

POSTOPERATIVE OUTCOMES AND NURSING CARE IN PATIENTS UNDERGOING HIP REPLACEMENT AT TRANSPORT HOSPITAL 2024

Le Thi Thanh Huyen^{1*}, Bui Sy Tuan Anh¹, Nguyen Van Hung¹,
Dao Thi Thu Huyen¹, Bui Ngoc Mai², Pham Xuan Da^{1,2}

¹Transportation Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi -
144 Xuan Thuy, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 16/08/2025

Revised: 27/08/2025; Accepted: 06/09/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe disease patterns and analyze the association between dialysis duration, age, and hematological–biochemical indices in chronic hemodialysis patients.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 125 patients at Transport Hospital (2023–2024). Clinical, hematological, and biochemical data were compared between patients with <5 vs. >5 years of dialysis, and multivariate regression was performed with age and dialysis duration.

Results: Hypertension surpassed glomerulonephritis as the leading cause of end-stage renal disease. Patients with shorter dialysis duration had more comorbidities (hypertension 68.3%, diabetes 23.8%). Longer dialysis duration correlated positively with reticulocyte ratio (Coef = 0.03; $p < 0.001$), reticulocyte hemoglobin content (Coef = 0.08; $p < 0.01$), and ferritin (Coef = 28.74; $p < 0.001$). Older age correlated inversely with urea, creatinine, Na^+ , K^+ , and albumin ($p < 0.05$).

Conclusions: The disease spectrum among hemodialysis patients is shifting, with rising prevalence of hypertension and comorbidities. Personalized management strategies should be tailored according to age and hematologic–biochemical indices.

Keywords: Chronic hemodialysis, disease pattern, hematological indices, biochemical indices.

*Corresponding author

Email: huyent777@gmail.com Phone: (+84) 915256756 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3058>

MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM CỦA BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI NĂM 2024-2025

Lê Thị Thanh Huyền^{1*}, Bùi Sỹ Tuấn Anh¹, Nguyễn Văn Hùng¹,
Đào Thị Thu Huyền¹, Bùi Ngọc Mai², Phạm Xuân Đà^{1,2}

¹Bệnh viện Giao thông Vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 16/08/2025

Ngày sửa: 27/08/2025; Ngày đăng: 06/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh tật và phân tích mối liên quan giữa thời gian lọc máu, tuổi với các chỉ số huyết học, sinh hóa ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 125 bệnh nhân lọc máu tại Bệnh viện Giao thông Vận tải (2023–2024). Dữ liệu lâm sàng, huyết học và sinh hóa được so sánh giữa hai nhóm thời gian lọc máu (<5 năm và >5 năm) và phân tích hồi quy đa biến theo tuổi và thời gian lọc.

Kết quả: Tăng huyết áp vượt viêm cầu thận trở thành nguyên nhân hàng đầu gây suy thận mạn. Bệnh nhân lọc máu <5 năm có nhiều bệnh đồng mắc hơn (THA 68,3%, ĐTDĐ 23,8%). Thời gian lọc máu tương quan thuận với tỷ lệ hồng cầu lưới (Coef = 0,03; $p < 0,001$), nồng độ Ret-Hb (Coef = 0,08; $p < 0,01$) và ferritin (Coef = 28,74; $p < 0,001$). Tuổi cao tương quan nghịch với ure, creatinin, Na^+ , K^+ và albumin ($p < 0,05$).

Kết luận: Mô hình bệnh tật ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ đang chuyển dịch, với tăng tỷ lệ tăng huyết áp và bệnh đồng mắc. Cần cá thể hóa phác đồ quản lý dựa trên độ tuổi và chỉ số huyết học – sinh hóa.

Từ khóa: Lọc máu chu kỳ, mô hình bệnh tật, chỉ số huyết học, sinh hóa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) là một thách thức y tế công cộng ngày càng gia tăng trên toàn cầu và tại Việt Nam [1]. Ghép thận là phương pháp điều trị tối ưu nhưng còn hạn chế do thiếu nguồn hiến tạng và chi phí cao; vì vậy, lọc máu chu kỳ vẫn là lựa chọn thay thế phổ biến, giúp duy trì sự sống cho người bệnh.

