- Chải răng 2 lần/ngày đúng phương pháp làm giảm nguy cơ mất răng với độ tin cậy 95%.

KIẾN NGHỊ

- Nâng cao sức khỏe răng miệng bằng cách tuyên truyền, hướng dẫn cho người cao tuổi cách chăm sóc sức khỏe răng miệng: Vệ sinh răng miệng đúng cách, khám răng định kỳ...
- Cần có những chính sách nhằm cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng cũng như tình trạng mất răng, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Mai Oanh, Đàm Viết Cương, Dương Huy Lương và Khương Anh Tuấn (2007),** Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam, *Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.*
2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ấn và Trịnh Đình Hải (2002),** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,* 12-18.
3. **Phạm Văn Việt (2004),** Nghiên cứu tình trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, *Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.*
4. **Trương Mạnh Dũng (2007),** Tình trạng mất răng ở người cao tuổi phường Nghĩa Tân, quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, *Tạp chí y học thực hành,* 686(11), 4-5.
5. **Chu Đức Toàn (2012),** Nghiên cứu thực trạng mất răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tại quận Đống Đa - Hà Nội, *Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.*
6. **Bùi Đức Xuyên (2014),** Thực trạng mất răng và nhu cầu điều trị mất răng ở người cao tuổi tại huyện Ba Vì, Hà Nội năm 2014, *Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.*
7. **Đỗ Huy Dương (2011),** Đánh giá tình trạng mất răng theo phân loại Kennedy - Applegate và nhu cầu điều trị phục hình của người cao tuổi tại phường Liễu Giai - Ba Đình - Hà Nội, *Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.*

NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN ĐANG ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Kim Liên*, Tôn Thanh Trà*, Phạm Thị Ngọc Thảo

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định điểm trung bình về chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn tại phòng khám nội thận bệnh viện Chợ Rẫy. Tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 319 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên tại phòng khám Nội thận, bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/09/2016 đến 30/09/2016. **Kết quả** cho thấy điểm trung bình về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị bảo tồn bằng thuốc được đánh giá qua bộ câu hỏi SF36 là 42,5; trong đó điểm sức khỏe thể chất là 46,4 và sức khỏe tinh thần là 38,7; Có mối liên quan chung giữa điểm trung bình sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần với thời gian chẩn đoán suy thận đến điều trị; Điểm sức khỏe thể chất có mối liên quan với chỉ số xét nghiệm BUN, Creatinin máu. Điểm sức khỏe tinh thần có mối liên quan với nhóm tuổi, nơi cư trú, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và độ lọc cầu thận ước đoán ($p<0,05$). **Kết luận**: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá qua thang đo SF36 có điểm dưới mức trung bình. Thời gian mắc bệnh càng lâu, chỉ số xét nghiệm BUN, Creatinin máu càng cao sức khỏe thể chất và tinh thần càng kém; Những bệnh nhân làm nghề nghiệp lao động trí óc có sức khỏe tinh thần tốt hơn so với những người về hưu/già.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, suy thận mạn, SF-36

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS WITH CONSERVATIVE CARE AND RELATED FACTORS

Aim of study to determine an average mark of quality of life and related factors to chronic renal failure out-patients who were in a conservative care in Cho Ray Hospital. A prospective cross-sectional study was conducted with 319 participants who were chosen by a systematic random sampling method from 01/09/2016 to 30/09/2016 at out-patient department of Cho Ray Hospital. The result showed that The average mark of SF36 of chronic renal failure patients with conservative care was 42.5; physical health mark was 46.4; mental health mark was 38.7; General correlation SF36 mark with patient's diagnosing time of kidney failure to treatment. The physical health mark general correlation with to the renal function test (BUN, Creatinin). The mental health mark was related to patien's age, residence, marital status, occupation, eGFR and diagnosing time. **Conclusion:** The quality of life in chronic renal failure out-patients valued by SF-36 was mark below the average. Patient who had longer time of disease, higher of blood BUN, Creatinin got the lower physical and mental health marks. The brainworker patients got mental health better than those who retired /elderly.

*Phòng Quản lý chất lượng – Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: *Tôn Thanh Trà*
Email: *tonthanhtra@yahoo.com*
Ngày nhận bài: 9.12.2016
Ngày phản biện khoa học: 10.01.2017
Ngày duyệt bài: 23.01.2017

