

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Kiến An năm 2025

Tạ Văn Hùng<sup>1\*</sup>, Lương Quang Hưng<sup>2</sup>, Phạm Văn Linh<sup>3</sup>, Phạm Văn Nhiên<sup>3</sup>, Nguyễn Đăng Đức<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

<sup>2</sup> Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

<sup>3</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>4</sup> Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

## \*Tác giả liên hệ

Tạ Văn Hùng

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

Điện thoại: 0919505828

Email: vanhung.bnls@gmail.com

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 28/07/2025

Ngày phân biện: 02/08/2025

Ngày duyệt bài: 20/08/2025

## TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 113 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025 nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Thông tin được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, đo chỉ số nhân trắc học và trích lục hồ sơ bệnh án. Tuổi trung bình bệnh nhân là 54,96; nam giới chiếm 54,9%. Nguyên nhân bệnh thận mạn phổ biến nhất là tăng huyết áp (44,2%), thời gian lọc máu trung bình 8,2 năm. Triệu chứng toàn thân thường gặp gồm: thiếu máu (90,3%), ngứa da (57,5%), mệt mỏi (58,4%) và khát nước (58,4%). Triệu chứng thực thể: thiếu máu (90,3%), tăng huyết áp (83,2%), da khô sạm (54,0%) và phù ngoại vi (31,0%). Về cận lâm sàng, đa số bệnh nhân có hồng cầu, hemoglobin và hematocrit giảm mạnh (>95%). Thiếu máu mức độ trung bình và nặng lần lượt là 56,6% và 38,9%. Tăng glucose máu (88,5%), tăng acid uric (95,6%), rối loạn lipid và điện giải khá phổ biến. Bệnh nhân chạy thận nhân tạo có nhiều bất thường lâm sàng và cận lâm sàng, nổi bật là thiếu máu, tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa. Cần tăng cường tầm soát và kiểm soát các rối loạn kèm theo để cải thiện hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh.

**Từ khóa:** Bệnh thận mạn, lọc máu chu kỳ, Bệnh viện Kiến An

## Clinical and Paraclinical Characteristics of Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Maintenance Hemodialysis at Kien An Hospital in 2025

**ABSTRACT:** A cross-sectional study was conducted on 113 patients with end-stage chronic kidney disease undergoing maintenance hemodialysis at the Department of Artificial Kidney, Kien An Hospital, Hai Phong, from March 2025 to June 2025, aiming to describe clinical and paraclinical characteristics. Data were collected through direct interviews, anthropometric measurements, and medical record extraction. The average age of patients was 54.96 years; males accounted for 54.9%. The most common cause of chronic kidney disease was hypertension (44.2%), and the average dialysis duration was 8.2 years. Common general symptoms included anemia (90.3%), pruritus (57.5%), fatigue (58.4%), and thirst (58.4%). Common physical findings were anemia (90.3%), hypertension (83.2%), dry and hyperpigmented skin (54.0%), and peripheral edema (31.0%). Regarding laboratory findings, most patients had decreased red blood cells, hemoglobin, and hematocrit (>95%). Moderate and severe anemia accounted for 56.6% and 38.9%, respectively.

Hyperglycemia was found in 88.5%, hyperuricemia in 95.6%, along with a high prevalence of dyslipidemia and electrolyte imbalances. Hemodialysis patients exhibited multiple clinical and laboratory abnormalities, notably anemia, hypertension, and metabolic disturbances. It is necessary to strengthen screening and management of comorbid conditions to improve treatment outcomes and quality of life.

**Keywords:** *Chronic kidney disease, maintenance hemodialysis, Kien An Hospital*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là một tình trạng tiến triển ảnh hưởng trên 10% dân số toàn cầu, tương đương hơn 800 triệu người. Nghiên cứu toàn cầu cũng ghi nhận tỷ lệ mắc BTM dao động 10–13%, trong đó BTM giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ lớn nhất [1]. Tại Việt Nam, lọc máu chu kỳ (LMCK) là phương pháp điều trị chủ yếu cho BTM giai đoạn cuối nhờ tính khả thi, hiệu quả duy trì sự sống và chi phí điều trị phù hợp với chính sách bảo hiểm y tế; chi phí một tháng chạy thận nhân tạo (CTNT) vào khoảng 300 USD, với hơn 22.000 bệnh nhân đang được điều trị [2, 3].