Cùng với quá trình điều trị, bệnh nhân lọc máu thường có bệnh nguyên đa dạng, nhiều bệnh lý đồng mắc và biến đổi phức tạp về huyết học, sinh hóa và huyết động. Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy mô hình bệnh tật ở nhóm bệnh nhân này đang chuyển dịch: viêm cầu thận mạn có xu hướng giảm, trong khi tăng huyết áp và đái tháo đường ngày càng phổ biến [2],[3]. Đồng thời, quá trình già hóa dân số và sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm làm cho tình trạng đa bệnh lý trở nên thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng và chất lượng sống.

Tại Việt Nam, dữ liệu cập nhật về mô hình bệnh tật và diễn biến các chỉ số sinh hóa – huyết học của bệnh nhân lọc máu còn hạn chế. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, mô hình bệnh tật và mối liên quan giữa thời gian lọc máu, tuổi với các chỉ số cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong việc tối ưu hóa điều trị và cá thể hóa chăm sóc bệnh nhân.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả mô hình bệnh tật và phân tích mối liên quan giữa thời gian lọc máu, tuổi với các chỉ số huyết học – sinh hóa ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Giao thông Vận tải.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại

*Tác giả liên hệ

Email: huyenlt777@gmail.com Điện thoại: (+84) 915256756 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3058>

Bệnh viện Giao thông Vận tải từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Tuổi ≥ 18, chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối, đang lọc máu chu kỳ định kỳ theo phác đồ thống nhất.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân chưa lọc máu chu kỳ hoặc lọc máu lần đầu.

+ Mất máu do nguyên nhân ngoài thận.

+ Người bệnh có thai, hôn mê, phù toàn thân.

+ Thiếu dữ liệu xét nghiệm theo yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cách chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể của WHO,

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: là cỡ mẫu nghiên cứu

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (lấy mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$).

+ $p = 0,83$ (Tỷ lệ người bệnh bệnh thận mạn có thiếu máu theo Nguyễn Lê Thanh Trúc và cộng sự (2021) là 83,08%).[4]

+ $d = 0,07$ (Độ chính xác tương đối)

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu là $n=111$ người bệnh.

Nghiên cứu thực tế thu nhận 125 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ 8/2024 đến 5/2025.

- Địa điểm: Bệnh viện Giao thông Vận tải.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm dịch tễ và bệnh nguyên.

- Các bệnh đồng mắc.

- Thay đổi các chỉ số lâm sàng, huyết học, sinh hóa theo thời gian lọc máu.

- Mối liên quan giữa tuổi, thời gian lọc máu và các chỉ số trên.

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

- Thống kê mô tả: tính tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình ± SD.

- So sánh: test Chi-square, t-test, ANOVA khi phù hợp.

- Phân tích mối liên quan: hồi quy tuyến tính đa biến, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả người bệnh đều được giải thích mục tiêu, lợi ích và cam kết bảo mật thông tin; chỉ những bệnh nhân đồng ý mới được đưa vào nghiên cứu. Thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

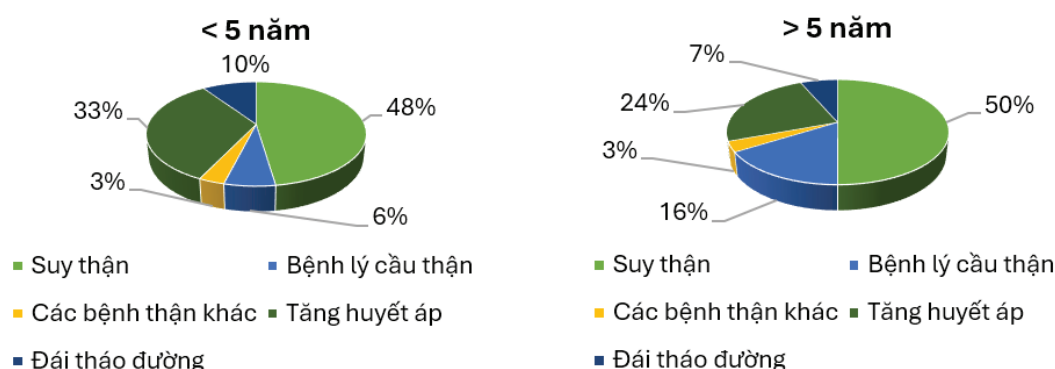
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 125)

