

lượng răng mất tích lũy càng nhiều. Nhận xét này cũng tương tự như của tác giả Nguyễn Châu Thoa (2010) chứng minh rằng số răng mất trung bình tăng tuyến tính với số tuổi và mất trung bình 8 răng ở mỗi hàm ở nhóm người cao tuổi [8].

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nguyên nhân mất răng cao nhất là do sâu lớn chiếm 93,7% tập trung ở nhóm răng cối lớn thứ nhất hàm trên và hàm dưới. Điều này có thể lý giải là do răng cối lớn thứ nhất là răng vĩnh viễn mọc đầu tiên trên cung hàm, ở giai đoạn này bệnh nhân chỉ khoảng 6 tuổi nên khả năng tự chăm sóc sức khỏe răng miệng chưa cao, theo đó qua quá trình dài tiếp xúc với các yếu tố gây sâu răng nên răng này rất dễ bị sâu. Ngoài ra qua phỏng vấn cũng nhận được thông tin đa phần các bệnh nhân đều bị đau hoặc khó chịu mới đến bác sĩ nha khoa nên các răng này thường đã bị sâu trầm trọng và được chỉ định nhổ. Bên cạnh đó nghiên cứu ghi nhận được 2 trường hợp mất răng do lung lay được chẩn đoán là viêm nha chu mãn. Khi mất nhiều răng do nha chu sẽ dẫn đến những tác hại tiềm tàng đối với sức khỏe toàn thân do thay đổi chế độ ăn, giảm tiêu thụ trái cây, rau củ, tăng tiêu thụ tinh bột, đường và chất béo [1]. Okoro (2005) ghi nhận tình trạng mất răng có mối liên quan với các bệnh tim mạch và tăng huyết áp [3].

V. KẾT LUẬN

Tình trạng mất răng trong nhóm bệnh nhân là sinh viên năm nhất đến khám và điều trị răng miệng tại khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học

Trà Vinh còn cao, số răng mất trung bình tăng tuyến tính với số tuổi gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe răng miệng cũng như sức khỏe toàn thân của mỗi cá nhân. Lý do đến khám chủ yếu là đau hoặc khó chịu, cần tích cực tuyên truyền nâng cao ý thức chăm sóc sức khỏe răng miệng của người dân kết hợp với các liệu pháp như flour và dịch vụ chăm sóc sức khỏe răng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hung, H. C., et al.** (2003), "Tooth loss and dietary intake", J Am Dent Assoc. 134(9), pp. 1185-92.
2. **Gordon, J. H., et al.** (2019), "Association of Periodontal Disease and Edentulism With Hypertension Risk in Postmenopausal Women", Am J Hypertens. 32(2), pp. 193-201.
3. **Okoro, Catherine, et al.** (2005), "Tooth loss and heart disease: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System", American journal of preventive medicine. 29, pp. 50-6.
4. **Jung, E. S., Lee, K. H., and Choi, Y. Y.** (2019), "Association between oral health status and chronic obstructive pulmonary disease in Korean adults", Int Dent J.
5. **Dewake, N., et al.** (2020), "Posterior occluding pairs of teeth or dentures and 1-year mortality in nursing home residents in Japan", J Oral Rehabil. 47(2), pp. 204-211.
6. **Gomes Filho, V. V., et al.** (2019), "Tooth loss in adults: factors associated with the position and number of lost teeth", Rev Saude Publica. 53, p. 105.
7. **Patil, V. V., et al.** (2012), "Tooth loss, prosthetic status and treatment needs among industrial workers in Belgaum, Karnataka, India", J Oral Sci. 54(4), pp. 285-92.
8. **Nguyen, T. C., et al.** (2010), "Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study", BMC Oral Health. 10, p. 2.

