

SỰ THAY ĐỔI KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH SAU CAN THIỆP DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lê Thị Hương^{1,3}, Nguyễn Thị Hương Lan^{1,2}, Trần Minh Anh², Nguyễn Thành Tiến², Đặng Kim Anh¹, Ngô Thị Thanh Hải², Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh², Dương Thị Phượng³, Vũ Ngọc Hà³, Tạ Thanh Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả tư vấn dinh dưỡng người bệnh (NB) bệnh thận mạn (BTM) chưa điều trị thay thể thận tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng tiến hành trên 35 người bệnh BTM giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thể thận, can thiệp và theo dõi khẩu phần ăn, đánh giá kiến thức thực hành của NB. **Kết quả:** NB còn chưa biết nhiều về chế độ ăn giàu canxi, ít phospho cũng như chế độ ăn giảm thực phẩm giàu kali. Sau tư vấn, tăng tỷ lệ NB biết về chế độ ăn giảm đạm (64,3% lên 80,0%). Ở nhóm can thiệp, khẩu phần ăn của NB đã giảm protein, phospho, natri và kali; tăng glucid, calci và sắt ($p < 0,05$). Nhóm chứng chỉ giảm protein, natri và không có sự thay đổi thành phần các chất còn lại trong khẩu phần. **Kết luận:** Tăng cường công tác tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh trước, trong và sau quá trình điều trị để người bệnh BTM cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành dinh dưỡng.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, tư vấn dinh dưỡng, khẩu phần, Xanh Pôn

SUMMARY

CHANGES IN KNOWLEDGE AND PRACTICE AFTER NUTRITIONAL INTERVENTION FOR PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT REPLACEMENT TREATMENT AT SAINT PAUL HOSPITAL

Objective: This study aimed to assess the effectiveness of nutritional counseling for patients with chronic kidney disease (CKD) who have not received renal replacement therapy at Saint Paul Hospital. **Subjects and methods:** A randomized controlled intervention study was conducted on 35 patients with CKD stage 3-5 who have not yet received renal replacement therapy, interfered with and monitored dietary intake, and assessed the patient's knowledge and practice. **Results:** The patient had limited knowledge of diets high in calcium, low in phosphorus, and low in potassium-rich foods. After counseling, the

number of patients who are aware of the low-protein diet increased from 64.3% to 80.0%. The diet of the patient in the intervention group had less protein, phosphorus, sodium, and potassium as well as higher glucose, calcium, and iron ($p < 0.05$). Only salt and protein were reduced in the control group's diet; the balance of the other ingredients remained unchanged. **Conclusion:** To help CKD patients enhance their knowledge, attitude, and practice of nutrition, strengthen nutrition counseling for patients before, during, and after therapy.

Keywords: Chronic kidney disease, nutrition counseling, diet, Saint Paul

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Năm 2017 trên thế giới, ước tính có khoảng 700 triệu bệnh nhân mắc BTM chiếm 9,1% dân số trên toàn cầu và đứng thứ 12 trong nhóm những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu[1]. Chế độ ăn giảm đạm trong BTM đã được nhắc tới trong nhiều thập kỷ qua và một số tác giả lập luận rằng chế độ ăn như vậy có thể liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng. Nghiên cứu can thiệp dinh dưỡng của Pérez-Torres A. thấy rằng ở nhóm người bệnh BTM chưa chạy thận được can thiệp có tỷ lệ nhập viện thấp hơn và có tác động tích cực tới tình trạng dinh dưỡng[2]. Một nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Thu trên nhóm người bệnh thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) nhận thấy tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn giảm đi sau can thiệp dinh dưỡng (từ 37,1% xuống 30,7%)[3]. Nhiều nghiên cứu can thiệp đã được tiến hành trên thế giới nhưng tại Việt Nam các tác giả mới chỉ tập trung can thiệp vào nhóm người bệnh TNTCK. Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là một đơn vị trực thuộc Sở Y tế Hà Nội tiếp nhận và điều trị người bệnh BTM. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể thận tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 3-5,

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Lan

Email: huonglandd@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng từ 18 – 65 tuổi, Được chẩn đoán BTM giai đoạn 3-5 chưa điều trị thay thế thận; Đối tượng được giải thích và đồng ý tham gia vào nghiên cứu; Bệnh nhân được chỉ định nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh bệnh thận mạn đang điều trị thay thế thận, bao gồm:

- (1) Thận nhân tạo (hoặc thẩm tách máu, hemodialysis, HD)
- (2) Thẩm phân phúc mạc (peritoneal dialysis, PD)
- (3) Ghép thận.