Đặc điểm	Thời gian lọc máu						p-value
	< 5 năm		> 5 năm		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Tổng	63	50.4	62	49.6	125	100.0	
Tuổi							
< 40 tuổi	7	11.1	7	11.3	14	11.2	0.228
40 – 65 tuổi	32	50.8	40	64.5	72	57.6	
> 65 tuổi	24	38.1	15	24.2	39	31.2	

Đặc điểm	Thời gian lọc máu						p-value
	< 5 năm		> 5 năm		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Giới tính							
Nữ	22	34.9	29	46.8	51	40.8	0.178
Nam	41	65.1	33	53.2	74	59.2	
Nơi ở							
Hà Nội	52	82.5	53	85.5	105	84	0.653
Tỉnh khác	11	17.5	9	14.5	20	16	
Bệnh nguyên phát							
Suy thận	30	47.6	31	50	61	48.8	0.409
Bệnh lý cầu thận	4	6.3	10	16.1	14	11.2	
Các bệnh thận khác	2	3.2	2	3.2	4	3.2	
Tăng huyết áp	21	33.3	15	24.2	36	28.8	
Đái tháo đường	6	9.5	4	6.5	10	8	
Số lần lọc máu/tuần							
1 lần/tuần	1	1.6	0	0	1	0.8	0.077
2 lần/tuần	4	6.3	0	0	4	3.2	
3 lần/tuần	58	92.1	62	100	120	96	
Loại quả lọc							
Một lần	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Tái sử dụng	63	100.0	62	100.0	125	100.0	
Tiền sử lọc máu tại bệnh viện khác							
Không	32	50.8	44	71.0	76	60.8	0.021
Có	31	49.2	18	29.0	49	39.2	
Số bệnh phối hợp							
0	9	14.3	5	8.1	14	11.2	0.217
1	25	39.7	34	54.8	59	47.2	
2	19	30.2	16	25.8	35	28	
3	7	11.1	7	11.3	14	11.2	
4	3	4.8	0	0	3	2.4	
Các bệnh phối hợp							
Tăng huyết áp							
Không	20	31.7	40	64.5	60	48	<0.001
Có	43	68.3	22	35.5	65	52	
Đái tháo đường							
Không	48	76.2	59	95.2	107	85.6	0.003
Có	15	23.8	3	4.8	18	14.4	

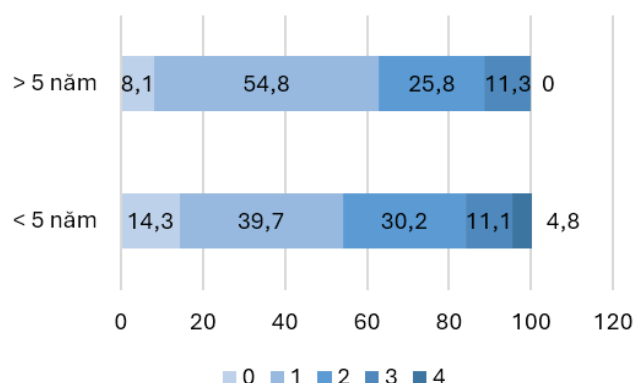
Đặc điểm	Thời gian lọc máu						p-value
	< 5 năm		> 5 năm		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh lý tim mạch							
Không	49	77.8	51	82.3	100	80	0.531
Có	14	22.2	11	17.7	25	20	
Bệnh viêm gan							
Không	57	90.5	43	69.4	100	80	0.003
Có	6	9.5	19	30.6	25	20	

Nhận xét: Trong 125 bệnh nhân, nhóm <5 năm và >5 năm lọc máu gần tương đương về số lượng (50,4% và 49,6%). Bệnh nguyên phổ biến nhất là suy thận (48,8%), tăng huyết áp (28,8%), viêm cầu thận (11,2%). Tỷ lệ bệnh nhân lọc máu 3 lần/tuần chiếm đa số (96%), toàn bộ sử dụng quả lọc tái sử dụng. Bệnh nhân nhóm <5 năm có tỷ lệ tăng huyết áp (68,3% so với 35,5%; $p<0,001$) và đái tháo đường (23,8% so với 4,8%; $p=0,003$) cao hơn, trong khi nhóm >5 năm có tỷ lệ viêm gan cao hơn (30,6% so với 9,5%; $p=0,003$).



