

giả Nguyễn Huy Toàn với nhóm bệnh nhân còn sống sau phẫu thuật 6 tháng là 4,5 [4] [2]. Điều này rất có ý nghĩa với kỳ vọng TBG tủy xương sẽ giúp cải thiện nguy cơ tử vong và góp phần giảm nhu cầu ghép gan của bệnh nhân TMBS.

Nhiễm trùng đường mật (NTĐM) sớm trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra trong khoảng thời gian 1 tháng sau phẫu thuật. NTĐM sớm đã được công nhận là yếu tố thúc đẩy quá trình xơ gan tiến triển với tác động bất lợi đáng kể đến khả năng sống sót ngắn hạn. Biểu đồ 2 cho thấy tỉ lệ NTĐM sớm là 22,58%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của tác giả Kyong Ihn là 43,2% và tác giả Phạm Thị Hải Yến là 50,4% [7][4]. NTĐM thường xảy ra trong năm đầu tiên sau phẫu thuật, tần suất được ghi nhận là 40-80%. Từ kết quả ở biểu đồ 2 cho thấy, tính đến thời điểm sau điều trị 3 tháng, có 61,29% bệnh nhân có NTĐM. Kết quả này phù hợp với tần suất NTĐM của các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và điểm PELD sau liệu pháp TBG tủy xương tự thân hỗ trợ điều trị bệnh TMBS. Chúng tôi sẽ tiếp tục tiến hành nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi trong thời gian dài hơn, để đánh giá được hiệu quả của liệu pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bách Thị Ly Na (2016)**, Nhận xét một số biến chứng thường gặp và kết quả điều trị bệnh nhân

teo mật bẩm sinh sau phẫu thuật Kasai tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

2. **Nguyễn Huy Toàn, Phạm Duy Hiền (2021)**, "Cắt xơ rốn gan rộng rãi trong phẫu thuật Kasai điều trị teo đường mật bẩm sinh". Tạp chí Y học Việt Nam. 508(2).
3. **Hoàng Thị Xuyên (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại và tỷ lệ nhiễm Cytomegalovirus ở bệnh nhân teo đường mật bẩm sinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Thị Hải Yến (2019)**, Nghiên cứu kết quả và một số yếu tố liên quan đến kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai trên bệnh nhân teo mật bẩm sinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Gad EH, et al. (2021)**, "Short- and long-term outcomes after Kasai operation for type III biliary atresia: Twenty years of experience in a single tertiary Egyptian center-A retrospective cohort study". Ann Med Surg. 62 pp.302-14.
6. **Hanalioglu D, et al. (2019)**, "Revisiting long-term prognostic factors of biliary atresia: A 20-year experience with 81 patients from a single center". Turkish J Gastroenterol. 30(5) pp.467.
7. **Ihn K, Ho IG, Chang EY, Han SJ (2018)**, "Correlation between gamma-glutamyl transpeptidase activity and outcomes after Kasai portoenterostomy for biliary atresia". J Pediatr Surg. 53(3) pp.461-7.
8. **Liu CS, Chin TW, Wei CF. (1998)**, "Value of gamma-glutamyl transpeptidase for early diagnosis of biliary atresia". Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 61(12) pp.716-20.
9. **Sharma S, Kumar L, Mohanty S, Kumar R, Datta Gupta S, Gupta DK. (2011)**. "Bone marrow mononuclear stem cell infusion improves biochemical parameters and scintigraphy in infants with biliary atresia". Pediatr Surg Int. 27(1) pp.81-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ PHÂN BỐ CA LỘC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh*, Đinh Thị Kim Dung**

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 186 người bệnh lọc máu chu kỳ tại Đơn nguyên thận nhân tạo Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2022. Người bệnh > 18 tuổi, thời gian lọc máu chu kỳ > 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Công cụ thu thập thông tin là bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên nội