+ Những bệnh nhân chống chỉ định nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2022.

Địa điểm: Khoa Nội tổng hợp 2, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu chủ đích tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho đến khi được 35 người bệnh ở mỗi nhóm thì dừng. Phân bổ các bệnh nhân vào hai nhóm nghiên cứu dựa theo tiêu chí tương đồng về tuổi, giới và giai đoạn bệnh. Nhóm can thiệp: 35 người bệnh (tư vấn, can thiệp chế độ ăn + sử dụng sản phẩm dinh dưỡng đường uống 500ml/ngày). Nhóm đối chứng (tư vấn, không can thiệp chế độ ăn): 35 người bệnh.

Nội dung, chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm chung của người bệnh (nguồn cung cấp bữa ăn, người phụ trách ăn uống); Kết quả cải thiện kiến thức, thực hành của người bệnh sau khi tư vấn dinh dưỡng theo bộ câu hỏi; Kết quả cải thiện giá trị và tính cân đối trong khẩu phần của người bệnh (hỏi ghi khẩu phần 24h, tỷ lệ các chất sinh năng lượng và vi chất); tỷ lệ người bệnh tuân thủ chế độ ăn theo tư vấn.

Quy trình can thiệp:

+ Nhóm chứng: Tư vấn dinh dưỡng, lên thực đơn và theo dõi khẩu phần ăn.

+ Nhóm can thiệp: Tư vấn dinh dưỡng, lên thực đơn, cung cấp chế độ ăn bệnh viện hoặc hướng dẫn cách lựa chọn thực phẩm để gia đình chuẩn bị theo yêu cầu của nhóm nghiên cứu và bổ sung sản phẩm dinh dưỡng đường uống (Trong 250ml có chứa năng lượng 300 Kcal, 7g Protein, 9,9 g Lipid, 44,6g Carbohydrate, từ các

nguyên liệu như gạo, ức gà phile, dầu hạt cải, palatinose, đậu trắng, cà rốt, bột sắn dây, chất xơ FOS, đậu hà lan, đậu xanh, cải kale, táo, chiết xuất từ quả olive) với mức năng lượng khuyến nghị là: Năng lượng: 25-35kcal/kg/ngày; Protein: 0,55-0,6 g/kg/ngày đối với bệnh nhân BTM không đái tháo đường và 0,6-0,8 g/kg/ngày đối với bệnh nhân BTM có đái tháo đường kèm theo[4].

Đánh giá tại 2 thời điểm: T0 là thời điểm 24-48h đầu nhập viện, T1 là thời điểm 24-48h trước khi ra viện hoặc ngày thứ 14 nhập viện.

2.3. Xử lý số liệu. Xử lý và làm sạch số liệu bằng phần mềm Excel 2010. Các phép phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Stata 14.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Bệnh nhân được cung cấp thông tin đầy đủ về lợi ích, rủi ro khi tham gia nghiên cứu và kí cam kết tình nguyện tham gia, trong quá trình nghiên cứu đối tượng có quyền bỏ cuộc nếu không muốn tham gia tiếp.

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức phê duyệt ngày 04/07/2022, số quyết định 753/GCN-HĐĐNCYSH-ĐHYHN, mã số IRB-VN01.001/IRB00003121/FWA00004148.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nguồn cung cấp bữa ăn và người phụ trách việc ăn uống cho người bệnh tại bệnh viện * χ^2 test

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n= 35)		Nhóm chứng (n= 35)		p
	n	%	n	%	
Nguồn cung cấp bữa ăn					
Nhà ăn bệnh viện	19	54,3	5	14,3	0,001*
Quán ăn xung quanh bệnh viện	5	14,3	14	40,0	
Nấu ở nhà mang đến	11	31,4	16	45,7	
Người phụ trách ăn uống cho người bệnh					
Vợ chồng con cháu ruột	16	45,7	17	48,6	0,71
Anh chị em ruột	9	25,7	8	22,9	
Họ hàng	3	8,6	1	2,9	
Tự phục vụ	7	20,0	9	25,7	

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người bệnh được cung cấp suất ăn từ nhà ăn bệnh viện là 54,3%. Ở nhóm chứng, người bệnh chủ yếu là nấu từ nhà mang đến với tỷ lệ 45,7%; còn lại là do nấu ở nhà mang đến và do nhà ăn bệnh viện cung cấp. Người phụ trách ăn uống cho người bệnh ở cả 2 nhóm chủ yếu là vợ chồng con cháu ruột. Vẫn có khoảng 20% người bệnh tự phục vụ bản

thân khi nằm viện điều trị.

Bảng 2. Kết quả trả lời đúng kiến thức thực hành của người bệnh trước và sau khi tư vấn dinh dưỡng

Kiến thức	Nhóm can thiệp (n=35) (n,%)		Nhóm chứng (n=35) (n,%)		p
	T0	T1	T0	T1	
Người bệnh thận cần ăn giảm đạm so với người bình thường cùng lứa tuổi	21 (60,0)	30 (85,7)	24 (68,6)	26 (74,3)	0,49
Cần ăn nhạt tuyệt đối với người bệnh có phù	15 (42,9)	25 (71,4)	11 (31,4)	22 (62,9)	0,71

Hạn chế sử dụng các món ăn chế biến từ phủ tạng động vật	18 (51,4)	24 (68,6)	20 (57,1)	24 (68,6)	0,80
Chế độ ăn giàu canxi, ít phospho	7 (20,0)	18 (51,4)	10 (28,6)	19 (54,3)	0,60
Chế độ ăn giảm thực phẩm giàu kali	10 (28,6)	23 (65,7)	9 (25,7)	16 (45,7)	0,64

Tỷ lệ người bệnh biết về chế độ ăn giảm đạm trước tư vấn là 60,0% và 68,6%; sau tư vấn tỷ lệ này tăng lên là 85,7% và 74,3%. Người bệnh còn chưa biết nhiều về chế độ ăn giàu canxi, ít phospho cũng như chế độ ăn giảm thực phẩm giàu kali; sau khi tư vấn, tỷ lệ người bệnh trả lời đúng về các kiến thức này đều tăng lên gấp đôi so với trước tư vấn.

Bảng 3. Kết quả cải thiện giá trị và tính cân đối trong khẩu phần của người bệnh

Khẩu phần	Nhóm can thiệp (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)		p	Nhóm chứng (n=35) ($\bar{X} \pm SD$)		p
	T0	T1		T0	T1	
Năng lượng (kcal/ngày)	1489,2 ± 212,6	1564,3 ± 189,0	0,12	1580,9 ± 208,6	1594,9 ± 246,4	0,79
Protein (g/ngày)	52,6 ± 16,0	45,2 ± 8,1	<0,01**	55,1 ± 16,1	49,9 ± 11,1	0,03*
Lipid (g/ngày)	38,1 ± 7,6	40,0 ± 6,8	0,29	40,5 ± 7,7	40,8 ± 8,4	0,87
Glucid (g/ngày)	233,9 ± 38,2	259,6 ± 38,4	<0,01*	249,1 ± 39,5	255,6 ± 43,1	0,51
Calci (mg/ngày)	397,8 ± 109,2	699,0 ± 135,3	<0,01*	360,3 ± 103,9	387,1 ± 106,5	0,29
Phospho (mg/ngày)	879,1 ± 172,9	786,9 ± 153,8	0,02*	929,7 ± 210,8	869,1 ± 183,6	0,20
Sắt (mg/ngày)	9,6 ± 3,2	13,3 ± 2,8	<0,01*	11,4 ± 3,8	9,8 ± 3,7	0,08
Natri (mg/ngày)	2046,5 ± 384,6	1816,5 ± 374,3	0,013*	2056,4 ± 418,4	2039,5 ± 401,5	0,86
Kali (mg/ngày)	1824,6 ± 260,9	1538,9 ± 249,3	<0,01*	1852,9 ± 296,5	1684,3 ± 330,9	0,02*

* T-test với phương sai đồng nhất; ** T-test với phương sai không đồng nhất

Sau can thiệp, khẩu phần ăn của người bệnh đã giảm protein, phospho, natri và kali; tăng glucid, calci và sắt ($p < 0,05$). Nhóm chứng chỉ giảm protein, natri và không có sự thay đổi thành phần các chất còn lại trong khẩu phần của người bệnh.

Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh tuân thủ chế độ ăn theo tư vấn

Đặc điểm	Nhóm can thiệp (n=35)		Nhóm chứng (n=35)		p
	n	%	n	%	
Hoàn toàn tuân thủ đúng chế độ ăn theo tư vấn	25	71,4	15	42,9	0,05
Tuân thủ 1 phần	7	20,0	14	40,0	
Không biết/ không tuân thủ	3	8,6	6	17,1	

Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ người bệnh hoàn toàn tuân thủ đúng chế độ ăn theo tư vấn là 71,4% và tỷ lệ người bệnh không tuân thủ là 8,6%. Ở nhóm chứng, tỷ lệ người bệnh tuân thủ

hoàn toàn là 42,9% và tỷ lệ người bệnh tuân thủ một phần là 40,0%.

IV. BÀN LUẬN

Can thiệp chế độ ăn cho người bệnh là một trong những chiến lược quản lý người bệnh thận mạn (BTM). Tác dụng có lợi của chế độ ăn hạn chế protein trong BTM đã được công nhận trong nhiều hướng dẫn lâm sàng tuy nhiên việc tuân thủ không thường xuyên đối với chế độ ăn này có thể làm giảm hiệu quả tới diễn biến và tiên lượng BTM[5].

Chỉ định ăn chế độ ăn bệnh viện hiện nay còn gặp nhiều khó khăn. Ở nhóm can thiệp, chúng tôi nhận thấy chỉ có 54,3% người bệnh ăn chế độ ăn bệnh viện. Suất ăn được nấu từ nhà mang đến vẫn chiếm tỷ lệ khá cao (31,4% và 45,7%). Lý giải cho điều này, Bệnh viện chúng tôi là một bệnh viện nằm ở ngay trung tâm thành phố, bệnh nhân chủ yếu là điều trị theo tuyến bảo hiểm, khoảng cách từ nhà tới viện khá

gần, bởi vậy người bệnh thường không muốn đăng ký ăn tại bệnh viện. Theo nghiên cứu của Naithani S. phân tích về những khó khăn trong việc tiếp cận thực phẩm thấy rằng các rào cản về tổ chức suất ăn như thời gian phục vụ không phù hợp, thực đơn không đa dạng, hệ thống đặt suất ăn không linh hoạt và các yếu tố môi trường như hành vi gây rối và ồn ào của các bệnh nhân khác, âm thanh lặp đi lặp lại hoặc mùi khó chịu làm ảnh hưởng tới người bệnh[6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh đã biết về một chế độ ăn giảm đạm, giảm muối và sử dụng rau xanh thường xuyên trong các bữa ăn cũng như hạn chế sử dụng phụ tạng động vật. Nhưng một số lượng lớn người bệnh chưa nắm được các kiến thức về chế độ ăn giàu canxi, ít phospho và hạn chế kali. Một nghiên cứu đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành đối với bệnh BTM do Wolide A.D. tiến hành cho thấy phần lớn những người tham gia nghiên cứu đều tuyên bố họ không biết về phác đồ cũng như công thức điều chỉnh chế độ ăn uống trong bệnh thận mạn[7].

Pisani A. đã tiến hành một thử nghiệm can thiệp chế độ ăn trên 57 bệnh nhân để nhận 2 loại chế độ ăn giảm đạm (protein: 0,8g/kg/ngày) khác nhau thấy rằng cả hai chế độ ăn đều có giảm dần lượng protein và urê bài tiết qua nước tiểu so với trước can thiệp, việc tuân thủ chế độ ăn được đơn giản hoá giúp cho người bệnh tuân thủ tốt hơn, tạo ra những tác động có lợi đối với chuyển hoá của người bệnh BTM[8]. Một nghiên cứu của Chen X. đánh giá về tác động của protein thực vật lên nhóm có mức lọc cầu thận <60mL/phút/1,73m² thấy rằng chế độ ăn có tỷ lệ protein từ nguồn thực vật cao hơn có liên quan đến tỷ lệ tử vong thấp hơn ở những người có eGFR < 60 mL/phút/1,73m². Các nghiên cứu trong tương lai được đảm bảo để xác định vai trò nguyên nhân của lượng protein thực vật trong việc giảm tỷ lệ tử vong ở những người có eGFR < 60 mL/phút[9]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tú và cộng sự về kiến thức, thái độ, thực hành về sử dụng muối ăn nhận thấy 77,1% người dân nhận thức được ảnh hưởng của việc tiêu thụ nhiều muối đến sức khoẻ nhưng chỉ có 17,1% người dân biết khuyến nghị của Tổ chức Y tế thế giới về muối ăn[10]. Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Sáng kiến chất lượng bệnh thận của Tổ chức Thận học quốc gia Hoa Kỳ (National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative – NKF-KDOQI) khuyến nghị lượng Natri ăn vào nên dưới 2300mg/ngày để giảm protein niệu. Theo kết quả nghiên cứu của

chúng tôi, người bệnh BTM có lượng Natri ăn vào trung bình đã đạt theo khuyến nghị (<2300mg/ngày). Như vậy người bệnh BTM đã có ý thức giảm muối trong chế độ ăn để đảm bảo lượng muối đúng theo khuyến nghị.

Người bệnh ở nhóm can thiệp tuân thủ điều trị tốt hơn so với nhóm chứng (71,4% so với 42,9%). Ở nhóm chứng do chỉ tư vấn và xây dựng thực đơn, không bổ sung sản phẩm dinh dưỡng đường uống nên người bệnh tuân thủ kém hơn với 40,0% người bệnh chỉ tuân thủ một phần theo hướng dẫn. Một nghiên cứu cắt ngang do Piccoli G.B. tiến hành trên 449 người bệnh bệnh thận mạn nhận thấy chế độ ăn không có protein (0,6 g/Kg/ngày; đạm hỗn hợp) được những bệnh nhân lớn tuổi nhiều bệnh đi kèm rất ưa thích, còn nhóm độ tuổi trẻ hơn họ thích ăn thuần chay hơn (0,6–0,8 g/Kg/ngày; đạm thực vật). Như vậy cần xây dựng chế độ ăn đa dạng với nhiều lựa chọn hơn và điều chỉnh quy trình báo ăn rút gọn, chuyên nghiệp có thể giúp người bệnh đạt được sự tuân thủ tốt hơn, cải thiện kết cục lâm sàng.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ, khó khăn khi chỉ định chế độ ăn bệnh viện cho người bệnh, còn gặp sai sót khi phỏng vấn cũng như theo dõi chế độ ăn của người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Cung cấp kiến thức dinh dưỡng kịp thời giúp người bệnh tuân thủ chế độ ăn tốt hơn. Tăng cường công tác tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh trước, trong và sau quá trình điều trị để người bệnh bệnh thận mạn cải thiện kiến thức, thái độ và thực hành dinh dưỡng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn đến ban lãnh đạo cùng các khoa phòng Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu. Xin cảm ơn Công ty TNHH Khoa học Dinh dưỡng ORGALIFE đã tài trợ sản phẩm dinh dưỡng cho người bệnh trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- GBD Chronic Kidney Disease Collaboration.** Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2020;395(10225):709-733. doi:10.1016/S0140-6736(20)30045-3
- Pérez-Torres A, González García ME, Ossorio-González M, et al.** The Effect of Nutritional Interventions on Long-Term Patient Survival in Advanced Chronic Kidney Disease. *Nutrients.* 2021;13(2):621. doi: 10.3390/

- nu13020621
3. **Trần Khánh Thu, Lê Bạch Mai, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tinh.** Hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;Số 2:119-124. Accessed April 23, 2023. [https://sti.vista.gov.vn/tw/Pages/tai-lieu-khcn.aspx?ItemID=267639&Type_CSDL=TAILIEUKHCN&Keyword=&searchInFields=Title&datasearch=\[%7B%22FieldSearch%22:%22Keyword_Chuan%22,%22Keyword%22:%22Ch%E1%BA%BF%20%22,%22Op%22:%22AND%22%7D\]&NamXuatBan=&LinhVuc_Ma=&ListNamXuatBan=&ListLinhVuc_Ma=](https://sti.vista.gov.vn/tw/Pages/tai-lieu-khcn.aspx?ItemID=267639&Type_CSDL=TAILIEUKHCN&Keyword=&searchInFields=Title&datasearch=[%7B%22FieldSearch%22:%22Keyword_Chuan%22,%22Keyword%22:%22Ch%E1%BA%BF%20%22,%22Op%22:%22AND%22%7D]&NamXuatBan=&LinhVuc_Ma=&ListNamXuatBan=&ListLinhVuc_Ma=)
 4. **Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al.** KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2020;76(3):S1-S107. doi:10.1053/j.ajkd.2020.05.006
 5. **Palmer SC, Maggo JK, Campbell KL, et al.** Dietary interventions for adults with chronic kidney disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(4):CD011998. doi:10.1002/14651858.CD011998.pub2
 6. **Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M.** Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. Health Expect. 2008; 11(3): 294-303. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00495.x
 7. **Wolide AD, Kumela K, Kerga F, et al.** Knowledge, attitude, and practices toward chronic kidney disease among care providers in Jimma town:cross-sectional study. BMC Public Health. 2020;20(1):1079. doi:10.1186/s12889-020-09192-5
 8. **Pisani A, Riccio E, Bellizzi V, et al.** 6-tips diet: a simplified dietary approach in patients with chronic renal disease. A clinical randomized trial. Clin Exp Nephrol. 2016;20(3):433-442. doi:10.1007/s10157-015-1172-5
 9. **Chen X, Wei G, Jalili T, et al.** The Associations of Plant Protein Intake With All-Cause Mortality in CKD. Am J Kidney Dis. 2016;67(3):423-430. doi:10.1053/j.ajkd.2015.10.018
 10. **Nguyễn Minh Tú, Trần Bình Thăng, Nguyễn Đức Dân.** Kiến thức, thái độ và thực hành về sử dụng muối ăn của người dân thành phố Huế năm 2022: 1. 2022;(60):39-53. doi:10.53522/ttcc.vi60.76516

ĐỒNG THUẬN CHẨN ĐOÁN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Nguyễn Đình Minh¹, Phạm Thu Huyền², Phạm Thị Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu mức độ đồng thuận của các bác sĩ (BS) có kinh nghiệm khác nhau trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp (VRT) dựa trên các dấu hiệu cắt lớp vi tính (CLVT). **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh 60 trường hợp chẩn đoán VRT trên lâm sàng, trong đó 30 trường hợp có kết quả sau phẫu thuật là VRT, được chụp CLVT ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4 đến 10/2022. Hình ảnh CLVT được 3 bác sĩ có thâm niên khác nhau (18 năm, 5 năm và 2 năm) đọc kết quả độc lập. So sánh sự đồng thuận trong nhận định các dấu hiệu CLVT và kết quả chẩn đoán VRT của các bác sĩ với nhau. **Kết quả:** gồm 42 nữ và 18 nam. Tuổi trung bình là 41,90 ± 21,42 tuổi (thấp nhất là 5 và cao nhất là 93 tuổi). So sánh sự đồng thuận chẩn đoán VRT trên CLVT cho thấy có tính đồng thuận cao giữa các BS mặc dù có thâm niên khác nhau, với chỉ số kappa ở mức độ tốt và rất tốt tương ứng cho BSA-BSB, BSA-BSC và cả 3 BS là 0,93; 0,73 và 0,78 (p<0,01). Dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước có đồng thuận ở mức độ tốt giữa các bác sĩ với kappa tương ứng cho BSA-

BSB, BSA-BSC và cả 3 BS là 0,62; 0,80 và 0,68 (p<0,01). Dấu hiệu sỏi phân trong ruột thừa có đồng thuận tốt giữa BSA-BSB và cả 3 BS với kappa tương ứng là 0,75 và 0,67 (p<0,01). Các dấu hiệu dịch trong lòng ruột thừa, không có khí trong ruột thừa hay thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa có tính đồng thuận trung bình với kappa từ 0,44 đến 0,57. **Kết luận:** Mức độ đồng thuận giữa các bác sĩ đạt mức tốt trong chẩn đoán VRT trên CLVT. Dấu hiệu ruột thừa tăng kích thước, sỏi phân trong lòng ruột thừa có mức độ đồng thuận tốt.

Từ khóa: viêm ruột thừa, cấp cứu bụng, cắt lớp vi tính, sự đồng thuận.

SUMMARY

INTERAGREEMENT OBSERVER ON CT SCAN IN DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS

Objective: study the inter-observer agreement among radiologists with different level of experience in the diagnosis of acute appendicitis (AA) based on CT imaging. **Subjects and methods:** A comparing cross-sectional descriptive study of 60 cases with clinically suspected appendicitis, of which 30 patients with postoperative results confirming AA, who underwent abdominal CT at Viet-Duc Friendship hospital from April to October 2022. CT images were read independently by three radiologists with different levels of experience (18 years, 5 years 2 years). The inter-observe agreements in the interpretation of CT findings and the ability of diagnosis of AA among the physicians was compared. **Results:** 42 females and

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh

Email: minhdr24@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023