Bệnh nhân BTM LMCK thường có đặc điểm lâm sàng phong phú như thiếu máu, phù, tăng huyết áp, suy tim, rối loạn điện giải, các biểu hiện thần kinh, tiêu hóa, da liễu... Đáng chú ý, triệu chứng lâm sàng thường không rõ rệt ở giai đoạn đầu mà chủ yếu xuất hiện muộn khi chức năng lọc của thận chỉ còn dưới 15ml/phút/1,73m<sup>2</sup>, kèm theo nhiều biến chứng nguy hiểm. Về mặt cận lâm sàng, bệnh nhân có biểu hiện giảm mức lọc cầu thận (GFR), tăng creatinin, ure máu, rối loạn các chỉ số axit-bazơ, rối loạn điện giải (tăng K<sup>+</sup>, giảm Ca<sup>2+</sup>), rối loạn đông máu, thiếu máu nặng do giảm sản xuất erythropoietin, thay đổi hình thái thận trên siêu âm (teo nhỏ, tăng âm)... và các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán, phân giai đoạn bệnh và theo dõi điều trị [4, 5].

Dù có nhiều tiến bộ trong kỹ thuật lọc máu và chăm sóc bệnh nhân, tỷ lệ biến chứng trong và sau lọc máu vẫn còn cao như hạ huyết áp, chuột rút, rối loạn điện giải, nhiễm

trùng đường vào mạch máu,... Đặc biệt, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm bệnh nhân LMCK sẽ giúp bác sĩ đánh giá đúng thực trạng, điều chỉnh phác đồ điều trị, nâng cao hiệu quả chăm sóc và chất lượng sống cho người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Kiến An năm 2025. Kết quả nghiên cứu sẽ góp phần bổ sung dữ liệu khoa học phục vụ công tác chẩn đoán, điều trị cũng như định hướng chiến lược quản lý bệnh thận mạn tại bệnh viện.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân BTM LMCK tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bệnh nhân mắc BTM giai đoạn cuối thỏa mãn các tiêu chí sau: Có biểu hiện tổn thương thận (ít nhất 1 biểu hiện) kéo dài trên 3 tháng (Albumine niệu dương tính (tỷ lệ albumine/creatinine nước tiểu > 30 mg/g hoặc albumine nước tiểu 24 giờ > 30 mg/24 giờ); có trụ niệu bất thường; rối loạn điện giải hoặc các rối loạn khác do tổn thương ống thận gây ra; bất thường về mô bệnh học thận; bất thường cấu trúc trên các thăm dò chẩn đoán hình ảnh; tiền sử ghép thận); giảm mức lọc cầu thận < 15 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da (tương ứng giai đoạn 5) [6].
- Bệnh nhân có thời gian LMCK từ 3 tháng trở lên và lọc máu đủ 3 lần/tuần, mỗi lần 4 giờ;

- Các bệnh nhân được điều trị nội khoa phức tạp như nhau;

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính như hôn mê, suy hô hấp, nhiễm trùng nặng không thể đo được các chỉ số nhân trắc học;

- Bệnh nhân bị xơ gan cổ chướng, tràn dịch màng bụng, bệnh nhân có dị tật vùng cột sống lồng ngực, vùng bụng, vùng hông ảnh hưởng đến kết quả đo các chỉ số nhân trắc;

- Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

### **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh.

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Chúng tôi chọn được 113 bệnh nhân đang điều trị CTNT chu kỳ tại Bệnh viện Kiến An trong khoảng thời gian từ tháng 3/2025 đến tháng 6/2025. Cỡ mẫu được xác định dựa trên tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân CTNT. Mẫu được chọn bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn từ danh sách bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Trong phạm vi bài báo này, chúng tôi trình bày và phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

### **Biến số nghiên cứu**

*Thông tin chung của bệnh nhân:* Phỏng vấn trực tiếp và trích lục từ hồ sơ bệnh án các thông tin của bệnh nhân tại giường bệnh. Thông tin chung của bệnh nhân bao gồm: Giới tính (nam/nữ), tuổi (tuổi tính theo năm dương lịch), nghề nghiệp (nghề nghiệp hiện tại của bệnh nhân), trình độ học vấn (trình độ học vấn cao nhất của bệnh nhân), nguyên nhân của BTM và thời gian LMCK tính đến thời điểm nghiên cứu.

*Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân:* Khám, hỏi bệnh, đo các chỉ số nhân trắc và theo dõi trong quá trình bệnh nhân lọc máu tại bệnh viện. Kết quả lâm sàng được ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu tại thời điểm trước khi lọc máu. Sử dụng thước, cân điện tử đo các chỉ số nhân trắc học (cân nặng (kg), chiều cao (cm), vòng bụng (cm), vòng hông (cm), huyết áp (mmHg)) và đo huyết áp bằng huyết áp kế tự động.

- Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá theo chỉ số BMI ( $BMI = \text{cân nặng}/(\text{chiều cao})^2$ ). Phân loại theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người châu Á. Phân thành 3 loại: Thiếu cân ( $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), bình thường ( $BMI: 18,5 - 22,9 \text{ kg/m}^2$ ), thừa cân/béo phì ( $BMI \geq 23$ ).

- Theo NCEP-ATP III, tăng VB đối với nam  $\geq 90 \text{ cm}$ , đối với nữ  $\geq 80 \text{ cm}$  [7].

- Tỷ số vòng bụng/vòng hông (WHR-Waist-hip ratio): WHR được coi là yếu tố nguy cơ của HCCH khi  $\geq 0,9$  đối với nam, và  $\geq 0,85$  đối với nữ [8].

- Chẩn đoán tăng huyết áp (THA) (theo NCEP-ATP III): HATT  $\geq 130 \text{ mmHg}$  hoặc HATTr  $\geq 85 \text{ mmHg}$  hoặc đang điều trị THA [9].

*Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân:* Bệnh nhân được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng lúc đói, trước khi lọc máu. Không lấy máu của bệnh nhân đã truyền sắt trong vòng 7 ngày. Tất cả các xét nghiệm máu được thực hiện tại Khoa xét nghiệm của Bệnh viện Kiến An. Các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận vào bệnh án nghiên cứu tại thời điểm trước khi lọc máu, bao gồm các chỉ số xét nghiệm công thức máu và xét nghiệm chỉ số sinh hoá.

Xét nghiệm công thức máu: Mẫu bệnh phẩm được gửi tới Khoa Huyết học Bệnh viện Kiến An. Xét nghiệm huyết học được thực hiện bằng máy huyết học tự động MINDRAY BC-5380. Tiến hành thu thập các chỉ số xét nghiệm như hồng cầu, hemoglobin,

hematocrit. Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số xét nghiệm công thức máu:

- Hồng cầu: Giảm < 4, bình thường: 4,0 - 5,8, tăng > 5,8 T/l. Hematocrit: Giảm < 0,38, bình thường 0,38 - 0,49, tăng > 0,49 L/L. Hemoglobin: Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu, chẩn đoán thiếu máu khi Hb < 130 g/l ở nam, < 120 g/l [10].

- Phân loại thiếu máu: Thiếu máu nhẹ (110-129 g/l ở nam; 110-119 g/l ở nữ), thiếu máu vừa (80-109 g/l) và thiếu máu nặng (< 80 g/l).

Xét nghiệm sinh hoá: Mẫu máu được gửi tới Khoa Sinh hoá Bệnh viện Kiến An. Xét nghiệm được thực hiện trên máy phân tích tự động (Dirui-CS680). Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số xét nghiệm sinh hoá máu:

- Tăng glucose máu: Glucose máu lúc đói  $\geq$  5,6 mmol/l hoặc đang điều trị tăng đường huyết [7]; protein TP: Bình thường 66 - 87 g/L; Albumin: Bình thường 35 - 50 g/L; Ure máu: Bình thường 1,7 - 8,3 mmol/l; creatinin huyết thanh: Bình thường: 62 - 120  $\mu$ mol/l; tăng cholesterol: Cholesterol toàn phần  $\geq$  5,2 mmol/l; tăng triglycerid máu khi triglycerid máu  $\geq$  159 mg/dl (1,7 mmol/l) hoặc đang điều trị tăng triglycerid máu [9]; HDL-C thấp: < 40 mg/dl (1,03 mmol/l) ở nam và <

50 mg/dl (1,29 mmol/l) ở nữ hoặc đang điều trị giảm HDL-C; tăng LDL-C:  $\geq$  3,4 mmol/l [11]; acid uric: 150 - 360  $\mu$ mol/l.

