

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Nguyễn Văn Tuấn*

TÓM TẮT

Bệnh thận mạn là vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng. Rối loạn lipid máu là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn, nó làm tăng nguy cơ tai biến tim mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Kiểm soát rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu là một trong những mục tiêu điều trị cho bệnh nhân bệnh thận mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với thời gian lọc máu, nguyên nhân của bệnh thận mạn, tăng huyết áp, hemoglobin máu, protein máu toàn phần và albumin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Kết quả nghiên cứu:** (1) Nồng độ trung bình cholesterol máu toàn phần, TG, HDL - C, LDL - C, chỉ số TC/HDL - C, LDL/HDL - C khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh thận mạn chạy thận dưới 1 năm và trên 1 năm, giữa các nhóm nguyên nhân của bệnh thận mạn, giữa nhóm không tăng huyết áp và nhóm tăng huyết áp; (2) Nồng độ trung bình của triglycerid ở nhóm bệnh thận mạn có nồng độ hemoglobin < 90g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ hemoglobin ≥ 90g/l; (3) Nồng độ trung bình của cholesterol ở nhóm có nồng độ protein < 65g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ protein ≥ 65g/l; (4) Nồng độ trung bình cholesterol ở nhóm có nồng độ albumin < 35g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ albumin ≥ 35 g/l với p < 0,05.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn

SUMMARY

STUDY ON FACTORS RELATED TO DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE WHO ARE TREATED BY HEMODIALYSIS

Chronic kidney disease (CKD) is a global health problem, the incidence of chronic kidney disease is increasing. Dyslipidemia is a common problem in patients with CKD, it increases the risk of cardiovascular disease in patients with CKD. Managing dyslipidemia and the factors associated with dyslipidemia is one of the goals of treatment for patients with CKD. **The aim of study:** Study the relationship between dyslipidemia with: duration of dialysis, causes of CKD, hypertension, blood

hemoglobin, total blood protein, serum albumin in patients with ESRD who are treated by hemodialysis.

Methods: A cross-sectional study on 60 patients with ESRD who are treated by hemodialysis in Nghe An General Hospital. **Results:** (1) Level of total cholesterol, triglyceride, LDL - C and TC/HDL - C, LDL/HDL - C in patients with CKD who are treated by hemodialysis is not statistically different between patients with hemodialysis less than 1 year and over 1 year, between the causes of CKD, between hypertensive and not hypertensive groups; (2) Level of triglyceride in group of patients with hemoglobin < 90g/l is higher than that of group of patients with hemoglobin ≥ 90g/l; (3) Level of cholesterol in group of patients with protein < 65 g/l is higher than that of group with protein ≥ 65g/l; (4) Level of cholesterol in group of patients with albumin < 35 g/l is higher than that of group with albumin ≥ 35g/l.

Key words: Dyslipidemia, CKD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là bệnh lý suy giảm dần và không hồi phục chức năng của thận do nhiều nguyên nhân khác nhau. Đây là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu với tần suất tăng nhanh và chi phí điều trị khổng lồ. Bệnh thận mạn giai đoạn cuối đòi hỏi điều trị thay thế thận (lọc màng bụng, thận nhân tạo chu kỳ, ghép thận), mà thận nhân tạo chu kỳ là phương pháp hiện nay được áp dụng rộng rãi.

Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch đồng thời cũng là một biến chứng làm tiến triển nặng hơn bệnh thận mạn [1]. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn đã được nghiên cứu bởi nhiều tác giả trên thế giới. Ở nước ta nói chung, tỉnh Nghệ An nói riêng vấn đề này gần đây cũng được các tác giả quan tâm hơn, nhưng số lượng công trình nghiên cứu còn khiêm tốn.

Xuất phát từ nhu cầu đó chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm bệnh thận mạn:

+ Gồm 60 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối do viêm cầu thận mạn và viêm thận bể thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Nội thận – thận nhân tạo, Bệnh viện hữu nghị đa

*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 5.01.2021

Ngày duyệt bài: 18.01.2021

khoa Nghệ An.

+ Hiện tại chưa điều trị bằng các thuốc có ảnh hưởng đến các biến số chính của nghiên cứu như albumin máu, các thành phần lipid máu.

- Nhóm chứng: gồm 30 người khỏe mạnh có tuổi, giới và phân bố tương ứng với nhóm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa nội thận – thận nhân tạo, Bệnh viện hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

- Các bước tiến hành nghiên cứu

+ Khám lâm sàng

+ Tiến hành các xét nghiệm cận lâm sàng để khảo sát các rối loạn lipid.