Key: *quality of life, chronic renal failure, SF 36.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn (STM) là hậu quả của nhiều ệnh mạn tính gây ra như đái tháo đường, tăng uyết áp, bệnh lý cầu thận... và trở thành guyên nhân gây tử vong cho hàng triệu bệnh hân mỗi năm [6]. Theo Trung tâm Kiểm soát ch bệnh Hoa Kỳ (CDC), năm 2007 có 110.000 ệnh nhân bắt đầu điều trị suy thận. Năm 2009, ần 38.000 người Canada đang sống chung với uy thận, gấp 3 lần so với năm 1990. STM không ai ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn tác ộng đến sức khỏe tinh thần của bệnh nhân và o đó làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của ệnh nhân, đặc biệt là gánh nặng về chi phí [4]. hiều nghiên cứu trong và ngoài nước được thực iện để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh hân STM ở giai đoạn lọc máu định kỳ nhưng hưa có nhiều nghiên cứu thực hiện đánh giá LCS của bệnh nhân ở giai đoạn điều trị bảo tồn. ì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm rả lời câu hỏi CLCS ở nhóm bệnh nhân này như hế nào và các yếu tố làm ảnh hưởng đến CLCS ủa họ. ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Xác định điểm rung bình chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn điều trị bảo tồn tại bệnh iện Chợ Rẫy và các yếu tố liên quan.*

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân suy hận mạn giai đoạn điều trị bảo tồn bằng thuốc ở ộ tuổi trưởng thành, đang điều trị ngoại trú tại hòng khám nội thận, bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/09/2016 đến ngày 30/09/2016.

❖ ***Tiêu chí chọn mẫu***

- Bệnh nhân STM giai đoạn điều trị bảo tồn ngoại trú
- Bệnh nhân có thời gian được chẩn đoán suy thận mạn trước đó ít nhất 6 tháng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ ***Tiêu chí loại trừ***

- Bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn (câm, điếc, tâm thần ...)
- Bệnh nhân nặng đang bị suy hô hấp (không thể lấy mẫu).
- Bệnh nhân bị kèm bệnh lý ung thư.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu (trình độ học vấn, hiểu biết....).

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả với phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn soạn sẵn và thu thập kết quả xét nghiệm cận lâm sàng.

Bộ câu hỏi SF36 CLCS gồm 11 câu hỏi lớn, chứa 36 câu hỏi nhỏ, chia làm 8 phần và hai lĩnh vực chính (sức khỏe tinh thần và sức khỏe thể chất).

Điểm của mỗi bệnh nhân sẽ là trung bình cộng của sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 11.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu: Có 319 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 49,5 ± 15, tỷ lệ nam/ nữ là 1/1. Bệnh nhân ở tỉnh chiếm 67 % và 75 % bệnh nhân đã kết hôn. Lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất với 45%,trình độ học vấn cấp II chiếm 43% và dân tộc kinh chiếm 85 % dân số nghiên cứu.

2. Điểm chất lượng cuộc sống với đặc tính mẫu

Bảng 1. Thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị của bệnh nhân (đơn vị tháng) (n=319)

Đặc tính	Trung vị	Tứ vị dưới	Tứ vị trên	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Thời gian chẩn đoán bệnh	5	2	48	0,5	120

Đối tượng trong nghiên cứu được chẩn đoán bị STM cách thời điểm nghiên cứu trên dưới 5 tháng và 50% bệnh nhân được chẩn đoán bị STM đến điều trị cách thời điểm nghiên cứu từ 2 tháng đến 48 tháng. Người bị bệnh mới nhất được chẩn đoán cách thời điểm nghiên cứu là 15 ngày và người được chẩn đoán bị bệnh lâu nhất, cách thời điểm nghiên cứu là 120 tháng.

Bảng 2. Các chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Chỉ số Xét nghiệm	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị [KTPV]	Nhỏ nhất	Lớn nhất
BUN (mg/dL)	280	43,9	24,4	36 [26 - 55]*	10	130
Creatinin (mg/dl)	319	3,2	2,3	2,5 [1,8-3,6]*	0,8	21
Hemoglobin (g/L)	319	109	18.9	109 [99-120]*	24,7	177

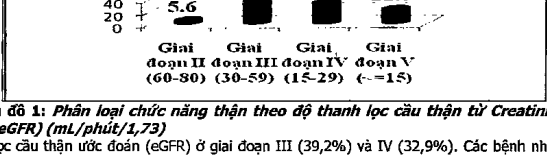
** trung vị [tứ vị dưới – tứ vị trên]*

Chỉ số BUN đạt trung bình 43,9 mg/dL với độ lệch chuẩn 24,4; bệnh nhân có chỉ số BUN cao nhất là 130 mg/dl và thấp nhất là 10 mg/dL. Trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 50% bệnh nhân có chỉ số BUN từ 26 – 55 mg/dL. Về nồng độ creatinin trong máu trung bình là 3,2±2,3 mg/dL. Nồng độ hemoglobin trong máu trung bình là 109±18,9 g/L.