- K<sup>+</sup>: Bình thường 3,5 - 5,1 mmol/l; Na<sup>+</sup>: Bình thường 135 - 145 mmol/l; Ca<sup>++</sup>: Bình thường 2,15 - 2,55 mmol/l; Phospho: 2,5 - 4,5 mg/dL.

### Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng thống kê mô tả: Đối với biến định tính, tính tần số, tỷ lệ %. Biến định lượng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.

### Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đánh giá đề cương luận văn Bác sĩ chuyên khoa II Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo quyết định số 2995/QĐ-YDHP ngày 16/12/2024 và nghiên cứu được sự đồng ý của Lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Kiến An. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình điều trị cũng như diễn biến bệnh của bệnh nhân. Các xét nghiệm phục vụ cho nghiên cứu là những xét nghiệm cơ bản, phục vụ cho quá trình điều trị và theo dõi diễn biến bệnh nên không ảnh hưởng đến chi phí trong quá trình điều trị.

## KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của bệnh nhân (n = 113)

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	30 – 39 tuổi	11	9,7
	40 – 49 tuổi	32	28,3
	50 – 59 tuổi	25	22,2
	$\geq$ 60 tuổi	45	39,8
	Mean $\pm$ SD (Min – Max)	54,96 $\pm$ 12,61 (30 – 78 tuổi)	
Giới tính	Nam	62	54,9
	Nữ	51	45,1
Trình độ học vấn	Không đi học	5	4,4
	Tiểu học	16	14,2
	THCS	45	39,8
	THPT	44	38,9

	Trên THPT	3	2,7
<b>Nghề nghiệp</b>	Không có việc làm	29	25,7
	Lao động chân tay	39	34,5
	Hưu trí/người cao tuổi	45	39,8
<b>Tình trạng dinh dưỡng</b>	Thiếu cân	25	22,1
	Bình thường	63	55,8
	Thừa cân/béo phì	25	22,1
	<b>Béo bụng</b>	46	40,7
	<b>WHR cao</b>	83	73,5

Bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 54,96, trong đó nhóm  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,8%). Nam giới chiếm 54,9%. Trình độ học vấn chủ yếu là THCS và THPT (lần lượt 39,8% và 38,9%). Về nghề nghiệp, đa số là lao động chân tay (34,5%) và hưu trí/người cao tuổi (39,8%). Phần lớn bệnh nhân có BMI bình thường (55,8%), tỷ lệ thiếu cân và thừa cân/béo phì đều là 22,1%. Tỷ lệ béo bụng là 40,7% và WHR cao gặp ở 73,5% bệnh nhân.

**Bảng 2.** Nguyên nhân và thời gian chạy thận nhân tạo ( $n = 113$ )

	<b>Đặc điểm</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Nguyên nhân</b>	Tăng huyết áp	50	44,2
	Đái tháo đường	7	6,2
	Viêm cầu thận mạn	41	36,3
	Viêm thận bể thận mạn	4	3,5
	Sỏi thận	1	0,9
	Thận đa nang	3	2,7
	Gút	2	1,8
	Lupus ban đỏ	2	1,8
	Nhiễm độc thai nghén	1	0,9
	Dùng thuốc	1	0,9
	Không rõ	4	3,5
<b>Thời gian chạy thận nhân tạo</b>	Dưới 5 năm	31	27,4
	5 – 10 năm	47	41,6
	Trên 15 năm	35	31,0
	Mean $\pm$ SD (Min – Max)	8,20 $\pm$ 5,27 năm (4 tháng – 20 năm)	

Tăng huyết áp là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (44,2%). Viêm cầu thận mạn đứng thứ hai với 36,3%. Đái tháo đường chiếm 6,2%. Các nguyên nhân khác có tỷ lệ thấp và 3,5% trường hợp không rõ nguyên nhân. Thời gian chạy thận nhân tạo trung bình của bệnh nhân là 8,20 năm, thấp nhất là 4 tháng và cao nhất là 20 năm. Bệnh nhân có thời gian chạy thận nhân tạo từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,6%), tiếp đến là trên 15 năm (31,0%) và thấp nhất là dưới 5 năm (27,4%).

**Bảng 3.** Các chỉ số huyết học của bệnh nhân ( $n = 113$ )

	<b>Chỉ số</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Hồng cầu (T/l)</b>	Bình thường	5	4,4
	Giảm	108	95,6
<b>Hemoglobin (g/l)</b>	Bình thường	1	0,9

	Giảm	112	99,1
<b>Hematocrit (L/L)</b>	Bình thường	3	2,7
	Giảm	110	97,3

Phần lớn bệnh nhân có các chỉ số huyết học giảm: hồng cầu 95,6%, hemoglobin 99,1% và hematocrit 97,3%. Giá trị trung bình hồng cầu là  $2,80 \pm 0,68$  T/l, hemoglobin  $83,47 \pm 17,44$  g/l, hematocrit  $0,25 \pm 0,06$  L/L.

**Bảng 4. Phân loại mức độ thiếu máu của bệnh nhân (n = 113)**

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu máu	1	0,9
Thiếu máu nhẹ	4	3,5
Thiếu máu trung bình	64	56,6
Thiếu máu nặng	44	38,9
<b>Tổng</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

Đa số bệnh nhân thiếu máu trung bình (56,6%) và nặng (38,9%). Thiếu máu nhẹ chiếm 3,5% và chỉ có 0,9% không thiếu máu.

**Bảng 5. Các chỉ số sinh hoá của bệnh nhân (n = 113)**

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Glucose máu (mmol/l)</b>	Bình thường	13	11,5
	Tăng	100	88,5
<b>Protein (g/l)</b>	Bình thường	85	75,2
	Giảm	28	24,8
<b>Albumin (g/l)</b>	Bình thường	106	93,8
	Giảm	7	6,2
<b>Urê (mg/dL)</b>	Bình thường	0	0
	Tăng	113	100
<b>Creatinine (mg/dL)</b>	Bình thường	0	0
	Tăng	113	100
<b>Cholesterol (mmol/l)</b>	Bình thường	88	77,9
	Tăng	25	22,1
<b>Triglycerid (mmol/l)</b>	Bình thường	52	46,0
	Tăng	61	54,0
<b>HDL-C (mmol/l)</b>	Bình thường	38	33,6
	Giảm	75	66,4
<b>LDL-C (mmol/l)</b>	Bình thường	100	88,5
	Tăng	13	11,5
<b>Acid uric (mg/dL)</b>	Bình thường	5	4,4
	Tăng	108	95,6

Trong số 113 bệnh nhân, tăng glucose máu chiếm 88,5%, tăng urê và creatinin máu đều gặp ở 100% trường hợp. Tăng acid uric máu có tỷ lệ cao (95,6%). Tăng triglycerid chiếm 54,0%, trong khi giảm HDL-C gặp ở 66,4% bệnh nhân. Tăng cholesterol và LDL-C lần lượt là 22,1% và 11,5%. Giảm protein máu chiếm 24,8%, trong khi giảm albumin máu chỉ gặp ở 6,2% số bệnh nhân.

**Bảng 6.** Các chỉ số điện giải và cân bằng kiềm toan (n = 113)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kali (mmol/l)	Bình thường	89	78,8
	Tăng	24	21,2
Natri (mmol/l)	Bình thường	83	73,5
	Giảm	30	26,5
Canxi (mmol/l)	Bình thường	78	69,0
	Giảm	35	31,0
Phospho (mmol/l)	Bình thường	9	8,0
	Tăng	104	92,0

Trong tổng số 113 bệnh nhân, tỷ lệ tăng phospho máu chiếm 92,0%, hạ canxi máu 31,0%, hạ natri máu 26,5% và tăng kali máu 21,2%. Các bất thường về điện giải xảy ra với tỷ lệ khá cao, đặc biệt là phosphat và canxi.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

