

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS AT BACH MAI HOSPITAL IN 2025

Nguyen Thi Thao^{1*}, Nghiem Trung Dung¹, Be Hong Thu², Do Thi Hiep¹

¹Center for Nephrology - Urology and Dialysis, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²Thang Long University - Nghiem Xuan Yem street, Dinh Cong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 10/02/2026

Revised: 01/03/2026; Accepted: 24/04/2026

ABSTRACT

Objects: To assess the nutritional status of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis at the Center for Nephrology - Urology and Dialysis, Bach Mai Hospital, in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 127 patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis at the Center for Nephrology - Urology and Dialysis, Bach Mai Hospital.

Results: According to the SGA scale, 74% of patients had no malnutrition, 22% had mid-moderate malnutrition, and 3.9% had severe malnutrition. Based on serum albumin levels, 38.6% of patients were malnourished (31.5% mid-moderate and 7.1% severe). The prevalence of anemia was high (74.8%), including 41.7% mild anemia, 29.1% moderate anemia, and 4% severe anemia. Serum urea, creatinine, and potassium levels were all above normal ranges, indicating that metabolic status and renal function considerably influenced the patients' nutritional condition.

Conclusion: Nutritional status remains a significant concern and is affected by multiple factors in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. Regular nutritional assessment, early identification of risk factors, and timely interventions play an important role in improving treatment effectiveness, quality of life, and patient prognosis.

Keywords: Nutrition, continuous ambulatory peritoneal dialysis, SGA scale.

*Corresponding author

Email: nguyenthao010294@gmail.com Phone: (+84) 979814102 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4909



TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH LỘC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2025

Nguyễn Thị Thảo^{1*}, Nghiêm Trung Dũng¹, Bế Hồng Thu², Đỗ Thị Hiệp¹

¹Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Thăng Long - Đường Nghiêm Xuân Yêm, phường Định Công, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 01/03/2026; Ngày duyệt đăng: 24/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh lọc màng bụng liên tục tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 127 người bệnh lọc màng bụng liên tục tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

Kết quả: Theo thang điểm SGA, 74% người bệnh không suy dinh dưỡng, 22% suy dinh dưỡng nhẹ đến vừa và 3,9% suy dinh dưỡng nặng. Dựa trên nồng độ albumin huyết thanh, 38,6% người bệnh có suy dinh dưỡng (31,5% mức nhẹ đến trung bình và 7,1% mức nặng). Tỷ lệ thiếu máu rất cao (74,8%), trong đó thiếu máu nhẹ chiếm 41,7%, thiếu máu vừa 29,1% và thiếu máu nặng 4%. Các chỉ số ure, creatinin và kali huyết thanh đều cao hơn mức bình thường, cho thấy tình trạng chuyển hóa và chức năng thận ảnh hưởng đáng kể tới tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Kết luận: Tình trạng dinh dưỡng là một vấn đề còn tồn tại và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố ở người bệnh lọc màng bụng liên tục. Việc đánh giá dinh dưỡng định kỳ, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ và can thiệp kịp thời có vai trò quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng sống và tiên lượng cho người bệnh.

Từ khóa: Dinh dưỡng, lọc màng bụng liên tục, thang điểm SGA.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong trên toàn cầu. Lọc màng bụng là một phương pháp điều trị thay thế thận hiệu quả, được áp dụng rộng rãi do tính linh hoạt và khả năng cải thiện chất lượng sống của người bệnh. Tuy nhiên, một trong những thách thức lớn trong quản lý người bệnh lọc màng bụng là tình trạng dinh dưỡng [1]. Suy dinh dưỡng (SDD) là một biến chứng phổ biến ở người bệnh lọc màng bụng, với tỷ lệ dao động từ 20-70% tùy thuộc vào phương pháp đánh giá [2]. SDD không chỉ làm giảm khả năng miễn dịch, tăng nguy cơ nhiễm trùng và các biến chứng khác, đồng thời ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người bệnh mà còn làm gia tăng tỷ lệ tử vong, khi nồng độ albumin huyết thanh giảm đi 1 g/l thì tỉ lệ tử vong tăng lên 6% [3]. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh lọc màng bụng có thể bị chi phối bởi nhiều yếu tố như tuổi, giới tính, bệnh lý đi kèm, chế độ ăn uống, và điều kiện kinh tế - xã hội [4-5].

