

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở 58 BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KÌ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 17

Trần Thị Xiêm^{1*}Phan Thanh Hải¹, Trần Bình Trọng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng dinh dưỡng và khảo sát mối liên quan giữa tỉ lệ suy dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính lọc máu chu kì.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân bệnh thận mạn tính, điều trị lọc máu chu kì tại Khoa Nội Thận - Lọc máu, Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 4/2023 đến tháng 9/2023. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA-DMS; BMI và nồng độ albumin huyết thanh.

Kết quả: Tỉ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo thang điểm SGA-DMS, BMI và nồng độ albumin huyết thanh ở bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 77,6%, 34,5% và 17,2%. Theo thang điểm SGA-DMS, tỉ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng nhẹ và trung bình là 63,8%; suy dinh dưỡng nặng là 13,8%. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ trung bình albumin huyết thanh là $37,7 \pm 3,8$ g/L, BMI trung bình là $19,4 \pm 2,6$ kg/m² và điểm SGA-DMS trung bình là $14,9 \pm 4,9$ điểm. Có mối liên quan về tình trạng suy dinh dưỡng (thang điểm SGA-DMS) với giới tính và thời gian lọc máu chu kì trên các bệnh nhân bệnh thận mạn tính, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Kết luận: Suy dinh dưỡng là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính lọc máu chu kì. Cần có giải pháp đánh giá, sàng lọc và can thiệp dinh dưỡng phù hợp để giảm nguy cơ suy dinh dưỡng cho bệnh nhân lọc máu chu kì lâu năm.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, bệnh thận mạn, SGA-DMS

ABSTRACT

Objectives: Assessing the nutritional status and investigating the relationship between the prevalence of malnutrition and some clinical characteristics in hemodialysis patients with chronic kidney disease.

Subjects and methods: A Cross-sectional descriptive study on 58 chronic kidney disease patients on hemodialysis, treated at the Department of Nephrology-Hemodialysis, Military Hospital 17, from April 2023 to September 2023. Nutritional status was assessed using the SGA-DMS scale; BMI and serum albumin levels were also evaluated.

Results: The prevalence of malnutrition assessed by the SGA-DMS score, BMI, and serum albumin concentration was 77.6%, 34.5%, and 17.2%, respectively. According to the SGA-DMS score, the proportion of patients with mild and moderate malnutrition was 63.8%. Severe malnutrition was present in 13.8% of the study group. The study group had a mean serum albumin concentration of 37.7 ± 3.8 g/L, a mean BMI of 19.4 ± 2.6 kg/m², and a mean SGA-DMS score of 14.9 ± 4.9 points. There was a statistically significant association between malnutrition status (SGA-DMS score) and gender, and duration of hemodialysis in patients with chronic kidney disease, the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Conclusions: Malnutrition was a common condition in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. Therefore, appropriate nutritional assessment, screening, and intervention solutions were necessary to reduce the risk of malnutrition in patients undergoing long-term periodic dialysis.

Keywords: Malnutrition, chronic kidney disease, SGA-DMS.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trần Thị Xiêm, Email: vitmup111@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/9/2025; mời phản biện khoa học: 10/2025; chấp nhận đăng: 10/12/2025

¹Bệnh viện Quân y 17.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm trên toàn thế giới. Bệnh

có tỉ lệ mắc mới và hiện mắc ngày càng gia tăng [1]. Báo cáo phân tích của Bikbov B và cộng sự về gánh nặng BTMT trên toàn cầu năm 2017 cho thấy

có khoảng 697 triệu người mắc, với khoảng 1,2 triệu người tử vong do BTMT. Tại Việt Nam, con số này cũng khá cao, với khoảng 10 triệu người mắc và khoảng 17.000 người tử vong [1].

Tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân (BN) BTMT là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến diễn tiến, kết quả điều trị và tiên lượng BTMT. Tình trạng dinh dưỡng của BN BTMT lọc máu chu kỳ có thể được đánh giá dựa theo những căn cứ khác nhau, như BMI, nồng độ albumin huyết thanh, công cụ đánh giá suy dinh dưỡng - lọc máu SGA-DMS (Subjective global assessment - Dialysis malnutrition score). Trong đó, thang điểm SGA-DMS sử dụng các thành phần của SGA thông thường, dựa trên hệ thống tính điểm định lượng sửa đổi về dinh dưỡng cho BN chạy thận nhân tạo do Kalantar-Zadeh K và cộng sự phát triển [2] gần đây được áp dụng khá phổ biến bởi khả năng đánh giá toàn diện để có những can thiệp phù hợp.

Để có cái nhìn tổng quan hơn về tình trạng dinh dưỡng trên BN BTMT, điều trị lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quân y 17, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá thực trạng dinh dưỡng và khảo sát mối liên quan giữa tỉ lệ SDD với một số đặc điểm lâm sàng ở BN BTMT lọc máu chu kỳ, tại Bệnh viện Quân y 17.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

58 BN BTMT, điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Nội thận - lọc máu, Bệnh viện Quân y 17, từ tháng 4-9/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN lọc máu 3 lần/tuần, lọc đủ 4 giờ và có thời gian lọc máu ≥ 3 tháng; BN > 18 tuổi; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc các bệnh phối hợp liên quan đến nhiễm trùng cấp, chấn thương, phẫu thuật; BN không tuân thủ liệu trình điều trị; BN xin rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu: thuận tiện, chọn tất cả BN đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn, gồm 4 phần: đặc điểm nhân khẩu học (6 câu hỏi), các chỉ số nhân trắc học (3 câu hỏi), đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo điểm dinh dưỡng lọc máu SGA-DMS (7 câu hỏi), các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng (1 câu hỏi).

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: nhân khẩu học, thời gian lọc máu, bệnh lý mắc kèm, các chỉ số nhân trắc

học, chỉ số khối cơ thể BMI, nồng độ albumin huyết thanh, tình trạng dinh dưỡng theo điểm dinh dưỡng lọc máu SGA-DMS.

+ Khảo sát mối liên quan giữa tỉ lệ SDD và một số đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, thời gian lọc máu).

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Chẩn đoán xác định BTMT theo Hội thận học Hoa Kỳ (National kidney foundation - NKF) và Hội đồng cải thiện kết quả toàn cầu về bệnh thận (Kidney disease improving global outcomes - KDOQI) 2012 [3]. Đánh giá mức lọc cầu thận dựa vào độ thanh lọc creatinine ước tính theo công thức Cockcroft Gault hoặc độ lọc cầu thận ước tính (estimated GFR, eGFR) hay dựa vào công thức MDRD.

+ Phân độ giai đoạn BTMT theo KDOQI 2012 và lọc máu chu kỳ (phương pháp điều trị thay thế thận suy) khi mức lọc cầu thận < 15 ml/phút [3].

+ Cân nặng: cân nặng sau lọc máu tính bằng kg, đo bằng cân bàn Nhơn Hòa (Việt Nam), có đối chiếu cân khác với độ chính xác 0,1 kg.

+ Chiều cao: sử dụng thước đo chiều cao đứng của người bệnh, tính bằng cm với độ chính xác 0,1 cm.

+ Tình trạng dinh dưỡng: tính theo điểm dinh dưỡng lọc máu SGA-DMS do Kalantar - Zadeh K và cộng sự phát triển [2]. Công cụ SGA-DMS đánh giá dựa trên 7 phần: thay đổi cân nặng, chế độ ăn vào, các triệu chứng tiêu hóa, khả năng thực hiện chức năng, bệnh kèm theo và thời gian lọc máu, lớp mỡ dưới da và dấu hiệu hao mòn cơ. Mỗi phần tính từ 1-5 điểm. Điểm SGA-DMS là tổng điểm của 7 phần, kết quả: dinh dưỡng bình thường (từ 7-10 điểm), SDD nhẹ - trung bình (11-21 điểm) và SDD nặng (22-35 điểm).

