

Khảo sát tỷ lệ trầm cảm, rối loạn ý thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 - 5

Dương Thị Ngọc Lan^{1*}

(1) Khoa điều dưỡng, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) ảnh hưởng đến các vấn đề sức khỏe tâm thần, nhận thức và dinh dưỡng.

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ trầm cảm, rối loạn nhận thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5. (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 433 bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5. Các công cụ tương ứng dùng để đánh giá sàng lọc tình trạng trầm cảm, suy giảm nhận thức và tình trạng dinh dưỡng lần lượt là Beck Depression Inventory (BDI), the Mini Mental State Examination (MMSE), and the Mini Nutritional Assessment (MNA). **Kết quả:** (1) Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm, rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng lần lượt là 40,9%; 20,3%; 50,1%. (2) Bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5 có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng; bệnh nhân không có rối loạn nhận thức sẽ có khả năng mắc trầm cảm cao hơn bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường, bệnh nhân rối loạn nhận thức. **Kết luận:** Trầm cảm, rối loạn nhận thức, nguy cơ suy dinh dưỡng khá phổ biến ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5, bác sĩ, điều dưỡng cần khám sàng lọc các rối loạn này ở những bệnh nhân bệnh thận mạn. Có mối liên quan thuận giữa trầm cảm với mức độ suy dinh dưỡng, mức độ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, trầm cảm, rối loạn nhận thức, dinh dưỡng, tỷ lệ hiện mắc, mối liên quan.

Abstract

Prevalence of depression, cognition impairment, nutrition and related factors in patients with chronic kidney disease stage 3 - 5

Dương Thị Ngọc Lan^{1*}

(1) Nursing Faculty, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) affects mental health, cognition and nutrition. **Objectives:** (1) To determine the prevalence of depression, cognition impairment and nutrition in patients with CKD stage 3-5. (2) To explore the relationship between depression and cognitive disorders, nutritional disorders, and some characteristics in patients with CKD stage 3-5. **Methodology:** cross-sectional description on 433 patients with chronic kidney disease stage 3-5. Corresponding tools for assessing screening for depression, cognitive decline, and nutritional status are Beck Depression Inventory (BDI), the Mini Mental State Examination (MMSE), and the Mini Nutritional Assessment (MNA). **Results:** (1) The rate of depression, cognition impairment and malnutrition risk was 40.9%, 20.3%; 50.1% respectively. (2) Patients with CKD who were at risk of malnutrition and cognitive disorders were more likely to suffer from depression than patients with normal nutritional status and cognitive status. **Conclusion:** Depression is quite common in patients with chronic kidney disease stage 3 - 5, screening is needed in these patients. There is a positive relationship between depression and the risk of malnutrition, the level of cognitive dysfunction in patients with CKD stage 3 - 5.

Keywords: Chronic kidney disease, depression, cognitive disorders, nutrition status, prevalence, relevance.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) được xem là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. BTM ảnh hưởng trực tiếp đến hệ thống cơ quan và gián tiếp đến các vấn đề về sức khỏe tâm thần, nhận thức và dinh dưỡng. Trầm cảm là một rối loạn tâm thần với tình trạng giảm khí sắc, mất hứng thú, giảm năng lực ý chí, cảm giác có tội

lỗi hay tự đánh giá thấp bản thân, rối loạn giấc ngủ, rối loạn ăn uống và khả năng tập trung suy nghĩ làm việc. Hơn nữa, trầm cảm thường trở nên mạn tính, tái diễn dẫn tới suy giảm đáng kể khả năng tự chăm sóc. Do tính phổ biến và hậu quả nghiêm trọng của nó, trầm cảm đã trở thành một vấn đề lớn đối với sức khỏe của bệnh nhân BTM. Rối loạn nhận thức

