

Cấu trúc vùng vỏ	Rõ ràng	Rõ ràng	Rõ ràng
Cấu trúc vùng tủy	Bình thường	Rõ ràng	Rõ ràng
Cầu thận	Bình thường	Bình thường, khoang Bowman rõ	Bình thường, khoang Bowman rõ
ống thận	Bình thường	Các ống thận đều	Các ống thận đều
Tổn thương	Không có	Không có	Không có
Kết luận	Mô thận bình thường	Mô thận bình thường, không thấy hình ảnh tổn thương	Mô thận bình thường, không thấy hình ảnh tổn thương

Viên nang Nhất gan linh dùng đường uống liên tục trong 12 tuần, không gây tổn thương trên gan, thận của thỏ.

IV. KẾT LUẬN

Chưa xác định được độc tính cấp của viên nang Nhất gan linh trên chuột nhắt trắng theo đường uống khi cho chuột uống Nhất gan linh đến liều tương đương 70,0 g/kg thể trọng/24 giờ (mức liều cao nhất có thể cho chuột uống).

Viên nang Nhất gan linh liều tương đương 300 mg/kg thể trọng/24h và liều 900 mg/kg thể trọng/24h, uống liên tục trong 12 tuần, không gây độc tính bán trường diễn trên thỏ thực nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Đàm** (2014). Phương pháp xác định độc tính của thuốc, NXB Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2009). Dược điển Việt Nam IV, Phụ lục thử độc tính bất thường (13.5- PL257), NXB Y học, Hà Nội.
3. **Cục Khoa học và Đào tạo – Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, Hướng dẫn kèm theo quyết định 141/QĐ-K2ĐT ngày 27/10/2015 của Cục Khoa học và Đào tạo - Bộ Y tế.
4. **Viện Dược liệu - Bộ Y tế** (2006). Phương pháp nghiên cứu tác dụng của thuốc từ thảo dược, NXB Y học, Hà Nội.
5. **OECD** (2018), Repeated Dose 90 Days Oral Toxicity Study in Rodents, Guidelines for the testing of chemicals (408).

THỰC TRẠNG BỆNH THẬN MẠN TÍNH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Chu Thị Ngọc Hà¹, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Đỗ Gia Tuyền^{1,3}, Đặng Thị Việt Hà^{1,3}, Nguyễn Hữu Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người cao tuổi trong số những người mắc bệnh thận mạn và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn theo KDOQI 2002 với mức lọc cầu thận (MLCT) được tính theo công thức CKD-EPI. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 203 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn với tuổi trung bình $56,63 \pm 15,03$. Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh thận mạn là 49,3%. Nguyên nhân gây bệnh thận mạn thường gặp nhất ở người cao tuổi là tăng huyết áp và đái tháo đường. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong bệnh thận mạn giữa nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi tuy nhiên có sự khác biệt về các đặc điểm lão khoa bao gồm tình trạng đa bệnh

lý, chất lượng cuộc sống, nguy cơ sarcopenia, sa sút trí tuệ và nguy cơ trầm cảm giữa nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi. **Kết luận:** Người cao tuổi mắc bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ khá cao trong quần thể nghiên cứu. Cần tiếp cận đa chuyên khoa để có chiến lược chăm sóc toàn diện giúp quản lý tốt các bệnh đồng mắc và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Bệnh thận mạn tính, người cao tuổi, bệnh viện Bạch Mai

SUMMARY

CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE ELDERLY AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To determine the proportion of elderly people among people with chronic kidney disease and describe the clinical and subclinical characteristics in the above study group of patients.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study included patients diagnosed with chronic kidney disease by using KDOQI 2002 guidelines. Glomerular filtration rate was calculated a CKD-EPI formula.

