

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG SỐNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI

Hoàng Bùi Bảo¹, Lê Hữu Lợi²

(1) Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kontum

Tóm tắt

Tổng quan: Suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) là hậu quả nặng nề của các bệnh lý thận mạn tính. Việc điều trị STMGĐC rất khó khăn và tốn kém. Chất lượng cuộc sống ở các bệnh nhân này thường thấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối bằng bộ câu hỏi SF-36. 2. Đánh giá mối tương quan giữa chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số Kt/V. **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang. 157 bệnh nhân STMGĐC thuộc 3 nhóm: đang được điều trị bảo tồn, lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc liên tục ngoại trú tại Khoa Nội Thận – Cơ Xương Khớp và Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Trung ương Huế. Đánh giá chất lượng sống bằng bảng câu hỏi SF-36, phiên bản 2.0 tiếng Việt. **Kết quả:** 1. Bệnh nhân STMGĐC có điểm số chất lượng sống ở mức trung bình (sức khỏe thể chất là $46,75 \pm 15,34$, sức khỏe tinh thần là $47,5 \pm 14,66$, sức khỏe chung $49,06 \pm 14,61$). Nhóm điều trị bảo tồn có chất lượng sống kém (sức khỏe thể chất $32,5 \pm 15,9$, sức khỏe tinh thần $29,67 \pm 15,29$, sức khỏe chung $32,35 \pm 15,52$); nhóm thẩm phân phúc mạc có điểm số chất lượng sống trung bình (sức khỏe thể chất là $59,75 \pm 10,91$, sức khỏe tinh thần là $54,43 \pm 7,97$, sức khỏe chung $59,21 \pm 8,82$); Nhóm thận nhân tạo có điểm số chất lượng sống trung bình (sức khỏe thể chất là $51,62 \pm 11,94$, sức khỏe tinh thần là $54,9 \pm 10,31$, sức khỏe chung $55,2 \pm 10,49$). 2. Ở nhóm điều trị bảo tồn: chỉ số SF-36 tương quan nghịch với Ure máu, Creatinin máu, liều erythropoietin, tương quan thuận với Hb máu, HCO_3^- . Ở nhóm TNT, chỉ số SF-36 tương quan nghịch với chỉ số huyết áp, Ure máu, creatinin máu, tương quan thuận với Hb máu, Albumin máu và chỉ số Kt/V. Ở nhóm thẩm phân phúc mạc, SF-36 tương quan nghịch với Ure, Creatinin máu và tương quan thuận với Hb máu. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF-36 ở các bệnh nhân STMGĐC ở mức trung bình và chỉ số SF-36 có tương quan nghịch với nồng độ Ure, Creatinin máu.

Abstract

QUALITY OF LIFE IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Hoang Bui Bao¹, Le Huu Loi²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Kontum General Hospital

Background: ESRD is severe result from chronic renal diseases. Treatment of ESRDs is still difficult and expensive. Quality of life of these patients is low. **Aims:** 1. To study quality of life in patients with ESRD by SF-36 questionnaire. 2. To estimate the relationship between SF-36 score and clinical, paraclinical features, Kt/V in the patients with ESRD. **Patients-Method:** cross-sectional study design. 157 ESRD patients in Department of Nephrology

and Rheumatology and Department of Hemodialysis – Hue Central Hospital divided into three groups: conservative treatment (CT), hemodialysis (HD) and CAPD. Study quality of life by using SF-36 questionnaire, version 2.0, Vietnamese. **Results:** 1. Patients with ESRD have average SF-36 score (physical health: 46.75 ± 15.34 ; mental health: 47.5 ± 14.66 ; general health: 49.06 ± 14.61). Conservative group has low SF-36 score (physical health: 32.5 ± 15.9 ; mental health: 29.67 ± 15.29 ; general health: 32.35 ± 15.52); CAPD group has average SF-36 score (physical health: 59.75 ± 10.91 ; mental health: 54.43 ± 7.97 ; general health: 59.21 ± 8.82); HD group has average SF-36 score (physical health: 51.62 ± 11.94 ; mental health: 54.9 ± 10.31 ; general health: 55.2 ± 10.49). 2. In conservative health: SF-36 score has negative correlation with serum BUN, creatininemia, dose of erythropoietin, has positive correlation with Hb, HCO_3^- . In HD group, there are negative correlations between SF-36 score and blood pressure, BUN, creatininemia, positive correlation with Hb, Albuminemia and Kt/V. In CAPD group, negative correlation between SF-36 score and BUN, creatininemia, positive correlation with Hb. **Conclusion:** Quality of life by SF-36 score in patients with ESRD is at average level and there is negative correlation between SF-36 score and BUN, creatininemia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận một cách thường xuyên, liên tục, chậm và không hồi phục. Sự phát triển và hoàn thiện của phương pháp điều trị thay thế thận đã cải thiện đáng kể tỉ lệ sống sót của các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, tuy nhiên tỉ lệ tử vong của những bệnh nhân này vẫn còn cao, ước tính tỉ lệ sống sót ở những bệnh nhân này sau 1 năm là 79,6%, sau 2 năm 66%, sau 5 năm 34,4%, sau 10 năm còn 10,5%. Như vậy, dù có những tiến bộ to lớn trong điều trị nhưng đa số bệnh nhân tử vong trong vòng 10 năm.

Tác giả Fukuhara Shunichi ở Đại học Kyoto (Nhật Bản) lưu ý các nhà lâm sàng bên cạnh việc điều trị các hậu quả của bệnh mà còn phải chú ý đến chất lượng sống cho những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối [7].

Năm 1991, dự án đánh giá chất lượng sống quốc tế (IQOLA) xây dựng bảng câu hỏi SF-36 để đánh giá chất lượng sống và được áp dụng để đánh giá chất lượng sống trong nhiều lĩnh vực y tế, SF-36 đã được nhiều tác giả trên thế giới sử dụng để nghiên cứu chất lượng sống ở bệnh nhân nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho họ [7], [22].

Tại Việt Nam, việc quan tâm đến chất lượng sống ở các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối hầu như chưa được thực hiện. Để góp phần hiểu rõ hơn chất lượng cuộc sống ở những bệnh

nhân này chúng tôi thực hiện đề tài “*Nghiên cứu chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối*” nhằm 2 mục tiêu sau:

1. *Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối bằng bộ câu hỏi SF-36.*

2. *Đánh giá mối tương quan giữa chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số Kt/V.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối theo tiêu chuẩn Hội Thận Quốc gia Hoa Kỳ [2], [15], [20], tự nguyện tham gia vào nghiên cứu:

- Tính chất mạn:

- Tiền sử bệnh thận, tăng urê máu ($> 7,5$ mmol/L), tăng creatinin máu (> 120 $\mu\text{mol/L}$).

- Kích thước thận trên siêu âm < 9 cm.

- Dấu chứng của suy thận đã tiến triển trên 3 tháng:

- Urê máu $> 7,5$ mmol/L.

- Creatinin máu > 120 $\mu\text{mol/L}$.

- Mức lọc cầu thận tính theo công thức Cockcroft-Gault giảm < 15 ml/phút hoặc đang điều trị thay thế thận.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân tự ý bỏ dở nửa chừng.
- Những bệnh nhân không biết đọc.
- Những bệnh nhân không biết viết.

Từ tháng 5/2010 đến tháng 5/2011 chúng tôi đã chọn được 157 bệnh nhân gồm các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp nội khoa bảo tồn, thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Nội Thận – Cơ xương khớp và khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp mô tả, cắt ngang.
- Các bước tiến hành:

+ Bệnh nhân vào viện được thăm khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định.

+ Đánh giá chất lượng sống bằng bộ câu hỏi SF-36 (version 2.0, phiên bản tiếng Việt):

❖ Phỏng vấn bệnh nhân, thu thập các mẫu câu trả lời.

❖ Mã hóa điểm trả lời của từng câu hỏi.

❖ Tính điểm theo từng lĩnh vực sức khỏe gồm 8 lĩnh vực sức khỏe.

❖ Đánh giá sức khỏe về thể chất, tinh thần và sức khỏe chung.

+ Thu thập các thông số lâm sàng: Tuổi, chiều cao, cân nặng, huyết áp, liều erythropoietin điều trị (UI/kg/tuần), lượng dịch lọc (thẩm phân phúc mạc) và lượng nước tiểu (lít).

+ Định lượng urê và creatinin máu, dịch lọc và nước tiểu. Từ đó tính các chỉ số lọc Kt/V đối với bệnh nhân lọc máu.

+ Các tham số nghiên cứu tham khảo: hemoglobin, K^+ , HCO_3^- , albumin.

2.3. Xử lý số liệu

- Tất cả số liệu thu thập được nhập vào máy tính, sử dụng phần mềm Excel 2003 để tính điểm số SF-36, chỉ số Kt/V tuần.

- Sử dụng phần mềm Medcalc 11.3.1.0 xử lý số liệu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

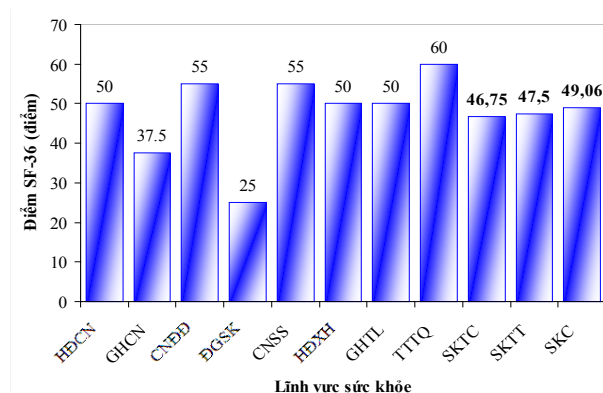
3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Điều trị	Điều trị bảo tồn	Thẩm phân phúc mạc	Thận nhân tạo
		n (%)	n (%)	n (%)
Tổng bệnh nhân		60 (38,21)	37 (23,56)	60 (38,21)
		157 (100)		
Tuổi trung bình (năm)		48 ± 16,28	38 ± 13,21	43 ± 14,09
		46 ± 15,03		

3.2. Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

3.2.1. Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối



HECN: Sức khỏe liên quan hoạt động chức năng

GHCN: Giới hạn hoạt động do khuyết chức năng

CNĐĐ: Sức khỏe liên quan cảm nhận đau đớn

ĐGSK: Tự đánh giá sức khỏe tổng quát

CNSS: Sức khỏe liên quan cảm nhận sức sống

HECX: Sức khỏe liên quan hoạt động xã hội

GHTL: Giới hạn hoạt động do các khuyết tâm lý

TTTQ: Sức khỏe tâm thần tổng quát

SKTC: Sức khỏe thể chất

SKTT: Sức khỏe tinh thần

SKC: Sức khỏe chung

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

3.3.2. Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bảo tồn, thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo

Bảng 3.2. Chất lượng sống mỗi nhóm bệnh nhân lọc máu

Phương pháp điều trị Lĩnh vực sức khỏe	Điều trị bảo tồn ^a (n = 60)	Thẩm phân phúc mạc ^b (n = 37)	Thận nhân tạo ^c (n = 60)	p ^{ab}	p ^{ac}	p ^{bc}
HĐCN (điểm)	35 ± 17,75	60 ± 15,61	65 ± 15,27	<0,01	<0,01	>0,05
GHCN (điểm)	31,25 ± 18,78	43,75 ± 12,13	46,87 ± 13,92	<0,01	<0,01	>0,05
CNĐĐ (điểm)	45 ± 25,09	77,5 ± 17,69	55 ± 14,26	<0,01	>0,05	>0,05
ĐGSK (điểm)	15 ± 19,07	50 ± 15,13	27,5 ± 18,34	<0,01	<0,01	<0,01
CNSS (điểm)	35 ± 12,13	60 ± 7,9	55 ± 8,34	<0,01	<0,01	<0,01
HĐXH (điểm)	25 ± 19,31	50 ± 11,61	50 ± 13,21	<0,01	<0,01	>0,05
GHTL (điểm)	33,33 ± 19,03	50 ± 10,6	66,67 ± 14,81	<0,01	<0,01	<0,01
TTTQ (điểm)	40 ± 15,35	68 ± 8,03	64 ± 12,5	<0,01	<0,01	<0,05
SKTC (điểm)	32,5 ± 15,9	59,75 ± 10,91	51,62 ± 11,94	<0,01	<0,01	<0,01
SKTT (điểm)	29,67 ± 15,29	54,43 ± 7,97	54,9 ± 10,31	<0,01	<0,01	>0,05
SKC (điểm)	32,35 ± 15,52	59,21 ± 8,82	55,2 ± 10,49	<0,01	<0,01	>0,05

3.3. Mối tương quan giữa chất lượng sống với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

Bảng 3.3. Chất lượng sống và đặc điểm lâm sàng

			Đặc điểm lâm sàng		
			HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)	Liều EPO (UI/kg/tuần)
SF36	ĐTBT	r	-0,02	-0,05	-0,31
		p	>0,05	>0,05	<0,05
	TPPM	r	0,008	-0,02	-0,13
		p	>0,05	>0,05	>0,05
	TNT	r	-0,34	-0,27	-0,07
		p	<0,01	<0,05	>0,05

Bảng 3.4. Chất lượng sống và đặc điểm cận lâm sàng

			Đặc điểm cận lâm sàng					
			Hb (g/dl)	K ⁺ (mmol/l)	HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	Albumin (g/l)	Urê (mmol/l)	Creatinin (mmol/l)
SF36	ĐTBT	R	0,55	0,08	0,33	0,017	-0,31	-0,3
		P	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,05
	TPPM	R	0,64	-0,28	-0,03	0,5	-0,42	-0,46
		P	<0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
	TNT	R	0,6	0,27	-0,13	0,35	-0,26	-0,25
		P	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05

Bảng 3.5. Chất lượng sống và hiệu quả điều trị lọc máu

		Tương quan	Kt/V tuần
SF36	TPPM	r	0,24
		p	>0,05
	TNT	Tương quan	Kt/V
		r	0,42
		p	<0,001

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 157 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, trong đó 60 bệnh nhân được điều trị bảo tồn, 60 bệnh nhân được điều trị với thận nhân tạo và 37 bệnh nhân được điều trị với thẩm phân phúc mạc. Độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân là $46 \pm 15,03$, nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn có tuổi trung bình là $48 \pm 16,28$, nhóm điều trị với thận nhân tạo là $43 \pm 14,09$, nhóm điều trị với thẩm phân phúc mạc là $38 \pm 13,21$.

4.1. Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

4.1.1. Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

Nhìn chung điểm số chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối xung quanh mức trung bình.

So với những bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính ở giai đoạn cuối như suy tim hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn thì những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có chất lượng sống cao hơn (nghiên cứu Hobbs F.D.R. và cộng sự nghiên cứu chất lượng sống 68 bệnh nhân suy tim NYHA IV), tuy nhiên chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thấp hơn những bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn (Nghiên cứu của Hale Karapolat và cộng sự nghiên cứu chất lượng sống 42 bệnh nhân) [1].

4.1.2. Chất lượng sống ở mỗi nhóm bệnh nhân

- Khi bệnh nhân được điều trị lọc máu thì chất lượng sống được nâng lên rõ rệt so với trước đó. Việc điều trị lọc máu đã được chứng

minh đem lại sự cải thiện về sức khỏe cho bệnh nhân, do đó nó trực tiếp nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân [1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Shunichi Fukuhara và cộng sự thì chất lượng sống qua thang điểm SF-36 của nhóm bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối luôn thấp hơn chất lượng sống của những bệnh nhân lọc máu [7].

- Chất lượng sống ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc qua nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn những bệnh nhân thẩm phân phúc mạc ở Saudi Arabia ở tất cả các lĩnh vực sức khỏe và có điểm số sức khỏe chung là $61,3 \pm 12,4$ [21].

- Kết quả nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân thận nhân tạo của chúng tôi có điểm số SF-36 cao hơn so với nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của Amir H Pakpour và cộng sự, có điểm SF-36 là: sức khỏe tinh thần $47,5 \pm 20,1$, sức khỏe thể chất $41,2 \pm 19,3$, sức khỏe chung $44 \pm 7,23$, nghiên cứu của Heba Sayed Assal và cộng sự có điểm SF-36 là: sức khỏe tinh thần $38,8 \pm 15,17$, sức khỏe thể chất $34 \pm 15,46$, sức khỏe chung $36,7 \pm 15,8$ [9], [16]; tương tự với nhóm bệnh nhân được Kamyar Kalantar-Zadeh và cộng sự nghiên cứu lần lượt là: sức khỏe tinh thần $55,7 \pm 18,4$, sức khỏe thể chất $48 \pm 18,8$, sức khỏe chung $54,7 \pm 17,4$ [23].

- Chất lượng sống ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo.

Việc chọn lựa phương pháp điều trị thay thế thận không tạo ra sự khác biệt về điểm số chất lượng sống ở những bệnh nhân.

Ở các lĩnh vực: cảm nhận đau đớn, tự đánh giá sức khỏe, cảm nhận sức sống, sức khỏe tâm thần tổng quát, sức khỏe thể chất nhóm bệnh nhân thẩm phân phúc mạc cao hơn nhóm bệnh nhân thận nhân tạo ($p < 0,01$), ở lĩnh vực giới hạn thể lực nhóm bệnh nhân thẩm phân phúc mạc thấp hơn so với nhóm bệnh nhân thận nhân tạo ($p < 0,01$). Ngoài ra các lĩnh vực sức khỏe: hoạt động chức năng, giới hạn chức năng, hoạt động xã hội, sức khỏe tinh thần và tổng điểm SF-36 chung không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Maruschka P. Merkus và cộng sự nghiên cứu chất lượng sống của 106 bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và 120 bệnh nhân thận nhân tạo tại các trung tâm lọc máu ở Hà Lan cho kết quả có sự khác biệt ở một số lĩnh vực sức khỏe giữa 2 nhóm bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và nhóm bệnh nhân thận nhân tạo tuy nhiên điểm số chung của chất lượng sống 2 nhóm không có sự khác biệt [13]; nghiên cứu của Mingardi và cộng sự, nghiên cứu của Diaz-Buxo và cộng sự, nghiên cứu của Edwing và cộng sự, nghiên cứu của Yu-Sen Peng và cộng sự khi nghiên cứu chất lượng sống bằng bộ câu hỏi SF-36 cho 2 nhóm bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo không thấy có sự khác biệt về điểm số chất lượng sống chung [6], [14], [17], [23].

4.2. Tương quan giữa chất lượng sống với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

4.2.1. Chất lượng sống và đặc điểm lâm sàng

Có sự tương quan nghịch giữa điểm số SF-36 và số đơn vị erythropoietin điều trị trong tuần ($r = -0,31$, $p < 0,05$), điều trị erythropoietin liều cao hoặc thấp đều ảnh hưởng không tốt đến chất lượng sống.

Có thể giải thích kết quả nghiên cứu của chúng tôi như sau: việc điều trị erythropoietin ở nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn không phải là chỉ định tuyệt đối [2], chỉ những bệnh nhân có thiếu máu mới được điều trị và chính những bệnh nhân này có chất lượng sống thấp hơn

so với nhóm bệnh nhân không thiếu máu [11]. Ngoài ra việc điều trị erythropoietin liều quá cao hoặc quá thấp làm ảnh hưởng đến chất lượng sống.

Việc điều trị huyết áp ở nhóm bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thận nhân tạo có ý nghĩa rất quan trọng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Clément Dézient và cộng sự cho thấy việc điều trị giảm huyết áp làm cải thiện rõ rệt chất lượng sống ở bệnh nhân [4].

4.2.2. Chất lượng sống và đặc điểm cận lâm sàng

- **Hemoglobin:** Nồng độ Hb có sự tương quan thuận với chất lượng sống ở cả 3 nhóm bệnh nhân với độ tin cậy khá cao ($p < 0,01$).

Nghiên cứu của Lefebvre và cộng sự thấy có sự tương quan khá chặt giữa nồng độ hemoglobin và chất lượng sống với $r = 0,38$, $p < 0,0001$ [11].

Thiếu máu là một trong những yếu tố liên quan tới các biến chứng tim mạch như suy tim, tăng khối cơ thất trái, đau thắt ngực, suy giảm chất lượng sống. Việc điều chỉnh nồng độ hemoglobin đạt từ 10 - 12g/dl mang lại hiệu quả chất lượng sống cao nhất. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của David E. Leaf, David S. Goldfard và Elizabeth Gibbons đánh giá ảnh hưởng điều trị thiếu máu đối với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối làm cải thiện rõ rệt thang điểm SF-36 [8], [11].

Việc điều trị có hiệu quả thiếu máu ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc làm nâng cao chất lượng sống ở các bệnh nhân, mức hemoglobin khuyến cáo là 11-12 g/dl [18].

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ai-wu Lin và cộng sự [12].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về bệnh nhân thận nhân tạo cũng phù hợp với nghiên cứu của Giulio Mingardi và cộng sự trên 246 bệnh nhân, nghiên cứu của Kamyar Kalantar-Zadeh và cộng sự nghiên cứu ở 65 bệnh nhân, nghiên cứu của Heba Sayed Assal và cộng sự nghiên cứu ở 68 bệnh nhân điều trị với thận nhân tạo có sự tương quan khá chặt chẽ giữa

chất lượng sống và nồng độ hemoglobin ($r = 0,32$, $p < 0,01$) [3], [14], [23].

- **K⁺**: K⁺ là một trong những yếu tố điện giải quan trọng cần theo dõi trong quá trình điều trị thận nhân tạo, đối với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối thường có sự gia tăng nồng độ K⁺ máu, gây nhiều nguy cơ cho tim mạch và tình trạng sức khỏe chung, việc điều trị cũng góp phần cải thiện chất lượng sống ở bệnh nhân [2].

- **HCO₃⁻**: Toan máu là một hậu quả sớm của bệnh nhân suy thận mạn, do giảm khả năng đào thải ion H⁺ qua đường thận. Bình thường pH máu động mạch thay đổi trong khoảng 7,35 - 7,45 tương ứng với nồng độ HCO₃⁻ là 25 ± 2 mmol/L. Toan máu dẫn đến hậu quả cấp và mạn tính như rối loạn hô hấp, tụt huyết áp, phù phổi, loạn nhịp tim, cường calci niệu, chậm phát triển ở trẻ em và tăng dị hóa [10].

- **Albumin**: Có sự tương quan thuận giữa chất lượng sống với albumin ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Brennan M.R. Spiegel và cộng sự có sự tương quan giữa chất lượng sống với albumin máu [19].

Albumin được dự trữ ở gan và có thời gian bán hủy là 21 ngày. Các nghiên cứu của Goldwasser và cộng sự, Lowrie và cộng sự, Owen và cộng sự, Rocco và cộng sự, Teehan và cộng sự có sự tương quan nghịch giữa albumin máu và tỷ lệ tử vong [9]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự tương quan thuận giữa albumin và chất lượng sống ($r = 0,35$, $p < 0,01$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Mingardi và cộng sự trên 246 bệnh nhân, Kamyar Kalantar-Zadeh và cộng sự nghiên cứu ở 65 bệnh nhân, nghiên cứu của Heba Sayed Assal và cộng sự nghiên cứu ở 68 bệnh nhân điều trị với thận nhân tạo, Usama Feroze và cộng sự, chất lượng sống ở bệnh nhân thận nhân tạo có mối tương quan thuận với nồng độ albumin máu [3], [5], [14], [23].

- **Urê, Creatinin**: Tương quan nghịch giữa chất lượng sống với nồng độ urê, creatinin máu.

Hội chứng tăng urê máu là một trong những cấp cứu nội khoa nếu nó xảy ra cấp, tuy nhiên ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, có sự tăng urê máu mạn và có sự thích nghi của bệnh nhân với tình trạng này trong một thời gian nhất định trước khi có chỉ định bắt buộc phải được điều trị thay thế thận để duy trì cuộc sống, do đó biểu hiện lâm sàng thường kín đáo và khó phát hiện, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc tăng urê mạn tính làm giảm đáng kể chất lượng sống ở bệnh nhân.

Tăng creatinin máu là một trong những chỉ số để đánh giá mức lọc cầu thận, urê thường tăng song song với tăng creatinin máu, chất lượng sống cũng tương quan nghịch với nồng độ creatinin máu.

Nghiên cứu của Hakim và cộng sự cho thấy nồng độ urê thấp trước lọc máu do hạn chế protein đưa vào cơ thể có thể gây nhầm lẫn trong việc quyết định liều lượng lọc máu, làm giảm dinh dưỡng, sự ngon miệng và do đó làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân [9].

Creatinin máu cũng là một chỉ số sinh hóa phản ánh về dinh dưỡng, sinh ra do sự phân hủy cơ. Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân thận nhân tạo có mức creatinin thấp thì giảm cơ hội sống sót so với những bệnh nhân khác [9].

4.2.3. Chất lượng sống và hiệu quả điều trị

- **Bệnh nhân thẩm phân phúc mạc**: Chỉ số Kt/V đánh giá hiệu quả điều trị của thẩm phân phúc mạc, chỉ số này càng lớn chứng tỏ hiệu quả điều trị càng cao, tuy nhiên việc gia tăng chỉ số Kt/V thông qua việc tăng lọc ở bệnh nhân, tức là tăng về dịch lọc hoặc tăng về thời gian lọc, chính những yếu tố này làm ảnh hưởng đến chất lượng sống, làm giảm thời gian sinh hoạt của bệnh nhân, tăng thời gian và khối lượng dịch bệnh nhân phải mang trong ổ bụng do đó hạn chế trong các hoạt động và sinh hoạt hàng ngày.

Điều này cho chúng ta đặt lại vấn đề điều trị ở những bệnh nhân này cần chú ý điều trị toàn diện cho bệnh nhân chứ không phải tập trung nâng cao chỉ số Kt/V.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù

hợp với nghiên cứu của Maruschka P. Merkus khi nghiên cứu ảnh hưởng của chỉ số Kt/V đến chất lượng sống của 106 bệnh nhân thẩm phân phúc mạc ở Hà Lan cũng thấy không có sự tương quan giữa chúng [13].

- **Bệnh nhân thận nhân tạo:** Việc gia tăng chỉ số Kt/V đã được chứng minh làm cải thiện với sự nhạy cảm sự đáp ứng điều trị với erythropoietin, làm nâng cao nồng độ hemoglobin, chính điều này làm cải thiện rõ rệt chất lượng sống.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Jules Kabahizi và cộng sự, Kamyar Klantar-Zandeh và cộng sự có sự tương quan giữa chất lượng sống với chỉ số Kt/V ($r = 0,32$, $p < 0,05$) [9], [23].

5. KẾT LUẬN

5.1. Chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có điểm số chất lượng sống ở mức trung bình (sức khỏe thể chất là $46,75 \pm 15,34$, sức khỏe tinh thần là $47,5 \pm 14,66$, sức khỏe chung $49,06 \pm 14,61$). Trong đó:

❖ Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bảo tồn có điểm số chất lượng sống kém (sức khỏe thể chất là $32,5 \pm 15,9$, sức khỏe tinh thần là $29,67 \pm 15,29$, sức khỏe chung $32,35 \pm 15,52$).

❖ Bệnh nhân thẩm phân phúc mạc có điểm số chất lượng sống trung bình (sức khỏe thể chất là $59,75 \pm 10,91$, sức khỏe tinh thần là $54,43 \pm 7,97$, sức khỏe chung $59,21 \pm 8,82$).

❖ Bệnh nhân thận nhân tạo có điểm số chất lượng sống trung bình (sức khỏe thể chất

là $51,62 \pm 11,94$, sức khỏe tinh thần là $54,9 \pm 10,31$, sức khỏe chung $55,2 \pm 10,49$).

❖ Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bảo tồn thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với những bệnh nhân điều trị lọc máu bằng thẩm phân phúc mạc hoặc thận nhân tạo.

❖ Chất lượng sống ở bệnh nhân thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$).

5.2. Các yếu tố tương quan với chất lượng sống

❖ Huyết áp tâm thu và tâm trương có sự tương quan nghịch với chất lượng sống bệnh nhân thận nhân tạo.

❖ Liều erythropoietin: có sự tương quan nghịch với chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bảo tồn.

❖ Hemoglobin có sự tương quan thuận với chất lượng sống ở 3 bệnh nhân điều trị bảo tồn, thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo.

❖ K^+ có sự tương quan thuận với chất lượng sống bệnh nhân thận nhân tạo.

❖ HCO_3^- có sự tương quan thuận với chất lượng sống bệnh nhân điều trị bảo tồn.

❖ Albumin có sự tương quan thuận với chất lượng sống bệnh nhân lọc máu.

❖ Urê và creatinin tương quan nghịch với chất lượng sống ở 3 nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn, thẩm phân phúc mạc và thận nhân tạo.

❖ Chỉ số Kt/V không tương quan với chất lượng sống bệnh nhân thẩm phân phúc mạc, tương quan thuận với chất lượng sống bệnh nhân thận nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hữu Lợi, Hoàng Bùi Bảo (2011), “Nghiên cứu chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị bảo tồn và thận nhân tạo”, Y Học Việt Nam, 385, tr. 125-130.
2. Võ Tam (2009), “Suy thận mạn”, Giáo trình nội khoa sau đại học bệnh thận – tiết niệu, tr. 221-235.
3. Assal H.S., Emam H.M., Ghaffar N.A.E. (2006), “Health Related Quality of Life among Egyptian Patients on Hemodialysis”, J. Med. Sci., 3, pp.314-320.
4. Dézient C., Bouchard J., Zellweger M., Madore F. (2007), “Impact of Hemocontrol on Hypertension, Nursing Interventions, and

