thiếu máu của BN BTMT có chỉ định lọc máu. Tiếp theo, chúng tôi khảo sát mức độ thiếu máu trên nhóm BN BTMT có chỉ định lọc máu. Kết quả chỉ ra rằng, ở nhóm LM, thiếu máu mức độ nặng nhiều nhất (42%), tiếp theo là nhóm thiếu máu mức độ vừa và nhẹ (khoảng 27-28%). Trong khi đó, ở nhóm chưa LM, tỷ lệ thiếu máu mức độ nhẹ là cao nhất (35%) và tỷ lệ thiếu máu mức độ nặng và vừa ở mức (25%). Phân tích chỉ ra xu hướng thiếu máu nặng hơn ở nhóm LM, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Phân bố mức độ thiếu máu theo HGB

Nồng độ Hb máu	LM		Chưa LM	
	n	%	n	%

Không thiếu máu	3	3	3	15
TM nhẹ	27	27	7	35
TM vừa	42	42	5	25
TM nặng	28	28	5	25

3.4. Mối liên quan giữa thiếu máu và thời gian lọc máu

Bảng 4: Mối liên quan giữa thiếu máu và BTMT

Phân nhóm			Chưa LM	LM	p
RBC	Giảm	n	16	90	0.248
		%	80	90	
	Không giảm	n	4	10	
		%	20	10	
HBG	Giảm	n	19	99	0.307
		%	95	99	
	Không giảm	n	1	1	
		%	5	1	
HCT	Giảm	n	18	95	0.330
		%	90	95	
	Không giảm	n	2	5	
		%	10	5	

Phân chia đối tượng nghiên cứu thành nhóm giảm và không giảm so với giá trị tham chiếu (Bảng 1) và so sánh tỷ lệ thiếu máu của BTMT đã và chưa LM (Bảng 4). Kết quả chỉ ra rằng các chỉ số hồng cầu giảm chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm, trong đó tỷ lệ thiếu máu ở nhóm BTMT LM có xu hướng cao hơn so với nhóm chưa LM (Bảng 4). Tuy nhiên, sự khác biệt của các tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê. Cụ thể, tỷ lệ giảm chỉ số RBC, HBG và HCT của nhóm LM và nhóm chưa LM lần lượt là 90% so với 80%, 99%

Bảng 6: Sự thay đổi Protein và Albumin theo thời gian lọc máu

Protein	Thời gian lọc máu		p	Albumin	Thời gian lọc máu		p
	≤36 tháng	>36 tháng			≤36 tháng	>36 tháng	
Mean ± SD	73,5 ± 7,0	73,3 ± 5,7	0,87	Mean ± SD	41,4 ± 3,9	42,0 ± 3,7	0,58
Không giảm	68 (87.2%)	21 (95.5%)	0.448	Không giảm	75 (96.15%)	22 (100%)	1.0
Giảm	10 (23.8%)	1 (4.55%)		Giảm	3 (3.85%)	0 (0%)	

So sánh nồng độ protein và albumin huyết tương giữa nhóm BTMT đã và chưa LM. Kết quả không có sự khác biệt về giá trị trung bình giữa 2 nhóm lọc máu trên và dưới 36 tháng về chỉ số protein và albumin. Tỷ lệ BN có nồng độ protein và albumin thuộc dải bình thường chiếm ưu thế (Bảng 8).

3.6. Đặc điểm thiếu dưỡng theo nhóm tuổi

Bảng 7: Đặc điểm thiếu dưỡng theo nhóm tuổi

Chỉ số		Nhóm tuổi			p
		<50	50-60	>60	
RBC	BTMT	3,2 ± 0,8	3,0 ± 0,6	3,1 ± 0,5	0,747
HGB	BTMT	93,3 ±	91,8 ±	90,4	0,806

so với 95% và 95% so với 90% (Bảng 4). Kết quả gợi ý xu hướng thiếu máu trầm trọng hơn ở nhóm LM, so với nhóm chưa LM. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng phân tích sự liên quan giữa thiếu máu và thời gian lọc máu (Bảng 5). Kết quả chỉ ra tỷ lệ giảm các chỉ số hồng cầu tăng lên theo thời gian lọc máu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mặt khác phân tích không chỉ ra sự liên quan giữa phân bố mức độ thiếu máu và LM ở BN BTMT (Bảng 6).