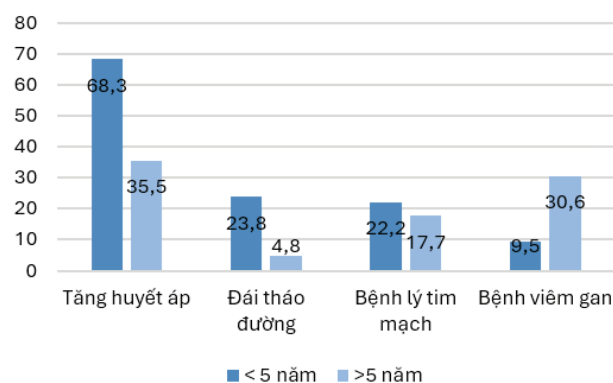
Biểu đồ 1. Các bệnh lý nguyên phát của bệnh nhân lọc máu tại Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2025

Nhận xét: Tăng huyết áp và suy thận mạn chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi viêm cầu thận và các bệnh thận khác giảm rõ rệt. Điều này cho thấy mô hình nguyên nhân suy thận đang chuyển dịch theo xu hướng bệnh không lây nhiễm.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bệnh đồng mắc ở nhóm bệnh nhân lọc máu < 5 năm và > 5 năm tại Bệnh viện Giao thông vận tải

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân <5 năm lọc máu có tỷ lệ đồng mắc cao hơn, đặc biệt là nhóm có từ 2 bệnh phối hợp trở lên. Kết quả phản ánh tình trạng sức khỏe kém ngay từ giai đoạn đầu lọc máu.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh nhân lọc máu < 5 năm và > 5 năm đồng mắc các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch và bệnh viêm gan tại Bệnh viện giao thông vận tải

Nhận xét: Nhóm <5 năm có tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường cao hơn, trong khi nhóm >5 năm có tỷ lệ viêm gan nổi bật hơn. Bệnh tim mạch xuất hiện ở cả hai nhóm với tỷ lệ tương tự (~20%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước và sau lọc máu, chỉ số huyết học và sinh hoá của đối tượng nghiên cứu (n = 125)

Đặc điểm	Thời gian lọc máu						p-value
	< 5 năm		> 5 năm		Tổng		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Huyết áp tâm thu							
Trước lọc	126,19	10,22	123,47	11,29	124,84	10,81	0,38
Sau lọc	116,03	8,04	114,44	9,06	115,24	8,56	0,45
Thay đổi trước sau	10,16	8,42	9,03	10,51	9,60	9,50	0,2
Huyết áp tâm trương							
Trước lọc	76,90	7,75	75,97	8,96	76,44	8,35	0,61
Sau lọc	69,04	3,90	69,44	4,06	69,24	3,97	0,43
Thay đổi trước sau	7,86	6,89	6,53	9,3	7,2	8,1	0,36
Nhịp tim							
Trước lọc	79,13	5,16	77,47	4,39	78,30	4,85	0,08
Sau lọc	78,79	4,33	78,05	4,49	78,42	4,41	0,49
Thay đổi trước sau	0,33	3,19	-0,58	2,81	-0,12	3,03	0,11
Cân nặng							
Trước lọc	56,65	9,61	53,07	8,76	54,88	9,34	0,07
Sau lọc	54,81	9,21	50,67	8,36	52,76	9,01	0,02
Thay đổi trước sau	1,84	0,90	2,40	0,73	2,12	0,86	<0,01
Chỉ số huyết học							
RBC	3,37	0,57	3,32	0,40	3,34	0,49	0,33
HBG	100,14	15,78	102,55	12,17	101,34	14,10	0,69
Tỷ lệ HCL (%)	1,72	0,58	1,98	0,66	1,84	0,63	0,03
Nồng độ Hb trong HCL (Ret Hb)	28,90	2,72	29,78	1,93	29,35	2,38	0,008
Tỷ lệ trưởng thành HCL (RMI)	78,43	6,91	76,35	6,68	77,37	6,84	0,16
Chỉ số HCL chưa trưởng thành (IRF)	21,57	6,91	23,65	6,68	22,63	6,84	0,16
Chỉ số sinh hoá							
Ure	25,6	6,75	28,18	7,73	26,90	7,35	0,12
Creatinin	1084,41	329,98	1150,98	310,56	1117,70	320,84	0,22
Na ⁺	137,31	2,40	136,02	2,76	136,67	2,66	0,005
K ⁺	4,47	0,77	4,75	0,71	4,61	0,76	0,05
Ca ²⁺	2,17	0,17	2,21	0,22	2,19	0,20	0,05
Protein	63,72	4,78	63,75	4,97	63,74	4,86	0,97
Albumin	37,51	3,16	37,17	3,49	37,34	3,32	0,48
Fe	8,61	3,27	9,51	4,28	9,06	3,82	0,14
Ferritin	353,52	335,15	534,26	422,38	443,90	390,38	0,008
Transferin	3,01	7,18	2,31	4,33	2,70	5,93	0,02

