

tương tác thuốc với tacrolimus và sirolimus. Anidulafungin không phải là thuốc chỉ định đầu tiên trong nhiễm aspergillus xâm lấn, nhưng có thể kết hợp với một thuốc nhóm azoles cho các trường hợp đáp ứng kém với đơn trị liệu [2]. Tuy nhiên ca bệnh này, dù được áp dụng cả đơn trị liệu và phối hợp kháng nấm, nhưng do phát hiện ở giai đoạn muộn, biến chứng nặng trên não nên kết cục điều trị xấu.

IV. KẾT LUẬN

Ca bệnh này minh họa những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị các thể nhiễm Aspergillus xâm lấn não. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân bao gồm suy gan nặng trước ghép, nằm hồi sức dài và điều trị thay thế thận; việc theo dõi sát để chẩn đoán sớm có ý nghĩa quan trọng hàng đầu. Lựa chọn điều trị hàng đầu là voriconazole, tuy nhiên các bệnh nhân IA thần kinh trung ương thường rất nặng và có tỷ lệ tử vong cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu X., Ling Z., Li L., et al (2011). Invasive fungal infections in liver transplantation. *Int J Infect Dis*, 15(5), e298-304.
2. Husain S., Camargo J.F. (2019). Invasive Aspergillosis in solid-organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice, 33(9), e13544.
3. Husain S., Silveira F.P., Azie N., et al (2016). Epidemiological features of invasive mold infections among solid organ transplant

- recipients: PATH Alliance® registry analysis. *Medical Mycology*, 55(3), 269-277.
4. Collins L.A., Samore M.H., Roberts M.S., et al (1994). Risk Factors For Invasive Fungal Infections Complicating Orthotopic Liver Transplantation. *The Journal of Infectious Diseases*, 170(3), 644-652.
 5. Osawa M., Ito Y., Hirai T., et al (2007). Risk factors for invasive aspergillosis in living donor liver transplant recipients, 13(4), 566-570.
 6. De Pauw B., Walsh T.J., Donnelly J.P., et al (2008). Revised Definitions of Invasive Fungal Disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group (EORTC/MSG) Consensus Group. *Clinical Infectious Diseases*, 46(12), 1813-1821.
 7. Pfeiffer C.D., Fine J.P., Safdar N. (2006). Diagnosis of Invasive Aspergillosis Using a Galactomannan Assay: A Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 42(10), 1417-1727.
 8. Suarez F., Lortholary O., Buland S., et al (2008). Detection of Circulating Aspergillus fumigatus DNA by Real-Time PCR Assay of Large Serum Volumes Improves Early Diagnosis of Invasive Aspergillosis in High-Risk Adult Patients under Hematologic Surveillance, 46(11), 3772-3777.
 9. Charlot M., Pialat J.-B., Obadia N., et al (2007). Diffusion-weighted imaging in brain aspergillosis, 14(8), 912-916.
 10. Abe K., Shinoda M., Uno S., et al (2021). Invasive pulmonary aspergillosis after liver transplantation: lessons from successfully treated cases and review of the literature. *Surgery Today*, 51(8), 1361-1370.

THỰC TRẠNG NGƯỜI BỆNH THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI KHOA THẬN TIẾT NIỆU VÀ LỌC MÁU, BỆNH VIỆN E NĂM 2024

Nguyễn Thị Nguyệt¹, Phạm Thị Phụng^{1,2}, Đỗ Thị Diệu Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu, Bệnh viện E năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 101 người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa Thận tiết niệu – Lọc máu, Bệnh viện E năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh tham gia vào nghiên cứu là $60,68 \pm 15,6$ tuổi. Trong số những người tham gia có tới 59,4%