có khả năng tác động đến nhiều lĩnh vực chăm sóc bệnh nhân, bao gồm cả việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong kế hoạch điều trị và chất lượng cuộc sống [1, 2]. Bệnh nhân ở tất cả các giai đoạn suy thận mạn có thể có nguy cơ mắc chứng mất trí nhớ và rối loạn nhận thức cao hơn so với những người không mắc BTM [3]. Suy dinh dưỡng là một vấn đề ở những bệnh nhân mắc BTM. Suy dinh dưỡng có liên quan đến việc phục hồi chậm, tăng số lần nhập viện, dễ bị nhiễm trùng, tử vong và bệnh tật. Tuy nhiên, ở Việt Nam, vì nhiều lý do, những vấn đề trên chưa được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nhiều nghiên cứu về trầm cảm, nhận thức và dinh dưỡng đã được thực hiện ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo [2, 3, 4] nhưng đối với bệnh nhân BTM không chạy thận chưa được đề cập đầy đủ. Các yếu tố về nhân khẩu học, xã hội học và sức khỏe khác có góp phần gây ra các vấn đề về tâm thần và dinh dưỡng hay không và có sự tương tác nào giữa trầm cảm, rối loạn chức năng nhận thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM hay không vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu sau:

- *Xác định tỷ lệ trầm cảm, rối loạn nhận thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5.*

- *Xác định mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân mắc BTM giai đoạn 3 - 5, điều trị tại Khoa Thận tiết niệu, phòng khám Thận tiết niệu Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không thể cung cấp thông tin hợp lý vì bất kỳ lý do nào như: chậm phát triển tâm thần, bệnh tâm thần nặng, cảm hoặc điếc; hoặc những bệnh nhân trong tình trạng bệnh nặng không thể cung cấp thông tin đáng tin cậy sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán BTM, các giai đoạn của BTM: chẩn đoán BTM và các giai đoạn BTM dựa trên mức lọc cầu thận (e-GFR). eGFR được tính bằng phương trình MDRD. Theo KDIGO (Bệnh thận quốc tế: Cải thiện kết quả toàn cầu) năm 2016, phân loại BTM giai đoạn 3, 4 và 5 được xác định khi eGFR lần lượt là 30 - 60 ml/phút/1,73 m², 15 - 30 ml/phút/1,73 m² và < 15 ml/phút/1,73 m² [5].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Thời gian: từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: sử dụng công thức ước tính kích thước mẫu cho nghiên cứu cắt ngang để ước tính tỷ lệ trầm cảm, suy giảm nhận thức và rối loạn dinh dưỡng trong đối tượng bệnh nhân BTM.

$n = (Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)/d^2$ trong đó $Z_{1-\alpha/2}$ là một phương sai chuẩn. Đối với khoảng tin cậy 95%, α là 0,05 thì giá trị của $Z_{1-\alpha/2}$ là 1,96; p = tỷ lệ dự kiến trong dân số dựa trên số liệu của các nghiên cứu trước đây hoặc nghiên cứu thí điểm, chúng tôi chọn 50%; d = sai số chuẩn, 5%.

Cỡ mẫu sẽ là: $n = (1,96)^2 0,5(0,5)/(0,05)^2 = 384$ bệnh nhân.

Như vậy, số lượng bệnh nhân tối thiểu cần thu thập trong nghiên cứu của chúng tôi là 384 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã thu thập số liệu trên 433 bệnh nhân.

2.2.3. Đánh giá và nhận định kết quả

- Tiến hành nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân đều được ghi nhận các thông tin về nhân khẩu học bao gồm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nơi cư trú, BMI, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, điều kiện sống, thói quen hút thuốc lá, các bệnh mạn tính mắc phải như đái tháo đường, tăng huyết áp. Chẩn đoán BTM, giai đoạn BTM và Creatinine được trích xuất từ hồ sơ bệnh án và sổ khám bệnh của bệnh nhân. Giá trị Creatinine huyết thanh mới nhất được sử dụng để tính mức lọc cầu thận. Sau đó thực hiện đánh giá các triệu chứng trầm cảm, chức năng nhận thức và tình trạng dinh dưỡng qua bộ câu hỏi.

