

DETERMINATION OF NUTRITIONAL STATUS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH PERITONEAL DIALYSIS AT THONG NHAT HOSPITAL

Duong Thi Kim Loan¹, Nguyen Bach¹, Vo Van Tam^{2,1*},
Tran Thi Tai¹, Cong Huyen Ton Nu Bao Lien¹, Tran Le Ha Thu¹

¹Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 16/08/2024

Revised: 30/08/2024; Accepted: 08/10/2024

ABSTRACT

Objective: Determining the rate of malnutrition and related factors of patients with chronic renal failure undergoing peritoneal dialysis at Thong Nhat Hospital in Ho Chi Minh City in 2020.

Subject and method: A cross-sectional study was conducted in 49 patients with chronic kidney failure undergoing peritoneal dialysis at Thong Nhat Hospital in Ho Chi Minh City, data were collected using available questionnaires and anthropometric measurements.

Results: The prevalence of malnutrition according to SGA was 44.9%, of which 16.3% have severe malnutrition (SGA-C) and 28.6% moderate malnutrition (SGA-B). The proportion had significantly gender ($p=0.041$), diabetes mellitus ($p=0.008$), malnutrition of BMI ($p=0.007$), decreased arm circumference ($p<0.001$), decreased muscle strength ($p=0.031$) and decreased blood albumin ($p=0.001$).

Conclusion: The rate of malnutrition in patients with chronic renal failure on peritoneal dialysis was quite high. It is necessary to have a comprehensive Nutrition assessment and intervention strategy for the above subjects.

Keywords: Malnutrition, SGA, peritoneal dialysis, Thong Nhat Hospital.

*Corresponding author

Email: vantam.yds@gmail.com Phone: (+84) 938411205 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1583](https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1583)

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÀNG BỤNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Dương Thị Kim Loan¹, Nguyễn Bách¹, Võ Văn Tâm^{2,1*},
Trần Thị Tài¹, Công Huyền Tôn Nữ Bảo Liên¹, Trần Lê Hà Thu¹

¹Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Số 217 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 30/08/2024; Ngày duyệt đăng: 08/10/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ SDD của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị lọc màng bụng tại Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM và các yếu tố liên quan năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 49 bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị lọc màng bụng tại Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM, dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi có sẵn và cân đo các chỉ số nhân trắc.

Kết quả: Tỷ lệ SDD theo SGA là 44,9%, trong đó 16,3% SDD nặng (SGA-C) và 28,6% SDD vừa (SGA-B). Có mối liên quan giữa SDD theo SGA và các yếu tố gồm giới tính ($p=0,041$), bệnh đái tháo đường ($p=0,008$), SDD theo BMI ($p=0,007$), giảm chu vi vòng cánh tay ($p<0,001$), giảm sức cơ ($p=0,031$) và giảm albumin máu ($p=0,001$).

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn lọc màng bụng khá cao. Cần có chiến lược đánh giá và can thiệp Dinh dưỡng toàn diện cho đối tượng trên.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, SGA, lọc màng bụng, Bệnh viện Thống Nhất.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn giai đoạn cuối (End Stage Renal Disease) là vấn đề sức khỏe của nhiều nước trên toàn thế giới bởi tỉ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, hậu quả nặng nề và chi phí điều trị tốn kém, từ năm 1990 đến năm 2010, suy thận mạn xếp từ vị trí thứ 27 trong số các nguyên nhân gây tử vong toàn cầu tăng dần đến vị trí thứ 18 [1]. Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 6 triệu người được chẩn đoán mắc suy thận mạn, trong đó, có gần 80.000 bệnh nhân đã chuyển sang giai đoạn cuối, khoảng 87% nhóm bệnh nhân này lựa chọn phương pháp điều trị là lọc máu thận nhân tạo [2]. Tuy nhiên, phương pháp lọc máu này vẫn còn nhiều mặt hạn chế. Trong quá trình lọc máu, bệnh nhân thường có triệu chứng như tụt huyết áp, nhiễm trùng máu, chán ăn, buồn nôn, lọc máu thời gian lâu sẽ gia tăng nguy cơ mắc các biến chứng như suy dinh dưỡng, tim mạch, viêm phổi, trầm cảm, rối loạn nội kinh nguyệt, teo cơ, loãng xương,...[3-8]. Nghiên cứu của Qureshi A.R cho thấy 75% tỉ lệ bệnh nhân STMGĐC đang lọc máu tử vong nếu nhóm bệnh nhân này có đầy đủ 3 yếu tố nguy cơ viêm, suy dinh dưỡng và bệnh mạch vành [9].

Suy dinh dưỡng là một biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân STMGĐC. Tình trạng này ảnh hưởng đáng kể đến diễn tiến lâm sàng và kết quả điều trị, làm suy giảm chức năng miễn dịch, giảm sức cơ như hô hấp, chậm lành vết thương và góp phần làm gia tăng tỉ lệ nhiễm trùng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [10-13].

Về phương pháp điều trị cho bệnh nhân STMGĐC là lọc máu và lọc màng bụng. Phương pháp lọc màng bụng có nhiều ưu điểm cho một số đối tượng bệnh nhân STMGĐC cụ thể, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Ở Việt Nam, các dung dịch lọc đang sử dụng từ 1.5 – 2% glucose, lượng dịch trung bình sử dụng cho mỗi bệnh nhân khoảng 10 lit/ngày. Một số nghiên cứu đã ghi nhận bệnh nhân có sự gia tăng hấp thu đường khi lọc màng bụng và thay đổi trung bình từ 90 – 200 gram glucose mỗi ngày. Điều này gây ảnh hưởng đến nồng độ glucose máu của bệnh nhân, HbA1c, Triglycerid, nguy cơ thừa cân - béo phì. Việc thay đổi chuyển hóa này làm gia tăng nguy cơ tim mạch, các biến chứng của bệnh thận mạn và tử vong trên nhóm bệnh nhân này.

*Tác giả liên hệ

Email: vantam.yds@gmail.com Điện thoại: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1583>

Để có những dữ liệu mới nhất về tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan chúng tôi thực hiện đề tài này: “*Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc màng bụng tại bệnh viện Thống Nhất*”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Phòng khám Ngoại trú Thận - Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 09 – 10/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (≥ 18 tuổi) đến khám bệnh ngoại trú lọc màng bụng trong thời gian nghiên cứu tiến hành.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ 49 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu trong thời gian 09 – 10/2020.

2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu

Tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA: SGA-A (Dinh dưỡng bình thường), SGA-B (Suy dinh dưỡng vừa), SGA-C (Suy dinh dưỡng nặng).

Các chỉ số nhân trắc: Chu vi vòng cánh tay được đo ở cánh tay thuận với điểm cắt giảm (nam <24 cm, nữ <23 cm); vòng eo quá ngưỡng (nam >90 cm, nữ >80 cm); sức cơ được đo bằng dụng cụ đo Camry đã hiệu chuẩn, trong đó giảm sức cơ (chỉ đánh giá ở người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên - nam $<24,5$ kg, nữ $<15,2$ kg).

Chỉ số xét nghiệm: Giảm lympho (<1500 tb/mm³); Giảm hemoglobin (nam <13 g/dl, nữ <12 g/dl); giảm albumin ($<35,0$ g/l).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Sau khi được giải thích và hiểu rõ mục tiêu nghiên cứu, đối tượng đồng ý tham gia ký tên vào văn bản đồng ý nghiên cứu, được phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi soạn sẵn và đo các chỉ số nhân trắc: Cân nặng, chiều cao, sức cơ, chu vi vòng cánh tay, vòng eo.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm cho các biến số định tính. Sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher's để kiểm định mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA với các đặc điểm dân số - xã hội và tiền sử bệnh, các chỉ số nhân trắc và các chỉ số xét nghiệm với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. Dùng tỉ số tỷ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy 95% để lượng giá mối liên hệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Thống Nhất năm 2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu phỏng vấn và cân đo trực tiếp toàn bộ bệnh nhân lọc màng bụng đồng ý tham gia nghiên cứu tại phòng khám ngoại trú Thận được 49 bệnh nhân. Đặc tính của mẫu nghiên cứu được trình bày ở các bảng bên dưới:

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội (n=49)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	30	61,2
	Nữ	19	38,8
Nhóm tuổi		57,6 ± 14,7* (27 – 83)	
	< 60	22	44,9
	≥ 60	27	55,1
Dân tộc	Kinh	49	100
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	4	8,2
	Tiểu học	12	24,5
	THCS	6	12,2
	THPT	18	36,7
	Trên THPT	9	18,4
Nghề nghiệp	Công nhân	1	2
	Công chức, viên chức	3	6,1
	Nội trợ	9	18,4
	Nghỉ hưu	24	49
	Nông dân	0	0
	Buôn bán/ Kinh doanh	4	8,2
	Nghỉ không làm	8	16,3
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	2	4,1
	Đã kết hôn	41	83,7
	Góa	6	12,2

*: Trung bình ± độ lệch chuẩn (tuổi nhỏ nhất – tuổi lớn nhất)

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu phần lớn là giới tính nam (61,2%), có tuổi trung bình 57,6 ± 14,7, cao nhất là 83 tuổi và thấp nhất là 27 tuổi, nhóm người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm ưu thế với 55,1%. Tất cả đều là dân tộc Kinh 100%. Trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên chiếm 55,1% và đa số đã nghỉ hưu hoặc không làm gì/ nội trợ chiếm 83,7%. Phần lớn đã kết hôn và góa với 95,9%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý (n=49)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
Thời gian bệnh	Dưới 1 năm	6	12,2
	Từ 1 năm đến 5 năm	31	63,4
	Từ 5 năm đến 10 năm	6	12,2
	Hơn 10 năm	6	12,2
Thời gian lọc màng bụng	Dưới 1 năm	23	46,9
	Từ 1 năm đến 5 năm	23	46,9
	Từ 5 năm đến 10 năm	2	4,1
	Hơn 10 năm	1	2,1
Bệnh kèm	Có	42	85,7
	Không	7	14,3
Bệnh kèm (cụ thể)	Đái tháo đường	17	34,7
	Cao huyết áp	42	85,7
	Tim mạch	16	32,7

Bảng 2 cho thấy thời gian bệnh cao nhất nằm trong nhóm từ 1 đến 5 năm với 63,4%. Trong đó tỷ lệ lọc màng bụng trong thời gian dưới 1 năm và từ 1 đến 5 năm chiếm ưu thế với tỷ lệ tương đương nhau 46,9%. Hầu hết đối tượng nghiên cứu có bệnh mãn tính kèm theo với 85,7%. Trong đó bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và tim mạch có tỷ lệ lần lượt là 85,7%, 34,7% và 32,7%.

Bảng 3. Phân bố chỉ số nhân trắc và lệ suy dinh dưỡng (n=49)

		Trung bình (ĐL)	Min – Max
Chỉ số nhân trắc	Cân nặng (kg)	57,1 (10,0)	41 – 89
	Chiều cao (m)	1,61 (0,06)	1,5 – 1,72
	Sức cơ (kg)	22,0 (7,7)	9,9 – 46,7
	Chu vi vòng cánh tay (cm)	24,9 (3,46)	18 – 32
	Vòng eo (cm)	81,2 (11,7)	56 – 102

		Tần số	Tỷ lệ %
Suy dinh dưỡng (BMI)	Nhẹ cân (<18,5)	9	18,4
	Bình thường (18,5 – 22,9)	19	38,8
	Thừa cân (23 – 24,9)	12	24,5
	Béo phì (>= 25)	9	18,4
Suy dinh dưỡng theo SGA	Sinh dưỡng bình thường	27	55,1
	SDD vừa	14	28,6
	SDD nặng	8	16,3
Vòng eo quá ngưỡng (Nam>90 cm, Nữ >80cm)	Có	17	34,7
	Không	32	65,3
SDD theo Chu vi VCT (Nam<24 cm, Nữ <23cm)	Có	15	30,6
	Không	34	69,4
Giảm sức cơ ở NCT (≥60 tuổi) (Nam<24,5 Kg, Nữ <15,2Kg)	Có	12	44,4
	Không	15	55,6

Bảng 3 cho thấy tình trạng dinh dưỡng theo BMI có 18,4% đối tượng có suy dinh dưỡng và thừa cân béo phì là 42,9%. Biên số kết cuộc của nghiên cứu là tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA có tỷ lệ là 44,9%, trong đó có 16,3% suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) và 28,6% suy dinh dưỡng vừa (SGA-B). Có 34,7% đối tượng có vòng eo quá ngưỡng, 30,6% có suy giảm dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay và 44,4% trong giảm sức cơ trong nhóm người cao tuổi (≥60 tuổi).

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng (n=49)

Đặc điểm		Tần số	Tỉ lệ (%)
Giảm Lympho (<1500 TB/mm³)	Có	21	42,9
	Không	28	57,1
Giảm Hemoglobin (HGB nam <13 g/dL, HGB nữ < 12 g/dL)	Có	42	85,7
	Không	7	14,3
Giảm Albumin (<35,0 g/L)	Có	13	26,5
	Không	36	73,5

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ giảm Lympho, giảm Hemoglobin và giảm Albumin từ kết quả xét nghiệm mới nhất trong mẫu nghiên cứu lần lượt là 42,9%, 85,7% và 26,5%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với đặc điểm dân số-xã hội và tiền sử bệnh (n=49)

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng theo SGA		Giá trị p	PR KTC 95%
	SDD vừa/nặng n(%)	DD bình thường n(%)		
Giới				
Nam	10 (33,3)	20 (66,7)	0,041	0,53 (0,29-0,97)
Nữ	12 (63,2)	7 (36,8)		
Nhóm tuổi				
< 60	8 (36,4)	14 (63,6)	0,278	1 1,43 (0,74-2,76)
≥ 60	14 (51,9)	13 (48,1)		
Trình độ học vấn				
Dưới tiểu học	2 (50,0)	2 (50,0)		1
Tiểu học	7 (58,3)	5 (41,7)	0,848	1,17 (0,24-5,61)
THCS	1 (16,7)	5 (83,3)	0,37	0,33 (0,03-3,68)
THPT	9 (50,0)	9 (50,0)	1	1,00 (0,22-4,63)
Trên THPT	3 (33,3)	6 (66,7)	0,657	0,67 (0,11-3,99)
Nghề nghiệp				
Công nhân	0 (0,0)	1 (100,0)	0,992*	Không xác định
CNVC	1 (33,3)	2 (66,7)		
Nội trợ	4 (44,4)	5 (55,6)		
Nghỉ hưu	12 (50,0)	12 (50,0)		
Nông dân	0 (0,0)	0 (0,0)		
Kinh doanh	2 (50,0)	2 (50,0)		
Nghỉ không làm	3 (37,5)	5 (62,5)		
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	0 (0,0)	2 (100,0)	0,353*	Không xác định
Đã kết hôn	18 (43,9)	23 (56,1)		
Góa	4 (66,7)	2 (33,3)		
Thời gian bệnh				
Từ 6 tháng đến 1 năm	2 (33,3)	4 (66,7)	0,712	1
Từ 1 năm đến 5 năm	13 (41,9)	18 (58,1)	0,57	1,26 (0,37-4,25)
Từ 5 năm đến 10 năm	3 (50,0)	3 (50,0)	0,288	1,50 (0,37-6,08)
Hơn 10 năm	4 (66,7)	2 (33,3)		2,00 (0,56-7,18)

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng theo SGA		Giá trị p	PR KTC 95%
	SDD vừa/nặng n(%)	DD bình thường n(%)		
Thời gian lọc màng bụng				
Từ 6 tháng đến 1 năm	8 (34,8)	15 (65,2)	0,493	1
Từ 1 năm đến 5 năm	11 (47,8)	12 (52,2)	0,182	1,38 (0,55-3,42)
Từ 5 năm đến 10 năm	2 (100,0)	0 (0,0)	0,319	2,88 (0,61-13,5)
Hơn 10 năm	1 (100,0)	0 (0,0)		2,88 (0,36-23,0)
Bệnh đái tháo đường				
Có	12 (70,6)	5 (29,4)	0,008	2,26 (1,24-4,11)
Không	10 (31,3)	22 (68,7)		
Bệnh cao huyết áp				
Có	17 (40,5)	25 (59,5)	0,219*	0,57 (0,31-1,03)
Không	5 (71,4)	2 (28,6)		
Bệnh tim mạch				
Có	9 (56,3)	7 (43,7)	0,266	1,43 (0,78-2,61)
Không	13 (39,4)	20 (60,6)		

*: Kiểm định chính xác Fisher's

Bảng 5 cho thấy, nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA với giới tính và tỷ lệ có đái tháo đường kèm theo. Cụ thể, nữ giới có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn nam giới với khoảng 2 lần ($p=0,041$) và những bệnh nhân có bệnh đái tháo đường kèm theo có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao gấp 2,26 lần so với nhóm không có đái tháo đường kèm theo ($p=0,008$). Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh, thời gian lọc màng bụng, bệnh cao huyết áp kèm theo và bệnh tim mạch kèm theo.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với chỉ số nhân trắc và xét nghiệm (n=49)

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng theo SGA		Giá trị p	PR KTC 95%
	SDD vừa/nặng n(%)	DD bình thường n(%)		
Tình trạng DD (BMI)				
SDD (<18,5)	8 (88,9)	1 (11,1)	0,007*	2,54 (1,57-4,11)
Không SDD ($\geq 18,5$)	14 (35,0)	26 (65,0)		
Vòng eo quá ngưỡng				
Có	7 (41,2)	10 (58,8)	0,703	0,88 (0,45-1,73)
Không	15 (46,9)	17 (53,1)		
SDD theo chu vi VCT				
Có	14 (93,3)	1 (6,7)	<0,001	4,00 (2,13-7,38)
Không	8 (23,5)	26 (76,5)		

Đặc điểm	Tình trạng dinh dưỡng theo SGA		Giá trị p	PR KTC 95%
	SDD vừa/nặng n(%)	DD bình thường n(%)		
Giảm sức cơ ở NCT				
Có	9 (75,0)	3 (25,0)	0,031	2,25 (1,02-4,94)
Không	5 (33,3)	10 (66,7)		
Giảm Lympho				
Có	12 (57,1)	9 (42,9)	0,136	1,60 (0,86-2,97)
Không	10 (35,7)	18 (64,3)		
Giảm Hemoglobin				
Có	19 (45,2)	23 (54,8)	1,000*	1,06 (0,42-2,64)
Không	3 (42,9)	4 (57,1)		
Giảm Albumin				
Có	11 (84,6)	2 (15,4)	0,001	2,77 (1,61-4,77)
Không	11 (30,6)	25 (69,4)		

*: Kiểm định chính xác Fisher's

Bảng 6 cho thấy, nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA với tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI ($p=0,007$), suy dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay ($p<0,001$), giảm sức cơ ở người cao tuổi ($p=0,031$) và giảm Albumin máu ($p=0,001$). Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố vòng eo quá ngưỡng, giảm lympho và giảm Hemoglobin.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát 49 bệnh nhân bệnh thận mạn đang lọc màng bụng khám tại phòng khám Ngoại trú Thận - bệnh viện Thống Nhất, kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh điều này phù hợp với đặc điểm dân số của Việt Nam tỷ lệ nam nữ lần lượt là 61,2% và 38,8%. Tỷ lệ này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tuyết Nhi năm 2018 tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 57,6 tương đồng so với kết quả nghiên cứu của Fatemeh Espahbodi năm 2007-2008 là 56,8 tuổi [14]. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 55,1%, kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhật Tuyền (47,6%) ở nhóm bệnh nhân có tuổi từ 40-60 tuổi [15].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc màng bụng tại Bệnh viện Thống Nhất là 44,9%, trong đó 16,3% suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) và 28,6% suy dinh dưỡng vừa (SGA-B). Kết quả này tương đồng với các nghiên

cứ đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân thận mạn giai đoạn cuối tại Việt Nam từ 2013-2020 là từ 29,5% đến 98,6%. Tuy nhiên tỷ lệ này trên thế giới nhìn chung thấp hơn cụ thể nghiên cứu của Feitas và Ali với tỷ lệ lần lượt là 22,4 và 29,7 [16,17]. Sự khác biệt này có thể lý giải là do thời gian mắc bệnh và điều trị của các đối tượng tham gia nghiên cứu lâu hơn so với các nghiên cứu trước và do đặc điểm dân số trong và ngoài nước. Tuy nhiên, nhìn chung tỉ lệ suy dinh dưỡng ở các bệnh nhân STMĐC chiếm tỉ lệ cao.

Có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố gồm giới tính ($p=0,041$), có bệnh đái tháo đường kèm theo ($p=0,008$), suy dinh dưỡng theo BMI ($p=0,007$), suy dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay ($p<0,001$), giảm sức cơ ở người cao tuổi ($p=0,031$) và giảm Albumin máu ($p=0,001$). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh, thời gian lọc màng bụng, bệnh cao huyết áp kèm theo, bệnh tim mạch kèm theo, vòng eo quá ngưỡng, giảm lympho và giảm Hemoglobin với $p>0,05$.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là 44,9%, trong đó 16,3% suy dinh dưỡng nặng (SGA-C) và 28,6% suy dinh dưỡng vừa (SGA-B). Có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố gồm giới tính ($p=0,041$), có bệnh đái tháo đường kèm theo ($p=0,008$), suy dinh dưỡng theo BMI ($p=0,007$), suy dinh dưỡng theo chu

vi vòng cánh tay ($p < 0,001$), giảm sức cơ ở người cao tuổi ($p = 0,031$) và giảm albumin máu ($p = 0,001$). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng suy dinh dưỡng theo SGA và các yếu tố nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh, thời gian lọc màng bụng, bệnh cao huyết áp kèm theo, bệnh tim mạch kèm theo, vòng eo quá ngưỡng, giảm lympho bào và giảm hemoglobin với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England). Dec 15 2012;380(9859):2095-128. doi:10.1016/s0140-6736[12]61728-0
- [2] Hyodo T, Hirawa N, Hayashi M, et al. Present status of renal replacement therapy at 2015 in Asian countries (Myanmar, Vietnam, Thailand, China, and Japan). *Renal Replacement Therapy*. 2017;3(1):11.
- [3] Bossola M, Muscaritoli M, Tazza L, et al. Variables associated with reduced dietary intake in hemodialysis patients. *Journal of renal nutrition : the official journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*. Apr 2005;15(2):244-52.
- [4] Chang WX, Xu N, Kumagai T, et al. The Impact of Normal Range of Serum Phosphorus on the Incidence of End-Stage Renal Disease by A Propensity Score Analysis. *PloS one*. 2016;11[4]:e0154469. doi:10.1371/journal.pone.0154469
- [5] de Mutsert R, Grootendorst DC, Axelsson J, et al. Excess mortality due to interaction between protein-energy wasting, inflammation and cardiovascular disease in chronic dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2008;23[9]:2957-2964.
- [6] Fleming GM. Renal replacement therapy review: past, present and future. *Organogenesis*. Jan-Mar 2011;7(1):2-12.
- [7] Kiệt HH. Thận học lâm sàng. Nhà xuất bản Y học. 2010;
- [8] Nghĩa HTN. Bệnh thận mạn. NXB Y học, Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch. 2007;
- [9] Qureshi AR, Alvestrand A, Divino-Filho JC, et al. Inflammation, malnutrition, and cardiac disease as predictors of mortality in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*. Jan 2002;13 Suppl 1:S28-36.
- [10] Lowrie EG, Lew NL. Death risk in hemodialysis patients: the predictive value of commonly measured variables and an evaluation of death rate differences between facilities. *American Journal of Kidney Diseases*. 1990;15[5]:458-482.
- [11] Correia MIT, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition*. 2003;22[3]:235-239.
- [12] Barker LA, Gout BS, Crowe TC. Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. *International journal of environmental research and public health*. 2011;8(2):514-527.
- [13] Marcén R, Teruel JL, De La Cal MA, Gàmez C. The impact of malnutrition in morbidity and mortality in stable haemodialysis patients. *Spanish Cooperative Study of Nutrition in Hemodialysis. Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*. 1997;12[11]:2324-2331.
- [14] Espahbodi F, Khoddad T, Esmaeili L. Evaluation of malnutrition and its association with biochemical parameters in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis using subjective global assessment. *Nephro-urology monthly*. 2014;6[3]
- [15] Tuyên NTN. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn có lọc máu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Đại học Y Dược TP.HCM; 2017.
- [16] Allawi AAD. Malnutrition, inflammation and atherosclerosis (MIA syndrome) in patients with end stage renal disease on maintenance hemodialysis (a single centre experience). *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2018;12(2):91-97.
- [17] Freitas ATVDs, Vaz IMF, Ferraz SF, Peixoto MDRG, Campos MIVM. Prevalence of malnutrition and associated factors in hemodialysis patients. *Revista de Nutrição*. 2014;27[3]:357-366.