người bệnh có chỉ số huyết áp $\geq 140/90$ mmHg; nguyên nhân gây suy thận chiếm tỉ lệ cao nhất là do viêm cầu thận với tỉ lệ 54,7 %; nhóm bệnh mắc kèm chiếm tỉ lệ cao nhất là bệnh tim mạch với 38,6 %; Điểm trung bình tự quản chăm sóc của 101 người bệnh trong nghiên cứu này là $75,80 \pm 12,14$. Trong 101 người tham gia, có 78,2% có mức độ tự quản chăm sóc chưa tốt. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra phần lớn nguyên nhân gây ra suy thận là do viêm cầu thận; nhóm bệnh lý mắc kèm chiếm tỉ lệ cao là bệnh lý tim mạch và nội tiết. Thực trạng tự quản chăm sóc của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ phần lớn ở mức chăm sóc chưa tốt nên người bệnh cần được tư vấn, hướng dẫn giáo dục sức khỏe về tự quản chăm sóc để quản lý bệnh tốt hơn, hạn chế biến chứng. **Từ khóa:** thận lọc máu chu kỳ; đặc điểm lâm sàng, tự chăm sóc

SUMMARY

EXPLORING PEOPLE WITH HAEMODIALYSIS

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nguyệt

Email: nguyetguyenvnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

AT THE DEPARTMENT OF UROLOGY AND DIALYSIS, E HOSPITAL IN 2024

Objectives: The aim of this study was to describe the clinical characteristics and self-management status of people with haemodialysis at the Department of Urology and Dialysis, E hospital in 2024. **Methods and subjects:** A descriptive study was conducted on 101 haemodialysis participants including in-patients and out-patients at the Department of Urology and Dialysis, E hospital in 2024. **Results:** The average age of participants in the study was 60.68 ± 15.6 years old. Among included participants, 59,4% of them had blood pressure $\geq 140/90$ mmHg; the cause of kidney failure with the highest rate was glomerulonephritis with a rate of 54.7%; the group of comorbidity diseases with the highest rate was cardiovascular disease with 38.6%. The average self-management score of 101 participants in this study was 75.80 ± 12.14 . Of the 101 participants, 78.2% had a low level of self-management. **Conclusion:** research showed that glomerulonephritis was the major cause of kidney failure; with a high proportion of comorbidity diseases being cardiovascular and endocrine diseases. The current status of self-management for people with haemodialysis is mostly at a poor level of care, therefore, haemodialysis patients should receive advice and health education guidance on self-management to better self-manage their disease and reduce complications. **Keywords:** clinical characteristics; haemodialysis, self-management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính hay còn gọi là suy thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu, bệnh đang ngày càng trở nên phổ biến, tốn nhiều chi phí cho điều trị và để lại những hậu quả nặng nề. Trên thế giới, tỉ lệ mắc được chuẩn hóa theo độ tuổi của bệnh thận mạn ở giai đoạn 3–5 ở người trưởng thành ≥ 20 tuổi trong cùng một nghiên cứu là 4,7% ở nam và 5,8% ở nữ. Ở Đức, ước tính có hơn hai triệu người gặp vấn đề lâu dài về chức năng thận. Hầu hết những người bị ảnh hưởng đều trên 60 tuổi. Một nghiên cứu gần đây hơn đã thực hiện đánh giá hệ thống toàn diện và phân tích tổng hợp 100 nghiên cứu bao gồm 6.908.440 người bệnh và báo cáo tỉ lệ ước tính của bệnh ở toàn cầu là 13,4% đối với người bệnh thận mạn giai đoạn 1–5 và 10,6% đối với bệnh thận mạn giai đoạn 3–5. Tỉ lệ mắc bệnh của từng giai đoạn suy thận mạn riêng lẻ là 3,5% (giai đoạn 1), 3,9% (giai đoạn 2), 7,6% (giai đoạn 3), 0,4% (giai đoạn 4) và 0,1% (giai đoạn 5). Trên cơ sở kết quả nghiên cứu kiểm tra tỉ lệ lưu hành toàn cầu của bệnh thận mạn, tổng số người bị ảnh hưởng bởi bệnh thận mạn giai đoạn 1–5 hiện tại trên toàn thế giới ước tính là 843,6 triệu [7]. Tại Việt Nam ước tính có khoảng 8 triệu người mắc bệnh thận mạn, chiếm khoảng