- Công cụ đánh giá: các công cụ tương ứng dùng để đánh giá sàng lọc tình trạng trầm cảm, suy giảm nhận thức và tình trạng dinh dưỡng lần lượt là Beck Depression Inventory (BDI), the Mini Mental State Examination (MMSE), and the Mini Nutritional Assessment (MNA). Những công cụ này đã được dịch sang tiếng Việt và đã được đánh giá thử nghiệm trước để có được phiên bản cuối cùng. Điều tra viên là sinh viên điều dưỡng, được đào tạo để thu thập dữ liệu bởi điều tra viên chính.

+ Thang đo BDI [6, 7] để đánh giá tình trạng trầm cảm gồm 21 mục với tổng điểm từ 0 - 63 điểm. Mức độ trầm cảm được đánh giá như sau: < 14 điểm: không biểu hiện trầm cảm; 14 - 19 điểm: trầm cảm nhẹ; 20 - 29 điểm: trầm cảm vừa; + > 29 điểm: trầm cảm nặng.

+ Thang đo MMSE để đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức, gồm 5 phần, với tổng số điểm từ 0 - 30 điểm [12]. ≥ 24 điểm là không có rối loạn nhận thức; 20-23 điểm là rối loạn nhận thức mức độ nhẹ; 13 - 19

điểm là rối loạn nhận thức mức độ trung bình; < 12 điểm là rối loạn nhận thức mức độ nhẹ nặng.

+ Đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua thang đo MNA [9] bao gồm 6 lĩnh vực: ăn uống, giảm cân, căng thẳng tâm lý, vận động, các vấn đề về tâm thần kinh và BMI, tối đa 14 điểm. 12 - 14: dinh dưỡng bình thường; 8 - 11: có nguy cơ suy dinh dưỡng; 0 - 7: suy dinh dưỡng.

- Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân.

- Phân tích số liệu theo phần mềm SPSS version 20.0.

2.2.4. Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng

SPSS 20.0. Các biến nhân khẩu học được đánh giá bằng cách sử dụng thống kê mô tả (điểm trung bình, độ lệch chuẩn, tần số). Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện để xác định mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự chấp thuận của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Bệnh viện Trường Đại học Y -Dược Huế; các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi		55,87 ± 14,13	
Giới	Nam	236	54,5
	Nữ	197	45,5
Trình độ học vấn	Mù chữ/tiểu học	53	12,3
	Trung học cơ sở	140	32,3
	Trung học phổ thông	129	29,8
	Trung cấp/cao đẳng/ĐH	111	25,6
Địa dư	Thành thị	80	18,5
	Nông thôn	353	81,5
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	135	31,2
	Lao động tay chân	298	68,8
Điều kiện sống	Sống một mình	45	10,4
	Sống cùng với gia đình	388	89,6
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	89	20,6
	Có gia đình	290	67
	Ly thân /Ly dị	16	3,7
	Góa	38	8,8
Hút thuốc lá	Có	71	16,4
	Không	372	83,6
Giai đoạn BTM	3	78	18,0
	4	124	28,6
	5	231	53,4
Tiền sử đái tháo đường	Không	256	59,1
	Có	177	40,9
Số năm được chẩn đoán BTM		3,78 ± 3,12	
Creatinin		358,48 ± 150,94	

Nhận xét: Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 55,87 ± 14,13, chủ yếu sống ở nông thôn, chiếm 81,5%. Lao động chân tay chiếm 68,8%. 89,6% bệnh nhân sống cùng gia đình. Tỷ lệ bệnh nhân mắc BTM ở giai đoạn 5 chiếm 53,4%.

3.2. Tỷ lệ trầm cảm, rối loạn nhận thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5

3.2.1. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5

Bảng 2. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5

Trầm cảm	n	Tỷ lệ (%)	Điểm BDI trung bình
Không biểu hiện trầm cảm	256	59,1	11,33 ± 3,69
Trầm cảm nhẹ	159	36,7	
Trầm cảm vừa	18	4,2	
Trầm cảm nặng	0	0	
Tổng cộng	433	100	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không có biểu hiện trầm cảm là 59,1%. Bệnh nhân bị trầm cảm ở 3 mức độ nhẹ, vừa, nặng lần lượt là: 36,7%; 4,2%. Không có bệnh nhân nào bị trầm cảm ở mức độ nặng.