- Quality of Life: A Randomized, Controlled Trial”, American Society of Nephrology, 204, pp. 661-668.
5. Feroze U., Noori N., Kovesdy C.P., Molnar M.Z., Martin D.J., Patton A.R., Benner D., Bross R., Norris K.C., Kopple J.D., Zadeh K. (2011), “Quality of Life and Mortality in Hemodialysis Patients: Roles of Race and Nutrition Status”, Clin J Am Soc Nephrol, 6, pp. 1100-1111.
 6. Fong E., Bargman J.M., Chan C.T. (2007), “Cross-Sectional Comparison of Quality of Life and Illness Intrusiveness in Patients Who Are Treated with Nocturnal Home Hemodialysis versus Peritoneal Dialysis”, American Society of Nephrology, 206, pp. 1195-1199.
 7. Fukuhara S., Yamazaki S., Hayashino Y., Green J. (2007), “Measuring health-related quality of life in patients with end-stage renal disease: why and how”, Nature Clinical Practice Nephrology, 3(7), pp. 352-353.
 8. Gibbons E., Fitzpatrick R. (2010), “A Structured Review of Patient-Reported Outcome Measure for People with Chronic kidney Disease, 2010”, Patient-Reported Outcome Measures, University of Oxford, pp. 10-12.
 9. Kabahizi J. (2005), “Impact of Dialysis Adequacy on Patient Outcomes”, A Research Report Submitted to Faculty of Health Sciences University of the Witwatersrand, pp. 64-76.
 10. Kohn O.F., Ing T.S. (2009), “Acid-Base Disturbances”, A Practical Manual of Renal Medicine, pp. 15-36.
 11. Leaf D.E., Goldfarb D.S. (2008), “Interpretation and review of health-related quality of life data in CKD patients receiving treatment for anemia”, Kidney International, pp. 3-5.
 12. Lin A.W., Qian J.Q., Yao Q.A. and Gu A.P. (2003), “Quality of life in Elderly continuous ambulatory peritoneal dialysis patients”, Peritoneal Dialysis International, 23, pp. 95-98.
 13. Merkus M.P., Jager K.J., Dekker F.W., Boeschoten E.W., Stevens P., Krediet R.T. (1997), “Quality of life in Patient on Chronic Dialysis: Self-Assessment 3 months after start of treatment”, American Journal Kidney Diseases, 29(4), pp. 584-592.
 14. Mingardi G., Cornabal L., Cortinovis E., Ruggiata R., Mosconi P., Apolone G. (1999), “Health-related quality of life in dialysis patient. A report from an Italy study using the SF-36 Health Survey”, Nephro Dial Transplant, 14, pp. 1503-1510.
 15. Nahas M.E., Kossi M.E. (2009), “Principle of Management for Patients with Chronic Kidney Disease”, A Practical of Manual Renal Medicine, pp. 157-167.
 16. Pakpour A.H., Saffari M., Yekaninejad M.S., Panahi D., Harrison A.P., Molsted S. (2010), “Health-Related Quality of Life in a Sample of Iranian Patients on Hemodialysis”, Iranian Journal of Kidney Diseases, 4(1), pp. 50-57.
 17. Peng Y.S., Huang J.W., Hung K.Y., Tsai T.J. (2011), “Health-Related Quality of Life For Peritoneal Dialysis Patients”, *International Society for Peritoneal Dialysis Asian Chapter Newsletter*, 9(2), pp. 1-2.
 18. Snyder J.J., Foley R.N., Gilbertson D.T., Vonesh E.F., Collins A.J. (2004), “Hemoglobin Levels and Erythropoietin Doses in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in the United States”, Journal of the American Society of Nephrology, 15, pp. 174-179.
 19. Spiegel B.M.R., Medmed G., Robbins S., Esrailian E. (2008), “Biomarkers and Health-Related Quality of Life in End-Stage Renal Disease: A Systematic Review”, Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 3, pp. 1759.
 20. Tang S.C.W. (2009), “Assessment of Patient with Renal Disease”, A Practical of Manual Renal Medicine, pp. 3-13.
 21. Wakeel J.A., Bayoumi M., Suwaida A.A., Harbi A.A., Askar A., Mishriky A. (2009), “Influences on quality of life in peritoneal dialysis patients”, Renal Society of Australasia Journal, 5(3), pp. 127-131.
 22. Ware J.E., Kosinski M., Bjorner J.B., Bowker D.M.T., Gandek B., Maruish M.E. (2008), “Introduction”, SF-36v2 Health Survey: A primer for Healthcare Providers, QualityMetric Incorporated, pp. 1-8.
 23. Zadeh K.K., Kopple J.D., Block G. and Humphreys M.H. (2001), “Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis”, Journal of the American Society of Nephrology, 12, pp. 2797.