Tại Việt Nam, vấn đề dinh dưỡng ở người bệnh lọc màng bụng chưa được chú trọng. Một nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ SDD nhẹ và vừa (theo đánh giá chủ quan tổng thể SGA) chiếm khoảng 88,5%, trong khi SDD nặng và rất nặng chiếm khoảng 6,3% [6]. Do đó, việc tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng

ở người bệnh lọc màng bụng là cần thiết để cung cấp bằng chứng khoa học và hỗ trợ cải thiện công tác chăm sóc người bệnh. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh lọc màng bụng liên tục tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2025 với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh lọc màng bụng liên tục tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: từ 1/1/2025 đến 30/9/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh ngoại trú được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn V theo National Kidney Foundation (2020): mức lọc cầu thận < 15 mL/phút/1,73 m² trong thời gian ≥ 3 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthao010294@gmail.com Điện thoại: (+84) 979814102 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4909

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 127 người bệnh.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Biến số nhân khẩu học: tuổi, giới, khu vực sinh sống, thời gian điều trị lọc màng bụng liên tục ngoại trú.
- Tiền sử viêm phúc mạc, nguyên nhân gây suy thận mạn, triệu chứng lâm sàng thường gặp, nồng độ hemoglobin trung bình của người bệnh, mức độ thiếu máu.
- Tình trạng dinh dưỡng theo phân loại BMI, SGA, các phương pháp sinh hóa khác.
- Chỉ số sinh hóa: albumin huyết thanh.

2.6. Kỹ thuật và công cụ thu thập dữ liệu

Quá trình thu thập thông tin được tiến hành tuân tự qua các bước: lựa chọn người bệnh đủ tiêu chuẩn; chấm thang điểm SGA; khám bệnh, đo chiều cao, cân nặng, đo huyết áp, lấy máu xét nghiệm các chỉ số huyết học, sinh hóa máu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các phương pháp phân tích thống kê mô tả cho các bảng phân bố tần số, tỷ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép thực hiện của Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai. Mọi đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ mục tiêu, ký cam kết đồng thuận và được bảo đảm bảo mật thông tin. Các kết quả được trình bày trong nghiên cứu này hoàn toàn trung thực, khách quan và chưa được công bố trong bất kỳ một nghiên cứu nào trước đây.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới

Tuổi	Nam (n = 63)		Nữ (n = 64)		Tổng số (n = 127)	
	n	%	n	%	n	%
< 20 tuổi	8	12,7	4	6,3	12	9,4
21-40 tuổi	16	25,4	28	43,8	44	34,6
41-60 tuổi	30	47,6	23	35,9	53	41,7
> 60 tuổi	9	14,3	9	14,0	18	14,3
$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	43,6 ± 15,43		41,7 ± 15,44		42 ± 15,4	

Trong nhóm nam giới, số bệnh nhân 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%), thấp nhất là nhóm bệnh nhân dưới 20 tuổi (12,7%). Trong nhóm nữ giới, nhóm 21-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%), nhóm dưới 20 tuổi là thấp nhất (6,3%). Tính chung quần thể nghiên cứu, bệnh nhân 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%) và thấp nhất là nhóm dưới 20 tuổi (9,4%).

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42 ± 15,4 tuổi, độ tuổi trung bình của nam giới (43,6 ± 15,43 tuổi) cao hơn so với nữ giới (41,7 ± 15,44 tuổi).

Bảng 2. Phân loại người bệnh theo nơi ở và nguyên nhân gây bệnh (n = 127)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở	Nông thôn	100	78,7%
	Thành thị	27	21,3%
Nguyên nhân gây bệnh	Viêm cầu thận mạn	47	37,0%
	Viêm thận bể thận	34	26,8%
	Tăng huyết áp	38	29,9%
	Nguyên nhân khác	8	6,3%

Tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn rất cao (78,7%), gấp gần 4 lần so với tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị (21,3%).

Căn nguyên viêm cầu thận mạn chiếm tỷ lệ cao nhất (37%), sau đó là tăng huyết áp (29,9%), viêm thận bể thận (26,8%) và do các nguyên nhân khác (6,3%).