10% dân số, trong đó 3,1% đến 3,6% bệnh thận mạn tiến triển từ giai đoạn 3 đến giai đoạn 5 [2]. Theo tác giả Đinh Thị Kim Dung (2013) đã tầm soát ngẫu nhiên 1966 người trên 18 tuổi tại Hà Nội và Bắc Giang cho thấy tỉ lệ mắc bệnh cầu thận tại Hà Nội là 3,3%, Bắc Giang 5,1% so với thế giới (8-16%) có thấp hơn đáng kể [2].

Thận nhân tạo chu kỳ hay lọc máu chu kỳ là một trong những biện pháp điều trị thay thế có hiệu quả và được áp dụng nhiều nhất trên thế giới cũng như ở trong nước đối với những người suy thận giai đoạn cuối có mức lọc cầu thận < 15 ml/phút/1.73m². Người bệnh thận nhân tạo chu kỳ vẫn tham gia các hoạt động thường ngày như học tập, lao động, công việc gia đình... Mặc dù có nhiều tiến bộ trong y học, nhưng biến chứng gần và biến chứng xa ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ khó tránh khỏi ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như tỉ lệ sống còn của người bệnh [1]. Vì việc tự chăm sóc người bệnh suy thận mạn đặc biệt là người bệnh thận nhân tạo chu kỳ hiện nay đang gặp nhiều khó khăn cũng như thử thách. Do vậy việc tự chăm sóc cần được đặc biệt quan tâm ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tuy vậy việc nghiên cứu về thực trạng tự chăm sóc người bệnh thận nhân tạo chu kỳ vẫn còn hạn chế. Nên chúng tôi tiến hành đề tài: "Tự quản chăm sóc của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện E năm 2024" với 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá thực trạng tự quản chăm sóc của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh thận nhân tạo chu kỳ đang điều trị nội trú và ngoại trú tại khoa Thận tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện E, Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 18 tuổi, có thời gian lọc máu chu kỳ ≥ 3 tháng. Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: những người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ có biến chứng nặng và không đủ sức khỏe tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Thận tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện E, Hà Nội

Thời gian: 11/2023 – 5/2024

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu toàn bộ được sử dụng. Tất cả các người bệnh thận nhân tạo chu kỳ điều trị nội và

ngoại trú tại khoa Thận tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện E, Hà Nội. Tại thời điểm nghiên cứu, khoa Thận tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện E, Hà Nội quản lý khoảng 118 người bệnh người. Tuy nhiên, chỉ có 101 người bệnh đủ điều kiện và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Công cụ và tiêu chuẩn đánh giá: Dựa vào bộ công cụ "Tự quản chăm sóc của người bệnh thận mạn tính" của tác giả Nguyen, Nguyet, Douglas, Clint, & Bonner, Ann (2019), bộ công cụ gồm 30 câu được chia ra thành 4 yếu tố trong đó yếu tố 1 có 11 câu hỏi liên quan tới kiến thức về bệnh thận; yếu tố 2 là hành động kiểm soát bệnh thận (11 câu); yếu tố 3 là tìm kiếm sự hỗ trợ của xã hội (5 câu); yếu tố 4 là tuân thủ chế độ ăn lành mạnh (3 câu) [9]. Bộ câu hỏi được đánh giá cho điểm theo thang Likert 4 mức độ. Cụ thể cách đánh giá cho điểm như sau: Không bao giờ (1 điểm); thỉnh thoảng (2 điểm); thường xuyên (3 điểm); luôn luôn (4 điểm). Tổng điểm đánh giá 30 câu của bộ công cụ tự quản chăm sóc giao động trong phạm vi từ 30 – 120 điểm.

$$\frac{\text{Số câu hỏi} \times 4}{10} \times 7$$

Điểm tốt = 10 (Trong thang điểm 10:7 điểm được đánh giá là tốt)

Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn người tham gia bằng bộ câu hỏi tự quản chăm sóc được thiết kế sẵn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu. Người tham gia có tuổi từ 41 – 70 chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,4 %, tiếp theo 23,8% trên 70 tuổi; 12,9% từ 18 – 40 tuổi. Tuổi trung bình của người tham gia vào nghiên cứu là $60,68 \pm 15,6$ tuổi. Thấp nhất là 20 tuổi và cao nhất là 90 tuổi. Giới nam chiếm tỉ lệ 54,5%; giới nữ là 44,5%. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao nhất là tự do/ nội trợ chiếm 57,4%, thấp nhất là nhân viên chiếm 4%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 3 (39,6%) và dưới cấp 3 (29,7%). Đa số người bệnh ở thành thị (72,3%), đã kết hôn chiếm (78,2%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=101)

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
BMI	< 18,5	16	15,84
	18,5-22,99	60	59,4
	≥ 23	25	24,75

Huyết áp (mmHg)	< 120/80	6	5,9
	120-139/80-89	35	34,7
	≥140/90	60	59,4
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 5	28	27,7
	5-10	38	37,6
	> 10	35	34,7
Thời gian chạy thận (năm)	< 5	50	49,5
	5-10	27	26,7
	> 10	24	23,8
Số lần lọc trên tuần	1 lần	0	0
	2 lần	6	5,9
	3 lần	95	94,1
Chênh lệch cân nặng trước lọc và sau lọc (kg)	< 2	9	8,9
	2-2.9	86	85,1
	≥3	6	5,9
Nguyên nhân mắc bệnh	Tăng huyết áp	14	13,9
	Đái tháo đường	24	23,8
	Viêm cầu thận	58	57,4
	Thận đa nang	2	2,0
	Sỏi thận	2	2,0
	Bệnh lý cầu thận	1	1,0
Bệnh lý kèm theo	Không có bệnh kèm theo	8	7,9
	Tim mạch	39	38,6
	Hô hấp	5	5,0
	Cơ xương khớp	4	4,0
	Tiêu hóa	6	5,9
	Nội Tiết	35	34,7
	Huyết học	1	1,0
	Thần kinh	3	3,0

Bảng 2 cho thấy đối tượng nghiên cứu có chỉ số BMI từ 18,5 đến 22,99 chiếm 59,4%. Người tham gia có chỉ số huyết áp $\geq 140/90$ mmHg chiếm tỉ lệ 59,4%. Thời gian mắc bệnh 5 – 10 năm chiếm tỉ lệ 37,6 %. Phần lớn người bệnh được chạy thận 3 lần trên tuần với tỉ lệ 94,1%. Khoảng cân nặng chênh lệch trước và sau lọc máu từ 2 – 2,9 kg chiếm tỉ lệ cao với 85,1%. Nguyên nhân gây suy thận ở những người tham gia chủ yếu là do viêm cầu thận với tỉ lệ 54,7%, tiếp theo là đái tháo đường với tỉ lệ 22,3%. Các nguyên nhân gây suy thận như thận đa nang và sỏi thận chiếm tỉ lệ thấp. Bệnh lý mắc kèm theo chủ yếu là nhóm bệnh tim mạch với tỉ lệ 38,6% và nội tiết 34,7 %. Các bệnh mạn tính còn lại chiếm tỉ lệ không đáng kể.

3.3. Thực trạng tự chăm sóc của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ

Bảng 3. Thực trạng tự chăm sóc của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ

Mục	Nội dung	Mean (M)	SD
Yếu tố 1: Kiến thức về bệnh thận		25,88	4,95
Yếu tố 2: Hành động kiểm		29,68	5,46

soát bệnh thận		
Yếu tố 3: Tìm kiếm sự hỗ trợ của xã hội	11,51	2,52
Yếu tố 4: Tuân thủ chế độ ăn lành mạnh	8,73	2,35
Tổng	75,80	12,14

Bảng 3 cho thấy điểm trung bình tự quản chăm sóc của 101 người bệnh trong nghiên cứu với bộ câu hỏi 30 câu này là $75,80 \pm 12,14$ với điểm cụ thể của cá nhân người tham gia trong khoảng từ 30 đến 105. Mục "Tôi thông báo với gia đình và bạn bè mình về kế hoạch điều trị bệnh thận (ví dụ: thay đổi thuốc sử dụng, thay đổi lối sống)" có điểm trung bình cao nhất $M \pm SD = 3,22 \pm 0,95$. Mục có điểm thấp nhất $M \pm SD = 1,59 \pm 0,73$ là "Tôi hiểu ý nghĩa của các xét nghiệm máu dùng để đánh giá chức năng thận của tôi (ví dụ: creatinine, chỉ số mức lọc cầu thận)". Tổng điểm trung bình yếu tố kiến thức về bệnh thận $M \pm SD = 25,88 \pm 4,95$ có mức độ chăm sóc chưa tốt. Tổng điểm trung bình yếu tố hành động kiểm soát bệnh thận mạn $M \pm SD = 29,68 \pm 5,46$ có mức độ chăm sóc chưa tốt. Tổng điểm trung bình yếu tố tìm kiếm sự hỗ trợ của xã hội là $M \pm SD = 11,51 \pm 2,52$ có mức độ chăm sóc chưa tốt. Tổng điểm trung bình về yếu tố tuân thủ chế độ ăn lành mạnh của người bệnh thận là $M \pm SD = 8,73 \pm 2,35$ có mức độ chăm sóc tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Kết quả chúng tôi cho thấy người tham gia có chỉ số huyết áp ở mức cao chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4%. Thời gian mắc bệnh 5 – 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 37,6 %. Người bệnh đa số có cân nặng chênh lệch giữa 2 lần lọc 2 – 2,9 kg chiếm tỷ lệ cao nhất với 85,1% thấp nhất là $\geq 3\text{kg}$ (6%). Với nghiên cứu của Nguyễn Thị Sợi 2 – 2,9 kg chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,4% thấp nhất là $\geq 3\text{kg}$ (20,7%) [5].

Người suy thận mạn tính đa phần thường kèm theo ít nhất một bệnh, hoặc đó có thể chính là nguyên nhân gây suy thận. Nguyên nhân gây suy thận chiếm tỷ lệ cao nhất là do viêm cầu thận với tỷ lệ 54,7%, theo sau là đái tháo đường với tỷ lệ 22,3%. Các nguyên nhân gây suy thận như thận đa nang và sỏi thận chiếm tỷ lệ thấp. Với nghiên cứu của Vũ Hoài Sơn nghiên cứu trên 146 người bệnh thận lọc máu chu kỳ có nguyên nhân cầu thận chiếm tỷ lệ cao nhất (65,1%), tiếp đến đái tháo đường (7,5%) thấp nhất là nguyên nhân do bệnh lupus (1,4%) [6]. Có thể thấy mỗi nghiên cứu khác nhau thì cho kết quả khác nhau về phân bố tỷ lệ nguyên nhân gây bệnh thận mạn. Điều này có thể giải thích là do sự khác

biệt về đối tượng tham gia vào nghiên cứu cũng như địa điểm, thời gian và giai đoạn bệnh.

Kết quả của nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng người bệnh tham gia đều có các bệnh mạn tính đi kèm, trong đó chủ yếu là nhóm bệnh tim mạch, với tỷ lệ số người mắc bệnh chiếm 38,6% và nội tiết 34,7%. Các bệnh còn lại chiếm tỷ lệ không đáng kể. So với nghiên cứu của Đinh Thị Lượ (2019) viêm cầu thận chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,3% tiếp đến là bệnh cầu thận và đái tháo đường với 30% [4]. Như vậy bệnh kèm theo ở người bệnh lọc máu chu kỳ chủ yếu là các bệnh do biến chứng và nguyên nhân của bệnh thận mạn.

4.2. Thực trạng tự chăm sóc người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra điểm trung bình tự quản chăm sóc của người bệnh thận mạn là $M \pm SD = 75,80 \pm 12,14$ với khoảng dao động điểm từ 30 đến 105, nghĩa là có mức độ chăm sóc chưa tốt. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nguyệt có kết quả tổng điểm trong tự quản lý người bệnh là $M \pm SD = 75,86 \pm 10,78$. Nghiên cứu của Gela D và cộng sự nghiên cứu trên 169 người bệnh lọc máu năm 2016, trong số người bệnh được nghiên cứu có hơn một nửa người bệnh (57,4%) có điểm số đạt dưới điểm trung bình về tự quản chăm sóc [8]. Điều này cho thấy có sự tương đồng về nghiên cứu mức độ tự quản chăm sóc của người bệnh thận mạn. Mức độ tự quản chăm sóc người bệnh thận nhân tạo chu kỳ ở Việt Nam cũng như trên thế giới đang ở mức thấp.

Điểm tổng của yếu tố kiến thức về bệnh thận $25,88 \pm 4,98$ so với nghiên cứu của nghiên cứu của Debela Gela (2016) trên 169 người bệnh lọc máu chu kỳ là $M \pm SD = 11,97 \pm 2,84$ [8] cao hơn gấp 2 lần. Hành động kiểm soát bệnh thận của đối tượng nghiên cứu có điểm trung bình khá cao nhưng vẫn trong mức độ chăm sóc chưa tốt so mức cao và thấp nhất của chúng tôi với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nguyệt có mục "Tôi vẫn uống thuốc đầy đủ kể cả khi tôi không có nhà" $M \pm SD = 3,29 \pm 0,59$ "Tôi cảm thấy mình có thể tham gia các sự kiện xã hội (ví dụ: đám cưới, dự tiệc), mặc dù tôi mắc bệnh thận" là $M \pm SD = 2,88 \pm 0,55$ [10]. Hành động kiểm soát bệnh thận có ý nghĩa rất lớn đối với người bệnh trong tự chăm sóc bệnh thận của mình giúp họ tự giác biết tránh những thứ không tốt, biết tiếp thu những điều có lợi cho bản thân. Về thực trạng tìm kiếm sự hỗ trợ của xã hội thì kết quả cho thấy không tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Thị Nguyệt " Khi tôi có thắc mắc về tình trạng bệnh thận của mình, tôi thảo luận những gì cần làm với gia đình và bạn bè" có điểm trung bình chiếm cao nhất $M \pm SD = 2,25 \pm 0,57$ và

"Tôi thông báo với gia đình và bạn bè mình về kế hoạch điều trị bệnh thận (ví dụ: thay đổi thuốc sử dụng, thay đổi lối sống)" có giá trị thấp $M \pm SD = 1,89 \pm 0,54$ [12]. Việc thiếu người chăm sóc khiến người bệnh mất động lực, không tuân thủ và khó duy trì tình trạng sức khỏe vì không có người chăm sóc. Tiếp đến về tuân thủ chế độ ăn lành mạnh có điểm trung bình phân bố khá đều giữa các mục. Có mức độ chăm sóc tốt khác hẳn ba yếu tố trên cho thấy người bệnh có nhận thức về việc tuân thủ chế độ ăn lành mạnh như không ăn mặn, không hút thuốc, không ăn các thức ăn có chứa nhiều dầu mỡ. So với nghiên cứu Nguyễn Thị Nguyệt "Tôi thực hiện chế độ ăn kiêng theo lời khuyên của bác sĩ và điều dưỡng" trung bình $M \pm SD = 3,06 \pm 0,55$. Tôi thực hiện theo lời khuyên của bác sĩ và điều dưỡng về một chế độ ăn uống hợp lý có giá trị trung bình $M \pm SD = 2,93 \pm 0,55$ [12]. Có sự khác biệt giữa kết quả của các nghiên cứu bởi sự khác biệt về đối tượng tham gia, khác nhau về môi trường sống, những tác động xung quanh như gia đình, người thân, xã hội, kinh tế, trình độ nhận thức cũng như ý thức của mỗi người.