Nhận xét: Sau lọc máu, huyết áp và cân nặng giảm ở cả hai nhóm nhưng không có khác biệt đáng kể giữa nhóm <5 năm và >5 năm. Về huyết học, tỷ lệ hồng cầu lưới (1,72% và 1,98%; $p=0,03$) và Ret-Hb (28,9 vs. 29,8; $p=0,008$) cao hơn ở nhóm >5 năm. Ở chỉ số sinh hóa, nồng độ Na^+ thấp hơn ($p=0,005$) và ferritin cao hơn (534,3 so với 353,5; $p=0,008$) ở nhóm >5 năm.

Bảng 3. Bảng hồi quy giá trị các chỉ số huyết động, sinh hoá với thời gian lọc máu và tuổi của đối tượng nghiên cứu

	Thời gian lọc máu		Tuổi	
	Co.ef	95%CI	Co.ef	95%CI
Chỉ số huyết học				
RBC	0.00	(-0.01; 0.01)	-0.00	(-0.01; 0.00)
HBG	0.35*	(-0.04; 0.74)	-0.12	(-0.28; 0.03)
Tỷ lệ HCL (%)	0.03***	(0.01; 0.04)	0.00	(-0.00; 0.01)
Nồng độ Hb trong HCL (Ret Hb)	0.08**	(0.01; 0.14)	-0.01	(-0.04; 0.01)
Tỷ lệ trưởng thành HCL (RMI)	-0.09	(-0.29; 0.11)	0.05	(-0.03; 0.13)
Chỉ số HCL chưa trưởng thành (IRF)	0.09	(-0.11; 0.29)	-0.05	(-0.13; 0.03)
Chỉ số sinh hoá				
Ure	0.17	(-0.03; 0.38)	-0.16***	(-0.25; -0.08)
Creatinin	6.23	(-2.71; 15.17)	-11.56***	(-14.71; -8.40)
Na^+	-0.09**	(-0.16; -0.02)	-0.03**	(-0.06; -0.00)
K^+	0.02*	(-0.00; 0.04)	-0.02***	(-0.03; -0.01)
Ca^{2+}	-0.00	(-0.01; 0.00)	0.00	(-0.00; 0.00)
Protein	0.02	(-0.12; 0.16)	-0.02	(-0.08; 0.03)
Albumin	-0.04	(-0.13; 0.05)	-0.07***	(-0.10; -0.03)
Fe	0.18***	(0.07; 0.28)	-0.02	(-0.07; 0.02)
Ferritin	28.74***	(18.87; 38.61)	-2.05	(-6.51; 2.40)
Transferin	-0.05	(-0.22; 0.12)	0.01	(-0.06; 0.08)

*** $p<0.01$, ** $p<0.05$, * $p<0.1$

Nhận xét: Thời gian lọc máu dài hơn liên quan đến tăng tỷ lệ hồng cầu lưới (Coef=0,03; $p<0,001$), Ret-Hb (Coef=0,08; $p<0,01$), sắt và ferritin ($p<0,001$), nhưng giảm Na^+ (Coef=-0,09; $p<0,01$). Tuổi cao tương quan nghịch với ure, creatinin, Na^+ , K^+ và albumin ($p<0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tăng huyết áp đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây suy thận mạn giai đoạn cuối, vượt qua viêm cầu thận. Đây là sự dịch chuyển đáng chú ý trong cơ cấu bệnh nguyên, tương tự các báo cáo quốc tế. Zhang và cộng sự (2023) tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ viêm cầu thận như nguyên nhân suy thận giảm dần trong giai đoạn 2010–2016 [5]. Thurlow và cộng sự (2021) tại Hoa Kỳ cũng khẳng định vai trò ngày càng nổi bật của tăng huyết áp và đái tháo đường như nguyên nhân chính dẫn đến ESRD [6]. Sự thay đổi này phản ánh kết quả của việc kiểm soát tốt hơn bệnh lý viêm cầu thận nhờ chẩn đoán và điều trị sớm, trong khi tốc độ già hóa dân số và gia tăng các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường lại trở thành yếu tố thúc đẩy chính.

Điều này đặt ra thách thức mới cho y tế dự phòng ở Việt Nam: ngoài việc tập trung kiểm soát viêm cầu thận, cần đẩy mạnh các chương trình quản lý bệnh mạn tính trong cộng đồng để phòng ngừa suy thận giai đoạn cuối.

Nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân lọc máu <5 năm có tỷ lệ đồng mắc cao hơn đáng kể, đặc biệt là tăng huyết áp (68,3%), đái tháo đường (23,8%) và bệnh tim mạch (22,2%). Điều này phản ánh tình trạng khởi đầu lọc máu ở bệnh nhân có nền sức khỏe kém, nhiều bệnh mạn tính phối hợp. Xu hướng này phù hợp với kết quả của Cockwell & Fisher (2020), báo cáo rằng 65% bệnh nhân mới lọc máu có ≥ 2 bệnh đồng mắc [7]. Sự gia tăng bệnh đồng mắc không chỉ làm tăng chi phí và gánh nặng điều trị mà còn làm giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân.

Đặc biệt, tăng huyết áp và đái tháo đường là những yếu tố nguy cơ kép. Một mặt, đây là nguyên nhân khởi phát suy thận mạn; mặt khác, chúng thúc đẩy nhanh tiến triển đến ESRD và rút ngắn thời gian sống sau khi bắt đầu lọc máu. Murali (2020) khuyến cáo rằng việc phối hợp quản lý đa chuyên khoa (thận – tim mạch – nội tiết – dinh dưỡng) có thể cải thiện tuân thủ điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu [8]. Điều này nhấn mạnh nhu cầu xây dựng các mô hình chăm sóc tích hợp, thay vì điều trị riêng lẻ từng bệnh.

Một điểm đáng lưu ý khác là tỷ lệ viêm gan cao hơn ở nhóm lọc máu >5 năm. Điều này có thể liên quan đến việc tái sử dụng quả lọc thận và nguy cơ lây nhiễm trong quá trình điều trị kéo dài. Kết quả này gợi ý cần tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn, tiêm chủng viêm gan B và giám sát chặt chẽ trong các đơn vị lọc máu.

Nghiên cứu cho thấy thời gian lọc máu dài có liên quan đến sự cải thiện các chỉ số tạo máu, bao gồm tăng tỷ lệ hồng cầu lưới, Ret-Hb, ferritin và sắt huyết thanh. Babitt & Lin (2012) giải thích rằng quá trình lọc máu giúp loại bỏ độc tố ức chế sinh máu,

tạo điều kiện cho tủy xương đáp ứng tốt hơn [9]. Fishbane & Spinowitz (2018) cũng nhấn mạnh Ret-Hb là thông số nhạy trong đánh giá đáp ứng điều trị thiếu máu và tình trạng sắt ở bệnh nhân ESRD [10]. Điều này cho thấy việc theo dõi thường quy hồng cầu lưới và Ret-Hb có thể hỗ trợ điều chỉnh sớm liều erythropoietin và sắt, từ đó tối ưu hóa kiểm soát thiếu máu.