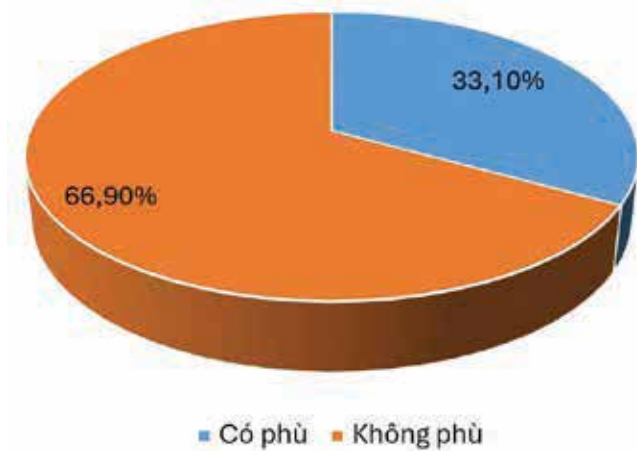
3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Đánh giá dinh dưỡng theo thang điểm SGA và chỉ số BMI (n = 127)

Tình trạng dinh dưỡng n		Nam (n = 63)		Nữ (n = 64)		Tổng số (n = 127)	
		n	%	n	%	n	%
Phân loại theo SGA	Không SDD (SGA-A)	50	79,4	44	68,8	94	74,0
	SDD nhẹ, vừa (SGA-B)	10	15,9	18	28,1	28	22,0
	SDD nặng (SGA-C)	3	4,8	2	3,1	5	3,9
Phân loại theo BMI	Không SDD ($\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$)	50	79,4	36	56,3	86	67,7
	SDD nhẹ, vừa (16 đến dưới $18,5 \text{ kg/m}^2$)	12	19,0	23	35,9	35	27,6
	SDD nặng ($< 16 \text{ kg/m}^2$)	1	1,6	5	7,8	6	4,7

Theo thang điểm SGA, tỷ lệ bệnh nhân không SDD (SGA-A) là 74%, SDD nhẹ đến vừa (SGA-B) là 22% và SDD nặng (SGA-C) là 3,9%. Tỷ lệ SDD ở bệnh nhân nữ là 31,2%, cao hơn ở bệnh nhân nam (20,7%).

Tỷ lệ bệnh nhân có SDD theo BMI là 32,3%, trong đó có 27,6% bệnh nhân SDD nhẹ, vừa ($16 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$), 4,7% bệnh nhân SDD nặng ($\text{BMI} < 16 \text{ kg/m}^2$). Theo BMI, tỷ lệ SDD của bệnh nhân nam là 20,6% thấp hơn so với tỷ lệ SDD ở bệnh nhân nữ là 43,7%.



Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh theo mức độ phù (n = 127)
 Có 66,9% bệnh nhân trong nghiên cứu không phù lúc thăm khám, cao gấp đôi số bệnh nhân phát hiện bị phù trên lâm sàng (33,1%).

Bảng 4. Phân bố người bệnh theo thể tích nước tiểu tồn dư và tình trạng viêm phúc mạc (n = 127)

Tình trạng		n	Tỉ lệ (%)
Thể tích nước tiểu tồn dư	Còn (thể tích nước tiểu ≥ 200 ml/24 giờ)	77	60,6
	Không còn (thể tích nước tiểu < 200 ml/24 giờ)	50	39,4
Tình trạng viêm phúc mạc	Không viêm	84	66,1
	Viêm 1 lần	30	23,6
	Viêm 2 lần	8	6,3
	Viêm ≥ 3 lần	5	3,9

Có 77 bệnh nhân (60,6%) còn nước tiểu tồn dư (thể tích nước tiểu ≥ 200 ml/24 giờ), và có 50 bệnh nhân (39,4%) không còn nước tiểu tồn dư (thể tích nước tiểu < 200 ml/24 giờ).

Hai phần ba bệnh nhân trong nghiên cứu (66,1%) chưa bị viêm phúc mạc lần nào, chiếm tỷ lệ cao nhất; và có 5 bệnh nhân (3,9%) có ≥ 3 lần viêm phúc mạc.