+ Đánh giá chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) dựa vào phân loại của Hiệp hội đái tháo đường các nước châu Á (IDI & WPRO) [4]: SDD: BMI $< 18,5$; bình thường: $18,5 \leq \text{BMI} \leq 22,9$; thừa cân - béo phì: BMI ≥ 23 .

+ Chỉ số albumin huyết thanh: BN được coi là SDD khi nồng độ albumin huyết thanh < 35 g/l [4]. Xét nghiệm albumin huyết thanh trên mẫu máu tĩnh mạch lấy cùng một thời điểm khi bắt đầu nghiên cứu, phân tích bằng máy Cobas 6000, module sinh hóa c501.

- Đạo đức: đề cương nghiên cứu đã thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 17. Giải thích rõ cho BN về mục đích nghiên cứu, người bệnh đồng ý tham gia. Mọi chi phí xét nghiệm phát sinh do nhóm nghiên cứu chi trả toàn bộ.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính mô tả bằng tần suất và tỉ lệ %.

Các biến định lượng mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (trường hợp phân phối bình thường) và trung vị, giá trị nhỏ nhất giá trị lớn nhất (trường hợp phân phối không bình thường). So sánh sự khác biệt trung bình giữa 2 nhóm bằng kiểm định t test; giữa các nhóm bằng kiểm định ANOVA; khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n = 58)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	24	41,4
	Từ 40-59 tuổi	22	37,9
	≥ 60 tuổi	12	20,7
	$\bar{X} \pm SD$	47,3 ± 14,2	
	Nhỏ nhất - lớn nhất	23-82	
Giới tính	Nam giới	31	53,4
	Nữ giới	27	46,6
Thời gian lọc máu	< 1 năm	5	8,6
	Từ 1-2 năm	6	10,3
	Từ 2-4 năm	11	19,0
	> 4 năm	36	62,1
	$\bar{X} \pm SD$	73,5 ± 63,13	
	Nhỏ nhất - lớn nhất	4-264	
Số bệnh lí đồng mắc	Không	2	3,4
	1 bệnh	16	27,6
	≥ 2 bệnh	40	69,0
Bệnh lí đồng mắc	Tăng huyết áp	54	93,1
	Đái tháo đường	7	12,1
	Bệnh lí tim mạch	18	31,0
	Viêm gan B và/hoặc C	31	53,4
	Bệnh khác	15	25,9

BN có phân bố thời gian lọc máu từ 4 tháng đến 22 năm (264 tháng), trung bình là $73,5 \pm 63,13$ tháng; tuổi từ 23-82 tuổi, trung bình $47,3 \pm 14,2$ tuổi; tỉ lệ BN nam giới (53,4%) nhiều hơn BN nữ giới (49,6%).

Có 96,6% BN mắc bệnh lí kèm theo; trong đó, bệnh mắc kèm hay gặp là tăng huyết áp (93,1%), viêm gan B và/hoặc C (53,4%) và nhóm bệnh lí tim mạch (31,0%).

Bảng 2. Giá trị trung bình một số chỉ số nhân trắc theo giới tính BN

Giới tính BN	Cân nặng ($\bar{X} \pm SD$, kg)	Chiều cao ($\bar{X} \pm SD$, m)	BMI ($\bar{X} \pm SD$, kg/m ²)
Nam giới (n = 31)	54,6 ± 7,4	1,66 ± 0,07	20,1 ± 2,9
Nữ giới (n = 27)	45 ± 7,2	1,53 ± 0,07	18,6 ± 1,9
Tổng số (n = 58)	50,1 ± 8,7	1,60 ± 0,1	19,4 ± 2,6

Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của BN lần lượt là $50,1 \pm 8,7$ kg; $1,60 \pm 0,1$ m và $19,4 \pm 2,6$ kg/m².

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của BN BTMT lọc máu chu kì

Bảng 3. Tỉ lệ SDD của BN theo các thang đánh giá

Đặc điểm	Số BN (n = 58)	Tỉ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Albumin máu < 35 g/L	10	17,2	37,7 ± 3,8
BMI < 18,5 kg/m ²	20	34,5	19,4 ± 2,6
SGA-DMS > 10 điểm	45	77,6	14,9 ± 4,9

Tỉ lệ BN SDD theo điểm SGA-DMS (> 10 điểm) là 77,6%, theo BMI (< 18,5 kg/m²) là 34,5% và theo albumin huyết thanh (< 35 g/L) là 17,2%. Nồng độ trung bình albumin huyết thanh là $37,7 \pm 3,8$ g/L, BMI trung bình là $19,4 \pm 2,6$ kg/m² và SGA-DMS trung bình là $14,9 \pm 4,9$ điểm.

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng theo các thang điểm

Đặc điểm		Nam (n = 31)		Nữ (n = 27)		Chung (n = 58)		p
		Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)	
BMI (kg/m ²)	< 18,5	8	25,8	12	44,4	20	34,5	0,021
	Từ 18,5-22,9	17	54,8	15	55,6	32	55,2	
	≥ 23	6	19,4	0	0	6	10,3	
SGA-DMS	7-10 điểm	11	35,5	2	7,4	13	22,4	0,146
	11-21 điểm	15	48,4	22	81,5	37	63,8	
	22-35 điểm	5	16,1	3	11,1	8	13,8	
Albumin	< 35 g/L	7	22,6	3	11,1	10	17,2	0,655
	≥ 35 g/L	24	77,4	24	88,9	48	82,8	

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI, thấy tỉ lệ SDD chung là 34,5%, ở BN nam (25,8%) thấp hơn ở BN nữ (44,4%), tỉ lệ thừa cân - béo phì ở BN nam (19,4%) cao hơn BN nữ (0%); khác biệt với $p < 0,05$. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA-DMS, thấy 63,8% BN SDD nhẹ và trung bình, 13,8% BN SDD nặng. Đánh giá theo nồng độ albumin huyết thanh, thấy 17,2% BN SDD, tỉ lệ SDD ở BN nam (22,6%) nhiều hơn ở BN nữ (11,1%). Không có sự khác biệt về tỉ lệ SDD ở BN nam và BN nữ khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng thang điểm SGA-DMS hoặc nồng độ albumin huyết thanh.

3.3. Mối liên quan giữa tỉ lệ SDD theo thang điểm SGA-DMS với một số đặc điểm BN

Bảng 5. Mối liên quan giữa tỉ lệ SDD và đặc điểm nền, đặc điểm bệnh lí

Đặc điểm		Tình trạng dinh dưỡng		p	OR (95%CI)
		Bình thường (BN, %)	SDD (BN, %)		
Giới tính	Nam (n = 31)	11 (35,5)	20 (64,5)	0,011	0,145 (0,029-0,733)
	Nữ (n = 27)	2 (7,4)	25 (92,6)		
Tuổi	< 40 tuổi (n = 24)	6 (25)	18 (75)	0,858	0,477 (0,135-1,683)
	40-59 tuổi (n = 22)	5 (22,7)	17 (77,3)		
	≥ 60 tuổi (n = 12)	2 (16,7)	10 (83,3)		
Thời gian lọc máu	< 1 năm (n = 5)	5 (100)	0	0,0001	0,164 (0,059-0,453)
	1-2 năm (n = 6)	3 (50)	3 (50)		
	2-4 năm (n = 11)	3 (27,3)	8 (72,7)		
	> 4 năm (n = 36)	2 (5,6)	34 (94,4)		
Bệnh đồng mắc	Không (n = 2)	1 (50)	1 (50)	0,354	0,646 (0,110-3,805)
	1 bệnh (n = 16)	5 (17,5)	11 (82,5)		
	≥ 2 bệnh (n = 38)	7 (25)	33 (75)		

Có mối liên quan giữa tình trạng SDD với giới tính và thời gian lọc máu chu kì của BN, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa điểm SGA-DMS với tuổi của BN

Tuổi của BN	Tần số (n = 58)	SGA-DMS ($\bar{X} \pm SD$)	p
< 40 tuổi	24	14,5 ± 4,84	0,839
40-59 tuổi	22	13,64 ± 4,92	
≥ 60 tuổi	12	15,5 ± 4,89	