3.2.3. Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Rối loạn nhận thức	n	Tỷ lệ (%)	Điểm MMSE trung bình
Không rối loạn	345	79,7	26,7 ± 4,22
Nhẹ	49	11,3	
Vừa	39	9	
Nặng	0	0	
Tổng cộng	433	100	

Bệnh nhân rối loạn nhận thức mức độ nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ lần lượt là 11,3% và 9%. Không có bệnh nhân nào rối loạn nhận thức ở mức độ nặng.

3.2.4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Bảng 4. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Tình trạng dinh dưỡng	n	Tỷ lệ (%)	Điểm MNA trung bình
Dinh dưỡng bình thường	216	49,9	11,23 ± 1,47
Có nguy cơ suy dinh dưỡng	213	49,2	
Suy dinh dưỡng	4	0,9	
Tổng cộng	433	100	

49,2% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có nguy cơ suy dinh dưỡng và 0,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng.

3.3. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5

Bảng 5. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 (biến phụ thuộc là trầm cảm)

Đặc điểm chung	B	OR	95%CI		P value
Tuổi	0,02	1,02	0,996	1,045	0,017
Giới	-2,921	0,054	0,026	0,110	0.000
BMI	0,172	1,188	1,045	1,117	0,056
Trình độ học vấn	0,59	1,804	0,265	12,3	0,984
Địa dư	-0,27	0,764	0,361	1,62	0,481
Nghề nghiệp	-0,541	0,582	0,258	1,315	0,193
Điều kiện sống	8,833	6855	0,000	0,000	0,558
Tình trạng hôn nhân	0,539	1,715	0,077	38,4	0,704

Hút thuốc lá	0,375	1,455	0,048	43,94	0,829
Số năm được chuẩn đoán BTM	0,022	1,022	0,935	1,118	0,629
Giai đoạn CKD	-1,875	0,153	0,059	0,402	0,000
Mức độ rối loạn nhận thức	1,171	3,227	1,145	9,089	0,027
Mức độ suy dinh dưỡng	-4,865	0,008	0,000	0,159	0,002
Tiền sử mắc đái tháo đường, tăng huyết áp	-0,829	0,436	0,246	0,773	0,004

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi càng tăng, khả năng xảy ra trầm cảm càng cao với ($B=0,02$, $OR=1,02$, $CI: 0,996 - 1,045$, $p=0,017$);

Bệnh nhân nữ có xu hướng trầm cảm hơn bệnh nhân nam ($B=-2,921$, $OR=0,054$, $CI: 0,026 - 0,110$, $p=0,000$);

Bệnh nhân mắc BTM giai đoạn càng nặng thì xu hướng trầm cảm hơn bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn nhẹ ($B=-1,875$, $OR=0,153$, $CI: 0,059 - 0,402$, $p=0,000$).

Những bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh mạn tính như bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp thì có xu hướng trầm cảm hơn những bệnh nhân không mắc ($B=-0,829$, $OR=0,436$, $CI: 0,246 - 0,773$, $p=0,004$).

Bệnh nhân có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng và bệnh nhân suy dinh dưỡng có xu hướng trầm cảm nhiều hơn những bệnh nhân tình trạng dinh dưỡng bình thường ($B=-4,865$, $OR=0,008$, $CI: 0,000 - 0,159$, $p=0,002$).

Những bệnh nhân có rối loạn ý thức càng nặng thì có xu hướng trầm cảm hơn so với những bệnh nhân có rối loạn về ý thức ($B= 1,171$, $OR=3,227$, $CI: 1,145 - 9,089$, $p=0,027$).

Những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp thì dễ mắc trầm cảm hơn những người không mắc bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp ($B=-0,829$, $OR=0,436$, $CI: 0,246 - 0,773$, $p=0,004$).

Không có mối liên quan giữa sự trầm cảm với BMI, trình độ học vấn, địa dư, nghề nghiệp, điều kiện sống, tình trạng hôn nhân, hút thuốc lá, số năm được chẩn đoán BTM với $p>0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ trầm cảm, rối loạn nhận thức và rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM

4.1.1. Tỷ lệ trầm cảm

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần với tình trạng giảm khí sắc, mất hứng thú, cảm giác có tội lỗi hay tự đánh giá thấp bản thân, rối loạn giấc ngủ, ăn uống và khả năng tập trung suy nghĩ làm việc. Hơn nữa, trầm cảm thường tái diễn dẫn tới suy giảm đáng kể khả năng tự chăm sóc. Hậu quả nghiêm trọng nhất

của trầm cảm chính là hành vi tự sát. Tỷ lệ trầm cảm ở nghiên cứu của chúng tôi là 40,9%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Andrade và cộng sự (2010) tại Brazil là 37,7% ở bệnh nhân đang điều trị bảo tồn và 41,7% ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo [10] và cũng giống với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương và cộng sự (2015) thực hiện ở Bệnh viện Bạch Mai là 40,9% [11]. Khác với nghiên cứu của Trần Trí và cộng sự (2011) tại Viện Quân y 103 và Bệnh viện Bạch Mai với kết quả là 89,33%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu này [12]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể là do nhiều yếu tố như phương pháp nghiên cứu, phương pháp chọn mẫu, tiêu chuẩn chuẩn đoán và cấu trúc tuổi của nghiên cứu. Như vậy, qua nghiên cứu này, điều dưỡng cần phải tăng cường tầm soát để phát hiện tốt tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân BTM để có các biện pháp chăm sóc phù hợp. Cần lên kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân BTM.

4.1.2. Tỷ lệ rối loạn nhận thức

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn nhận thức là 20,3%. Kết quả này cao hơn kết quả của nghiên cứu của Kurella tại Hoa Kỳ năm 2004 ở 160 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 - 5 có tỷ lệ rối loạn nhận thức là 17% [13]. Nghiên cứu của Manjula Kurella Tamura và cộng sự (2016) tại 7 trung tâm lâm sàng trên khắp Hoa Kỳ ở bệnh nhân suy thận mạn trong độ tuổi từ 21 - 74 có tỷ lệ là 13,5% [14]. Khác với nghiên cứu của Jean-Marc Bugnicourt và cộng sự tại California (2013) với tỷ lệ là 87%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu này [15]. Như vậy, với kết quả nghiên cứu này, điều dưỡng cần phải tầm soát để phát hiện tốt tình trạng rối loạn nhận thức ở bệnh nhân BTM để có các biện pháp chăm sóc phù hợp. Cần lên kế hoạch tổ chức khám sức khỏe định kỳ và khám sàng lọc sức khỏe tâm thần cho những bệnh nhân bệnh thận mạn.

4.1.3. Tỷ lệ rối loạn dinh dưỡng

Trong nghiên cứu này, 49,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và 0,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng. Theo nghiên cứu của Francesc Formiga và cộng sự, 25% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng

và 13% bệnh nhân suy dinh dưỡng [16]. Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được giải thích là do nghiên cứu của Francesc Formiga được thực hiện trên bệnh nhân cao tuổi hơn nhóm bệnh nhân của chúng tôi.

4.2. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh suy thận mạn

Kết quả phân tích hồi quy đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng bệnh nhân có nguy cơ rối loạn dinh dưỡng, suy dinh dưỡng có xu hướng trầm cảm nhiều hơn những bệnh nhân tình trạng dinh dưỡng bình thường. Những bệnh nhân có mức độ rối loạn nhận thức càng nặng thì mức độ trầm cảm càng thấp. Rối loạn nhận thức có khả năng tác động đến nhiều lĩnh vực chăm sóc bệnh nhân, bao gồm cả việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân trong kế hoạch điều trị và chất lượng cuộc sống. Trầm cảm, suy giảm nhận thức có liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân BTM [5, 17] trong khi rối loạn dinh dưỡng ảnh hưởng đến kết quả và sự phục hồi của BTM. Chính vì vậy, ở bệnh nhân BTM, ngoài việc chẩn đoán khả năng trầm cảm, bệnh nhân còn cần được tầm soát về tình trạng rối loạn nhận thức, dinh dưỡng để làm giảm mức độ xuất hiện và mức độ nặng của bệnh trầm cảm.

5. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ trầm cảm, rối loạn nhận thức, suy dinh dưỡng

Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm là 40,9%, trong đó mức độ nhẹ là 36,7%, vừa là 4,2%. Không có bệnh nhân nào bị trầm cảm nặng.

Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn nhận thức mức độ nhẹ và vừa chiếm lần lượt là 11,3% và 9%. Không có bệnh nhân nào rối loạn nhận thức mức độ nặng.

49,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và 0,9% bệnh nhân suy dinh dưỡng.

5.2. Mối liên quan giữa trầm cảm với rối loạn nhận thức, rối loạn dinh dưỡng và một số đặc điểm chung ở bệnh nhân BTM

Bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5 có nguy cơ suy dinh dưỡng, có rối loạn nhận thức sẽ có khả năng mắc trầm cảm nhiều hơn những bệnh nhân tình trạng dinh dưỡng bình thường, tình trạng nhận thức bình thường.

6. KIẾN NGHỊ

- Cần tổ chức các chương trình khám sàng lọc định kỳ nhằm phát hiện sớm trầm cảm, rối loạn nhận thức và nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân BTM.

- Cần chú ý đến tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân BTM giai đoạn 3 - 5 khi họ có rối loạn về nhận thức cũng như ở những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sehgal, A.R., et al. Prevalence, recognition, and implications of mental impairment among hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1997. 30(1): p. 41-49.
2. Sorensen, E.P., et al. The kidney disease quality of life cognitive function subscale and cognitive performance in maintenance hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2012. 60(3): p. 417-426.
3. Elias, M.F., et al., Chronic kidney disease, creatinine and cognitive functioning. *Nephrol Dial Transplant*, 2009. 24(8): p. 2446-2452.
4. Dong, J., et al. Depression and Cognitive Impairment in Peritoneal Dialysis: A Multicenter Cross-sectional Study. *Am J Kidney Dis* 2016. 67(1): p. 111-8.
5. O'Lone, E., et al. Cognition in People With End Stage Kidney Disease Treated With Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 2016. 67(6): p. 925-35.
6. Pop-Jordanova, N. BDI in the Assessment of Depression in Different Medical Conditions. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 2017. 38(1): p. 103111.
7. T.Beck, A. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988. 8(1): p. 77-100.
8. Tombaugh, T.N. and N.J. McIntyre. The minimental

state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc* 1992. 40(9): p. 922-935.

9. Kaiser, M.J., et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009. 13(9): p. 782-8.

10. Andrade, C.P., et al., Evaluation of depressive symptoms in patients with chronic renal failure. *J Nephrol* 2010. 23(2): p. 168-74.

11. Hương T.T.T. Một số yếu tố liên quan tới lo âu trầm cảm ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo, bệnh viện Bạch Mai 2015. *Tạp chí nghiên cứu y học* 2015. 104(6): p. 17-25.

12. Trần Trí. Đánh giá trầm cảm ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ bằng thang điểm Beck. *Y học thực hành* 2011. 8(778): p. 93-95.

13. Kurella, M., et al. Cognitive impairment in chronic kidney disease. *J Am Geriatr Soc* 2004. 52(11): p. 1863-1869.

14. Manjula Kurella Tamura, K.Y., et al. Cognitive Impairment and Progression of CKD. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016. 68(1): p. 77-83.

15. Bugnicourt, J.M., et al. Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis. *J Am*

Soc Nephrol 2013. 24(3): p. 353-363.

16. Francesc Formiga, A.F. Josep Maria Cruzado, Gloria Padros, Marta Fanlo, Beatriz Roson, Ramon Pujol, Geriatric assessment and chronic kidney disease in the oldest age: The octabaix study. European journal of

internal medicine 2012(23): p. 534-538.

17. Palmer, S., et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and metaanalysis of observational studies. Kidney Int 2013. 84(1): p. 179-91.