Bảng 5. Phân bố giai đoạn tăng huyết áp và thời gian lọc màng bụng (n = 127)

Tình trạng huyết áp và thời gian lọc màng bụng		Nam (n = 63)		Nữ (n = 64)		Tổng số (n = 127)	
		n	%	n	%	n	%
Tình trạng tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	9	14,3	14	21,9	23	18,1
	Tiền tăng huyết áp	27	42,9	32	50	59	46,5
	Tăng huyết áp độ 1	21	33,3	14	21,9	35	27,6
	Tăng huyết áp độ 2	6	9,5	4	6,2	10	7,9
Thời gian lọc màng bụng	< 12 tháng	30		28		58	45,7
	12-60 tháng	27		29		56	44,1
	≥ 60 tháng	6		7		13	10,2

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 35,5%, tỷ lệ bệnh nhân tiền tăng huyết áp rất cao (46,5%). Tỷ lệ tăng huyết áp ở

bệnh nhân nam (42,8%) cao hơn nhiều so với tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân nữ (28,1%).

Thời gian lọc màng bụng dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%), tiếp đó là 12-60 tháng (44,1%) và thấp nhất là trên 60 tháng (10,2%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 6. Phân bố người bệnh theo mức độ thiếu máu và tình trạng dinh dưỡng theo nồng độ albumin (n = 127)

Mức độ thiếu máu và nồng độ albumin		Nam (n = 63)		Nữ (n = 64)		Tổng số (n = 127)	
		n	%	n	%	n	%
Mức độ thiếu máu	Bình thường	11	17,5	21	32,8	32	25,2
	Thiếu máu nhẹ	27	42,9	26	40,6	53	41,7
	Thiếu máu vừa	20	31,7	17	26,6	37	29,1
	Thiếu máu nặng	5	7,9	0	0	5	4,0
Nồng độ albumin huyết thanh	Không SDD (≥ 35 g/L)	37	58,7	41	64,1	78	61,4
	SDD nhẹ đến trung bình (28-35 g/L)	22	34,9	18	28,1	40	31,5
	SDD nặng (< 28 g/L)	4	6,4	5	7,8	9	7,1

Tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 74,8%, trong đó 41,7% thiếu máu nhẹ, 29,1% thiếu máu vừa và 4% thiếu máu nặng. Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân nam (82,5%) cao hơn so với tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân nữ (67,2%), đặc biệt không có bệnh nhân nữ thiếu máu nặng.

Tỷ lệ bệnh nhân có SDD theo nồng độ albumin huyết thanh là 38,6%, trong đó có 31,5% bệnh nhân SDD nhẹ đến trung bình, 7,1% bệnh nhân SDD nặng. Tỷ lệ SDD theo nồng độ albumin huyết thanh của bệnh nhân nam (40,3%) cao hơn so với tỷ lệ SDD theo nồng độ albumin huyết thanh ở bệnh nhân nữ (35,9%).

Bảng 7. Chỉ số ure, canxi, kali, creatinin huyết thanh

Chỉ số	Chung (n = 127)	Nam (n = 63)	Nữ (n = 64)
Ure (mmol/L)	23,9 \pm 9,0	25,0 \pm 8,5	23,0 \pm 9,4
Canxi (mmol/L)	2,1 \pm 0,3	2,0 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2
Kali (mEq/L)	3,9 \pm 0,6	4,0 \pm 0,6	3,9 \pm 0,6
Creatinin (umol/L)	900,3 \pm 317,0	1013,5 \pm 334,2	788,8 \pm 256,2

Các chỉ số cận lâm sàng ure, kali và creatinin huyết thanh trong nghiên cứu đều ở mức cao hơn so với ngưỡng bình thường, trong đó nam giới có các chỉ số trung bình cao hơn. Nồng độ canxi trung bình chung cả nhóm (2,1 \pm 0,3 mmol/L) thấp hơn so với ngưỡng bình thường (2,2-2,6 mmol/L), trong đó nam giới thấp hơn so với nữ giới.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tình trạng dinh dưỡng theo SGA

SGA là phương pháp đánh giá dinh dưỡng dựa trên tổng hợp các yếu tố lâm sàng bao gồm tiền sử giảm cân, thay đổi lượng