Bảng 3. Điểm số sức khỏe thể chất (SKTC) và sức khỏe tinh thần (SKTT) SF-36 (N=319)

Chất lượng cuộc sống	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sức khỏe thể chất	46,4	7,8	21,3	75
Sức khỏe tinh thần	38,7	11,2	23,7	73
Tổng điểm SF36	**42,5**	**8,1**	**29,9**	**63,5**

Điểm trung bình của thang đo SF-36 là 42,5± 8,1 và điểm số cao nhất là 63,5 và thấp nhất là 29,9 điểm. Điểm trung bình của CLCS về SKTC là 46,4 ±7,8. Điểm CLCS về SKTC có điểm số cao hơn điểm CLCS về SKTT.



Biểu đồ 1: ***Phân loại chức năng thận theo độ thanh lọc cầu thận từ Creatinin huyết thanh (eGFR) (mL/phút/1,73)***

Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) ở giai đoạn III (39,2%) và IV (32,9%). Các bệnh nhân có độ lọc cầu thận (eGFR) trong khoảng 60 - 89 ml/phút/1,73m^2 chiếm tỷ lệ tương đối nhỏ (5,6%).

Bảng 4. Điểm trung bình SF-36 của 8 nội dung khảo sát (n=319)

Nội dung	Điểm trung bình/100	Độ lệch chuẩn	Trung vị	[KTPV]*
Nội dung 1 (PF): Sức khỏe liên quan hoạt động chức năng	75,0	19,2	80	65-90
Nội dung 2 (RP): Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng	28,4	34,9	0	0-50
Nội dung 3 (BP): Sức khỏe liên quan cảm nhận đau đớn	63,0	25,3	55	45-100
Nội dung 4 (GH): Sức khỏe tổng quát	42,4	14,8	45	30-55
Nội dung 5 (VT): Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống	48,5	9,6	50	40-55
Nội dung 6 (SF): Sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội	61,1	19,5	50	50-75
Nội dung 7 (RE): Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý	31,0	28,0	0	0-67
Nội dung 8 (MH): Sức khỏe tinh thần tổng quát	52,3	11,2	52	44-56

**[KTPV]: khoảng tứ phân vị*

Điểm trung bình SF-36 của 8 nội dung khảo sát: nội dung sức khỏe liên quan đến hoạt động chức năng (PF) có điểm trung bình chiếm cao nhất và thấp nhất là điểm trung bình của nội dung giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng (RP). Điểm trung bình về sức khỏe tinh thần tổng quát (MH), sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống (VT) và nội dung sức khỏe tổng quát (GH) có điểm trung bình lần lượt là 52,3; 48,5 và 42,4.

Bảng 5. Điểm trung bình sức khỏe tinh thần (SKTT) theo đặc tính mẫu (N=319)

Đặc tính	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Nhóm tuổi*				
20 – 29	27	42,4	10,1	**0,02**
30 – 39	46	38,8	10,1	
40 – 49	98	40,7	12,5	
50 – 59	109	36,2	10,7	

60 – 81	39	37,9	9,6	
Nơi cư trú				
Tỉnh	215	37,7	10,1	**0,04**
Thành phố	104	40,7	12,9	

Bệnh nhân càng lớn tuổi thì điểm SKTT càng giảm. Những người bệnh ở tỉnh có điểm SKTT (37,7±10,1) thấp hơn những người ở thành phố Hồ Chí Minh (40,7±12,9) (với p<0,05).

Bảng 6. Điểm trung bình sức khỏe tinh thần theo đặc tính mẫu (n=319)

Đặc tính	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Tình trạng hôn nhân				
Sống một mình	78	43,7	11,1	**0,001**
Sống chung vợ chồng	241	37,1	10,7	
Nghề nghiệp*				
Lao động trí óc	59	41,4	12,5	
Lao động tay chân	145	40,1	11,6	**0,004**
Khác (hưu trí /già)	115	35,5	9,1	

Điểm SKTT trung bình ở người sống một mình (43,7±11,1) cao hơn những người đã có gia đình (37,1±10,7). Người lao động trí óc và lao động chân tay có điểm SKTT cao hơn những người đã về hưu/già, với p<0,05.

3.Các yếu tố liên quan đến CLCS

Bảng 7. Liên quan giữa điểm trung bình sức khoẻ thể chất (SKTC) với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm

Các yếu tố	Hệ số	KTC 95%	p
Thời gian chẩn đoán (tháng)	-0,04	-0,066 – -0,006	**0,02**
BUN (mg/dL)	-0,03	-0,064 – -0,005	**0,04**
Creatinin (mg/dL)	-0,19	-0,367 – -0,022	**0,03**
Hemoglobin (g/L)	0,02	-0,053 – 0,087	0,72

Có mối liên quan giữa điểm SKTC với thời gian chẩn đoán chẩn đoán bệnh đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm: BUN và Creatinin, với p<0,05.