Results: The study was conducted on 203 patients with chronic kidney disease with a mean age of 56.63 ± 15.03 . The rate of elderly with chronic kidney disease was 49.3%. The most common causes of chronic kidney disease in the elderly were hypertension and diabetes. There was no difference in clinical and laboratory characteristics in chronic kidney

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Tâm

Email: ngoctam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

disease between the group < 60 years old and ≥ 60 years old but there were differences in geriatric features including multiple comorbidities, quality of life, risk of sarcopenia, dementia and risk of depression between the group < 60 years old and ≥ 60 years old. **Conclusion:** Elderly people with chronic kidney disease are accounted for a relatively high proportion in the study population. A multi-specialty approach is needed to create a comprehensive care strategy that helps manage co-morbidities and improve patient's quality of life. **Keywords:** Chronic kidney disease, elderly, Bach Mai hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease - CKD) là bệnh tiến triển mạn tính để lại gánh nặng bệnh tật và tử vong cao cho hệ thống y tế thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Bệnh ảnh hưởng đến khoảng 10% dân số trưởng thành trên thế giới.¹ Tại Việt Nam theo Luật người cao tuổi quy định người cao tuổi là những người từ đủ 60 tuổi trở lên.² Cùng với sự gia tăng của già hóa dân số ở hầu khắp các quốc gia, tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh thận mạn tính và bệnh thận giai đoạn cuối đang gia tăng do có nhiều bệnh đi kèm cũng như các quá trình sinh học liên quan đến sự lão hóa.³ Người cao tuổi cũng bị ảnh hưởng bởi các tình trạng bệnh thận tương tự như những người trẻ tuổi nhưng chính sự lão hóa sẽ liên quan đến việc giảm dần mức lọc cầu thận ước tính, dẫn đến giảm chức năng thận tồn dư và làm cho người cao tuổi dễ bị tổn thương bởi các tác động từ tăng huyết áp, bệnh tim mạch, đái tháo đường và các độc tính của thuốc.⁴ Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định tỷ lệ người cao tuổi trong số những người mắc bệnh thận mạn và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn: Theo KDOQI 2002⁵

+ Biểu hiện tổn thương thận (1 hoặc hơn) tồn tại kéo dài trên 3 tháng

• Có albumin nước tiểu (tỷ lệ albumine/creatinine nước tiểu >30mg/g hoặc albumine nước tiểu 24 giờ > 30mg/24 giờ).

• Bất thường cận lằng nước tiểu.

• Bất thường điện giải hoặc các bất thường khác do rối loạn chức năng của ống thận.

• Bất thường về mô bệnh học thận.

• Xét nghiệm hình ảnh học phát hiện thận bất thường.

• Những bệnh nhân sau khi được ghép thận cũng được xếp loại là mắc bệnh thận mạn tính và được thêm ký hiệu T (Transplantation) trong khi tiến hành phân loại.

+ Giảm mức lọc cầu thận (Glomerular filtration rate: GFR < 60mL/ph/1,73 m²) tồn tại kéo dài trên 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các tổn thương thận cấp hoặc đợt cấp bệnh thận mạn tính

- Bệnh nhân có các tổn thương cấp tính hoặc đang mắc các bệnh ác tính khác

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: $z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$

$p = 0,51$ là tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh thận mạn $d = 0,1$ là sai số cho phép

Thay vào công thức ta tính được $n = 96$.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Thận – tiết niệu, bệnh viện Bạch Mai; Trung tâm Thận – tiết niệu và lọc máu, bệnh viện Bạch Mai

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2022 đến tháng 4/2023

Công cụ nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án theo mẫu.

Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, khu vực sinh sống.

Đặc điểm của bệnh thận mạn: MLCT tính theo công thức CKD-EPI⁷ sau đó chia thành các giai đoạn với giai đoạn I (MLCT ≥ 90), giai đoạn II (60-89), giai đoạn IIIa (45-59), giai đoạn IIIb (30-44), giai đoạn IV (15-29), giai đoạn V (<15).

Nguyên nhân bệnh thận mạn dựa vào thông tin hồ sơ bệnh án.

Thời gian mắc bệnh thận mạn tính theo số năm từ khi được chẩn đoán bệnh.

Các đặc điểm lâm sàng là hậu quả của bệnh thận mạn gồm sự quá tải dịch, thiếu máu, hội chứng ure máu cao.

Các đặc điểm cận lâm sàng về huyết học gồm hồng cầu, hemoglobin và sinh hóa gồm ure, creatinin, điện giải đồ, albumin, protein máu, kali máu, calci toàn phần.

Một số đặc điểm ở người cao tuổi: Chất lượng cuộc sống theo thang điểm EQ-VAS từ 0-100 với 100 điểm là tình trạng sức khỏe tốt nhất và 0 điểm tương ứng với tình trạng sức khỏe xấu nhất.

Tiêu chuẩn xác định sử dụng nhiều thuốc: dùng đồng thời từ 5 thuốc trong một ngày gồm cả thuốc kê đơn và không kê đơn trong 1 tháng trước khi đến khám.