ăn vào, triệu chứng tiêu hóa, khả năng hoạt động và khám thực thể khối cơ, mô mỡ. Đây được xem là phương pháp đánh giá dinh dưỡng toàn diện và phù hợp với bệnh nhân bệnh thận mạn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm SGA-B và SGA-C chiếm tỷ lệ cao, phản ánh tình trạng SDD phổ biến ở bệnh nhân lọc màng bụng. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu CANUSA ghi nhận tỷ lệ SGA-B/SGA-C dao động từ 40-60% ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD) [7]. Các nghiên cứu tại châu Á cho thấy tỷ lệ này còn cao hơn, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển. Tại Việt Nam, Trần Văn Vũ và Dương Thị Kim Loan đều ghi nhận tỷ lệ SGA-B/SGA-C trên 50% [5-6].

Ưu điểm lớn của SGA là ít bị ảnh hưởng bởi tình trạng ứ dịch và có khả năng phản ánh toàn diện tình trạng dinh dưỡng thực tế của người bệnh. Trong nghiên cứu này, SGA cho thấy mối tương quan rõ rệt với albumin huyết thanh, chứng tỏ giá trị của phương pháp này trong đánh giá dinh dưỡng bệnh nhân CAPD. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú có vai trò đặc biệt quan trọng, bởi SDD là yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến tiên lượng, chất lượng cuộc sống và tỷ lệ tử vong của người bệnh. Trong nghiên cứu này, tình trạng dinh dưỡng được đánh giá thông qua BMI, chỉ số sinh hóa albumin huyết thanh và phương pháp đánh giá lâm sàng tổng hợp SGA. Việc kết hợp các phương pháp này giúp phản ánh tương đối toàn diện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân CAPD.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI

BMI là chỉ số được sử dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng do đơn giản, dễ áp dụng và chi phí thấp. Trong nghiên cứu này, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường hoặc thừa cân. Tuy nhiên, khi đối chiếu với các phương pháp đánh giá khác, đặc biệt là SGA và albumin huyết thanh, nhiều bệnh nhân vẫn được xếp vào nhóm SDD. Điều này cho thấy BMI có xu hướng đánh giá thấp mức độ SDD ở bệnh nhân lọc màng bụng. Nguyên nhân chủ yếu là do BMI bị ảnh hưởng bởi tình trạng ứ dịch, phù và sự hiện diện của dịch lọc trong ổ bụng. Tại Việt Nam, Trần Văn Vũ cũng nhận thấy nhiều bệnh nhân có BMI bình thường nhưng vẫn thuộc nhóm SGA-B hoặc SGA-C [5]. Như vậy, BMI chỉ nên được xem là chỉ số sàng lọc ban đầu, không nên sử dụng đơn độc để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng.

Thời gian điều trị lọc màng bụng

Thời gian điều trị lọc màng bụng trong nghiên cứu này chủ yếu từ 12-60 tháng. Đây là khoảng thời gian thường gặp ở bệnh nhân CAPD và có ý nghĩa quan trọng đối với tình trạng dinh dưỡng. Nghiên cứu CANUSA cho thấy thời gian điều trị CAPD càng kéo dài thì nguy cơ SDD càng tăng do mất protein kéo dài qua dịch lọc và tình trạng viêm mạn tính [7]. Wang A.Y và cộng sự cũng khẳng định thời gian lọc màng bụng trên 24 tháng là yếu tố nguy cơ độc lập làm giảm albumin huyết thanh và tăng tỉ lệ SGA-B/C [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Dương Thị Kim Loan và cộng sự ghi nhận bệnh nhân có thời gian lọc màng bụng dài có nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn rõ rệt so với nhóm mới lọc [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nhận định này và cho thấy cần đặc biệt quan tâm đến đánh giá và can thiệp dinh dưỡng ở những bệnh nhân có thời gian lọc màng bụng kéo dài.

