

4. **Hà Sơn Bình.** Nhận xét một số yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi liên quan đến thở máy. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Lê Sơn Việt.** Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Mạch Mai năm 2019-2020. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **Hoàng Anh TT.** Đánh giá vi khuẩn và tình trạng kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy tại đơn vị hồi sức ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2020. Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

THỰC TRẠNG BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI KHOA THẬN LỌC MÁU – BỆNH VIỆN QUÂN Y 7

Vũ Nhị Hà¹, Ngô Thị Mỹ Bình¹, Phạm Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) liên quan sức khỏe của bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 7 bằng thang đo Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), đồng thời xác định một số yếu tố liên quan đến cảm nhận gánh nặng bệnh thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên các bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo định kỳ từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2025. Bộ câu hỏi KDQOL-SF™ (phiên bản 1.3) được áp dụng theo hướng dẫn của RAND. Các miền được quy đổi thang điểm 0–100; điểm cao phản ánh CLCS tốt hơn, riêng miền “Gánh nặng bệnh thận” điểm cao biểu thị cảm nhận gánh nặng thấp hơn. Dữ liệu được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (ĐLC) và so sánh bằng kiểm định Mann–Whitney U. **Kết quả:** Cỡ mẫu hữu hiệu cho các miền dao động từ 55–79. Điểm trung bình các miền đều thấp, đặc biệt là thể chất và triệu chứng. Nhóm ≥60 tuổi có điểm “Gánh nặng bệnh thận” cao hơn ($p = 0,045$), tương ứng cảm nhận gánh nặng thấp hơn. **Kết luận:** CLCS của bệnh nhân chạy thận nhân tạo còn hạn chế ở nhiều lĩnh vực, phù hợp với xu hướng quốc tế. KDQOL-SF™ là công cụ hữu ích giúp lồng ghép đánh giá cảm nhận người bệnh trong quản lý điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc.

Từ khóa: chạy thận nhân tạo, KDQOL-SF, chất lượng cuộc sống, gánh nặng bệnh thận.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND DIALYSIS – MILITARY HOSPITAL 7

Objective: To assess the health-related quality of life (HRQoL) of maintenance hemodialysis patients at Military Hospital 7 using the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) and to identify

factors associated with the perceived burden of kidney disease. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted from January to October 2025 among patients receiving regular hemodialysis. The KDQOL-SF™ (Version 1.3) was applied following the RAND scoring manual. All domains were transformed to a 0–100 scale; higher scores indicate better HRQoL, except for the Burden of Kidney Disease domain, where a higher score reflects a lower perceived burden. Domain scores were summarized as mean ± SD, and comparisons between groups were made using the Mann–Whitney U test. **Results:** The effective sample size for each domain ranged from 55 to 79. Mean scores were low across most domains, particularly Physical Functioning and Symptoms/Problems. The Burden of Kidney Disease domain score was higher among patients aged ≥60 years ($p = 0,045$), indicating a lower perceived burden. **Conclusions:** The study reveals considerable impairment in HRQoL among hemodialysis patients, consistent with global findings. The KDQOL-SF™ provides valuable insight for patient-centered management and supports the inclusion of patient-reported outcomes in dialysis quality frameworks. **Keywords:** hemodialysis, KDQOL-SF, quality of life, kidney disease burden.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease – CKD) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu với gánh nặng bệnh tật và tử vong cao; số người được điều trị thay thế thận (renal replacement therapy) tiếp tục gia tăng, tạo áp lực lớn lên hệ thống y tế và tài chính cộng đồng. Các báo cáo và phân tích dịch tễ cho thấy hơn 3,9 triệu người đang được điều trị thay thế thận trên toàn cầu, trong khi nhu cầu chăm sóc và theo dõi dài hạn vẫn còn nhiều bất cập ở nhiều khu vực. Những vấn đề này đã được nêu rõ trong các tổng quan và tuyên bố chính sách quốc tế. [2,9,1]

Ngoài các chỉ số sinh hóa và lâm sàng truyền thống (như creatinine, Kt/V, huyết áp), chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe (HRQoL) là chỉ số quan trọng phản ánh tác động toàn diện của CKD và điều trị lọc máu lên người bệnh.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Quân y 7

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Dũng

Email: bsdungv7@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Bệnh nhân chạy thận thường gặp nhiều triệu chứng dai dẳng (mệt mỏi, ngứa, đau cơ, rối loạn giấc ngủ) và các vấn đề tâm lý - xã hội (lo âu, trầm cảm, giảm năng lực lao động) dẫn tới giảm đáng kể HRQoL; điều này đã được xác nhận trong nhiều nghiên cứu quan sát và tổng quan hệ thống. Việc đo lường HRQoL cho phép nhận diện nhu cầu can thiệp ngoài lâm sàng như hỗ trợ dinh dưỡng, quản lý triệu chứng và hỗ trợ tâm lý. [3,4,5]

Trong số các công cụ đánh giá, KDQOL-SF™ (Version 1.3) là bộ câu hỏi tiêu chuẩn dành cho bệnh nhân bệnh thận, tích hợp các miền chung của SF-36 và các miền đặc thù của bệnh thận (gánh nặng bệnh, triệu chứng/vấn đề, tác động điều trị), đã được chuẩn hóa và kiểm định ở nhiều quần thể, bao gồm các phiên bản đã hiệu chỉnh cho khu vực châu Á. KDQOL-SF™ không chỉ hỗ trợ nghiên cứu mô tả mà còn có thể dùng để giám sát chương trình chăm sóc và đánh giá hiệu quả can thiệp. [6–8]

Tại Việt Nam, dữ liệu hệ thống về HRQoL ở bệnh nhân chạy thận bằng KDOOL-SF™ còn hạn chế; các nghiên cứu hiện có thường nhỏ, đơn trung tâm hoặc chưa đồng bộ phương pháp đánh giá, do đó thiếu bằng chứng để đề xuất can thiệp lâm sàng và chính sách tại quy mô quốc gia. Trên cơ sở đó, nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 7 nhằm lấp khoảng trống này bằng cách áp dụng KDQOL-SF™ để đánh giá toàn diện HRQoL của bệnh nhân chạy thận chu kỳ và xác định các yếu tố liên quan đến cảm nhận gánh nặng bệnh thận, phục vụ cải thiện chăm sóc bệnh nhân và định hướng chính sách y tế khu vực. [2,3,9,10]. Mục tiêu của nghiên cứu là Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 7 bằng thang đo Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™) và xác định một số yếu tố liên quan đến cảm nhận gánh nặng bệnh thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 84 bệnh nhân đang điều trị chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Khoa Thận Lọc máu – Bệnh viện Quân y 7 từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2025.

Tiêu chí lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối (CKD–G5) và đang chạy thận nhân tạo ≥ 3 tháng.

- Có khả năng giao tiếp, hiểu và trả lời bảng hỏi KDQOL-SF™ (Kidney Disease Quality of Life Short Form).

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích đầy đủ về mục tiêu và nội dung.

Tiêu chí loại trừ: - Bệnh nhân mắc bệnh cấp tính nặng hoặc bệnh tâm thần ảnh hưởng đến khả năng hợp tác.

- Người không hoàn thành bảng hỏi hoặc từ chối tham gia trong quá trình thu thập dữ liệu.

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin nhân khẩu học hoặc lâm sàng thiết yếu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian thực hiện: Từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2025.

Địa điểm: Khoa Thận lọc máu Bệnh viện Quân y 7

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Tổng cộng 84 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện (convenience sampling) trong thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu này đảm bảo tối thiểu cho các phép so sánh theo nhóm tuổi và giới tính, đồng thời tương đồng với quy mô các nghiên cứu trong nước về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân CTNT [6,7].

2.3. Nội dung và triển khai nghiên cứu

2.3.1. Nội dung chính

- Thu thập thông tin nhân khẩu học: tuổi, giới, thời gian điều trị, bệnh kèm theo.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS):

+ Sử dụng bộ công cụ KDQOL-SF™ (Kidney Disease Quality of Life Short Form, RAND, Hoa Kỳ) đã được dịch sang tiếng Việt và kiểm định độ tin cậy.

+ Bộ công cụ bao gồm 5 khía cạnh chính: sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, gánh nặng bệnh thận, triệu chứng bệnh, và ảnh hưởng của bệnh.

+ Mỗi khía cạnh được quy đổi về thang điểm 0–100; điểm càng cao phản ánh CLCS càng tốt.

- Phân tích mối liên quan giữa CLCS với giới tính và nhóm tuổi.

2.3.2. Quy trình triển khai

- Nghiên cứu viên được đào tạo thực hiện phỏng vấn bán cấu trúc, hướng dẫn bệnh nhân tự điền bảng hỏi.

- Dữ liệu được kiểm tra, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

- Phép kiểm Mann–Whitney U test được sử dụng để so sánh điểm CLCS giữa hai nhóm độc lập (nam/nữ; <60/ \geq 60 tuổi).

- Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả người tham gia đều được giải thích mục tiêu, nội dung, quyền lợi và rủi ro, đồng ý ký văn bản chấp thuận tự nguyện. Thông tin cá nhân và dữ liệu nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng

cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	46	54,8
	Nữ	38	45,2
Nhóm tuổi*	<40	11	13,4
	40-59	29	35,4
	≥60	42	51,2
Tuổi trung bình	TB ± ĐLC (NN - LN)	57,5 ± 14,5 (29 - 85)	

*: Thiếu dữ liệu về tuổi ở 2 đối tượng

Nhóm nghiên cứu gồm 84 bệnh nhân chạy thận nhân tạo, với phân bố giới tính tương đối cân bằng, cho thấy không có sự chênh lệch đáng kể giữa nam và nữ trong nhóm bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Độ tuổi trung bình 57,5 ± 14,5 tuổi phản ánh quần thể nghiên cứu chủ yếu ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ nổi trội. Điều này gợi ý cho thấy bệnh thận mạn và nhu cầu điều trị thay thế thận tập trung chủ yếu ở người lớn tuổi, phù hợp với đặc điểm tiến triển chậm và phát hiện muộn của bệnh.

Việc thu thập dữ liệu bằng bộ câu hỏi tự điền KDQOL-SF™ giúp phản ánh trung thực cảm nhận của người bệnh, song cũng dẫn đến một tỷ lệ nhỏ thiếu thông tin ở một số khía cạnh, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Tuy nhiên, số

lượng dữ liệu hợp lệ vẫn đảm bảo độ tin cậy cho các phân tích tiếp theo.

Bảng 2. Điểm trung bình các khía cạnh chất lượng cuộc sống

Khía cạnh CLCS	TB±ĐLC	NN-LN
Sức khỏe thể chất (n = 56)	15,35±21,18	0-87,5
Sức khỏe tinh thần (n = 74)	31,22±18,97	3,33-100
Gánh nặng bệnh thận (n = 79)	5,54±10,96	0-62,5
Triệu chứng bệnh (n = 60)	30,07±29,7	0-91,67
Anh hưởng của bệnh (n = 55)	26,48±29,89	0-100

Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chạy thận nhân tạo nhìn chung ở mức thấp, đặc biệt ở các khía cạnh thể chất và gánh nặng bệnh thận, phản ánh ảnh hưởng nặng nề của quá trình điều trị kéo dài lên sức khỏe tổng thể và sinh hoạt hàng ngày.

Ngược lại, khía cạnh sức khỏe tinh thần có điểm trung bình cao hơn, cho thấy phần nào khả năng thích nghi tâm lý của người bệnh với tình trạng mạn tính, dù vẫn chưa đạt mức tốt.

Sự chênh lệch giữa các miền đánh giá cho thấy gánh nặng thể chất và cảm nhận bệnh tật vẫn là yếu tố làm suy giảm mạnh nhất CLCS, trong khi tinh thần được duy trì tương đối tốt hơn nhờ hỗ trợ điều trị và thích nghi lâu dài.

Bảng 3. Phân loại mức độ của các khía cạnh chất lượng cuộc sống

Khía cạnh CLCS	Mức độ Số lượng (%)			
	Kém (0 - 25)	Trung bình (26 - 50)	Khá (51 - 75)	Tốt (76 - 100)
Sức khỏe thể chất (n = 56)	46 (82,1)	6 (10,7)	2 (3,6)	2 (3,6)
Sức khỏe tinh thần (n = 74)	16 (21,6)	48 (64,9)	8 (10,8)	2 (2,7)
Gánh nặng bệnh thận (n = 79)	76 (96,2)	2 (2,5)	1 (1,3)	0
Triệu chứng bệnh (n = 60)	34 (56,7)	6 (10,0)	17 (28,3)	3 (5,0)
Anh hưởng của bệnh (n = 55)	31 (56,4)	16 (29,1)	4 (7,3)	4 (7,3)

Phần lớn bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức kém, đặc biệt ở gánh nặng bệnh thận (96,2%) và sức khỏe thể chất (82,1%). Các khía cạnh triệu chứng bệnh và ảnh hưởng của bệnh cũng chủ yếu ở mức thấp. Riêng sức khỏe tinh thần có kết quả khả quan hơn, đa số ở mức trung bình (64,9%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm khía cạnh CLCS và giới tính

Khía cạnh CLCS	Giới tính		p ^a
	Nam	Nữ	
Sức khỏe thể chất	14,77±22,43	16,18±19,7	0,37
Sức khỏe tinh thần	30,65±19,71	31,95±18,24	0,654
Gánh nặng bệnh	5,26±11,98	5,89±9,7	0,519

thận			
Triệu chứng bệnh	26,9±28,5	34,5±31,35	0,266
Anh hưởng của bệnh	23,73±30,97	30,3±28,55	0,219

a: Mann-Whitney U test

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình các khía cạnh chất lượng cuộc sống giữa nam và nữ (p > 0,05) trên toàn bộ các miền đánh giá. Điều này cho thấy giới tính không ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo trong nghiên cứu.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm khía cạnh CLCS và nhóm tuổi

Khía cạnh CLCS	Nhóm tuổi		p ^a
	<60	≥60	
Sức khỏe thể chất	12,21±18,99	19,44±23,33	0,17
Sức khỏe tinh thần	31,88±20,67	31,37±17,34	0,627
Gánh nặng bệnh thận	3,89±11,82	7,19±10,26	0,045
Triệu chứng bệnh	22,12±26,86	37,43±31,16	0,084
Anh hưởng của bệnh	24,86±33,41	29,27±27,73	0,475

a: Mann-Whitney U test

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình các khía cạnh sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, triệu chứng bệnh và ảnh hưởng của bệnh giữa hai nhóm tuổi ($p > 0,05$). Riêng điểm gánh nặng bệnh thận ở nhóm ≥ 60 tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm < 60 tuổi ($p = 0,045$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 7 nhìn chung ở mức thấp, đặc biệt ở hai miền sức khỏe thể chất và gánh nặng bệnh thận. Điểm trung bình thể chất chỉ đạt $15,35 \pm 21,18$ và gánh nặng bệnh thận $5,54 \pm 10,96$, thấp hơn đáng kể so với các giá trị trung bình được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế sử dụng bộ công cụ KDQOL-SF™ [3–5,8]. Kết quả này phản ánh thực tế rằng, dù kỹ thuật lọc máu đã có nhiều cải tiến, người bệnh vẫn phải chịu ảnh hưởng nặng nề từ mệt mỏi kéo dài, giới hạn hoạt động và sự lệ thuộc kinh tế, điều đã được ghi nhận trong các tổng quan toàn cầu của WHO và ISN [1,10] cũng như phân tích của Jha và cộng sự [2].

Các dữ liệu tổng hợp quốc tế cho thấy người bệnh chạy thận thường có điểm CLCS thể chất dao động khoảng 20–30 điểm và miền gánh nặng bệnh thận dưới 25 điểm [3,4,5], cho thấy xu hướng giảm mạnh so với dân số chung. Kết quả của nghiên cứu này nằm ở mức thấp hơn, có thể phản ánh sự khác biệt về điều kiện chăm sóc, chế độ dinh dưỡng, khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ tâm lý – xã hội, và đặc thù môi trường quân y. Sự khác biệt này cũng tương đồng với nhận định trong Global Kidney Health Atlas 2023 rằng các nước thu nhập trung bình, bao gồm Việt Nam, vẫn đối mặt với khoảng cách lớn về nguồn lực hỗ trợ bệnh nhân lọc máu, đặc biệt trong các khía cạnh phi y học [10].

Một điểm đáng chú ý là miền sức khỏe tinh thần trong nghiên cứu này có điểm trung bình

cao nhất ($31,22 \pm 18,97$). Điều này gợi ý khả năng thích nghi tâm lý của bệnh nhân sau thời gian điều trị dài, phù hợp với quan sát trong các nghiên cứu tại châu Á, nơi giá trị gia đình, cộng đồng và niềm tin tôn giáo đóng vai trò nâng đỡ tinh thần cho người bệnh [4,5,8]. Bộ công cụ KDQOL-SF™ được đánh giá là nhạy trong phát hiện sự thay đổi ở các miền này và đã được kiểm định độ tin cậy tại nhiều quốc gia [6–8].

Khi phân tích theo đặc điểm nhân khẩu học, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ($p > 0,05$), tương tự các kết quả trước đây trên bệnh nhân lọc máu mạn [3,4]. Tuy nhiên, nhóm ≥ 60 tuổi có điểm "gánh nặng bệnh thận" cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,045$), tức là cảm nhận gánh nặng thấp hơn. Kết quả này phù hợp với giả thuyết rằng người cao tuổi thường có sự thích nghi tốt hơn với bệnh mạn tính, chấp nhận thực trạng sức khỏe và có mức độ hỗ trợ xã hội cao hơn, trong khi nhóm trẻ tuổi chịu áp lực nghề nghiệp và tài chính lớn hơn [4,5]. Kết quả này cũng tương đồng với xu hướng được mô tả trong các nghiên cứu đa quốc gia của Fletcher và cộng sự (2022), khi người cao tuổi thường đánh giá điểm "Burden of Kidney Disease" cao hơn so với nhóm trẻ [3].

Nhìn chung, nghiên cứu này góp phần bổ sung dữ liệu về CLCS ở bệnh nhân chạy thận tại Việt Nam trong bối cảnh hệ thống quân y. CLCS thấp, đặc biệt ở thể chất và cảm nhận gánh nặng bệnh, cho thấy nhu cầu can thiệp toàn diện – không chỉ cải thiện y học kỹ thuật mà còn cần hỗ trợ dinh dưỡng, tâm lý và xã hội. Kết quả này phù hợp với định hướng toàn cầu trong WHA78.6 (2025) của WHO và ISN Global Kidney Health Atlas (2023), nhấn mạnh việc lồng ghép chăm sóc toàn diện và đánh giá kết quả do bệnh nhân báo cáo (PROs – patient-reported outcomes) vào thực hành lâm sàng [1,10]. Việc áp dụng thường quy bộ công cụ KDQOL-SF™ sẽ giúp các cơ sở lâm sàng theo dõi diễn biến lâu dài, phát hiện sớm sự suy giảm CLCS và triển khai các can thiệp kịp thời nhằm nâng cao chất lượng sống cho người bệnh lọc máu.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện Quân y 7 nhìn chung còn thấp, đặc biệt ở các miền sức khỏe thể chất và gánh nặng bệnh thận. Trong khi đó, miền sức khỏe tinh thần được duy trì ở mức cao hơn, cho thấy khả năng thích nghi tâm lý của người bệnh trong quá trình điều trị lâu dài. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, song nhóm

≥ 60 tuổi có điểm “gánh nặng bệnh thận” cao hơn rõ rệt, phản ánh sự khác biệt về nhận thức và thích ứng với bệnh mạn tính ở người cao tuổi.

Kết quả nghiên cứu góp phần làm rõ thực trạng CLCS của bệnh nhân lọc máu trong môi trường quân y, đồng thời khẳng định tính hữu ích của bộ công cụ KDQOL-SF™ trong giám sát tình trạng sức khỏe và định hướng các giải pháp chăm sóc toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Lồng ghép đánh giá định kỳ chất lượng cuộc sống (CLCS) bằng bộ công cụ KDQOL-SF™ trong quy trình quản lý bệnh nhân chạy thận nhân tạo, nhằm phát hiện sớm sự suy giảm thể chất và tinh thần để có can thiệp phù hợp.

2. Tăng cường hỗ trợ toàn diện về tâm lý – xã hội và phục hồi chức năng, giúp người bệnh nâng cao khả năng thích nghi, cải thiện sức khỏe thể chất, giảm mệt mỏi và nâng cao chất lượng sống trong quá trình điều trị dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Assembly.** Resolution WHA78.6 (2025): Reducing the burden of noncommunicable diseases through promotion of kidney health and strengthening prevention and control of kidney disease. Geneva: World Health Organization; 2025. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R6-en.pdf
2. **Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al.** Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* 2013;382(9889):260–272.

- DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60687-X
3. **Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, et al.** Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease and dialysis: an updated systematic review. *Kidney Int Rep.* 2022;7(9):2030–2045. DOI: 10.1016/j.ekir.2022.07.009
 4. **Chiang CK, Lee CM, Hsu SP, et al.** Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: a multicenter study. *Nephron Clin Pract.* 2004;96(1):c21–c27. PMID: 15523175
 5. **Hao J, Yang B, Zhang W, et al.** Analysis of influencing factors on quality of life in maintenance hemodialysis patients: a multicenter study from China. *BMC Nephrol.* 2024;25(1):119. DOI: 10.1186/s12882-024-03502-7
 6. **Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB.** *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF™), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring.* Santa Monica, CA: RAND; 1997. Available at: <https://www.rand.org/pubs/papers/P7994.html>
 7. **Park HJ, Kim S, Yong JS, et al.** Reliability and validity of the Korean version of the Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). *Tohoku J Exp Med.* 2007;211(4):321–329. PMID: 17409671
 8. **Tao X, Chow SKY, Wong FKY.** Validity and reliability of the Chinese version of the KDQOL-36 in hemodialysis patients. *BMC Nephrol.* 2014;15:115. DOI: 10.1186/1471-2369-15-115
 9. **Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, et al.** A single number for advocacy: 3.9 million people treated with renal replacement therapy worldwide. *Kidney Int.* 2019;96(5):1048–1050. DOI: 10.1016/j.kint.2019.07.020
 10. **International Society of Nephrology (ISN).** *Global Kidney Health Atlas, 2nd Edition.* Brussels: ISN; 2023. Available at: <https://www.theisn.org/global-atlas>

TỔNG QUAN VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TĂNG ACID URIC MÁU VÀ KẾT CỤC BẤT LỢI Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH TIM MẠCH

Nguyễn Thành Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tim mạch là nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu, trong đó vai trò của acid uric (AU) huyết thanh ngày càng được quan tâm như một yếu tố nguy cơ tiềm năng. **Mục tiêu:** Tổng hợp và phân tích các bằng chứng hiện có về mối liên hệ giữa tăng AU máu và các kết cục bất lợi ở bệnh nhân tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bài tổng quan tường thuật này tổng hợp và phân tích 8 nghiên cứu tiêu biểu được công bố từ năm 2009–2025 được trích xuất từ PubMed, Google Scholar và

Web of Science bao gồm các phân tích gộp, đoàn hệ lớn và thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. **Kết quả:** Các nghiên cứu cho thấy tăng AU liên quan thuận với nguy cơ biến cố và tử vong tim mạch. Mỗi 1 mg/dL tăng AU làm tăng 6–12% nguy cơ biến cố tim mạch. Nồng độ ≥6 mg/dL được xem như ngưỡng cảnh báo nguy cơ. Cơ chế bệnh sinh bao gồm giảm nitric oxide, hoạt hóa hệ renin-angiotensin và viêm mạch do gốc tự do. Phân tích tổng hợp 26 thử nghiệm lâm sàng cho thấy allopurinol giảm 35% nguy cơ biến cố tim mạch tổng hợp (RR=0,65; p=0,012), đặc biệt khi điều trị liều ≥300 mg/ngày. **Kết luận:** Tăng acid uric máu là yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập và có thể điều chỉnh. Việc kiểm soát nồng độ AU có thể góp phần cải thiện tiên lượng tim mạch, song cần thêm các thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn để xác định giá trị dự phòng và ngưỡng điều trị tối ưu.

Từ khóa: tăng acid uric máu, bệnh tim mạch, allopurinol, nguy cơ tử vong, cơ chế bệnh sinh.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Dũng

Email: bs.nguyenthandung@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025