Thang điểm Morisky MMAS-8 đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc với 8 câu hỏi, tổng điểm < 6 được xếp vào không tuân thủ.

Sàng lọc Sarcopenia bằng công cụ SARC-CalF gồm 5 câu hỏi và chu vi bắp chân. Tổng điểm ≥ 11 được chẩn đoán sarcopenia.

Thang điểm đánh giá nguy cơ trầm cảm, lo âu (Mini GDS) gồm 4 câu hỏi tính theo thang điểm 0 hoặc 1 với tổng điểm = 0 là không có biểu hiện của trầm cảm, tổng điểm ≥ 1 là có biểu hiện của trầm cảm.

Thang điểm đánh giá nguy cơ sa sút trí tuệ (CAIDE) gồm 7 câu hỏi về các lĩnh vực tuổi, giới, trình độ học vấn, huyết áp tâm thu, BMI, Cholesterol toàn phần, hoạt động thể lực, mỗi lĩnh vực tính theo thang điểm khác nhau, với tổng điểm < 10 là không có nguy cơ, ≥ 10 là có nguy cơ.

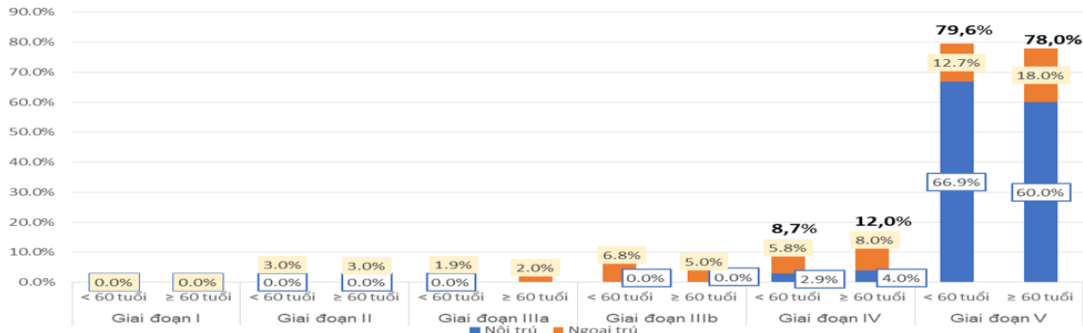
Xử lý số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được làm sạch, nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung

bình (\pm độ lệch chuẩn), các biến phân loại được biểu diễn bằng tần suất (n) và tỷ lệ (%). Các đặc điểm của bệnh thận mạn được so sánh giữa nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi sử dụng thuật toán so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm (Independent Sample T test), so sánh các trung bình của biến chuẩn (One-way ANOVA), so sánh tỷ lệ của 2 nhóm (kiểm định khi bình phương).

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định của khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

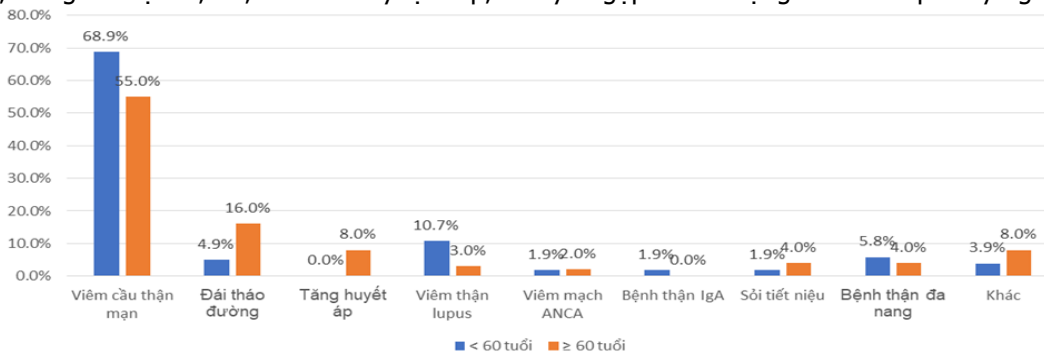
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 203 người mắc bệnh thận mạn. Tuổi trung bình của quần thể nghiên cứu là $56,63 \pm 15,03$ trong đó tỷ lệ người cao tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm 49,3%, tỷ lệ nữ là 55,4% và nam là 44,1%. Tỷ lệ sinh sống tại thành thị là 36,3% còn lại 63,2% sống ở nông thôn. Trung bình thời gian suy thận là $4,26 \pm 4,54$ (năm). Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là cấp II (52,2%), còn lại là cấp I (9,9%), cấp III (21,2%), đại học và sau đại học (16,7%). Qua đó chúng tôi thu được một số kết quả như sau:



Biểu đồ 1: Đặc điểm giai đoạn bệnh thận mạn trong quần thể

Nhận xét: Trong số 203 bệnh nhân, bệnh thận mạn giai đoạn V chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nhóm ≥ 60 tuổi (78,0%) và < 60 tuổi (79,6%). Chủ yếu nhóm bệnh nhân này thuộc đối tượng điều trị nội trú 66,9% (<60 tuổi) và 60,0% (≥ 60 tuổi). Không có bệnh nhân nào ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn I, các giai đoạn II, III, IV chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu gặp ở đối tượng khám và quản lý ngoại trú.



Biểu đồ 2. Nguyên nhân bệnh thận mạn

Nhận xét: Viêm cầu thận mạn là nguyên nhân chủ yếu của bệnh thận mạn trên cả 2 nhóm đối tượng, 68,9% (< 60 tuổi) và 55% (≥ 60 tuổi). Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi nguyên nhân hay gặp nhất là đái tháo đường (16,0%) và tăng huyết áp (8,0%). Nhóm bệnh nhân <60 tuổi nguyên nhân hay gặp là viêm thận lupus (10,7%), bệnh thận IgA (1,9%), bệnh thận đa nang (5,8%)

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh thận mạn của quần thể

		< 60 tuổi	≥ 60 tuổi	p
Lâm sàng	Phù	7 (6,8)	7 (7,0)	p > 0,05*
	Mệt mỏi	34 (33,0)	42 (42,0)	p > 0,05*
	Nôn, buồn nôn	2 (1,9)	3 (3,0)	p > 0,05*
	Thiếu niệu	0 (0)	3 (3,0)	p > 0,05*
	Đái máu đại thể	1 (1,0)	0 (0)	p > 0,05*
	Ngứa	2 (1,9)	1 (1,0)	p > 0,05*
	Tăng huyết áp	59 (57,3)	60 (60,0)	p > 0,05*
Cận lâm sàng	HC	4,49 ± 2,03	4,94 ± 2,41	p > 0,05**
	Hb	104,81 ± 60,93	98,14 ± 26,78	p > 0,05**
	Ure	24,44 ± 9,49	24,00 ± 10,75	p > 0,05**
	Creatinin	611,86 ± 313,80	576,53 ± 287,46	p > 0,05**
	Kali	4,23 ± 0,87	4,30 ± 0,74	p > 0,05**
	Protein TP	71,10 ± 10,55	71,13 ± 8,02	p > 0,05**
	Albumin	38,37 ± 4,86	36,92 ± 5,36	p > 0,05**
Calci TP	2,20 ± 0,32	2,23 ± 0,24	p > 0,05**	

Biến phân loại được trình bày là n (%). Biến liên tục được trình bày bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn.

*so sánh tỷ lệ của 2 nhóm (kiểm định khi bình phương)

**so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm (Independent Sample T test)

Nhận xét: Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh thận mạn giữa 2 nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Bảng 2: Đặc điểm lão khoa của quần thể nghiên cứu

	< 60 tuổi	≥ 60 tuổi	p
Đa bệnh lý	3,01 ± 0,98	3,64 ± 1,33	0,000 (< 0,01) **
EQ-VAS	63,30 ± 17,27	52,60 ± 16,80	0,000 (< 0,01) **
SARC-CalF	37 (35,9)	66 (66,0)	0,000 (< 0,01) *
Trầm cảm (Mini GDS)	88 (85,4)	74 (74,0)	0,042 (< 0,05) *
Nguy cơ sa sút trí tuệ (CAIDE)	5 (4,9)	15 (15,0)	0,015 (< 0,05) *
Sử dụng nhiều thuốc	37 (35,9)	38 (38,0)	0,759 (> 0,05) *
Điểm Morisky-8	79 (76,7)	71 (71,0)	0,355 (> 0,05) *

Nhận xét: Giá trị trung bình về đa bệnh lý và thang điểm EQ-VAS, sàng lọc sarcopenia, nguy cơ trầm cảm và nguy cơ sa sút trí tuệ của nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Vấn đề sử dụng nhiều thuốc và điểm Morisky-8 về mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Bảng 3: Đặc điểm lão khoa của nhóm người cao tuổi trong quần thể nghiên cứu

	60-69 tuổi	70-79 tuổi	≥ 80 tuổi	p
Đa bệnh lý	3,59 ± 1,31	3,68 ± 1,38	3,04 ± 0,99	0,002 (< 0,01) ***
EQ-VAS	54,43 ± 17,59	49,46 ± 15,22	63,14 ± 17,27	0,000 (< 0,01) ***
SARC-CalF	35 (57,4)	27 (73,0)	41 (39,0)	0,001 (< 0,01) *
Trầm cảm (Mini GDS)	45 (73,8)	28 (75,7)	89 (84,8)	0,185 (> 0,05) *
Nguy cơ sa sút trí tuệ (CAIDE)	10 (16,4)	4 (10,8)	6 (5,7)	0,082 (> 0,05) *

*** so sánh các trung bình (One-way ANOVA)

Nhận xét: Giá trị trung bình EQ-VAS của 2 cặp có sự khác biệt là nhóm (60-69) và nhóm ≥ 80 với p=0,002<0,01; nhóm (70-79) và nhóm ≥ 80 với p=0,000 < 0,01. Không có sự khác biệt

giữa nhóm (60-69) và nhóm (70-79) với p=0,163 > 0,05

Giá trị trung bình của đa bệnh lý của 2 cặp có sự khác biệt là nhóm (60-69) và nhóm ≥ 80 với p=0,016 < 0,05. Không có sự khác biệt giữa nhóm

(60-69) và nhóm (70-79) ($p=0,987 > 0,05$); nhóm (70-79) và nhóm ≥ 80 ($p=0,246 > 0,05$).

Có sự khác biệt về sàng lọc sarcopenia trong cả 3 nhóm (60-69), (70-79) và ≥ 80 tuổi, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Không có sự khác biệt về nguy cơ trầm cảm và nguy cơ sa sút trí tuệ trong các nhóm tuổi của người cao tuổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh thận mạn trong quần thể nghiên cứu là 49,3% nghĩa là cứ 2 người mắc bệnh thận mạn thì có đến 1 người là người cao tuổi. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Hirst JA, Hill N, O'Callaghan CA cùng cộng sự (2020)⁸: Tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tính trong cộng đồng, 18,2% người ≥ 60 tuổi có bệnh thận mạn tính.

Nguyên nhân của bệnh thận mạn ở người cao tuổi thường gặp nhất là đái tháo đường và tăng huyết áp, phù hợp với nghiên cứu của Maw và Fried (2013).⁹ Trong đó, tăng huyết áp tâm thu là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất đối với suy thận, đây cũng là thành phần giúp dự đoán sự suy giảm chức năng thận trong tương lai. Cùng với đó, những bệnh nhân có bệnh thận mạn do đái tháo đường sau khi nhập viện có nguy cơ hạ đường huyết cao hơn các nhóm đối tượng khác làm tăng nguy cơ tử vong.

Nghiên cứu cũng cho thấy người cao tuổi có xu hướng mắc nhiều bệnh hơn, trung bình 1 người từ 60 tuổi trở lên mắc 4 bệnh đi kèm, tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc là 38,6% với mức độ tuân thủ sử dụng thuốc là 71%. Một nghiên cứu tại Đức của Louis Jacob bao gồm hơn 800000 bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên cho kết quả 25% đối tượng tham gia nghiên cứu có ít nhất 4 bệnh lý đi kèm.¹⁰ Chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân ≥ 60 tuổi cũng giảm so với những bệnh nhân < 60 tuổi ($p < 0,01$). Tuổi càng tăng tỷ lệ đa bệnh lý sẽ càng tăng từ đó dẫn đến việc sử dụng nhiều loại thuốc kèm theo, đây cũng là một trong những nguyên nhân làm suy giảm chất lượng cuộc sống của nhóm đối tượng này. Người cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc bệnh thận mạn có nguy cơ sarcopenia (66,0%) cao hơn so với người < 60 tuổi (35,9%), có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt ở nhóm tuổi ≥ 80 tuổi có nguy cơ cao hơn so với 2 nhóm tuổi 60-69 và 70-79 tuổi. Không chỉ tình trạng lão hóa ở người cao tuổi có liên quan đến việc giảm khối lượng và chức năng cơ mà các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng bệnh thận mạn làm gia tăng quá trình dị hóa protein dẫn đến giảm khối lượng và chức năng của cơ thể độc lập với tuổi. Hơn nữa, nguy cơ sa sút trí tuệ ở nhóm

≥ 60 tuổi mắc bệnh thận mạn (15%) cũng cao hơn nhóm < 60 tuổi (5,9%) tuy nhiên không có sự khác biệt về nguy cơ sa sút trí tuệ giữa các nhóm tuổi của người cao tuổi mắc bệnh thận mạn. Nghiên cứu 3C của Helmer cùng cộng sự (2011) trên hơn 9000 người ≥ 60 tuổi cho kết quả rằng MLCT thấp ban đầu không liên quan đến việc tăng nguy cơ sa sút trí tuệ, tuy nhiên sự suy giảm MLCT có liên quan đến sa sút trí tuệ. Trái lại, nguy cơ trầm cảm ở nhóm < 60 tuổi mắc bệnh thận mạn (85,4%) cao hơn nhóm ≥ 60 tuổi (74,0%). Sự suy giảm sức khỏe, thể lực làm tăng nguy cơ thất nghiệp ở nhóm người trẻ tuổi mắc bệnh thận mạn cùng với đó gánh nặng về chi phí điều trị lâu dài cũng khiến cho tỷ lệ trầm cảm ở nhóm đối tượng này tăng lên.

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong bệnh thận mạn tính là giống nhau giữa người < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi. Khi chức năng thận dần suy giảm tương ứng với số lượng nephron của thận bị tổn thương dẫn đến xơ hóa và mất chức năng không hồi phục gây ra các biểu hiện nặng dần tương ứng với giảm mức lọc cầu thận, rối loạn các chức năng nội tiết của thận, tích lũy nơ-phi protein trong máu và rối loạn cân bằng nội môi.

V. KẾT LUẬN

Người cao tuổi mắc bệnh thận mạn tính chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi (49,3%).

Phát hiện và quản lý tốt các bệnh đồng mắc ở người cao tuổi bao gồm kiểm soát đường máu và kiểm soát huyết áp giúp hạn chế các biến chứng đặc biệt là biến chứng về thận. Những bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh thận mạn nên được quản lý bằng phương pháp tiếp cận đa chuyên khoa để có chiến lược chăm sóc toàn diện giúp nâng cao chất lượng cuộc sống tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015.** *Lancet.* 2016;388(10053):1545-1602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6
2. **luat-nguoi-cao-tuoi-2009.pdf.**
3. **Abdel-Rahman EM, Okusa MD.** Effects of Aging on Renal Function and Regenerative Capacity. *Nephron Clin Pract.* 2014;127(1-4):15-20. doi:10.1159/000363708
4. **Perkowska-Ptasinska A, Deborska-Materkowska D, Durlak M.** The current management of kidney disease in the elderly. *Minerva Med.* 2018;109(1):41-52. doi:10.23736/S0026-4806.17.05351-4
5. **KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.** Accessed

September 3, 2022. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

6. **Đặng Ngọc Tài.** Nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh thận mạn của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Lão khoa TW. Published online 2017.
7. **Inker LA, Schmid CH, Tighiouart H, et al.** Estimating Glomerular Filtration Rate from Serum Creatinine and Cystatin C. *N Engl J Med.* 2012;367(1):20-29. doi:10.1056/NEJMoa1114248
8. **Hirst JA, Hill N, O'Callaghan CA, et al.** Prevalence of chronic kidney disease in the community using data from OxRen: a UK population-based cohort study. *Br J Gen Pract.* 2020; 70(693): e285-e293. doi: 10.3399/bjgp20X708245
9. **Maw TT, Fried L.** Chronic Kidney Disease in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2013;29(3): 611-624. doi:10.1016/j.cger.2013.05.003
10. **Jacob L, Breuer J, Kostev K.** Prevalence of chronic diseases among older patients in German general practices. *Ger Med Sci.* 2016;14:Doc03. doi:10.3205/000230

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ CỦA KEM BERBERIN 1% TẠI CHỖ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH

Nguyễn Tiến Dũng¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kem Berberin 1% lên biến đổi tại chỗ vết thương mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 Bệnh nhân (BN) bị các vết thương mạn tính (VTMT), điều trị nội trú tại Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia (BVBQG), từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 4 năm 2022. Bệnh nhân (BN) được chia làm 2 nhóm, nhóm A: 30 BN đắp vết thương (VT) bằng Silvirin 1% do Ấn Độ sản xuất và nhóm B: 30 BN đắp VT bằng kem Berberin 1% do Khoa Dược - BVBQG cung cấp. Bệnh nhân được xác định một số đặc điểm lâm sàng, cấy khuẩn xác định loài vi khuẩn (VK) tại chỗ vết thương tại các thời điểm trước khi đắp thuốc, sau khi đắp thuốc 10 ngày và 20 ngày. **Kết quả:** Tiến triển tại chỗ vết thương mạn tính ở nhóm B tốt hơn nhóm A trên các chỉ tiêu theo dõi: Giảm tiết dịch, giảm viêm bờ mép vết thương, xuất hiện tổ chức hạt đỏ đẹp mềm mại và biểu mô thu hẹp kích thước vết thương. VK gặp ở bề mặt VT phong phú về chủng loại, gặp nhiều là *P.aeruginosa* và *S.aureus*, *K. pneumoniae*. Sự xuất hiện các chủng VK này giảm theo thời gian ở cả hai nhóm A và B. Ở thời điểm ngày 20 sau điều trị tỷ lệ số mẫu (+) ở nhóm A cao hơn so với nhóm B. **Kết luận:** Kem Berberin 1% có tác dụng kháng khuẩn tại chỗ, và kích thích quá trình liền vết thương mạn tính tốt hơn so với Silvirin 1%. **Từ khóa:** Vết thương mạn tính, kem Berberin 1%, kem Silvirin 1%, vi khuẩn.

SUMMARY

STUDYING THE EFFECTIVENESS OF TOPICAL TREATMENT OF CREAM BERBERIN 1% TO CHRONIC WOUND

Objective: Aim of this study was to evaluate the effects of cream Berberin 1% on changes of chronic wound local. **Subjects and method:** We conducted a

controlled prospective study at the Wound Healing Center of Vietnam National Burn Hospital, from May, 2021 to April, 2022. 60 patients with chronic wounds were divided into two groups (Group A: 30 patients with chronic wounds was dressed by Silvirin 1% and Group B: 30 patients with chronic wounds was dressed by Berberin 1%). We assessed and recorded the chronic wound topical changes and the bacterial species at the chronic wound site at the time of before applying the Silvirin 1%/ Berberin 1% and at the day 10 and day 20 of studied progress. **Results:** The progression of chronic wounds in the group B was better than in the groups A: Reduced exudation, inflammation at periwound; increased formation of granulation tissue and epithelial formation. Bacteria found on the wound surface were diverse in types, the highest rate was *P.aeruginosa*, *S.aureus* and *K. pneumoniae*. The occurrence of these strains of bacteria decreased over time in both groups A and B. However, at day 20 after treatment, the proportion of positive samples in group A was higher than in group B. **Conclusion:** Cream Berberin 1% had antibacterial effect and stimulates the process of chronic wound healing better than Silvirin 1%.

Keywords: Chronic wound, cream Berberin 1%, cream Silvirin 1%, bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạn tính là vết thương (có thể được điều trị hoặc không được điều trị) sau 3 tháng không khỏi. Theo tác giả Gottrup, 2014 có tới 1-2% dân số ở các nước phát triển có vết thương mạn tính [1]. Số lượng bệnh nhân này có thể tăng tỷ lệ thuận với sự xuất hiện ngày càng phổ biến các bệnh gắn liền với điều kiện cuộc sống như: Đái tháo đường, béo phì, tim mạch [1].

Một thực trạng đặt ra đối với hầu hết các nhà lâm sàng là lựa chọn thuốc tại chỗ cũng như vật liệu sử dụng để thay băng hoặc che phủ vết thương giúp khắc phục những yếu tố bất thường của vết thương mạn tính là hết sức cần thiết và là mấu chốt giúp vết thương mạn tính có thể liền

¹Bệnh viện Bỏng quốc gia, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng
Email: nzung_0350@yahoo.com
Ngày nhận bài: 11.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023
Ngày duyệt bài: 14.11.2023