*Triệu chứng toàn thân:* Các triệu chứng lâm sàng toàn thân ở bệnh nhân CTNT trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là mệt mỏi và khát nước (cùng chiếm 58,4%), tiếp theo là ngứa da (57,5%), chuột rút (45,1%) và chán ăn (42,5%). Đây đều là những triệu chứng phổ biến, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác, khi mệt mỏi được ghi nhận là triệu chứng thường gặp nhất trước và sau lọc máu, do sự tích tụ các chất độc chuyển hóa, rối loạn điện giải và thiếu máu kéo dài ở bệnh nhân suy thận mạn [12]. Ngứa da là biểu hiện đặc trưng, liên quan đến tăng phosphat máu, tăng sản tuyến cận giáp và rối loạn chuyển hóa calci-phospho, thường gặp ở trên 50% bệnh nhân CTNT. Chuột rút và chán ăn cũng là các triệu chứng phổ biến, liên quan đến mất cân bằng dịch, điện giải, cũng như ảnh hưởng tâm thần kinh và tiêu hóa của BTM [13, 12]. Ngoài ra, các triệu chứng này thường kéo dài, dai dẳng và có thể trầm trọng hơn ở những bệnh nhân chạy thận lâu năm hoặc kiểm soát chưa tối ưu các rối loạn chuyển hóa. Việc nhận diện và kiểm soát tốt các triệu chứng này là rất quan trọng nhằm nâng cao chất lượng sống và khả năng tuân thủ điều trị của bệnh nhân CTNT.

*Triệu chứng thực thể:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, thiếu máu và tăng huyết áp là các triệu chứng thực thể phổ biến nhất ở bệnh nhân CTNT, lần lượt gặp ở 90,3% và 83,2% bệnh nhân. Ngoài ra, các biểu hiện như da khô, sạm (54,0%) và phù ngoại vi (31,0%) cũng thường gặp, trong khi các triệu chứng như tĩnh mạch cổ nổi, gan to và tiếng cọ màng ngoài tim xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Các triệu chứng thực thể ở bệnh nhân CTNT như thiếu máu, tăng huyết áp, phù ngoại vi, da khô sạm, ngứa da, chuột rút và rối loạn giấc ngủ rất phổ biến và ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe tổng thể cũng như chất lượng sống của người bệnh. Cơ chế sinh ra các triệu chứng này chủ yếu liên quan đến sự suy giảm chức năng thận, dẫn đến tích tụ các chất độc chuyển hóa, rối loạn cân bằng nước-điện giải, rối loạn chuyển hóa canxi-phospho, tăng ure máu và giảm sản xuất erythropoietin gây thiếu máu. Thiếu máu làm giảm vận chuyển oxy đến mô, gây mệt mỏi, yếu cơ và giảm khả năng vận động. Tăng huyết áp vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của BTM, liên quan đến giữ muối nước và hoạt hóa hệ renin-angiotensin [14]. Phù ngoại vi là hậu quả của giảm chức năng lọc cầu thận, dẫn đến tích tụ dịch trong cơ thể và giữ nước, từ đó gây phù chi dưới và các vùng phụ thuộc. Nghiên cứu tại Thái Lan cho thấy các triệu chứng liên

quan đến rối loạn thể tích dịch, phù và tăng huyết áp là rất phổ biến ở bệnh nhân CTNT, liên quan trực tiếp đến giảm khả năng đào thải dịch của thận [15]. Da khô và ngứa là các triệu chứng nổi bật ở bệnh nhân CTNT, chủ yếu do tăng phosphat máu, tăng ure máu và rối loạn chuyển hóa da.