Bảng 5: Liên quan giữa thiếu máu và thời gian lọc máu

Phân nhóm			Thời gian lọc máu (tháng)					p
			Chưa LM	<12	12 - 24	24- 36	>36	
HC	Giảm	n	18	20	25	28	22	0.59
		%	90	90.91	92.59	96.95	100	
	Không giảm	n	2	2	2	1	0	
		%	10	9.09	7.41	3.14	0	
HBG	Giảm	n	19	22	26	29	22	0.46
		%	95	100	96.3	100	100	
	Không giảm	n	1	0	1	0	0	
		%	5	0	3.7	0	0	
HCT	Giảm	n	18	20	25	28	22	0.59
		%	90	90.91	92.59	96.55	100	
	Không giảm	n	2	2	2	1	0	
		%	10	9.09	7.41	3.45	0	

3.5. Tình trạng giảm protein huyết tương ở bệnh nhân BTMT LM. Để xác định tình trạng dinh dưỡng của BN BTMT, chúng tôi khảo sát sự thay đổi nồng độ Protein và Albumin ở nhóm LM theo thời gian lọc máu (Bảng 8).

		26	17,7	±15,1	
HCT	BTMT	0,28 ± 0,08	0,27 ± 0,05	0,26 ± 0,04	0,885
MCV	BTMT	87,7 ± 8,9	91,2 ± 5,4	88,0 ± 7,9	0,390
MCH	BTMT	28,9 ± 3,3	30,2 ± 2,0	28,7 ± 2,9	0,289
MCHC	BTMT	329,7 ± 12,7	331,4 ± 10,0	326,2 ± 10,8	0,204
Protein	BTMT	74,0 ± 7,8	75,1 ± 7,3	72,7 ± 5,7	0,429
Albumin	BTMT	43,2 ± 4,2	42,2 ± 4,6	40,2 ± 2,8	0,001

Tiếp theo, phân chia đối tượng nghiên cứu theo tuổi thành 3 nhóm (Bảng 7), và so sánh các chỉ số hồng cầu, protein và albumin giữa các

nhóm tuổi. Phân tích không có sự khác biệt về các chỉ số hồng cầu và nồng độ protein huyết tương giữa các nhóm tuổi. Trong khi, nồng độ albumin giảm dần theo nhóm tuổi tăng (Bảng 7, $p=0.001$). Nhóm chứng có nồng độ protein tương đương giữa 3 nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

BTMT là gánh nặng y tế toàn cầu với tỷ lệ mắc khoảng 9.5-12% ở người trưởng thành trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở những nước có thu nhập bình quân ở mức trung bình và thấp, trong đó có Việt Nam [1]. BTMT phổ biến ở nữ hơn so với nam, với tỷ lệ nữ/nam khoảng 1.2/1 [1]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam nữ giữa các nhóm nghiên cứu của chúng tôi là tương đương nhau. Tuy nhiên, nhóm BTMT giai đoạn cuối có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, khoảng 57.5%.