Không thấy mối liên quan giữa tuổi và điểm SGA-DMS trên BN nghiên cứu ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

- Về tuổi và giới tính:

Nghiên cứu 58 BN BTMT lọc máu chu kì tại Bệnh viện Quân y 17 cho thấy BN nam (53,4%) nhiều hơn BN nữ (49,6%); tương đương kết quả nghiên cứu của Châu Thị Thảo Nguyên và cộng sự

(nam: 52,1%, nữ: 47,9%) [5]; Lưu Xuân Ninh (nam: 43,1%, nữ: 56,9%) [6] và Kalantar-Zadeh Kamya (nam: 53%, nữ 47%) [2].

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 47,3 ± 14,2 tuổi, thấp nhất là 23 tuổi và cao nhất là 82 tuổi; tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn An Giang (47,4 ± 14,9 tuổi) [7] và Lưu Xuân Ninh (48,6 ± 15,1 tuổi) [6].

- Thời gian lọc máu của BN:

BN có thời gian lọc máu từ 4-264 tháng, trung bình là 73,5 ± 63,13 tháng; trong đó, số BN có thời gian lọc máu trên 4 năm chiếm 62,1%.

- Đặc điểm bệnh lí kèm theo:

96,6% BN có ít nhất một bệnh lí kèm theo. Trong đó, hay gặp nhất là tăng huyết áp (93,1%), tiếp đến là viêm gan B và/hoặc C (53,4%), bệnh lí tim mạch (31,1%)... Tỉ lệ BN mắc viêm gan B và/hoặc C (53,4%) trong nghiên cứu này cao hơn kết quả nghiên cứu của Lưu Xuân Ninh [6] tại Bệnh viện Lâm Đồng (36,4%) và Châu Thị Thảo Nguyên

[5] tại Bệnh viện Thống Nhất (26%) [5]. Điều này có thể phản ánh một phần tỉ lệ lây chéo cao trong quá trình lọc máu mà nguyên nhân xảy ra cần kiểm soát chặt chẽ hơn.

- Đặc điểm nhân trắc học:

Cân nặng, chiều cao, BMI trung bình của BN nghiên cứu lần lượt là $50,1 \pm 8,7$ kg, $1,60 \pm 0,1$ m, $19,4 \pm 2,6$ kg/m². Trong đó, nam giới có cân nặng, chiều cao, BMI trung bình cao hơn so với nữ giới. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Lưu Xuân Ninh tại Bệnh viện Lâm Đồng (cân nặng, chiều cao, BMI trung bình lần lượt là $52,6 \pm 9,8$ kg, $1,59 \pm 0,1$ m, $20,8 \pm 3,1$ kg/m²) [6]; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Kalantar-Zadeh K [2] (BMI trung bình của BN là $24,7 \pm 5,9$ kg/m²), điều này là phù hợp vì đối tượng nghiên cứu có sự khác nhau về dân tộc và quốc gia sinh sống.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI:

Có 10,3% BN thừa cân và béo phì, 34,5% BN SDD. Tỉ lệ SDD ở BN nam (25,8%) thấp hơn so với BN nữ (44,4%), nhưng tỉ lệ thừa cân và béo phì ở BN nam (19,4%) cao hơn BN nữ (0%); khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Có thể do BN nam có xu hướng tiêu thụ năng lượng và một số chất dinh dưỡng cao hơn so với BN nữ. Kết quả nghiên cứu của Al-Saran và cộng sự thấy 4% BN SDD, 47% BN thừa cân - béo phì và 49% BN bình thường [8]. Sanzia Francisca Ferraz và cộng sự thấy các tỉ lệ: SDD 8%, bình thường 60% và thừa cân 32% [9]. Thanh Hùng thấy tỉ lệ SDD là 21,3%, bình thường là 51,7% và thừa cân - béo phì là 27,0% [10]. Lưu Xuân Ninh và cộng sự thấy tình trạng SDD: 26,5%, bình thường: 62,9% và thừa cân - béo phì 10,6% [6]. Như vậy, tình trạng SDD trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu trên. Sự khác nhau này có thể do khác nhau về cỡ mẫu, đối tượng, dân tộc, quốc gia, thời gian lọc máu giữa các nghiên cứu.

- Nồng độ albumin huyết thanh:

Nồng độ albumin huyết thanh là một trong những chỉ số đánh giá quan trọng về tình trạng dinh dưỡng; đồng thời là căn cứ tiên lượng đối với BN BTMT lọc máu chu kì. Kết quả nghiên cứu thấy nồng độ albumin huyết thanh trung bình của BN là $37,7 \pm 3,8$ g/L, với tỉ lệ SDD (albumin huyết thanh < 35 g/L) là 17,2%; cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thanh Hùng (nồng độ albumin huyết thanh < 35 g/L là 14,5%) [10]; thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lưu Xuân Ninh (tỉ lệ SDD là

47,68%, với albumin trung bình là $39,6 \pm 4,4$ g/L; tác giả này sử dụng ngưỡng chẩn đoán tình trạng SDD khi albumin huyết thanh < 40 g/L) [6]; tương đương kết quả nghiên cứu của Kalandar - Zadeh K và cộng sự (nồng độ albumin huyết thanh trung bình là $38,0 \pm 3,0$ g/L) [2].

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA-DMS:

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ 77,6% BN SDD, trong đó 63,8% BN SDD nhẹ và trung bình, 13,8% BN SDD nặng; điểm SGA-DMS của BN phân bố từ 8-26 điểm, trung bình $14,9 \pm 4$ điểm. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Lưu Xuân Ninh (tỉ lệ SDD theo thang điểm SGA-DMS là 75,5%, với điểm SGA-DMS trung bình $13,7 \pm 3,9$ điểm) [6]; thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn An Giang (tỉ lệ SDD theo thang điểm SGA-DMS là 98,6%, với điểm SGA-DMS trung bình $17,9 \pm 2,85$ điểm) [7] hay Châu Thị Thảo Nguyễn (tỉ lệ SDD theo thang điểm SGA-DMS là 94,8%, với điểm SGA-DMS trung bình là $15,2 \pm 3,8$ điểm [5]; cao hơn so với nghiên cứu của Kalandar - Zadeh K (điểm SGA-DMS trung bình là $10,9 \pm 4,0$ điểm) [2]. Tỉ lệ SDD xác định theo thang điểm SGA-DMS cao trong nhiều nghiên cứu cho thấy nguy cơ mắc SDD là rất lớn ở nhóm BTMT lọc máu chu kì. Nguyên nhân có thể do BN lọc máu chu kì ngoại trú mất các chất dinh dưỡng trong quá trình lọc, ăn uống kém, hội chứng ure huyết cao, tỉ lệ thoái biến protein bình thường nhanh và kinh tế gia đình nghèo. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ BN SDD đánh giá theo thang điểm SGA-DMS (77,6%) cao hơn so với đánh giá theo BMI (34,5%) và nồng độ albumin huyết thanh (17,2%). Điều này có thể giải thích vì thang điểm SGA-DMS đánh giá một cách toàn diện hơn, thời gian đánh giá kéo dài hơn so với BMI và nồng độ albumin huyết thanh (chỉ đánh giá tại thời điểm cân đo và xét nghiệm máu). Vì vậy, rất nhiều BN có BMI bình thường hoặc nồng độ albumin huyết thanh bình thường, nhưng vẫn xếp loại SDD theo thang điểm SGA-DMS.

- Mối liên quan giữa tỉ lệ SDD với một số đặc điểm lâm sàng:

Tỉ lệ có SDD ở nhóm BN lọc máu trên 4 năm là 94,4%; ở nhóm BN lọc máu từ 2-4 năm là 72,7%; ở nhóm BN lọc máu từ 1-2 năm là 50% và ở nhóm BN lọc máu dưới 1 năm là 0%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng SDD với thời gian lọc máu kéo dài ($p < 0,05$). Do chức năng các

cơ quan suy giảm, chức năng tiêu hóa kém, mất các chất dinh dưỡng qua lọc máu, dẫn đến tăng tỉ lệ SDD ở BN lọc máu lâu ngày. Điều này ngược so với kết luận của một số nghiên cứu khác ở trong nước, như nghiên cứu của Châu Thị Thảo Nguyên [5] (tác giả này nhận định thời gian lọc máu càng dài, BN có kiến thức về nhu cầu dinh dưỡng, nên có xu hướng điều chỉnh chế độ ăn hợp lí, giảm nguy cơ SDD).

Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa tình trạng SDD với nhóm tuổi ($p > 0,05$). Theo các nghiên cứu của Châu Thị Thảo Nguyên [5] và Nguyễn An Giang [7], yếu tố tuổi có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở BN BTMT lọc máu chu kì.

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ SDD theo BMI ở BN nam giới (25,8%) thấp hơn so với BN nữ giới (44,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nguyên nhân do các BN nữ giới nằm trong nhóm tuổi cao, mắc nhiều bệnh kèm theo, đồng thời có thời gian lọc máu lâu hơn so với BN nam giới; các BN nam có xu hướng tiêu thụ năng lượng và một số chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn cao hơn so với BN nữ giới. Điều này gợi ý trong công tác điều dưỡng, nhân viên y tế cần chú ý hướng dẫn chế độ dinh dưỡng kĩ hơn cho những BN nữ mắc BTMT có thời gian lọc máu chu kì lâu năm.

5. KẾT LUẬN

Trên 58 bệnh nhân bệnh thận mạn tính lọc máu chu kì tại Bệnh viện Quân y 17, nồng độ trung bình albumin huyết thanh là $37,7 \pm 3,8$ g/L, BMI trung bình là $19,4 \pm 2,6$ kg/m² và SGA-DMS trung bình là $14,9 \pm 4,9$ điểm. Tỉ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo thang điểm SGA-DMS là 77,6% (với 63,8% suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và trung bình; 13,8% suy dinh dưỡng mức độ nặng); cao hơn khi đánh giá theo nồng độ albumin huyết thanh (17,2%) hoặc theo BMI (34,5%). Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng đánh giá theo thang điểm SGA-DMS với giới tính và thời gian lọc máu chu kì ở các bệnh nhân nghiên cứu, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bikbov B, Purcell C.A, Levey A.S et al. (2020), "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990 - 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", The Lancet, 395 (10225), 709-733.

2. Kalantar - Zadeh K, Kleiner M, Dunne E et al. (1999), "A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients", Nephrol Dial Transplant, 14 (7), 1732-1738.
3. International society of nephrology, (2013), "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International Supplements, 3, pp. 1-40
4. Hakim R.M, Levin N (1993), "Malnutrition in hemodialysis patients", American journal of kidney diseases, 21 (2): 125-137.
5. Châu Thị Thảo Nguyên, Bùi Thị Hương Quỳnh, Nguyễn Bách (2022), "Tỉ lệ suy dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện Thống Nhất", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 515, tháng 6, số 1-2022, tr. 342-346.
6. Lưu Xuân Ninh, Nguyễn Quang Dũng, Phan Thạch Khuê (2021), "Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kì tại bệnh viện đa khoa Lâm Đồng năm 2020 - 2021", Tạp chí Dinh dưỡng - thực phẩm, tập 17, số 2, 2021, tr. 18-26.
7. Nguyễn An Giang, Lê Việt Thắng, Võ Quang Huy (2013), "Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kì bằng thang điểm đánh giá toàn diện", Tạp chí Y học thực hành, (870) số 5, 159-161.
8. K AlSaran, S Elsayed, A Molhem, et al. (2011), "Nutritional assessment of patients on hemodialysis in a large dialysis center", Saudi J Kidney Dis Transpl, 22 (4), 675-681.
9. Sanzia Francisca Ferraz (2014), "Nutritional status and interdialytic weight gain of chronic hemodialysis patients", Nutritional status and interdialytic weight gain, pp.1-25.
10. Võ Thanh Hùng (2020), Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng và nồng độ Leptin huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc máu chu kì và lọc màng bụng liên tục ngoại trú, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y dược Huế, tr. 78-92. □