#### **Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân**

Kết quả cận lâm sàng của bệnh nhân CTNT trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu rất cao, với hầu hết các bệnh nhân đều có giảm hồng cầu (95,6%), hemoglobin (99,1%) và hematocrit (97,3%). Giá trị trung bình hemoglobin và hematocrit đều thấp hơn ngưỡng bình thường, phản ánh đặc trưng của thiếu máu mạn tính ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu trong nước, ví dụ tại Bệnh viện Thống Nhất, tỷ lệ bệnh nhân CTNT có hemoglobin dưới 100 g/l lên tới trên 90%, và giá trị trung bình hemoglobin thường dao động từ 80–90 g/l [16]. Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu, như nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy thiếu máu là biến chứng phổ biến ở bệnh nhân CTNT, chủ yếu do giảm sản xuất erythropoietin, viêm mạn tính, rối loạn chuyển hóa sắt và mất máu trong quá trình lọc máu [17].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân CTNT tạo bị thiếu máu mức độ trung bình (56,6%) và nặng (38,9%), chỉ có tỷ lệ rất nhỏ thiếu máu nhẹ hoặc không thiếu máu. Tỷ lệ này phản ánh thực trạng thiếu máu mạn tính rất phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế gần đây. Một tổng quan hệ thống tiếp tục khẳng định thiếu máu mức độ trung bình và nặng là đặc điểm nổi bật ở bệnh nhân LMCK, đồng thời mức độ thiếu máu càng nặng càng làm tăng nguy cơ nhập viện, biến cố tim mạch và tử vong ở nhóm bệnh nhân này [18].

Kết quả cận lâm sàng của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân CTNT

rất cao, cụ thể: tăng glucose máu chiếm 88,5%, tăng ure và creatinin máu gặp ở 100%, tăng acid uric 95,6%, tăng triglycerid 54,0%, giảm HDL-C 66,4%, tăng cholesterol 22,1%, tăng LDL-C 11,5%, giảm protein máu 24,8% và giảm albumin máu 6,2%. Những đặc điểm này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu. Tăng glucose máu, tăng triglycerid và giảm HDL-C là những rối loạn chuyển hóa điển hình ở bệnh nhân CTNT, liên quan đến đề kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid và tăng nguy cơ mắc HCCH cũng như biến chứng tim mạch [19]. Tăng ure, creatinin và acid uric là hậu quả tất yếu của suy thận mạn giai đoạn cuối, phản ánh sự tích tụ các sản phẩm chuyển hóa do thận không còn khả năng đào thải [20]. Rối loạn lipid máu, đặc biệt là tăng triglycerid và giảm HDL-C, được ghi nhận phổ biến ở bệnh nhân CTNT trong nhiều nghiên cứu. Một nghiên cứu cắt ngang tại Syria trên 153 bệnh nhân CTNT cho thấy giảm HDL-C là rối loạn lipid máu thường gặp nhất (72,5%), tiếp theo là tăng triglycerid (37,3%). Đặc biệt, các rối loạn này có liên quan chặt chẽ đến tiền sử bệnh tim mạch và tăng nguy cơ biến cố xơ vữa động mạch [21].

Kết quả cho thấy tăng phospho máu (92,0%) và hạ canxi máu (31,0%) là những rối loạn điện giải nổi bật ở bệnh nhân CTNT, bên cạnh hạ natri máu (26,5%) và tăng kali máu (21,2%). Tăng phospho máu và hạ canxi máu là hậu quả tất yếu của giảm khả năng đào thải phosphat, rối loạn chuyển hóa vitamin D và cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân LMCK. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An cho thấy tỷ lệ giảm canxi máu ở bệnh nhân LMCK là 37,5%, đồng thời tăng phospho máu và cường cận giáp thứ phát rất phổ biến, liên quan chặt chẽ đến rối loạn chuyển hóa khoáng chất ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối [22]. Nghiên cứu tại Trung Quốc

năm 2022 cho thấy chỉ 41,1% bệnh nhân CTNT đạt mục tiêu phospho máu (1,13–1,78 mmol/L), trong khi tỷ lệ đạt mục tiêu canxi máu là 57,1%, đồng nghĩa với khoảng 60% bệnh nhân tăng phospho máu và hơn 40% hạ canxi máu, và các rối loạn này liên quan chặt chẽ đến biến chứng xương, vôi hóa mạch máu cũng như tiên lượng sống ở bệnh nhân LMCK [23].

## KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Thiếu máu và tăng huyết áp là hai đặc điểm nổi bật trên cả lâm sàng và cận lâm sàng. Đa số bệnh nhân có tình trạng rối loạn chuyển hóa như tăng glucose máu, rối loạn lipid máu, tăng acid uric và rối loạn điện giải (tăng phospho, hạ canxi, hạ natri...). Thiếu máu mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ lớn, kèm theo giảm các chỉ số huyết học quan trọng như hemoglobin, hồng cầu và hematocrit. Cần tăng cường công tác sàng lọc, phát hiện sớm các rối loạn huyết học, chuyển hóa lipid, rối loạn điện giải và thiếu máu ở bệnh nhân, đồng thời xây dựng các phác đồ theo dõi và can thiệp dinh dưỡng phù hợp nhằm cải thiện hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bello AK, Okpechi IG, Levin A, et al. An update on the global disparities in kidney disease burden and care across world countries and regions. *Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e382-e395.
2. Nguyen-Thi HY, Le-Phuoc TN, Tri Phat N, et al. The Economic Burden of Chronic Kidney Disease in Vietnam. *Health Serv Insights*. 2021;14:11786329211036011.
3. Hyodo T, Yamashita AC, Hirawa N, et al. Present status of renal replacement therapy in lower-middle-income Asian countries: Cambodia, Myanmar, Laos, Vietnam, Mongolia, and Bhutan as of June 2019 (before COVID-19), from the interviews of leading doctors in every country: (duplicated English publication from "the special Japanese edition of educational lectures in the 64th annual meeting of the Japanese Society

- for Dialysis Therapy"). *Ren Replace Ther*. 2022;8(1):54.
4. Trần Hải Hà, Trần Minh Triết, Trương Thị Bích Phương. Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2025; (84): 29-36.
5. Nguyễn Văn Linh, Nghiêm Trung Dũng, Lê Thị Phượng và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh bệnh thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định làm đường vào mạch máu tự thân chủ động tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 546(1): 62-65.
6. Fahed G, Aoun L, Bou Zerdan M. Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021. *Int J Mol Sci*. 2022;23(2):786.
7. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome-a new worldwide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med*. 2006; 23(5):469-80.
8. WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011.
9. Expert Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-97.
10. Bộ Y tế. Quyết định số 3931/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu. 2015.
11. Viện Tim mạch Việt Nam. Khuyến cáo Chẩn đoán và Điều trị rối loạn chuyển hóa lipid máu. 2015.
12. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thị Thùy Linh. 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):127-30.
13. Lưu Thị Minh Huế, Đào Việt Hằng, Đỗ Gia Tuyền và cộng sự. Tỷ lệ triệu chứng đường tiêu hóa theo điểm GRSR và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2024;543(1):215-9.
14. Zhou M, Gu X, Cheng K, et al. Exploration of symptom clusters during hemodialysis and symptom network analysis of older maintenance hemodialysis patients: a cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2023;24(1):115.

15. Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N, Tiansaard J. Symptom Clusters in Patients with End-Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2020;13:297-305.
16. Nguyễn Chí Thanh, Lê Thị Kim Cương, Nguyễn Thị Kim Tiến, cộng sự. Nghiên cứu nồng độ beta2 microglobulin huyết tương bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục trên bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;545(2):262-6.
17. Zhu Y, Tang Y, He H, et al. Gut Microbiota Correlates With Clinical Responsiveness to Erythropoietin in Hemodialysis Patients With Anemia. *Front Cell Infect Microbiol.* 2022;12:919352.
18. Palaka E, Grandy S, van Haalen H, et al. The Impact of CKD Anaemia on Patients: Incidence, Risk Factors, and Clinical Outcomes-A Systematic Literature Review. *Int J Nephrol.* 2020;2020:7692376.
19. Al-Jabi SW, Rajabi NS, Koni AA, et al (2023). A multicenter descriptive analysis of anemia management in hemodialysis patients and its association with quality of life. *BMC Nephrol.* 24(1):197.
20. Asmar J, Chelala D, El Hajj Chehade R, et al. Anemia biomarkers and mortality in hemodialysis patients with or without diabetes: A 10-year follow-up study. *PLoS One.* 2023;18(1):e0280871.
21. Hasan YK, Alsultan M, Anan MT, et al. The prevalence of dyslipidemia in patients on hemodialysis: a cross-sectional study from Syria. *Ann Med Surg (Lond).* 2023;85(8):3838-44.
22. Ngô Đức Kỳ. Khảo sát nồng độ hormone tuyến cận giáp ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;506(2):166-9.
23. Zhan Y, He X, Hong D, et al. The current status of chronic kidney disease-mineral and bone disorder management in China. *Sci Rep.* 2022;12(1):16694.