+ Định lượng TC, TG, HDL - C, LDL - C bằng phương pháp so màu enzym trên máy sinh hóa COBAS 6000.

+ Lập hồ sơ bệnh án theo mẫu nghiên cứu.

+ Đánh giá rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch Việt Nam 2008.

- Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
<40	21	35	10	33,3	0,679
40-59	28	46,7	15	50	
≥60	11	18,3	5	16,7	
Trung bình	45,88 ± 13,23		44,70 ± 11,71		
Tổng cộng	60	100	30	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng là tương đương nhau (p > 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Phân độ THA	n	%
HA bình thường	11	18,3
THA độ 1	34	56,7
THA độ 2	12	20
THA độ 3	3	5
Tổng	60	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 81,7 %, trong đó THA độ 1 chiếm 56,7%, độ 2 chiếm 20% còn THA độ 3 chiếm 5%.

Bảng 3. Chỉ số cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm bệnh (n = 60)	Nhóm chứng (n = 30)	p
Hồng cầu(T/L)	3,32±0,66	4,41±0,56	0,000

Hemoglobin(g/l)	100,95±17,90	133,87±7,12	0,000
Protein máu(g/l)	70,08±7,84	74,87±5,20	0,003
Albumin máu(g/l)	39,05±6,55	43,60±3,57	0,000

Nhận xét: Số lượng hồng cầu, nồng độ hemoglobin máu, protein và albumin máu thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p < 0,05).

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ

Bảng 4. Nồng độ trung bình lipid máu theo thời gian lọc máu

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh thận mạn theo thời gian chạy thận nhân tạo		p
	≤ 1 năm	> 1 năm	
Cholesterol	4,54±0,63	4,47±0,65	0,732
Triglycerid	1,57±0,68	1,79±0,48	0,198
HDL - C	0,89±0,25	0,99±0,28	0,261
LDL - C	2,59±0,63	2,61±0,57	0,916
TC/HDL - C	5,41±1,49	4,61±1,21	0,056
LDL/HDL - C	3,03±0,84	2,78±0,94	0,404

Nhận xét: Nồng độ trung bình TC, TG, HDL - C, LDL - C, chỉ số TC/ HDL - C và LDL /HDL - C khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân bệnh thận mạn TNT dưới 1 năm và nhóm bệnh thận mạn TNT trên 1 năm.

Bảng 5. Nồng độ trung bình lipid máu theo nguyên nhân

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh thận mạn theo nguyên nhân		p
	Viêm cầu thận mạn (n=25)	Viêm thận bể thận mạn (n=35)	
Cholesterol	4,52 ± 0,81	4,46 ± 0,50	0,753
Triglycerid	1,76 ± 0,51	1,74 ± 0,55	0,902
HDL - C	0,93 ± 0,256	1,01 ± 0,29	0,281
HDL - C	2,75 ± 0,61	2,51 ± 0,53	0,104
TC/HDL-C	4,79 ± 1,36	4,77 ± 1,26	0,953
LDL/HDL-C	3,05 ± 1,01	2,67 ± 0,86	0,122

Nhận xét: Nồng độ trung bình các thành phần lipid máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nguyên nhân.

Bảng 6. Nồng độ trung bình lipid máu theo huyết áp

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh nhân theo tình trạng HA		p
	Nhóm không THA (n = 11)	Nhóm THA (n = 49)	
Cholesterol	4,38±0,64	4,51±0,65	0,554
Triglycerid	1,76±0,66	1,75±0,51	0,935
HDL - C	0,84±0,23	1,00±0,28	0,830
LDL - C	2,41±0,37	2,67±0,60	0,192
TC/HDL - C	5,04±1,53	4,72±1,24	0,465
LDL/HDL-C	3,00±0,83	2,79±0,97	0,508

Nhận xét: Nồng độ trung bình các thành

phần TC, TG, HDL - C, LDL - C, chỉ số TC/HDL - C, LDL/ HDL - C có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nhóm bệnh nhân tăng huyết áp và không tăng huyết áp.

Bảng 7. Nồng độ trung bình lipid máu theo nồng độ hemoglobin

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh nhân theo nồng độ hemoglobin máu		p
	Hb < 90g/l (n = 35)	Hb ≥ 90g/l (n = 25)	
Cholesterol (mmol/l)	4,53 ± 0,67	4,43 ± 0,64	0,571
Triglycerid (mmol/l)	1,88 ± 0,64	1,59 ± 0,36	0,032
HDL - C (mmol/l)	0,97 ± 0,28	0,98 ± 0,28	0,945
LDL - C (mmol/l)	2,65 ± 0,60	2,56 ± 0,55	0,523
TC/HDL - C	4,74±1,48	4,82±1,04	0,819
LDL/HDL - C	2,86±1,00	2,80±0,88	0,833

Nhận xét: Nồng độ trung bình cholesterol, triglycerid, LDL-C, chỉ số LDL/HDL-C ở nhóm bệnh thận mạn có nồng độ Hb < 90g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ Hb ≥ 90 g/l, nhưng chỉ có triglycerid cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ HDL-C, chỉ số TC/HDL-C thấp hơn không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Hb < 90 g/l và Hb ≥ 90 g/l.

Bảng 8. Nồng độ trung bình lipid máu theo nồng độ protein máu

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh nhân theo nồng độ protein máu		p
	Protein < 65 g/l (n = 12)	Protein ≥ 65g/l (n = 48)	
Cholesterol (mmol/l)	4,86 ± 0,41	4,40 ± 0,66	0,022
Triglycerid (mmol/l)	1,77 ± 0,66	1,75 ± 0,50	0,829
HDL - C (mmol/l)	0,99 ± 0,30	0,97 ± 0,27	0,881
LDL - C (mmol/l)	2,73 ± 0,59	2,58 ± 0,57	0,437
TC/HDL-C	4,96±1,63	4,73±1,21	0,586
LDL/HDLC	3,08±1,32	2,77±0,83	0,308

Nhận xét: Nồng độ trung bình cholesterol, triglycerid, LDL - C, HDL-C và chỉ số TC/HDL - C, LDL/HDL - C ở nhóm bệnh thận mạn protid máu < 65 g/l cao hơn so với nhóm bệnh nhân có protid ≥ 65 g/l, nhưng chỉ có cholesterol cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 9. Nồng độ trung bình lipid máu theo albumin huyết thanh

Chỉ số lipid máu	Nhóm bệnh nhân theo nồng độ albumin máu	p
------------------	---	---

	Albumin < 35 g/l (n = 28)	Albumin ≥ 35 g/l (n = 32)	
Cholesterol (mmol/l)	4,77 ± 0,52	4,34 ± 0,65	0,014
Triglycerid (mmol/l)	1,58 ± 1,51	1,83 ± 0,53	0,082
HDL - C (mmol/l)	1,04 ± 0,26	0,94 ± 0,28	0,196
LDL - C (mmol/l)	2,67 ± 0,52	2,58 ± 0,61	0,555
TC/HDL-C	4,71±1,36	4,81±1,27	0,775
LDL/HDL-C	2,74±0,90	2,88 ± 0,97	0,575

Nhận xét: Nồng độ trung bình cholesterol, HDL - C ở nhóm bệnh thận mạn có albumin < 35g/l cao hơn so với nhóm bệnh thận mạn có albumin ≥ 35 g/l, nhưng chỉ có cholesterol cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ trung bình triglycerid, các chỉ số TC/HDL - C, LDL/HDL - C ở nhóm bệnh thận mạn có albumin < 35 g/l thấp hơn so với nhóm bệnh thận mạn có albumin ≥ 35 g/l nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,88 ± 13,23, tuổi thấp nhất là 22 tuổi và tuổi cao nhất là 68 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nhóm chứng là 44,70 ± 11,71 tuổi, giữa các lớp tuổi của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có sự khác biệt đáng kể ($p > 0,05$), điều này cho phép khi so sánh kết quả về rối loạn lipid máu giữa hai nhóm là hợp lý. So sánh với những nghiên cứu khác về suy thận mạn trong nước trước đây không có nhiều khác biệt. Theo tác giả Võ Tam và cộng sự, độ tuổi trung bình của suy thận mạn là 45,45 ± 13,8 tuổi [3]. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phòng tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế (2005), độ tuổi trung bình của bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ là 41 ± 14,54 tuổi [2].

Tăng huyết áp là một trong những triệu chứng và biến chứng thường gặp trong bệnh thận mạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ THA ở bệnh nhân bệnh thận mạn là 81,7% trên 60 đối tượng. Mức độ THA chủ yếu là độ 1 chiếm 56,7%, độ 2 chiếm 20%, độ 3 chiếm 5% và 18,3% đối tượng không THA. Sự khác biệt giữa các mức độ THA có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đây. Theo Đinh Thị Kim Dung (2003) tỷ lệ THA ở nhóm suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ là 86,7% [1], còn theo Nguyễn Thị Phòng tỷ lệ

này là 100% [2].

Thiếu máu xuất hiện sớm trong suy thận mạn và tăng dần khi chức năng thận bị suy giảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu rất cao là 96,7% biểu hiện cả về lâm sàng và xét nghiệm. Số lượng hồng cầu ($3,32 \pm 0,66$ T/L) và nồng độ hemoglobin ($100,95 \pm 17,90$) giảm thấp so với giá trị bình thường và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Huỳnh Trinh Trí về tình hình thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy ghi nhận 67,6% Hb < 10 g/dL, tỷ lệ Hb > 11g/dL chỉ có 12,8%, nồng độ Hb trung bình là $8,99 \pm 1,85$ g/dL [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hồng cầu ($3,32 \pm 0,66$ T/l) và nồng độ hemoglobin máu ($100,95 \pm 17,9$ g/l) ở bệnh nhân bệnh thận mạn TNT thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p = 0,001$). Nồng độ trung bình protein máu toàn phần ($70,08 \pm 7,84$ g/l), albumin huyết thanh ($39,05 \pm 6,55$ g/l) ở bệnh nhân bệnh thận mạn TNT thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phòng [2], Đinh Thị Kim Dung [1].

4.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. Nồng độ trung bình các thành phần lipid máu như: cholesterol, TG, HDL - C, LDL - C, TC/HDL - C, LDL/HDL - C khác biệt giữa 2 nhóm thời gian lọc máu dưới 1 năm và trên 1 năm nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nhận định của tác giả Huỳnh Văn Dũng khi nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ. Theo tác giả Huỳnh Văn Dũng thì các thành phần LDL - C, HDL - C, chỉ số TC/LDL - C và LDL/HDL - C ở nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo trên 1 năm khác nhau không có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có thời gian chạy thận nhân tạo dưới 1 năm.

Nồng độ trung bình các thành phần lipid máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nguyên nhân viêm cầu thận và viêm thận bể thận mạn. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Phòng [2]. Trong nghiên cứu này, nồng độ trung bình lipid máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tăng huyết áp và không tăng huyết áp, phù hợp với nhận định trong nghiên cứu của Đinh Thị Kim Dung [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ cholesterol máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ

hemoglobin < 90 g/l thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có nồng độ hemoglobin ≥ 90 g/l ($p > 0,05$). Nồng độ cholesterol máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ protid máu < 65g/l cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có nồng độ protid máu ≥ 65 g/l ($p < 0,05$). Điều này cho thấy ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo nếu nồng độ protein máu càng thấp thì chỉ số cholesterol máu sẽ càng cao. Nồng độ cholesterol máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin máu < 35g/l cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin máu ≥ 35 g/l ($p < 0,05$). Điều này cho thấy ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo nếu nồng độ albumin máu càng thấp thì chỉ số cholesterol máu sẽ càng cao.

Nồng độ triglycerid máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ hemoglobin < 90g/l cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có nồng độ Hemoglobin ≥ 90 g/l ($p < 0,05$). Điều này cho thấy ở bệnh nhân bệnh thận mạn chạy thận nhân tạo nếu nồng độ hemoglobin máu càng thấp thì chỉ số triglycerid máu sẽ càng cao. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Dũng, triglycerid có mối tương quan nghịch với hemoglobin. Nồng độ triglycerid máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ protid máu < 65g/l cao hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ protid máu ≥ 65 g/l nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nồng độ triglycerid máu ở nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin máu < 35g/l thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có nồng độ albumin máu ≥ 35 g/l nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy trong nghiên cứu này, TG không bị ảnh hưởng bởi protein máu toàn phần và albumin huyết thanh của bệnh nhân.

Nồng độ trung bình HDL - C khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p > 0,05$). Nồng độ trung bình LDL - C khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p > 0,05$). Theo tác giả Huỳnh Văn Dũng, LDL - C không tương quan với hemoglobin máu và protein máu toàn phần.

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ trung bình của triglycerid ở nhóm bệnh thận mạn có nồng độ hemoglobin < 90g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ hemoglobin ≥ 90 g/l.

- Nồng độ trung bình của cholesterol ở nhóm có nồng độ protein < 65g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ protein ≥ 65 g/l.

- Nồng độ trung bình cholesterol ở nhóm có nồng độ albumin < 35g/l cao hơn so với nhóm có nồng độ albumin ≥ 35 g/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Thị Kim Dung (2003)**, "Nghiên cứu rối loạn Lipoprotein huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn", Luận án tiến sĩ.
2. **Nguyễn Thị Phòng (2007)**, "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn III - IV". Luận án chuyên khoa cấp 2, Trường đại học y dược Huế.
3. **Võ Tam và cộng sự (2011)**, Khảo sát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc màng bụng", Trường đại học y dược Huế.
4. **Ivana Mikolasevic, Marta Zutelija, Vojko mavrinc (2017)**, Dyslipidemia in patients with chronic kidney disease: etiology and management, Int J Nephrol Renovasc Dis, 10; 35-45.
5. **KDIGO (2012)**, KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the Evaluation and management of chronic kidney disease, Kidney International supplements.
6. **Joana Mesquita, Ana Valera (2010)**, Dyslipidemia in renal disease: Causes, consequences and treatment, Endocrinologia Y Nutricion, 57(9): 440-448.
7. **Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC (2003)**, Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease, Hypertension, 42(5): 1050-1065.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỦA UNG THƯ ỔNG TIÊU HÓA KHÔNG THUỘC BIỂU MÔ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TRONG 10 NĂM

Phạm Gia Anh¹, Trịnh Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của ung thư ống tiêu hóa không thuộc biểu mô. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Thời gian nằm viện trung bình 10,3 ngày, tỷ lệ biến chứng sớm 8.3%. Theo dõi 81,9% bệnh nhân: 361 bệnh nhân còn sống (78,5%), 99 bệnh nhân đã chết (21,5%), thời gian sống sau mổ trung bình là 36,9 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân sống sau mổ 1 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng 78,5%, 43,5%, 22,4%. Trong các loại tổn thương, u GIST khả năng sống sau mổ cao hơn so với u lympho. Có 87 bệnh nhân có điều trị bổ trợ sau mổ (chủ yếu là u lympho và u GIST) có thời gian sống sau mổ trung bình cao hơn so với nhóm không điều trị bổ trợ. **Kết luận:** Mặc dù chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều so ung thư biểu mô, nhưng các u này cũng có những biến chứng nặng mang tính chất cấp cứu có thể dẫn đến tử vong, do vậy việc đánh giá kết quả sau mổ là rất quan trọng để có cách thức điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Từ khóa: U không thuộc biểu mô ống tiêu hóa, đánh giá sau mổ, thời gian sống sau mổ

SUMMARY

EVALUATE THE SURGERY RESULTS OF NON-EPITHELIAL CANCER OF GASTROINTESTINAL TRACT OPERATED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 10 YEAR

Objective: Evaluate the surgery results of non-epithelial cancer of gastrointestinal tract (GI). **Methods:** retrospective study. **Results:** The average hospital stay was 10.3 days, the rate of early

complications was 8.3%. Follow up 81.9% of patients: 361 patients were still alive (78.5%), 99 patients died (21.5%), the average survival time post surgery was 36.9 months. The rates of patients living after 1 year, 3 years and 5 years after surgery are 78.5%, 43.5%, 22.4% respectively. Among the types of lesions, GIST tumors have higher postoperative survival than lymphoma. There were 87 patients with postoperative adjuvant treatment (mainly lymphoma and GIST tumors) had a higher mean postoperative survival time compared to the group without adjuvant treatment. **Conclusion:** Although non-epithelial tumors's prevalence rate is lower than adenocarcinoma, it also have serious complications of an emergency that can lead to death, therefore, it is very important to evaluate the outcomes after surgery for the treatment and prognosis of the patient.

Keywords: non-epithelial gastrointestinal tract tumors, postoperative evaluation, survival time

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư ống tiêu hóa (ÔTH) không thuộc biểu mô bao gồm nhóm u trung mô (Digestive Mesenchymal Tumors) và u lympho của ÔTH, chiếm tỉ lệ dưới 5% toàn bộ ung thư của ÔTH, có hơn 10 loại khác nhau bao gồm nhóm chiếm tỉ lệ ít hơn có hình ảnh mô bệnh học và tiêu chuẩn chẩn đoán giống u mô mềm ở các cơ quan khác như u mỡ, u cơ trơn, u vỏ bao thần kinh, u mạch máu, u cơ vân... và nhóm khác chiếm phần lớn không đồng nhất gọi là u mô đệm ống tiêu hoá hay u mô đệm dạ dày ruột (GIST - GastroIntestinal Stromal Tumors) và u lympho [1],[2]. Trên thế giới và tại Việt Nam cũng đã có các công trình nghiên cứu về u ÔTH không thuộc biểu mô, tuy nhiên các tác giả thường nghiên cứu một loại tổn thương trên một hoặc nhiều tạng mà chưa có nghiên cứu nào một

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Gia Anh

Email: phamgiaanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2021

Ngày duyệt bài: 20.01.2021