Chức năng thận (đánh giá qua thể tích nước tồn dư)

Trong nghiên cứu này, có 77 bệnh nhân (60,6%) còn thể tích nước tiểu tồn dư ≥ 200 ml/24 giờ, trong khi 50 bệnh nhân

(39,4%) đã mất chức năng bài niệu (thể tích nước tiểu tồn dư < 200 ml/24 giờ). Kết quả này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân còn chức năng thận ở mức tương đối, phản ánh hiệu quả nhất định của việc duy trì lọc màng bụng liên tục ngoại trú trong giai đoạn đầu và trung gian của quá trình điều trị. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ bệnh nhân còn nước tiểu tồn dư trong nghiên cứu CANUSA dao động khoảng 60-70% ở nhóm bệnh nhân CAPD, tương đồng với kết quả của chúng tôi [7]. Wang A.Y và cộng sự cũng ghi nhận khoảng 62% bệnh nhân CAPD còn chức năng thận tồn dư sau 1-2 năm điều trị. Tại Việt Nam, Trần Văn Vũ ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân còn thể tích nước tiểu tồn dư là 58,3%, trong khi Dương Thị Kim Loan và cộng sự (2024) báo cáo tỷ lệ 61,2%, rất gần với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [5-6]. Điều này cho thấy thực trạng chức năng thận tồn dư ở bệnh nhân lọc màng bụng tại Việt Nam tương đồng với các quốc gia trong khu vực. Chức năng thận tồn dư có vai trò quan trọng trong kiểm soát dịch, cải thiện tình trạng dinh dưỡng và tiên lượng sống còn ở bệnh nhân CAPD. Do đó, việc duy trì và bảo tồn thể tích nước tiểu tồn dư cần được xem là một mục tiêu quan trọng trong quản lý và theo dõi bệnh nhân lọc màng bụng.

Viêm phúc mạc

Viêm phúc mạc là biến chứng đặc trưng và nghiêm trọng của lọc màng bụng. Trong nghiên cứu này, 33,9% bệnh nhân có tiền sử viêm phúc mạc, trong đó có những trường hợp tái diễn nhiều lần. Tại Việt Nam, viêm phúc mạc vẫn là thách thức lớn trong chăm sóc bệnh nhân lọc màng bụng [5], [7]. Điều này phản ánh sự cần thiết của việc tăng cường giáo dục người bệnh, vai trò của điều dưỡng và kiểm soát vô khuẩn trong quá trình thay dịch.

Tình trạng phù

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 33,1% bệnh nhân có biểu hiện phù ở các mức độ khác nhau tại thời điểm thăm khám. Phù là dấu hiệu lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối và phản ánh tình trạng quá tải dịch, giảm áp lực keo huyết tương cũng như hiệu quả lọc chưa tối ưu. Detsky A.S và cộng sự cho rằng phù là biểu hiện lâm sàng sớm của SDD - viêm ở bệnh nhân lọc màng bụng [9]. So sánh với các nghiên cứu trong nước, Trần Văn Vũ ghi nhận tỉ lệ phù ở bệnh nhân CAPD là 48,7% [5], tương đồng với kết quả của nghiên cứu của chúng tôi. Dương Thị Kim Loan và cộng sự cũng cho thấy phù thường gặp hơn ở nhóm bệnh nhân có albumin < 35 g/L [6]. Phù không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn làm sai lệch các chỉ số đánh giá dinh dưỡng như cân nặng và BMI, dẫn đến nguy cơ đánh giá thấp mức độ SDD nếu chỉ sử dụng các chỉ số nhân trắc đơn thuần.

Tăng huyết áp

Tăng huyết áp là biểu hiện lâm sàng phổ biến ở bệnh nhân lọc màng bụng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp còn khá cao (35,5%), phản ánh tình trạng quá tải dịch và rối loạn điều hòa huyết áp ở bệnh nhân CAPD. Nghiên cứu CANUSA cũng ghi nhận tăng huyết áp thường đi kèm với giảm albumin huyết thanh và tăng nguy cơ biến cố tim mạch [7]. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp vẫn chưa được kiểm soát tối ưu ở bệnh nhân CAPD [5-6]. Điều này có thể làm gia tăng tình trạng viêm mạn tính và thúc đẩy quá trình dị hóa, góp phần làm nặng thêm tình trạng SDD.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh

Albumin huyết thanh là chỉ số sinh hóa được sử dụng rộng rãi nhất trong đánh giá dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận