

Linnea V Ladfors và cộng sự, tỷ lệ băng huyết sau sinh khi thời gian giai đoạn I ≥ 12.1 giờ là 16,8% gấp 2,2 lần so với khi thời gian giai đoạn I $< 7,7$ giờ là 7,6% [7]. Nghiên cứu của N Y Han và cộng sự cũng cho thấy khi thời gian của giai đoạn I chuyển dạ tăng lên, tỷ lệ băng huyết sau sinh cũng tăng lên [8].

Thời gian giai đoạn II của cuộc chuyển dạ không có mối liên quan đến kết cục xấu của mẹ. Kết quả này khác biệt với kết quả của một số nghiên cứu trên thế giới. Theo Cheng và các cộng sự năm 2007 nghiên cứu trên các sản phụ con rạ cho thấy những phụ nữ có giai đoạn II kéo dài hơn 3 giờ có tỉ lệ rách tầng sinh môn độ III và IV, băng huyết sau sinh và nhiễm khuẩn ổ cao hơn [4]. Các nghiên cứu trên đều đánh giá ở dưới nhóm thời gian giai đoạn II cuộc chuyển dạ kéo dài > 2 giờ và > 3 giờ theo từng nhóm con so và con rạ, điều này khác với nghiên cứu của chúng tôi xét trên thời gian giai đoạn II nói chung và đánh giá chung các sản phụ cả con rạ và con so, điều đó có thể giải thích cho sự khác biệt giữa kết quả của nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên thế giới. Khi xét đến kết cục thai kỳ, thời gian giai đoạn II kéo dài liên quan đến APGAR xấu hơn ($p=0,000$), nhưng không liên quan đến chăm sóc đặc biệt, hồi sức sơ sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh ($p > 0,05$), điều này tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự năm 2020 [1]. Như vậy, có sự không thống nhất giữa kết quả của nghiên cứu của chúng tôi so sánh giai đoạn II ảnh hưởng như thế nào đến kết cục thai kỳ của mẹ và con khi so sánh với các nghiên cứu lớn trên thế giới, điều này có thể xuất phát đặc điểm đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu, vì vậy cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm sáng tỏ vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu cho thấy thời gian chuyển dạ tăng đa số ảnh hưởng đến kết cục xấu của mẹ và thai. Trong đó, tỷ lệ băng huyết sau sinh tăng lên rõ rệt theo thời gian chuyển dạ giai đoạn I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang L., Wang H., Jia L., et al. (2020). The impact of stage of labor on adverse maternal and neonatal outcomes in multiparous women: a retrospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth, 20(1), 596.
2. Harper L.M., Caughey A.B., Roehl K.A., et al. (2014). Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol, 210(6), 536.e1-536.e7.
3. Li C., He T., Zhou J., et al. (2022). Does a longer second stage of labor worsen umbilical artery blood gas parameters in newborns? a retrospective cohort study of 2,140 cases. Ann Transl Med, 10(22), 1208.
4. Allen V.M., Baskett T.F., O'Connell C.M., et al. (2009). Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. Obstet Gynecol, 113(6), 1248-1258.
5. Cheng Y.W., Hopkins L.M., and Caughey A.B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?. Am J Obstet Gynecol, 191(3), 933-938.
6. Ausbeck E.B., Jennings S.F., Champion M., et al. (2020). Perinatal Outcomes with Longer Second Stage of Labor: A Risk Analysis Comparing Expectant Management to Operative Intervention. Am J Perinatol, 37(12), 1201-1207.
7. Ladfors L.V., Liu X., Sandström A., et al. (2024). Risk of postpartum hemorrhage with increasing first stage labor duration. Sci Rep, 14, 22152.
8. Han N.Y. and Wang X. (2020). [Clinical study on the correlation between the duration of labor and postpartum hemorrhage]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 55(10), 673-678.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN CÓ TRUYỀN MÁU TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Lê Thị Thanh Nhân¹, Lê Thị Trúc Đào², Nguyễn Minh Hà³

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hà

Email: nguyenminhha@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm thiếu máu và một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn có truyền máu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 86 bệnh nhân bệnh thận mạn có truyền máu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 1/2025 đến tháng 4/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân là 98,8%, trong đó đa số là thiếu máu mức độ vừa và nặng (76,5%). Đặc điểm thiếu máu chủ yếu là đẳng sắc đẳng bào. Mức độ thiếu máu ở nhóm bệnh giai đoạn muộn có mối tương quan nghịch với số lần

truyền máu ($r = -0,385$), chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa với tuổi, giới, dân tộc và giai đoạn bệnh ($p > 0,05$). **Kết luận:** Thiếu máu là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn, đặc biệt ở giai đoạn cuối của bệnh cần nghiên cứu sâu hơn về đặc điểm thiếu máu và phản ứng miễn dịch sau truyền máu để theo dõi và điều trị bệnh hiệu quả hơn.

Từ khóa: thiếu máu, bệnh thận mạn, truyền máu, thiếu máu đẳng sắc.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ANEMIA AND ASSOCIATED FACTORS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS RECEIVING BLOOD TRANSFUSIONS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Objective: To investigate the characteristics of anemia and some factors related to the severity of anemia in patients with chronic kidney disease who received blood transfusions at Nguyen Tri Phuong Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 86 patients with chronic kidney disease who had received blood transfusions at Nguyen Tri Phuong Hospital from January 2025 to April 2025. **Results:** The prevalence of anemia was 98.8%, in which moderate and severe anemia accounted 76.5%. The anemia was mostly normocytic and normochromic. The severity of anemia is negatively correlated with the number of blood transfusions ($r = -0.385$), but no statistically significant association with age, gender, ethnicity, or stage of CKD ($p > 0.05$). **Conclusions:** Anemia is a common complication in patients with chronic kidney disease, especial in late stages. Evaluating its characteristics and further researches to find the immune responses after blood transfusions, that help monitor and treat the disease more effectively.

Keywords: anemia, chronic kidney disease, blood transfusion, normochromic anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng gia tăng, ảnh hưởng đến hàng trăm triệu người trên toàn thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và nghiên cứu GBD (Global Burden of Disease), tỉ lệ hiện mắc bệnh thận mạn toàn cầu dao động từ 11 đến 13%, với xu hướng gia tăng rõ rệt trong thập niên gần đây, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển [3]. Ở Việt Nam, bệnh thận mạn chủ yếu xuất phát từ các bệnh lý nền như đái tháo đường, tăng huyết áp và viêm cầu thận mạn, bệnh thường được phát hiện muộn khi đã tiến triển đến giai đoạn nặng. Một trong những biến chứng thường gặp và có ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng cuộc sống cũng như tiên lượng bệnh là thiếu máu. Cơ chế chính của thiếu máu trong bệnh thận mạn là suy giảm sản xuất erythropoietin tại thận, kết hợp với tình trạng viêm mạn tính, giảm hấp thu, rối loạn vận

chuyển và dự trữ sắt, rối loạn chuyển hóa vitamin, và nhiều yếu tố đồng mắc khác [4]. Thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ suy tim và tử vong.

Để cải thiện tình trạng thiếu máu, nhiều bệnh nhân được chỉ định truyền máu khi có thiếu máu trung bình đến nặng, kém đáp ứng với thuốc kích thích tạo hồng cầu (ESA) hoặc khi cần nâng nhanh nồng độ Hemoglobin. Tuy nhiên, truyền máu không phải là giải pháp tối ưu lâu dài, do tiềm ẩn nhiều nguy cơ như quá tải sắt, phản ứng miễn dịch, hình thành kháng thể miễn dịch bất thường, tăng nguy cơ nhiễm bệnh qua đường máu [5]. Do đó, việc đánh giá đặc điểm thiếu máu và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh thận mạn có truyền máu là rất cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng hiểu rõ hơn về đặc điểm thiếu máu, chỉ định truyền máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn có thay đổi gì so với các bệnh lý khác không? Từ đó giúp điều trị hiệu quả hơn, tránh các tai biến sau truyền máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân bệnh thận mạn có truyền máu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 1/2025 đến tháng 4/2025. Tiêu chuẩn chọn vào gồm: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn đã truyền máu ít nhất một lần bao gồm khối hồng cầu lắng (HCL) hoặc máu toàn phần, các chế phẩm máu (huyết tương, tiểu cầu) đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu tối thiểu là 86 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Chẩn đoán mức độ thiếu máu theo phân loại của Bộ y tế năm 2022:

- Mức độ thiếu máu nhẹ: Huyết sắc tố (HGB) từ 90 đến <120 g/L; mức độ vừa: HGB từ 60 đến <90 g/L; mức độ nặng: HGB từ 30 đến <60 g/L; mức độ rất nặng: HGB <30 g/L.

- Đánh giá hình dạng hồng cầu: dựa vào chỉ số MCV: bình thường từ 83–95 fL

- Đánh giá chất lượng hồng cầu: dựa trên chỉ số HGB, MCH, MCHC: đánh giá huyết sắc tố bình thường trong hồng cầu khi MCH: 28–32 pg; MCHC: 320–350 g/L.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0, sử dụng phép kiểm Fisher để so sánh các tỉ lệ và phép kiểm Kruskal-wallis để so sánh trung bình, xác định mối tương quan bằng kiểm định Spearman.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân

bệnh thận mạn có truyền máu. Nghiên cứu trên 86 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, với các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu ở bảng 1

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi¹	63,1 ± 14,6	(30-89)
Nhóm tuổi		
< 40	6	7,0
40 - <60	26	30,2
≥ 60	54	62,8
Giới tính		
Nam	33	38,4
Nữ	53	61,6
Dân tộc		
Kinh	83	96,5
Khác	3	3,5
Nhóm máu ABO		
A	16	18,6
B	26	30,2
O	37	43,1
AB	7	8,1
Nhóm máu Rhesus		
Rh(D)+	86	100
Rh(D)-	0	0

¹Trung bình ± Độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất)

Tuổi trung bình của các đối tượng là 63,1 ± 14,6 trong khoảng từ 30 đến 89 tuổi. Đa số thuộc nhóm tuổi ≥ 60 (62,8%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 40 đến < 60 (30,2%) và nhóm dưới 40 tuổi có tỉ lệ thấp (7%). Về giới, nữ chiếm tỉ lệ 61,6% cao hơn nam giới 38,4%. Đa số là dân tộc Kinh (96,5%), các dân tộc khác chiếm tỉ lệ 3,5%. Về nhóm máu: nhóm máu O chiếm tỉ lệ cao nhất 43,1%, tiếp theo là nhóm máu B (30,2%), nhóm A (18,6%), nhóm máu AB có tỉ lệ (8,1%). Tất cả đều là nhóm máu Rhesus dương (100% D+), không ghi nhận trường hợp

nào có nhóm máu Rhesus âm (D-).

Bảng 2. Tỉ lệ và mức độ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thiếu máu		
Có	85	98,8
Không	1	1,2
Mức độ thiếu máu		
Nhẹ	20	23,5
Vừa	53	62,4
Nặng	12	14,1
Rất nặng	0	0

Trong 86 đối tượng nghiên cứu, có 98,8% trường hợp bị thiếu máu (HGB < 100 g/L). Đa số các trường hợp ở mức thiếu máu vừa 62,4%, thiếu máu nặng chiếm 14,1%; không ghi nhận trường hợp nào bị thiếu máu rất nặng.

Bảng 3. Đặc điểm hình thái hồng cầu của đối tượng có thiếu máu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kích thước hồng cầu		
Nhỏ (MCV < 83fL)	25	29,4
Bình thường (83 < MCV < 95fL)	47	55,3
To (MCV > 95fL)	13	15,3
Huyết sắc tố hồng cầu		
Nhược sắc		
MCH	32	37,6
MCHC	29	34,1
Bình sắc		
MCH	45	53,0
MCHC	52	61,2
Ưu sắc		
MCH	8	9,4
MCHC	4	4,7

Trong số các bệnh nhân bệnh thận mạn có thiếu máu, 55,3% có kích thước hồng cầu bình thường, 29,4% có hồng cầu nhỏ và 15,3% có hồng cầu to. 61,2% thiếu máu hồng cầu bình sắc (MCHC trong giới hạn bình thường)

Bảng 4. Nồng độ Hemoglobin, MCV, MCH, MCHC theo giai đoạn suy thận

Giai đoạn suy thận	Hemoglobin (g/L) Trung vị (khoảng tứ phân vị)	MCV (fL) Trung vị (khoảng tứ phân vị)	MCH (pg) Trung vị (khoảng tứ phân vị)	MCHC (g/L) Trung vị (khoảng tứ phân vị)
2 - 3	82,0 (66,0-86,0)	84,8 (82,1-92,4)	28,5 (27,4-30,0)	331,0 (325,0-335,0)
4 - 5	74,0 (65,0-95,0)	88,4 (81,6-92,3)	28,7 (26,7-29,9)	327,0 (314,0-333,0)

Bảng 4 cho thấy mức độ thiếu máu tăng theo giai đoạn suy thận. Nồng độ HGB trung vị giảm từ 82,0 g/L ở giai đoạn 2-3 xuống 74,0 g/L ở giai đoạn 4-5, cho thấy thiếu máu nặng dần khi chức năng thận suy giảm. Trong khi MCV, MCH, MCHC không có sự thay đổi nhiều ở các giai đoạn, cho thấy đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân suy thận là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Thiếu máu nhẹ	Thiếu máu vừa	Thiếu máu nặng	p*
Giới tính, n (%)				
Nam	7 (21,9)	20 (62,5)	5 (15,6)	0,950

Nữ	13 (24,5)	33 (62,3)	7 (13,2)	
Nhóm tuổi, n (%)				0,763
< 60	6 (19,4)	21 (67,7)	4 (12,9)	
≥ 60	14 (25,9)	32 (59,3)	8 (14,8)	
Dân tộc, n (%)				0,190
Kinh	18 (22,0)	52 (63,4)	12 (14,6)	
Khác	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	
Giai đoạn suy thận, n (%)				0,455

2 - 3	2 (13,3)	10 (66,7)	3 (20,0)
4 - 5	18 (25,7)	43 (61,4)	9 (12,9)

* Phép kiểm Fisher

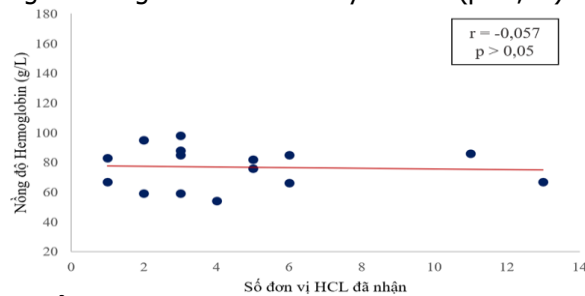
Bảng 5 phân tích các đặc điểm về giới tính, nhóm tuổi, dân tộc và giai đoạn bệnh. Tuy nhiên, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm này với mức độ thiếu máu ($p > 0,05$).

Bảng 6. Liên quan giữa nồng độ Hemoglobin, MCV, MCH, MCHC với số lần truyền máu

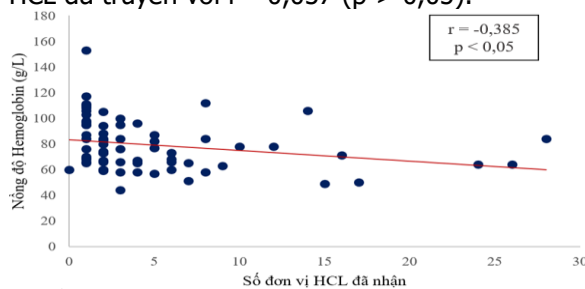
Số lần truyền máu	Hemoglobin (g/L)	MCV (fL)	MCH (pg)	MCHC (g/L)
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)
1 – 9	76,0 (65,8-95,0)	88,0 (82,6-92,3)	28,6 (26,7-29,7)	328,0 (317,3-333,3)
10 – 19	78,0 (50,0-86,0)	87,8 (76,3-95,3)	30,3 (29,3-32,4)	330,0 (318,0-340,0)
≥ 20	66,0 (64,0-75,5)	79,1 (74,1-92,0)	27,9 (25,1-31,5)	324,0 (308,5-329,5)
p	0,372	0,598	0,045	0,401

** Phép kiểm Kruskal-wallis

Kết quả Bảng 6 cho thấy lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với số lần truyền máu ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa HGB với số đơn vị HCL đã truyền (BN giai đoạn 2-3)**

Trong nhóm BN bệnh thận mạn giai đoạn 2-3, nhận thấy mối tương quan yếu, không có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ HGB với số đơn vị HCL đã truyền với $r = -0,057$ ($p > 0,05$).

**Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa HGB với số đơn vị HCL đã truyền (BN giai đoạn 4-5)**

Trong nhóm BN bệnh thận mạn giai đoạn 4-5, có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ, có ý nghĩa giữa nồng độ HGB với số đơn vị HCL đã truyền, hệ số tương quan $r = -0,385$ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn có truyền máu. Nghiên cứu

86 bệnh nhân bệnh thận mạn, ở độ tuổi 30- 89, nhận thấy nhóm tuổi >60 chiếm tỉ lệ 62,8%, cho thấy bệnh thận mạn phổ biến ở người lớn tuổi, tuy nhiên có xu hướng ngày càng trẻ hóa. Về giới tính, nữ giới chiếm tỉ lệ 61,6% cao hơn so với nam, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Thanh Trúc (2025) tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh với nhóm tuổi > 60 là 50,77% và tỉ lệ nữ giới chiếm 52,31% [1], và phù hợp với phân tích của Shiferaw WS và cộng sự (2020) trên 28 nghiên cứu, cho thấy phụ nữ bị thiếu máu cao hơn 36% so với bệnh nhân nam [6]. Tương tự, kết quả của Csaba P Kovesdy năm 2022 cho thấy bệnh thận mạn thường gặp ở người lớn tuổi và nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam [7].

Kết quả của chúng tôi thấy tỉ lệ thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu là 98,8% với Hemoglobin trong khoảng từ 50 -100 g/L (Bảng 2). Thiếu máu hiện diện ở các giai đoạn bệnh thận mạn, có xu hướng nặng dần ở các giai đoạn muộn (Giai đoạn 4, 5). Điều này phù hợp với tiến trình của bệnh thận mạn, khi chức năng sản xuất erythropoietin bị suy giảm làm giảm sinh hồng cầu. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2021) cho thấy tỉ lệ thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn là 92,3% [2], cao hơn tác giả Nguyễn Lê Thanh Trúc (2025) với tỉ lệ thiếu máu là 83,08% [1] do nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát những bệnh nhân đã có truyền máu.

Về đặc điểm hình thái hồng cầu, kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân có MCV trong giới hạn bình thường (55,3%), mang đặc điểm thiếu máu đẳng sắc, đẳng bào với 53% MCH và 61,2% MCHC trong giới hạn bình thường (Bảng 3, 4). Tuy nhiên, cũng có một tỉ lệ đáng kể hồng cầu

nhỏ, nhược sắc gợi ý khả năng có thiếu máu thiếu sắt phối hợp, đặc biệt ở những bệnh nhân có viêm mạn tính, dinh dưỡng kém hoặc hấp thu sắt kém. Một số ít trường hợp có hồng cầu to, ưu sắc có thể liên quan đến rối loạn chuyển hóa vitamin B12 hoặc acid folic. Sự khác biệt về các chỉ số hồng cầu giữa các giai đoạn suy thận (Bảng 4) cho thấy thiếu máu ở giai đoạn 4–5 nặng hơn (74,0 g/L) so với giai đoạn 2–3 (82 g/L). Kết quả ở bảng 4 cho thấy MCV, MCH, MCHC còn trong giới hạn bình thường, không có sự thay đổi giữa các giai đoạn bệnh. Điều này cho thấy thiếu máu mang đặc điểm chủ yếu là đẳng sắc, đẳng bào. Đây là đặc điểm thường thấy ở bệnh thận mạn giúp phân biệt với các loại thiếu máu khác.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ thiếu máu. Kết quả từ Bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa mức độ thiếu máu với các yếu tố giới tính, tuổi, dân tộc và giai đoạn suy thận ($p > 0,05$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (2021) [2]. Tuy nhiên, một số xu hướng có thể ghi nhận được qua tỉ lệ phân bố trong từng nhóm. Về giới tính, nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn nam giới trong nhóm thiếu máu nhẹ, trong khi tỉ lệ thiếu máu vừa và nặng tương đối cân bằng giữa hai giới. Tất cả nhóm tuổi đều có thiếu máu, nhưng nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỉ lệ thiếu máu nặng cao hơn. Về dân tộc, đa số bệnh nhân là người Kinh, trong khi dân tộc khác chiếm tỉ lệ rất thấp, do hạn chế về cỡ mẫu nên kết quả chưa có ý nghĩa. Cũng theo kết quả của Shiferaw WS và cộng sự (2020), những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 có khả năng bị thiếu máu cao gấp 13 lần so với bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 1. Và trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu và có truyền máu đa phần là bệnh thận mạn giai đoạn 5 (74,1%). Tuy nhiên mức độ thiếu máu vừa thấy ở tất cả các giai đoạn 2-3 và 4-5. Điều này có thể do ảnh hưởng của điều trị hỗ trợ như truyền máu, sử dụng erythropoietin và sắt trong kiểm soát tình trạng thiếu máu ở nhóm bệnh này.

Kết quả Bảng 6 cho thấy chỉ số MCH có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với số lần truyền máu ($p < 0,05$). Điều này phù hợp ở nhóm bệnh nhân thiếu máu cần truyền máu nhiều lần, với chỉ số MCH giảm theo HGB (66,0 g/L). Tuy nhiên MCV và MCHC không có sự khác biệt có ý nghĩa với số lần truyền máu. Ngoài ra, ở nhóm truyền máu nhiều lần (> 20 lần) có HGB, MCV, MCHC thấp nhất, gợi ý về sự thay đổi hình thái, chất lượng hồng cầu sau nhiều lần truyền máu, có thể liên quan đến tích lũy sắt, viêm mạn tính hoặc phản

ứng sinh kháng thể bất thường sau truyền máu.

Biểu đồ 1, nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 2-3 chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa mức độ thiếu máu và số đơn vị HCL truyền ($r = -0,057$, $P > 0,05$), có thể ở giai đoạn này chức năng thận còn bảo tồn một phần, erythropoietin chưa suy giảm hoàn toàn, mức độ thiếu máu chưa nặng. Ngược lại, ở nhóm suy thận giai đoạn 4–5, có mối tương quan nghịch có ý nghĩa giữa nồng độ HGB và số đơn vị HCL đã truyền (Biểu đồ 2). Điều này cho thấy những bệnh nhân truyền máu nhiều lần có tình trạng thiếu máu nặng, kéo dài hoặc đáp ứng kém với truyền máu, có bệnh lý nền phức tạp, hoặc do hình thành kháng thể bất thường sau truyền máu. Ngoài ra, việc truyền máu nhiều lần sẽ gây nguy cơ tích lũy sắt, phản ứng miễn dịch hoặc giảm hiệu quả sinh hồng cầu nội sinh, từ đó khiến thiếu máu không được cải thiện. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Babitt JL & Lin HY (2012), cho rằng thiếu máu trong bệnh thận mạn là một quá trình phức tạp, khó cải thiện đơn thuần bằng truyền máu, cần phối hợp điều trị với erythropoietin và bổ sung sắt [8]. Nghiên cứu cho thấy, việc truyền máu nhiều lần không đồng nghĩa với cải thiện tình trạng thiếu máu, mà cần được cân nhắc và phối hợp với các chiến lược điều trị hiệu quả hơn để đạt kết quả tốt hơn cho bệnh nhân bệnh thận mạn có thiếu máu.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bệnh thận mạn, trong nghiên cứu hầu hết bệnh nhân có HGB từ 50 đến 100 g/L, với đặc điểm chính là thiếu máu đẳng sắc đẳng bào. Mức độ thiếu máu không có sự khác biệt rõ ràng với tuổi, giới, dân tộc hay giai đoạn bệnh, nhưng có liên quan nghịch có ý nghĩa với số đơn vị máu truyền. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần nghiên cứu sâu hơn ở nhóm bệnh nhân suy thận mạn có truyền máu nhiều lần để định hướng điều trị hiệu quả hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam, đề tài mã số 2025.01.117/ HĐ-KHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lê Thanh Trúc, Lâm Thị Kim Ngân, Huỳnh Thị Ngọc, Tỷ lệ thiếu máu của người bệnh thận mạn đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh, Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 546(3), tr 276-280.
2. Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Anh Thơ, 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), tr 193-198.
3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FD. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2016 Jul 6;11(7):e0158765. doi: 10.1371/journal.pone.0158765. PMID: 27383068; PMCID: PMC4934905.
 4. Hashmi MF, Aeddula NR, Shaikh H, Rout P. Anemia of Chronic Kidney Disease. 2024 Jul 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 30969693.
 5. Fox, K.M., Yee, J., Cong, Z. et al. Transfusion burden in non-dialysis chronic kidney disease patients with persistent anemia treated in routine clinical practice: a retrospective observational study. BMC Nephrol 13, 5 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2369-13-5>
 6. Shiferaw WS, Akalu TY, Aynalem YA. Risk Factors for Anemia in Patients with Chronic Renal Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ethiop J Health Sci. 2020 Sep;30(5):829-842. doi: 10.4314/ejhs.v30i5.23. PMID: 33911845; PMCID: PMC8047269.
 7. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl (2011). 2022 Apr;12(1):7-11. doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35529086; PMCID: PMC9073222.
 8. Babitt JL, Lin HY. Mechanisms of anemia in CKD. J Am Soc Nephrol. 2012 Oct;23(10):1631-4. doi: 10.1681/ASN.2011111078. Epub 2012 Aug 30. PMID: 22935483; PMCID: PMC3458456.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Tân^{1,2}, Phạm Hoà Bình^{1,2},
Trần Thảo Như¹, Cao Đình Hưng^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm là một bệnh đồng mắc phổ biến ở người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 trên toàn cầu. Tình trạng này ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng tự chăm sóc, tuân thủ điều trị, kiểm soát đường huyết, làm tăng nguy cơ biến chứng và giảm chất lượng cuộc sống. Đồng thời, triệu chứng trầm cảm ở người cao tuổi thường không điển hình, dễ bỏ sót hoặc nhầm lẫn với các biểu hiện của lão hoá hay triệu chứng của bệnh đái tháo đường, dẫn đến việc chẩn đoán và can thiệp chậm trễ. Mặc dù có nhiều nghiên cứu quốc tế đã tìm ra các yếu tố nguy cơ nhưng tại Việt Nam dữ liệu nghiên cứu vẫn còn hạn chế, chưa đủ để định hướng điều trị và phòng ngừa hiệu quả. Nghiên cứu này nhằm bổ sung thông tin quan trọng về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ trầm cảm ở người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2, từ đó giúp cải thiện kết cục điều trị và chất lượng cuộc sống cho nhóm đối tượng này. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và yếu tố nguy cơ của trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên tất cả bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Thống Nhất từ tháng 08/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 là 19,71%, chủ yếu ở mức độ nhẹ

(88,41%). Các yếu tố liên quan đến trầm cảm bao gồm: giới, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, hoạt động thể lực, thời gian phát hiện ĐTĐ, tình trạng sử dụng insulin, mức HbA1C, IADL, suy yếu, suy dinh dưỡng, số thuốc và số bệnh điều trị. Trong đó, suy yếu theo thang điểm CFS và suy dinh dưỡng theo MNA-SF là hai yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê trong phân tích hồi quy đa biến. **Kết luận:** Trầm cảm là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá tình trạng suy yếu, quản lý dinh dưỡng giúp giảm nguy cơ trầm cảm và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2.

Từ khóa: Trầm cảm, Đái tháo đường típ 2, Người cao tuổi

SUMMARY

INVESTIGATION OF RISK FACTORS FOR DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Depression is a common comorbidity among elderly patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) worldwide. This condition negatively impacts self-care ability, treatment adherence, and glycemic control, thereby increasing the risk of complications and reducing quality of life. Moreover, depressive symptoms in the elderly are often atypical, easily overlooked, or mistaken for the natural manifestations of aging or for diabetes-related symptoms, leading to delayed diagnosis and intervention. Although numerous international studies have identified associated risk factors, research data from Vietnam remain limited and insufficient to guide effective treatment and prevention strategies. This study aims to provide essential information on the prevalence and risk factors of depression in elderly patients with T2DM, thereby contributing to improved

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

³Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025