Hạn chế nghiên cứu. Một số hạn chế của nghiên cứu như nghiên cứu mô tả với cỡ mẫu nhỏ ($n=101$) nên một số yếu tố chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và được đánh giá chi tiết trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra phần lớn nguyên nhân gây ra suy thận là do viêm cầu thận, nhóm bệnh kèm theo đa phần là tim mạch và nội tiết. Thực trạng tự quản chăm sóc của người bệnh thận lọc máu chu kỳ đang có mức chăm sóc chưa tốt nên cần tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh và tập trung chủ yếu tư vấn cho người bệnh về bệnh viêm cầu thận cách tự quản chăm sóc để hạn

chế biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh học Nội khoa tập 1** (2012). "Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính định nghĩa và chẩn đoán", Nhà Xuất bản Y học, trang 398 - 425
2. **Dung Đình Thị Kim và cộng sự.** (2013), Xây dựng và đánh giá hiệu quả một số phác đồ phòng ngừa sự tiến triển của bệnh lý cầu thận mạn tính tại cộng đồng.
3. **Hà Nguyễn Thị Thu** (2020), "Khả năng tư vấn chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường tại bệnh viện Đa khoa Đức Giang"
4. **Lướt Đình Thi** (2019), "Nghiên cứu một số chỉ số đánh giá kết quả điều trị, chất lượng cuộc sống ở BN BTMT được lọc máu bằng thận nhân tạo và lọc màng bụng" Luận văn Thạc sĩ Điều Dưỡng, Trường Đại học Thăng Long
5. **Sợi Nguyễn Thị** (2023), "Thay đổi sự tuân thủ điều trị và tự chăm sóc của người bệnh có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2023", Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Đại học Thăng Long.
6. **Sơn Vũ Hoài** (2024), "Hoạt động chăm sóc điều dưỡng người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2023", Luận văn Thạc sĩ Điều Dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.
7. **Csaba P. Kovesdy**, Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022, Kidney International Supplements, Volume 12, Issue 1, 2022 Pages 7-11
8. **Gela D., Mengistu D.** Self-management and associated factors among patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis at health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. International journal of nephrology and renovascular disease.
9. **Naumen NT. Doualas C. Bonner A.** Psychometric evaluation of the culturally and linguistically translated Vietnamese chronic kidney disease self-management instrument. Int J Nurs Pract. 2019 Jun
10. **Naumen, Thi Nanyet** (2018). "Self-management program for people with chronic kidney disease in Vietnam: A pragmatic randomised controlled trial" PhD thesis, Queensland University of Technology

YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ VI SINH HỌC U NHẦY CÁC XOANG CẠNH MŨI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY TỪ 2018 ĐẾN 2023

Trần Anh Bích¹, Trần Duy Hiếu²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Duy Hiếu

Email: hieutranduy97@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm liên quan yếu tố nguy cơ và kết quả nuôi cấy vi khuẩn dịch u nhầy các xoang cạnh mũi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 93 người trưởng thành được chẩn đoán và điều trị u nhầy các xoang cạnh mũi tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 5 năm (từ tháng 01/2018 – 07/2023). **Kết quả:** Tiền căn phẫu thuật mũi xoang là tiền căn liên quan chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,54%. 32,26% bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý liên quan u nhầy các xoang cạnh mũi. 16,12% dịch u nhầy cấy dương tính với chủ yếu là vi khuẩn hiếu khí như