HIỆU QUẢ LỌC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THẬN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP

Phan Minh Hoàng¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hiệu quả lọc máu và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện trên 95 người

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvpheuchucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

bệnh thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Phục hồi chức năng điều trị bệnh nghề nghiệp từ tháng 4/2023 đến 10/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu đã đánh giá các đặc điểm nền và hiệu quả lọc máu của bệnh nhân thận. Độ tuổi trung bình là 55,7, với phần lớn bệnh nhân trong nhóm từ 46-60 tuổi và trên 60 tuổi. Đa số là nam giới và không còn khả năng làm việc. Thời gian đã lọc máu trung bình là 25,7 tháng. Về các chỉ số cận lâm sàng, hemoglobin trung bình là 10,7 g/dL, URR là 65,6%, và Kt/V là 1,4. Chỉ 42,1% bệnh nhân đạt chỉ số Kt/V từ 1,2 trở lên, trong khi 52,6% đạt URR từ 65% trở lên. Các phân tích thống kê cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các phương pháp truyền máu và một số chỉ số sinh hóa như Ferritin và PTH có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với hiệu quả điều trị. **Kết**

luận: Hiệu quả lọc máu chỉ ở mức trung bình và các yếu tố liên quan đến hiệu quả lọc máu như phương pháp truyền máu, thời gian đã lọc máu và các chỉ số Ferritin, PTH. **Từ khóa:** Hiệu quả lọc máu, bệnh thận lọc máu chu kỳ, Kt/V, URR.

SUMMARY

HEMODILATION EFFECTIVENESS AND RELATED FACTORS IN PEOPLE WITH KIDNEY DISEASE RECEIVING PERIODIC HEMODILISATION AT REHABILITATION HOSPITAL - OCCUPATIONAL DISEASE TREATMENT

Objectives: To describe the efficacy of hemodialysis and related factors at the Hospital of Rehabilitation and Professional Disease in 2023. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 95 end-stage renal disease patients at the Hospital of Rehabilitation and Professional Disease from April 2023 to October 2023. **Results:** The study evaluated the demographic characteristics and hemodialysis efficacy of renal patients. The average age was 55.7, predominantly among patients aged 46-60 and over 60. The majority were male and unemployed. The average duration of hemodialysis was 25.7 months. Clinical indices showed an average hemoglobin of 10.7 g/dL, URR of 65.6%, and Kt/V of 1.4. Only 42.1% of patients achieved a Kt/V of 1.2 or higher, while 52.6% achieved a URR of 65% or higher. Statistical analyses indicated significant differences between methods of vascular access and several biochemical indices such as Ferritin and PTH (parathyroid hormone), suggesting correlations between clinical factors and treatment efficacy. **Conclusion:** Hemodialysis efficacy was moderate, with influencing factors including the method of vascular access, duration of dialysis, and levels of Ferritin and PTH. **Keywords:** Hemodialysis efficacy, chronic kidney disease, Kt/V, URR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối là bệnh thận mạn với độ lọc cầu thận giảm <15ml/ phút/ 1,73m² da, thường gây quá tải dịch và hội chứng ure huyết cao. Mỗi năm có hơn 3 triệu bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối tử vong vì không được điều trị [1]. Bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị chăm sóc giảm nhẹ cuối đời, hoặc điều trị thay thế thận, gồm ghép thận và lọc máu (thận nhân tạo hoặc lọc màng bụng) [2]. Thận nhân tạo là phương pháp điều trị thay thế thận phổ biến cho bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối với mục đích là kéo dài tuổi thọ và mang lại chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [3]. Hiệu quả lọc máu tốt sẽ nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân, kéo dài thời gian sống và giúp điều trị hiệu quả hơn các rối loạn toàn thân do suy thận mạn tính gây nên [2]. Vì vậy việc đánh giá hiệu quả lọc máu là hết sức cần thiết, qua đó cung cấp cái nhìn tổng quát về tình trạng tại đơn vị, cũng như xác định

được các yếu tố nào có liên quan đến hiệu quả lọc máu từ đó có những đề xuất cải thiện hiệu quả kịp thời [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 95 người bệnh chạy thận lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Phục hồi chức năng điều trị bệnh nghề nghiệp từ tháng 2/2023 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi.
- Điều trị lọc máu chu kỳ liên tục từ 3 tháng trở lên.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng hoặc phẫu thuật lớn trong vòng 3 tháng trước lấy mẫu.
- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính.
- Bệnh nhân có bệnh gan giai đoạn cuối, bao gồm bệnh gan tiến triển, suy gan và xơ gan mất bù.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp thu thập số liệu:

+ Lâm sàng: được thu thập thông qua thăm khám và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Ghi nhận các đặc điểm về thời gian đã lọc, BMI, số bệnh mạn tính đi kèm, số lượng thuốc đã được kê toa.