Ngược lại, tuổi cao có mối tương quan nghịch với ure, creatinin, Na^+ , K^+ và albumin. Đây là hệ quả của quá trình lão hóa, giảm khối cơ, suy dinh dưỡng và tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp (chronic low-grade inflammation). Lin & Hsu (2022) nhấn mạnh hiện tượng sarcopenia ở bệnh nhân ESRD cao tuổi là nguyên nhân khiến creatinin giảm, không phản ánh cải thiện chức năng thận mà do mất khối cơ [11]. Albumin máu giảm theo tuổi cũng là một yếu tố tiên lượng xấu. Sun và cộng sự (2021) chứng minh rằng giảm albumin liên quan trực tiếp đến tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân lọc máu [12].

Ngoài ra, hội chứng “Malnutrition-Inflammation-Atherosclerosis (MIA)” được Pecoits-Filho và cộng sự (2002) mô tả là đặc biệt phổ biến ở bệnh nhân ESRD cao tuổi, góp phần làm nặng tiên lượng [13].

Những kết quả này khẳng định rằng quản lý bệnh nhân ESRD không chỉ dừng lại ở kỹ thuật lọc máu, mà cần kết hợp các biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng, chống viêm, tập phục hồi chức năng để duy trì khối cơ và cải thiện tiên lượng lâu dài.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh tật ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Giao thông Vận tải đang dịch chuyển, với tăng huyết áp trở thành nguyên nhân hàng đầu thay cho viêm cầu thận. Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao, đặc biệt ở nhóm mới lọc máu, làm phức tạp quá trình điều trị và tiên lượng. Thời gian lọc máu dài liên quan đến cải thiện các chỉ số huyết học – sinh hóa, trong khi tuổi cao gắn với suy giảm dinh dưỡng và cân bằng điện giải. Kết quả này gợi ý cần xây dựng chiến lược quản lý bệnh nhân lọc máu theo hướng cá thể hóa, chú trọng kiểm soát bệnh đồng mắc và hỗ trợ dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Wang L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: results from the sixth China chronic disease and risk factor surveillance. *JAMA Intern Med.* 2023;183(4):298-310.
- [2] Thurlow JS, et al. Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease and Disparities in Kidney Replacement Therapy. *Am J Nephrol.* 2021;52(2):98-107.
- [3] Liyanage T, et al. Prevalence of chronic kidney

- disease in Asia: a systematic review and analysis. *BMJ Glob Health*. 2022;7(1).
- [4] Nguyễn Lê Thanh Trúc, et al. Tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021.
- [5] Zhang L, et al. Prevalence of chronic kidney disease in China. *JAMA Intern Med*. 2023;183(4):298-310.
- [6] Thurlow JS, et al. Global Epidemiology of End-Stage Kidney Disease. *Am J Nephrol*. 2021;52(2):98-107.
- [7] Cockwell P, Fisher LA. The global burden of chronic kidney disease. *Lancet*. 2020;395(10225):662-664.
- [8] Murali KM, Lonergan M. Breaking the adherence barriers: Strategies to improve treatment adherence in dialysis patients. *Semin Dial*. 2020.
- [9] Babitt JL, Lin HY. Mechanisms of anemia in CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23(10):1631-1634.
- [10] Fishbane S, Spinowitz B. Update on Anemia in ESRD. *Am J Kidney Dis*. 2018;71(3):423-435.
- [11] Lin YL, Hsu BG. Assessment of uremic sarcopenia in dialysis patients. *Tzu Chi Med J*. 2022;34(2):182-191.
- [12] Sun J, et al. Association between serum albumin level and mortality in CKD. *Am J Med Sci*. 2021;361(4):451-460.
- [13] Pecoits-Filho R, Lindholm B, Stenvinkel P. The malnutrition, inflammation, and atherosclerosis (MIA) syndrome. *Nephrol Dial Transplant*. 2002;17 Suppl 11:28-31.