dung và biến số nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi thấp nhất là 19, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình là 60 ±16,3. NB nam 47,3%, nữ 52,7%. 26,9% NB có thời gian lọc máu < 1 năm, 18,2% NB có thời gian lọc máu > 10 năm. Nguyên nhân gây suy thận mạn: 41,9% do tăng huyết áp, 22,6% do đái tháo đường. Các bệnh mắc kèm: 95,7% kèm tăng huyết áp, thiếu máu gầy 79,6%, suy tim gầy 48,4%, đái tháo đường gầy 29%, 64,2% có cường cận giáp, 14% mắc viêm gan virus mạn. Triệu chứng lâm sàng: 14% có biểu hiện khó thở liên tục trước lọc, sau lọc còn 3,2%. Triệu chứng ho có 15,1% NB trước lọc, sau lọc máu có 3,2%. Có 36,6% bệnh nhân có triệu chứng phù trước lọc máu, sau lọc máu còn 12,9%. Triệu chứng da khô trước lọc có 7,5%, sau lọc là 11,8%. Trước lọc có 37,6% NB có biểu hiện chuột rút, sau lọc là 41,9%. Có 11,8% NB có biểu hiện

*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

**Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh

Email: quynhsaintpaul@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.6.2022

Ngày duyệt bài: 21.6.2022

buồn nôn trước lọc, sau lọc 9,7%. Triệu chứng chóng mặt, đau đầu chiếm 44,1% và 22,6% trước lọc, sau lọc 22,6% và 14%. Ca lọc máu 1 có nhiều NB nam hơn nữ, ca lọc máu 3 có nhiều NB nữ hơn nam. Ca lọc 1 không có sự khác biệt giữa độ tuổi lao động và không lao động, ca lọc 2 có độ tuổi không lao động cao hơn, ca lọc 3 có độ tuổi lao động cao hơn.

Từ khóa: Lọc máu chu kỳ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DISTRIBUTION SHIFT OF HEMODIALYSIS PATIENT AT SAINT'S PAUL HOSPITAL

Objective: A cross-sectional descriptive study of 186 patients on hemodialysis at the Hemodialysis Unit at Saint's Paul Hospital from January 2021 to January 2022. Patients over 18 years old, dialysis time over 3 months and agreed to participate in the study. The information collection tool is a set of questions designed based on the research content and variables.

Results: The youngest age is 19 years old, the oldest age is 91 years old, the mean age is 60 ± 16.3 years old. Male patients 47.3%, female patients 52.7%. 26.9% of patients had dialysis time less than one year, 18.2% of patients had dialysis time more than 10 years. Causes of chronic kidney failure: 41.9% due to hypertension, 22.6% due to diabetes. Comorbidities: 95.7% with hypertension, 79.6% anemia, 48.4% heart failure, 29% diabetes, 64.2% hyperparathyroidism, 14% inflammation chronic viral hepatitis. Clinical symptoms: 14% showed continuous shortness of breath before dialysis, 3.2% after dialysis. Cough were present in 15.1% of patients before dialysis, 3.2% after dialysis. There were 36.6% of patients with edema before dialysis, 12.9% after dialysis. Dry skin before filtration was 7.5%, after filtration was 11.8%. Before filtration, 37.6% of patients had cramps, after treatment was 41.9%. There were 11.8% of patients with nausea before filtration and after filtration were 9.7%. Symptoms of dizziness, headache accounted for 44.1% and 22.6% before filtration, 22.6% and 14% after filtration. The first shift of hemodialysis patient has more male than female, the third shift has more female patients than male. The first shift of hemodialysis patient has no difference between working and non-working age, the second shift has a higher non-working age, the third shift has a higher working age.

Keywords: Hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn và bệnh thận mạn giai đoạn cuối hiện nay là một trong những vấn đề y tế toàn cầu với tần suất và tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng, tiêu tốn nhiều chi phí và để lại những hậu quả nặng nề. Theo thống kê năm 2010 của trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) về bệnh thận và tiết niệu, đã có khoảng 11,5% dân số Mỹ có độ tuổi trên 20 mắc bệnh thận mạn tính [1]. 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. Người bệnh (NB) lọc máu 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 NB lọc máu chu kỳ khó tránh khỏi ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như tỷ lệ sống còn của NB [2]. NB lọc máu chu kỳ nếu được tư vấn, chăm sóc tốt và phát hiện sớm các biến chứng sẽ giúp hạn chế tỷ lệ biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tử vong. Đánh giá đặc điểm lâm sàng và phân bố ca lọc máu của NB lọc máu chu kỳ rất quan trọng giúp người điều dưỡng lên kế hoạch tư vấn cho NB, phân bố ca lọc máu phù hợp, giúp NB tuân thủ tốt và đảm bảo kỹ thuật lọc máu chu kỳ an toàn và hiệu quả.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Phân tích đặc điểm lâm sàng và phân bố ca lọc máu của người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 186 NB được chẩn đoán bệnh suy thận mạn tính giai đoạn V điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Nội tổng hợp II - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 01/2021 đến 01/2022

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. NB suy thận mạn tính đang điều trị LMCK > 3 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu. NB hạn chế nghe, nói, có bệnh lý tâm thần kinh, tình trạng nặng không thể tham gia phỏng vấn, NB suy thận cấp, lọc máu cấp cứu, NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, có phân tích.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu mẫu thuận tiện.

- **Công cụ nghiên cứu:** Người bệnh được phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn. Điều dưỡng đánh giá triệu chứng lâm sàng trong buổi lọc máu. Phỏng vấn, đo các chỉ số, nhận định đặc điểm lâm sàng 2 lần: trước buổi lọc máu và sau buổi lọc máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

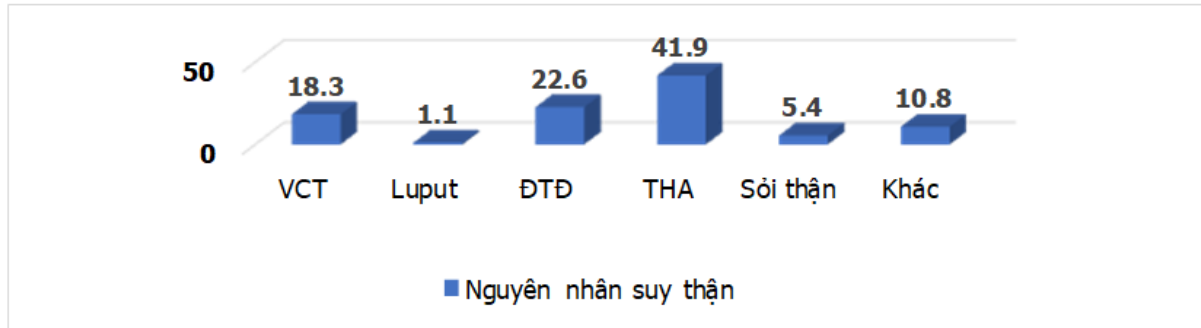
3.1 Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi của nhóm nghiên cứu

Giới	Thấp nhất (năm)	Cao nhất (năm)	TB \pm SD
Nam	19	84	57,79 \pm

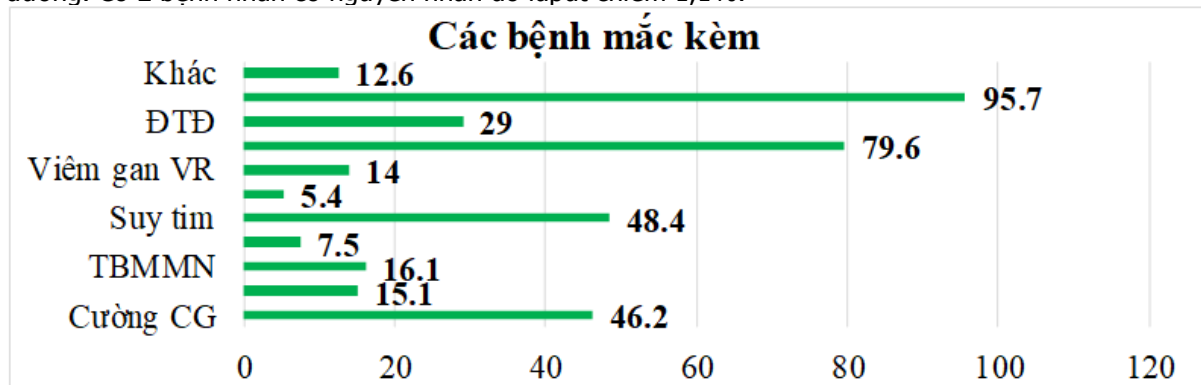
(n= 88)			15,9
Nữ (n= 98)	26	91	62 ±16,5
Chung (n=186)	19	91	60 ± 16,3

Nhận xét: Tuổi thấp nhất là 19, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình là 60 ±16,3. Nữ có tuổi trung bình là 62 ± 16,5, cao hơn tuổi trung bình của nam giới (57,79 ± 15,9).



Biểu đồ 1: Nguyên nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trong nhóm nghiên cứu

Nhận xét: 41,9% suy thận mạn giai đoạn V do tăng huyết áp, 42 bệnh nhân (22,6%) do đái tháo đường. Có 2 bệnh nhân có nguyên nhân do luput chiếm 1,1%.



Biểu đồ 2: Các bệnh mắc kèm

Nhận xét: 95,7% có kèm tăng huyết áp, thiếu máu gặp 79,6%, suy tim gặp 48,4%, đái tháo đường gặp 29%.

Bảng 2. Phân bố theo thời gian lọc máu chu kỳ

Thời gian lọc máu (năm)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 1 năm	50	26,9
Từ 1 - <5 năm	60	32,3
Từ 5 - < 10 năm	42	22,6
>10 năm	34	18,2
Tổng số	186	100

Nhận xét: Thời gian lọc máu < 1 năm có 50 NB chiếm 26,9%, từ 1- <5 năm chiếm 32,3%, từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ 22,6%, 18,2% NB có thời gian lọc máu > 10 năm.

Bảng 3 Triệu chứng lâm sàng trước và sau lọc máu

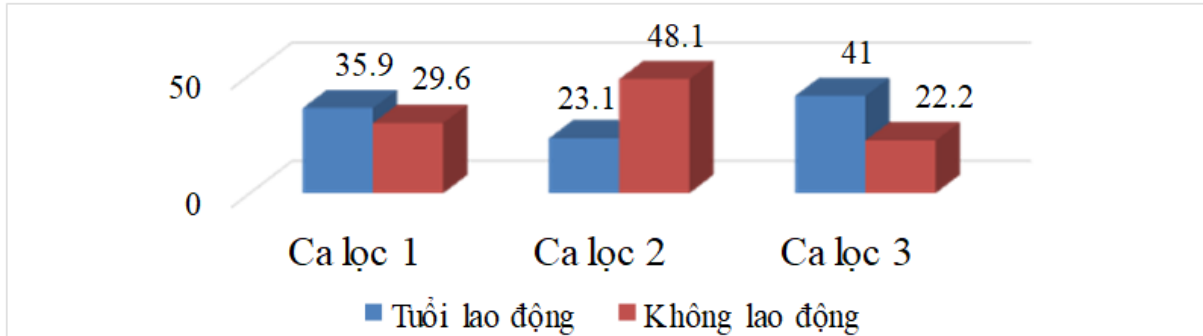
Tiêu chí	Trước LMCK (N= 186)		Sau LMCK (N= 186)		P
	n	%	n	%	
Da khô	14	7,5	22	11,8	<0,05
Ngứa da	90	48,4	44	23,7	<0,05
Chuồn rút	70	37,6	78	41,9	>0,05
U tai	46	24,7	50	26,9	>0,05
Chóng mặt	82	44,1	42	22,6	<0,05
Đau đầu	42	22,6	26	14	<0,05
Mệt mỏi	68	36,6	32	17,2	<0,05
Nôn-Buồn nôn	22	11,8	18	9,7	>0,05

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng thừa dịch

Tiêu chí	Trước LMCK (N= 186)		Sau LMCK (N= 186)		P
	n	%	N	%	
Khó thở	26	14	6	3,2	<0,05
Ho	28	15,1	6	3,2	<0,05
Phù	68	36,6	24	12,9	<0,05
Ral phổi	5	2,6	3	1,6	>0,05