+ Cận lâm sàng: Thông qua kết quả xét nghiệm lưu trữ trong hồ sơ bệnh án. Kết quả của các chỉ số Hemoglobin (g/dL), URR, Kt/Vure, Albumin, Phốt-pho, PTH, Ferritin.

+ Đạt hiệu quả lọc máu: đạt hiệu quả theo khuyến cáo của KDOQI: chỉ số Kt/V $\geq 1,2$; chỉ số URR $\geq 65\%$.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Nghiên cứu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nền người bệnh

Bảng 1. Các đặc điểm nền người bệnh thận lọc máu chu kỳ

Đặc điểm		Tần số (tỷ lệ) n (%)
Tuổi*		55,7 \pm 16,7
Nhóm tuổi	Nhóm <30 tuổi	4 (4,2%)
	Nhóm 30-45 tuổi	26 (27,4%)
	Nhóm 46- 60 tuổi	32 (33,7%)
	>60 tuổi	33 (34,7%)
Giới	Nam	55 (57,9%)
	Nữ	40 (42,1%)
Tình trạng	Không làm việc	62 (65,3%)

nghề nghiệp	Còn làm việc	33 (34,7%)
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	12 (12,6%)
	Đã kết hôn	79 (83,2%)
	Khác	4 (4,2%)
Học vấn	Dưới THPT	63 (66,3%)
	THPT	15 (15,8%)
	Đại Học-Trung cấp - Cao Đẳng	15 (15,8%)
	Sau đại học	2 (2,1%)
Nơi ở hiện nay	Nội thành TP,HCM	70 (73,7%)
	Ngoại Thành	25 (26,3%)
Số thành viên trong gia đình	Độc thân	9 (9,5%)
	2-4 người	41 (43,2%)
	> 4 người	45 (47,4%)
Hỗ trợ từ gia đình	Đi lọc một mình	34 (35,8%)
	Đi cùng với người thân	61 (64,2%)

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Kết quả về đặc điểm nền của bệnh nhân thận, cho thấy độ tuổi trung bình là 55,7 với phân bố chủ yếu ở nhóm 46-60 tuổi (33,7%) và trên 60 tuổi (34,7%). Tỷ lệ nam giới chiếm 57,9%, và một phần đáng kể (65,3%) không còn khả năng làm việc. Đa số bệnh nhân (66,3%) có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông, và 83,2% đã kết hôn. Hơn một nửa số bệnh nhân (64,2%) nhận được sự hỗ trợ từ người thân khi đi lọc máu.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh thận lọc máu chu kỳ

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng của người bệnh thận lọc máu chu kỳ

Đặc điểm	Tần số (tỷ lệ) n (%)	
Thời gian đã lọc máu (tháng)*	25,7 ± 31,1	
Phương pháp lọc máu	Catheter	18 (18,9%)
	AVF	77 (81,1%)
BMI (kg/m ²)*	20,4 ± 5,5	
Số bệnh mạn tính đi kèm*	3,1 ± 0,9	
Số thuốc đang được kê toa*	6,1 ± 1,6	

*Trung bình ± Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Kết quả về đặc điểm lâm sàng, thời gian đã lọc máu trung bình của nhóm nghiên cứu là 25,7 tháng. Về phương pháp truyền máu, đa số bệnh nhân (81,1%) sử dụng arteriovenous fistula (AVF), chỉ có 18,9% sử dụng catheter. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm là 20,4 với độ lệch chuẩn 5,5. Ngoài ra, kết quả này có trung bình người bệnh thận có 3,1 bệnh mạn tính đi kèm và đang được kê đơn trung bình 6,1 loại thuốc.

3.3. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh thận lọc máu chu kỳ

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng của người bệnh thận lọc máu chu kỳ

Chỉ số cận lâm sàng	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Hemoglobin	10,7 ± 1,6
URR	65,6 ± 11,5
Kt/V	1,4 ± 0,6
Albumin	36,2 ± 4,0
Ferritin	349,6 ± 290,7
Phospho	5,7 ± 22,7
PTH	323,1 ± 522,4

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu về các chỉ số cận lâm sàng cho thấy, mức hemoglobin trung bình là 10,7 g/dL với độ lệch chuẩn 1,6. Chỉ số URR đạt 65,6% ± 11,5%, chỉ số Kt/V đạt mức 1,4 ± 0,6. Về chỉ số Albumin trung bình là 36,2 g/L với độ lệch chuẩn là 4,0. Ferritin có giá trị 349,6 ng/mL ± 290,7. Phospho và PTH có giá trị lần lượt là 5,7 mg/dL ± 22,7 và 323,1 pg/mL ± 522,4.

3.4. Hiệu quả lọc máu của người bệnh

Bảng 4. Hiệu quả lọc máu của người bệnh theo khuyến nghị của K/DOQI

Đặc điểm	Tần số (tỷ lệ) n (%)	
Đạt chỉ số Kt/V	Kt/v < 1,2	27 (28,4%)
	Kt/v ≥ 1,2	40 (42,1%)
	Kt/v > 1,4	28 (29,5%)
Đạt chỉ số URR ≥ 65%	Đạt	50 (52,6%)
	Không đạt	45 (47,4%)
Đạt hiệu quả chung	Đạt hiệu quả	49 (51,6%)
	Không đạt hiệu quả	46 (48,4%)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy 42,1% bệnh nhân đạt chỉ số Kt/V từ 1,2 trở lên, 29,5% bệnh nhân có chỉ số Kt/V cao hơn 1,4, trong khi có 28,4% bệnh nhân có chỉ số Kt/V dưới 1,2. Về chỉ số URR, 52,6% bệnh nhân đạt URR từ 65% trở lên, phản ánh sự loại bỏ urea khá tốt. Đánh giá chung cho thấy 51,6% bệnh nhân được đánh giá là có hiệu quả lọc máu tốt, trong khi 48,4% còn lại không đạt hiệu quả mong muốn.

3.5. Các yếu tố liên quan đến tình trạng độc lập chức năng khi ra viện

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến tình trạng độc lập chức năng khi ra viện

Đặc điểm	Đạt	Không đạt	p
Phương pháp lọc máu			
Catheter	12 (30,8%)	6 (10,7%)	0,014
AVF	27 (69,2%)	50 (89,3%)	
Thời gian đã lọc máu	18,5±21,9	30,7±35,4	0,021
Ferritin	308,1±280,8	409,2±298,0	0,037
PTH	407,7±655,3	201,7±167,0	0,009

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng đến hiệu quả lọc máu. Cụ thể, sử dụng Catheter cho thấy tỷ lệ đạt hiệu quả thấp hơn so với arteriovenous fistula (AVF), với 30,8% bệnh nhân đạt hiệu quả so với 69,2% bệnh nhân sử dụng AVF, giá trị $p = 0,014$. Về thời gian đã lọc máu, bệnh nhân không đạt hiệu quả có thời gian đã lọc máu trung bình cao hơn ($30,7 \pm 35,4$ tháng) so với nhóm đạt hiệu quả ($18,5 \pm 21,9$ tháng), với giá trị p là $0,021$. Các chỉ số sinh hóa như Ferritin và PTH cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm, với Ferritin cao hơn và PTH thấp hơn đáng kể trong nhóm không đạt hiệu quả, cho thấy tình trạng viêm nhiễm hoặc rối loạn chuyển hóa có thể ảnh hưởng đến hiệu quả lọc máu giá trị p lần lượt là $0,037$ và $0,009$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả lọc máu ở người bệnh lọc máu chu kỳ đạt theo khuyến nghị của KDOQI tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp. Về đặc điểm nền người bệnh với tuổi trung bình là $55,7$, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm từ 46 đến 60 tuổi và trên 60 tuổi. kết quả cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn năm 2021 tại Nghệ An là $44,10 \pm 18,67$ và nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hiến có tuổi trung vị là 49 (38-61) [4], [5]. Sự khác biệt này có thể là do Mỗi nghiên cứu được tiến hành ở các địa điểm khác nhau và thời gian thực hiện. Điều này phản ánh rằng bệnh thận mạn tính thường gặp hơn ở những người lớn tuổi, một đặc điểm quan trọng cần lưu ý trong quản lý và điều trị bệnh nhân lọc máu. Tỷ lệ cao nam giới trong nghiên cứu (57,9%) có thể liên quan đến nguy cơ cao hơn của nam giới về các yếu tố nguy cơ sức khỏe như cao huyết áp và tiểu đường, những yếu tố có thể đóng góp vào bệnh thận mạn tính. Một phần đáng kể bệnh nhân (65,3%) không còn khả năng làm việc, điều này phản ánh gánh nặng của bệnh thận mạn tính đối với khả năng lao động và cuộc sống của người bệnh. Sự hỗ trợ từ gia đình là một yếu tố quan trọng trong việc quản lý bệnh thận mạn tính, với hơn một nửa số bệnh nhân (64,2%) nhận được sự hỗ trợ khi đi lọc máu. Điều này không chỉ giúp giảm bớt gánh nặng tinh thần mà còn có thể cải thiện tuân thủ điều trị và kết quả lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thận cho thấy thời gian đã lọc máu trung bình là $25,7$ tháng, phản ánh sự cần thiết của điều trị lọc máu lâu dài đối với

bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính. Khi so sánh với các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy thời gian đã lọc máu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các tác giả khác. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn, thời gian điều trị thận nhân tạo trung bình là $2,61 \pm 1,59$ năm. Nghiên cứu ở 112 bệnh nhân thận nhân tạo tại Bệnh viện Quân y 103 trong nghiên cứu của Lê Việt Thăng có thời gian thận nhân tạo trung bình là $46,2 \pm 39,2$ tháng [6]. Đáng chú ý, phần lớn bệnh nhân (81,1%) sử dụng arteriovenous fistula (AVF) làm phương pháp truyền máu chính, trong khi chỉ có một tỷ lệ nhỏ (18,9%) sử dụng catheter. Sự ưu tiên này cho AVF có thể do AVF mang lại hiệu quả lọc máu cao hơn và ít biến chứng hơn so với catheter. Về chỉ số khối cơ thể (BMI), mức trung bình là $20,4$ với độ lệch chuẩn $5,5$. Kết quả của chúng tôi về BMI tương đồng theo nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hiến (2022 – Chợ Rẫy) là $21,21 \text{ kg/m}^2$ [5]. Ngoài ra, mỗi bệnh nhân trung bình có 3,1 bệnh mạn tính đi kèm và đang được kê đơn $6,1$ loại thuốc, như vậy hàng ngày bệnh nhân có thể phải uống cả chục viên thuốc, điều này không chỉ gây phiền hà căng thẳng cho bệnh nhân, mà còn nói lên gánh nặng kinh tế mà người bệnh và gia đình phải chi trả mỗi ngày. Đây là gánh nặng bệnh tật rất lớn mà bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ phải gánh chịu, là đặc điểm rất khác biệt so với các bệnh lý mạn.

Kết quả nghiên cứu về các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân thận lọc máu cho thấy một số thông tin quan trọng về tình trạng sức khỏe và hiệu quả điều trị. Mức hemoglobin trung bình là $10,7 \text{ g/dL}$ với độ lệch chuẩn $1,6$, cho thấy một tỷ lệ đáng kể của bệnh nhân có thể đang chịu ảnh hưởng của thiếu máu, một vấn đề phổ biến trong số những người bị suy thận mạn tính. Chỉ số URR đạt $65,6\% \pm 11,5\%$, thể hiện hiệu quả lọc máu đạt mức khá tốt, vì URR trên 65% được coi là chỉ báo lọc máu hiệu quả. Chỉ số Kt/V đạt mức $1,4 \pm 0,6$, nằm trên ngưỡng $1,2$ được khuyến cáo cho hiệu quả lọc máu tốt, cho thấy quá trình chạy thận đang diễn ra hiệu quả. Về mặt dinh dưỡng, chỉ số Albumin trung bình là $36,2 \text{ g/L}$ với độ lệch chuẩn $4,0$, cho thấy tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ổn định, kết quả này tương đồng với nồng độ Albumin của nhóm người bệnh tại bệnh viện Chợ Rẫy trong nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hiến là 39 g/L . Trong nghiên cứu về dinh dưỡng của Nguyễn An Giang tỷ lệ người bệnh có nồng độ albumin $< 35 \text{ g/L}$ là $25,7\%$ trong 144 bệnh nhân TNT chu kỳ [5], [7]. Ferritin có giá trị trung bình là $349,6$

ng/mL \pm 290,7, cao hơn mức bình thường, có thể liên quan đến tình trạng viêm hoặc lượng sắt cao. Phospho và PTH, với giá trị lần lượt là 5,7 mg/dL \pm 22,7 và 323,1 pg/mL \pm 522,4 nằm ở mức bình thường.

Hiệu quả lọc máu qua chỉ số Kt/V và URR theo khuyến cáo của K/DOQI cho thấy 42,1% bệnh nhân đạt chỉ số Kt/V từ 1,2 trở lên và một tỷ lệ khá cao là 29,5% bệnh nhân vượt qua ngưỡng này với chỉ số Kt/V cao hơn 1,4. Mặt khác, 28,4% bệnh nhân có chỉ số Kt/V dưới 1,2 cho thấy không đạt hiệu quả lọc máu mong muốn. Nhìn chung Kt/V của BN trong nghiên cứu là đạt yêu cầu theo khuyến cáo, tỷ lệ BN có hiệu quả lọc ure và hệ số thanh thải ure từng phần Kt/V đạt theo khuyến cáo là khá cao, tức là chất lượng lọc tại Bệnh viện là khá tốt. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn có Kt/V là $1,2 \pm 0,12$, 24,32% số bệnh nhân không đạt chỉ số này [4]. Tuy nhiên kết quả thấp hơn so với nghiên cứu Phạm Văn Hiền tại bệnh viện Chợ Rẫy, Kt/V trung bình là 1,6, tốt hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi [5]. Sự khác biệt có thể là sự khác biệt về địa điểm nghiên cứu. Về chỉ số URR, 52,6% bệnh nhân đạt theo khuyến cáo của K/DOQI có chỉ số URR từ 65% trở lên, phản ánh khả năng loại bỏ urea tốt và hiệu quả lọc máu khá ổn định. Tuy nhiên, vẫn còn 47,4% bệnh nhân không đạt chỉ số này một tỷ lệ khá cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hồng và cộng sự năm 2023, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt khuyến cáo về chỉ số URR 62,5% [8]. Sự khác biệt này có thể là do sự khác biệt về phân bố tuổi và thời gian đã lọc máu, trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn và thời gian đã lọc máu thấp hơn. Hiệu quả chung cho thấy một nửa 51,6% bệnh nhân được đánh giá là có hiệu quả lọc máu tốt theo khuyến cáo đạt chỉ số Kt/V và chỉ số URR. Một tỷ lệ chưa cao qua đó cần thiện việc thực hiện và duy trì các tiêu chuẩn lọc máu tối ưu, bao gồm cả các vấn đề về cơ sở vật chất, thiết bị, kỹ thuật lọc máu, sự thích ứng của bệnh nhân với điều trị, cũng như khả năng kiểm soát các biến số lâm sàng khác nhau.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ảnh hưởng đến hiệu quả lọc máu. Đặc biệt, việc sử dụng catheter so với arteriovenous fistula (AVF) cho thấy một sự chênh lệch đáng kể về tỷ lệ hiệu quả lọc máu, với chỉ 30,8% bệnh nhân sử dụng catheter đạt hiệu quả so với 69,2% bệnh nhân sử dụng AVF đạt hiệu quả, và điều này được

thống kê có ý nghĩa với giá trị p là 0,014. Điều này cho thấy AVF có lợi thế hơn catheter trong việc cải thiện kết quả điều trị lọc máu, có thể do AVF ít gây ra biến chứng và duy trì chức năng lọc tốt hơn. Với thời gian đã lọc máu trung bình của nhóm không đạt hiệu quả cao hơn so với nhóm đạt hiệu quả ($30,7 \pm 35,4$ tháng so với $18,5 \pm 21,9$ tháng), với giá trị p là 0,021. Những bệnh nhân không đạt hiệu quả có thể đã phải trải qua lọc máu lâu hơn do hiệu quả lọc kém, yêu cầu điều trị lâu dài hơn để xử lý các độc tố tích tụ trong cơ thể. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn.

Chỉ số Ferritin và PTH giữa hai nhóm cũng rất đáng chú ý. Ferritin cao hơn và PTH thấp hơn đáng kể trong nhóm không đạt hiệu quả lọc máu, với giá trị p lần lượt là 0,037 và 0,009. Ferritin cao có thể là dấu hiệu của viêm hoặc quá tải sắt, cả hai tình trạng này đều có thể ảnh hưởng tiêu cực đến hiệu quả lọc máu. Ferritin cao làm giảm khả năng chịu đựng của bệnh nhân đối với điều trị lọc máu và có thể cản trở sự loại bỏ chất độc hiệu quả. Parathyroid hormone (PTH) cao thường liên quan đến rối loạn chuyển hóa canxi và phosphorus, điều thường thấy ở bệnh nhân suy thận. PTH cao có thể dẫn đến loãng xương và các vấn đề về xương khác, ảnh hưởng đến tổng thể sức khỏe của bệnh nhân và có thể làm giảm hiệu quả của lọc máu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hiệu quả lọc máu của người bệnh thận lọc máu chu kỳ chỉ đạt ở mức trung bình. Sự khác biệt đáng kể trong hiệu quả điều trị giữa những người sử dụng arteriovenous fistula (AVF) và catheter, cũng như mối liên hệ giữa thời gian đã lọc máu dài hơn và các chỉ số sinh hóa như ferritin và PTH cao trong nhóm không đạt hiệu quả. Khuyến nghị tăng cường chăm sóc tiếp cận mạch máu, điều chỉnh điều trị cá nhân hóa và quản lý có mục tiêu các tình trạng bệnh đi kèm để cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Levin A, Stevens PE, Bilous RW, et al.** Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney international supplements*. 2013;3(1):1-150.
2. **Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, et al.** Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *The Lancet*. 2015;385(9981):1975-1982.
3. **Hole B, Hemmelgarn B, Brown E, et al.** Supportive care for end-stage kidney disease: an integral part of kidney services across a range of

- income settings around the world. *Kidney international supplements*. 2020;10(1):e86-e94.
- Nguyễn VT, Nguyễn TTL.** Hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;501(2)
 - Ngô HTT, Nguyễn MT, Nguyễn TD, et al.** Đánh giá hiệu quả chạy thận nhân tạo thông qua Kt/v trên bệnh nhân chạy thận nhân tạo định kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(2)
 - Lê Việt T.** Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm sf36. 2012;
 - Giang H, Sơn TH, Lê Thị Kim Nhung NT, et al.** Nghiên cứu đặc điểm người bệnh chạy thận nhân tạo tại 26 bệnh viện của Hà Nội năm 2020. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*. 2021;63(5)
 - Hồng NT, Vân PTA, Cúc LTK.** Đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thống Nhất Đồng Nai năm 2023. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2024;65 (CD1-Liên chi hội Phẫu thuật bàn tay)