Chức năng thận và chất lượng cuộc sống của người bệnh là chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả điều trị suy thận. Thiếu máu và thiếu dưỡng tác động đến chất lượng cuộc sống và làm trầm trọng thêm diễn biến bệnh, làm gia tăng nguy cơ tử vong của BN BTMT [3]. Thiếu máu xảy ra ở 20% BN BTMT giai đoạn 3, và >90% BN BTMT có lọc máu [5]. Nghiên cứu trong nước cũng chỉ ra rằng suy dinh dưỡng xảy ra ở 98,6% BN BTMT có LM chu kỳ, và tỷ lệ thiếu máu rất cao ở nhóm BN BTMT LM, với 97% BN có nồng độ hemoglobin (HGB) giảm và 91% có số lượng hồng cầu (RBC) thấp [6]. Nghiên cứu khác năm 2021 cũng công bố tỷ lệ thiếu máu ở những BN BTMT giai đoạn cuối đang lọc máu là 92,3% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cập nhật tình trạng dinh dưỡng của BN BTMT giai đoạn cuối sau năm năm. Tỷ lệ thiếu máu được ghi nhận là 99% ở nhóm có lọc máu và 95% ở BN chưa lọc máu, theo chỉ số HGB. Như vậy, qua nhiều năm, thiếu máu vẫn là biểu hiện phổ biến, xảy ra ở hầu hết BN BTMT giai đoạn cuối. Cần có chiến lược để điều trị thiếu máu, cải thiện tiên lượng bệnh.

Mặc dù thiếu máu là triệu chứng, hệ quả điển hình của BTMT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá liên quan của thiếu máu và thời gian lọc máu. Kết quả chỉ ra rằng, các chỉ số máu RBC, HGB và HCT thấp hơn ở nhóm BTMT đã LM, so với nhóm BTMT chưa lọc máu. Hơn nữa, tỷ lệ giảm các chỉ số hồng cầu RBC, HGB và HCT cao hơn ở nhóm BTMT đã LM, so với nhóm chưa LM. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra phân bố mức độ thiếu máu giữa hai nhóm LM và chưa LM. Ở nhóm chưa LM, thiếu máu mức

độ nhẹ chiếm ưu thế (35%), tiếp đến là mức độ vừa và nặng (25%). Trong khi đó, nhóm đã LM thiếu máu mức độ vừa chiếm ưu thế (42%), tiếp đến là mức độ nặng (28%) và nhẹ (27%). Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nhưng cũng chỉ ra xu hướng thiếu máu trầm trọng hơn ở BN đã có LM. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi còn chỉ ra sự giảm nồng độ albumin theo độ tuổi ở BN BTMT. Kết quả cảnh báo về sự thiếu hụt dinh dưỡng BN BTMT lớn tuổi. Vì vậy, BN BTMT cần có chế độ dinh dưỡng hợp lý, đặc biệt là LM thời gian dài và người lớn tuổi.

Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ thiếu máu cao đến 99% ở nhóm BN BTMT giai đoạn cuối. Hơn nữa, nghiên cứu chỉ ra xu hướng thiếu máu trầm trọng hơn ở nhóm đã LM so với nhóm chưa LM. Vì vậy, cần đẩy mạnh các biện pháp kiểm soát thiếu máu trên BN BTMT giai đoạn cuối, có và không có LM.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu và suy dinh dưỡng là hai vấn đề thường gặp ở BN BTMT có LM với tỷ lệ thiếu máu lên đến 99%. Thiếu máu có xu hướng nặng dần theo thời gian lọc máu. Cần chú trọng can thiệp dinh dưỡng chủ động nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mills, K.T., et al., A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney Int*, 2015. 88(5): p. 950-7.
2. Ghelichi-Ghojogh, M., et al., Graft and Patient Survival Rates in Kidney Transplantation, and Their Associated Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*, 2021. 50(8): p. 1555-1563.
3. Badura, K., et al., Anemia of Chronic Kidney Disease-A Narrative Review of Its Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Biomedicine*, 2024. 12(6).
4. Mitch, W.E., Malnutrition: a frequent misdiagnosis for hemodialysis patients. *The Journal of clinical investigation*, 2002. 110(4): p. 437-439.
5. Hashmi, M.F., et al., Anemia of Chronic Kidney Disease, in *StatPearls*. 2025: Treasure Island (FL).
6. Giang, N.A. and V.Q.H. Lê Việt Thắng, Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ bằng thang điểm đánh giá toàn diện. *Y học thực hành*, 2013. 5(870): p. 159-161.
7. Nguyễn, V.T. and T.A.T. Trần, Khảo sát đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 503(2).