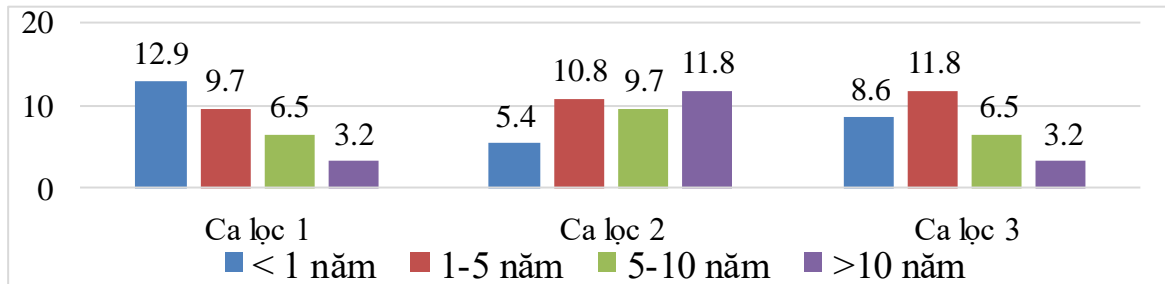
Nhận xét: 14% có triệu chứng khó thở từ mức độ nhẹ đến nặng, sau lọc còn 3,2%. 36,6% có triệu chứng phù trước lọc, sau lọc máu chỉ có 12,9%.

3.2 Phân bố ca lọc máu chu kỳ



Biểu đồ 4: Liên quan giữa ca lọc máu và tuổi lao động của NB

Nhận xét: Ca lọc 1 có 35,9%, ca lọc 2 có 23,1%, ca lọc 3 có 41% NB trong độ tuổi lao động. NB trong độ tuổi không lao động ca 1 có 29,6%, ca 2 có 48,1%, ca 3 có 22,2%.



Biểu đồ 5: Liên quan giữa ca lọc máu và thời gian lọc máu của bệnh nhân

Nhận xét: 12,9% NB ca lọc máu 1 có thời gian lọc máu < 1 năm. Ca lọc máu 2 có 11,8% NB có thời gian lọc máu > 10 năm.

Bảng 5 Liên quan giữa đánh giá hoạt động theo dõi và xử trí biến chứng trong lọc máu của điều dưỡng với ca lọc máu

Ca lọc máu	Chăm sóc tốt		Chăm sóc chưa tốt		P
	n	%	n	%	
Ca 1 (N=60)	56	93,3	4	6,7	
Ca 2 (N=70)	64	91,4	6	8,6	>0.05
Ca 3 (N=56)	53	94,6	3	5,4	>0,05
Tổng (N=186)	173		13		

Nhận xét: NB đánh giá hiệu quả chăm sóc theo dõi và xử trí biến chứng của điều dưỡng tốt tương ứng ca 1,2,3 là: 93,3%, 91,4%, 94,6%. Sự khác biệt giữa các ca không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Liên quan giữa sự hài lòng của NB với điều dưỡng chăm sóc và ca lọc máu

Ca lọc máu	Hài lòng		Chưa hài lòng		P
	n	%	n	%	
Ca 1 (N=60)	57	95	3	5	
Ca 2 (N=70)	70	100	0	100	>0.05
Ca 3 (N=56)	55	98,2	1	1,8	>0.05
Tổng (N=186)	182		4		

Nhận xét: NB đánh giá hài lòng với điều dưỡng chăm sóc tương ứng ca 1,2,3 là: 95%, 100%, 98,2%. Sự khác biệt giữa các ca lọc không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam số bệnh nhân nam mắc suy thận mạn giai đoạn V nhiều hơn bệnh nhân nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 88 NB nam (47,3%) và 98 NB nữ (52,7%), tuổi thấp nhất là 19, tuổi cao nhất là 91, tuổi trung bình là $60 \pm 16,3$. Nữ có tuổi trung bình là $62 \pm 16,5$, cao hơn tuổi trung bình của nam giới ($57,79 \pm 15,9$). Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà [5] có số NB nam và nữ như nhau (50%). Tác giả Nguyễn Hoàng Lan chích dẫn kết quả nghiên cứu của Chilcot và CS (2010) đã tìm thấy mối liên quan đáng kể giữa giới tính của người bệnh và việc tuân thủ kiểm soát lượng nước đưa vào cơ thể giữa 2 lần lọc máu chu kỳ, trong đó NB là nữ không kiểm soát lượng nước đưa vào cơ thể cao gấp 0,34 lần nam giới (KTC 95% từ 0,13 đến 0,87) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 78 NB (chiếm 41,9%) suy thận mạn giai đoạn V do tăng huyết áp, 42 NB (22,6%) do đái tháo đường. Thời gian lọc máu < 1 năm có 50 NB chiếm 26,9%, từ 1- <5 năm chiếm 32,3%, từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ 22,6%, 18,2% NB có thời gian lọc máu > 10 năm. Kết quả của chúng tôi có NB lọc máu chu kỳ > 10 năm cao hơn của tác giả Nguyễn Thị Thu Hà (2020) chỉ có 13,8% [5]. 7,5% NB có dấu hiệu da khô trước lọc, sau lọc có 11,8%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trước lọc máu 48,4% có triệu chứng ngứa da, sau lọc có 23,7%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trước lọc máu có 44,1% NB có dấu hiệu chóng mặt, sau lọc là 22,6%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Triệu chứng ù tai và buồn nôn trước lọc là 24,7% và 11,8%, sau lọc máu là 26,9% và 9,7% (bảng 3).

Đặc điểm phân bố ca lọc máu. Để nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh LMCK đòi hỏi phải có sự thay đổi lối sống như tuân thủ điều trị và dùng thuốc, kiểm soát tốt chế độ ăn uống hàng ngày. Tuân thủ điều trị kém làm cho nguy cơ bệnh nặng lên và có khả năng tử vong. Các tác giả đã chứng minh rằng những người bỏ qua một hoặc nhiều lần lọc máu sẽ làm cho phospho huyết thanh tăng lên, trong một tháng nếu rút ngắn thời gian lọc máu của 3 lần lọc máu sẽ có nguy cơ tử vong cao hơn 13% đến 35%

[6]. 14% có triệu chứng khó thở từ mức độ nhẹ đến nặng, sau lọc máu có 6 bệnh nhân chiếm 3,2%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 36,6% có triệu chứng phù trước lọc, sau lọc máu chỉ có 12,9%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 2,6% NB có triệu chứng rai ẩm 2 bên phổi trước lọc máu, sau lọc máu là 1,6%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 4). Ca lọc máu 1 và 3 có NB trong độ tuổi lao động và không lao động không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ca lọc máu 2 có số NB không trong độ tuổi lao động cao hơn số NB trong độ tuổi lao động (biểu đồ 4). NB lọc máu chu kỳ có tuổi cao, nhiều bệnh nền nặng sẽ không tự đi lọc máu được, họ phải có người nhà đi theo phục vụ, nếu đi lọc máu ca 1 và ca 3 sẽ khó tuân thủ điều trị hơn. NB lọc máu chu kỳ ca 2 có thời gian lọc máu lâu hơn ca 1 và 3 (biểu đồ 5). Mặt khác giờ lọc máu ca 2 sẽ đảm bảo nhân lực khoa đông nhất, sẵn sàng hỗ trợ cho đơn nguyên lọc máu khi cần. Đánh giá về mối liên quan giữa kết quả đánh giá của NB về công tác chăm sóc của điều dưỡng, sự hài lòng của NB đối với điều dưỡng chăm sóc (bảng 5,6) với ca lọc máu chúng tôi thấy rằng > 90% các bệnh nhân được phỏng vấn đều đánh giá điều dưỡng chăm sóc tốt và hài lòng với điều dưỡng chăm sóc. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các ca lọc máu.

V. KẾT LUẬN

NB lọc máu chu kỳ có rất nhiều bệnh lý đi kèm. Người bệnh cần tuân thủ điều trị để duy trì sức khỏe tốt, giảm các biến chứng có thể xảy ra. Phân bố ca lọc máu phù hợp sẽ giúp người bệnh tuân thủ điều trị tốt, giúp kỹ thuật lọc máu hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **KDIGO (2012)**, "Clinical Practice Guideline for anemia in chronic kidney disease", Kidney International, Vol. 2, pp.279-335.
2. **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.
3. **Lê Thị Bình (2017)**, "Chăm sóc NB chạy thận chu kỳ", ĐD các bệnh nội khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
4. **Nguyễn Hoàng Lan (2017)**, "Chất lượng cuộc sống của những BN STMGĐC LMCK tại bệnh viện quận Thủ Đức", Đại học y dược, Đại học Huế.
5. **Nguyễn Thị Thu Hà (2020)**, "Khả năng tự quản chăm sóc và một số yếu tố liên quan của người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang", Luận văn thạc sĩ.
6. **Mahmoud S.A.A, Selim M., Raouf H.A.** Assessment of Self-Care Practice of patients on Maintenance Hemodialysis at Cairo University Hospitals. Assessment. 2014