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH ĐỘNG KINH TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2023-2024

Lê Văn Minh¹, Lê Hoàng Mỹ¹, Trần Trung Hậu¹, Nguyễn Văn Trinh¹, Võ Văn Thi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh là một trong những bệnh thần kinh mạn tính nghiêm trọng phổ biến nhất ảnh hưởng đến khoảng 65 triệu người trên toàn thế giới. Bệnh ảnh hưởng nhiều đến trẻ về vấn đề sức khỏe tâm thần, nguy cơ chậm phát triển tâm thần vận động. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh động kinh trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi được nhập viện vì co giật và điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Với Nhóm bệnh: được chẩn đoán, phân loại động kinh theo International League Against Epilepsy (ILAE) năm 2017. Nhóm chứng: vào viện vì co giật do sốt và không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán động kinh. **Kết quả:** Tổng số 201 trường hợp (67 ca bệnh và 134 ca chứng). Theo phân tích đơn biến, các yếu tố nguy cơ liên quan đến động kinh trẻ em như: tuổi của trẻ ≥ 24 tháng; giới tính trẻ là nam; tiền sử sinh non; tiền sử sinh ngạt; tiền căn gia đình co giật do sốt hoặc động kinh; hình thái cơn co giật cục bộ; không có cơn tái phát trong 24 giờ; thời gian co giật ≥ 5 phút. Theo phân tích hồi qui Logistic, yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hình thái cơn co giật cục bộ (OR=20,24), kế đến là tiền sử sinh ngạt (OR=5,37); tuổi của trẻ ≥ 24 tháng (OR=3,20); giới tính trẻ là nam (OR=2,23). **Kết luận:** Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất là hình thái cơn co giật cục bộ, kế đến là tiền sử sinh ngạt, tuổi của trẻ ≥ 24 tháng; giới tính trẻ là nam. **Từ khoá:** yếu tố liên quan, động kinh, trẻ em, tiền căn.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO PEDIATRIC

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thi

Email: vvthi@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

EPILEPSY AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL 2023-2024

Background: Epilepsy is one of the most common serious chronic neurological diseases affecting approximately 65 million people worldwide. The disease greatly affects children in terms of mental health, the risk of delayed psychomotor development. **Research objective:** Identify some factors related to pediatric epilepsy at Can Tho Children's Hospital in 2023-2024. **Research subjects and methods:** Children from 2 months to 15 years old were hospitalized for seizures and treated at Can Tho Children's Hospital. With the disease group: diagnosed and classified as epilepsy according to the International League Against Epilepsy (ILAE) 2017. Control group: admitted to the hospital because of febrile seizures and did not meet the criteria for diagnosing epilepsy. **Results:** Total 201 cases (67 cases and 134 controls). According to univariate analysis, risk factors related to childhood epilepsy include: child age ≥ 24 months; The child's gender is male; history of premature birth; history of birth asphyxia; family history of febrile seizures or epilepsy; form of partial seizures; no recurrence within 24 hours; Seizure duration ≥ 5 minutes. According to Logistic regression analysis, the most important risk factor is partial seizure morphology (OR=20.24), followed by history of birth asphyxia (OR=5.37); Child's age ≥ 24 months (OR=3.20); Child's gender is male (OR=2.23). **Conclusion:** The most important risk factor is the form of partial seizures, followed by a history of birth asphyxia, and the child's age ≥ 24 months; The child's gender is male. **Keywords:** related factors, epilepsy, children, medical history.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những bệnh thần kinh mạn tính nghiêm trọng phổ biến nhất ảnh hưởng đến khoảng 65 triệu người trên toàn thế giới [2]. Động kinh trẻ em có tầm quan trọng đặc biệt do tỷ lệ mắc cao. Hằng năm có khoảng 1,12 triệu trẻ em mới mắc động kinh ở những