Bảng 8. Liên quan giữa điểm trung bình SKTT với thời gian chẩn đoán bệnh đến điều trị, và các chỉ số xét nghiệm

Các yếu tố	Hệ số	KTC 95%	p
Thời gian chẩn đoán (tháng)	-0,09	-0,127 – -0,043	**<0,001**

Có mối liên quan giữa điểm SKTT với thời gian chẩn đoán bệnh, với p<0,05. Khi thời gian chẩn đoán tăng lên một tháng thì điểm SKTT giảm 0,09 điểm.

Bảng 9. Mối liên quan giữa điểm trung bình SKTT với độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR) (ml/phút/1,73m²)

Độ lọc cầu thận ước đoán *(eGFR)*	Sức khỏe tinh thần			
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Giai đoạn II (60 – 89)	18	37,8	12,8	0,04
Giai đoạn III (30 – 59)	125	38,4	11,3	
Giai đoạn IV (15 – 29)	105	38,4	11,2	
Giai đoạn V (<15)	71	39,9	10,6	

Nhóm bệnh nhân giai đoạn II có điểm SKTT thấp hơn so với nhóm có giai đoạn III, IV, hoặc V. Có sự khác biệt về điểm SKTT giữa những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước đoán ở những giai đoạn khác nhau (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tổng số bệnh nhân STM tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 48±12 tuổi, độ tuổi này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Việt Thắng (48±13 tuổi) [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì điểm trung bình chất lượng cuộc sống càng giảm. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân sống ở các tỉnh chiếm 67% gấp đôi bệnh nhân trong thành phố Hồ Chí Minh (33%). Đây là nhóm bệnh nhân ít có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ y tế và ít kiểm tra sức khỏe tổng quát định kỳ. Người bệnh thường bỏ qua đến khi nào nhận thấy cơ thể có các biểu hiện triệu chứng bệnh mới đến bệnh viện khám và điều trị. Vì vậy, thời điểm chẩn đoán, phát hiện bệnh có thể đã trễ và bệnh đã chuyển sang giai đoạn muộn.

- Các chỉ số xét nghiệm cho thấy bệnh nhân suy thận ở mức từ trung bình – nặng (độ II, III). Chỉ số BUN, Creatinin trung bình cao hơn so với trị số ở người bình thường. Chỉ số Hemoglobin thấp hơn so với giá trị tham khảo. Do đó, để giữ được sức khỏe ổn định, trạng thái tâm lý tích cực là điều khó khăn đối với những bệnh nhân suy thận.

- Nội dung sức khỏe liên quan hoạt động chức năng (PF) có điểm số trung bình cao nhất trong tổng số 8 nội dung khảo sát về chất lượng cuộc sống (75/100). So với kết quả nghiên cứu của Lâm Nguyễn Nhã Trúc thì điểm số này trong nghiên cứu chúng tôi cao gấp 15 lần so với bệnh nhân trước chạy thận nhân tạo và gấp đôi so với bệnh nhân sau khi chạy thận nhân tạo [2]. Các hoạt động bị hạn chế khi giảm chức năng (RP) có điểm trung bình thấp nhất, điểm trung bình nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Seung tại Hàn Quốc năm 2009 (nhóm có và không suy thận mạn lần lượt là 65 và 71 điểm)[6].

- *Điểm trung bình sức khỏe tinh thần với nhóm tuổi và nơi cư trú*: Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao thì điểm trung bình CLCS về SKTT càng giảm, vì nhóm tuổi từ 40-60 tuổi là độ tuổi trung niên, giai đoạn này thường bắt đầu xuất hiện các bệnh lý liên quan đến tuổi tác, thói quen như: đái tháo đường, tim mạch, viêm gan, và những bệnh có thể liên quan đến suy thận [5]. Điều này phù hợp với mô hình bệnh tật tại Việt Nam và các nước trên thế giới hiện nay có các bệnh mạn tính không lây đang gia tăng mạnh trong nhóm tuổi này. Người làm việc và sinh sống ở thành phố Hồ Chí Minh có khả năng tự tìn về tài chính, sự hiểu biết nhận thức lối sống, tiếp cận y tế hiện đại tốt hơn so với người dân ở những vùng nông thôn. Vấn đề sức khỏe họ ý thức được từ lối sống, chế độ dinh dưỡng... nên vì thế mà CLCS về SKTT tốt hơn.

- *Điểm trung bình sức khỏe tinh thần đối với tình trạng hôn nhân và nghề nghiệp*: Đối với người lớn tuổi, bệnh thực thể cùng với những rối loạn tâm lý là bạn đồng hành của họ. Bên cạnh đó, trong số những bệnh nhân nghỉ hưu có thể một số người đang chịu những áp lực, căng thẳng khi phải thích nghi với hoàn cảnh sống mới, khi phải chuyển từ giai đoạn làm việc tích cực sang giai đoạn nghỉ hưu. Họ phải trải qua một loạt các biến đổi tâm lý quan trọng do thay đổi nếp sinh hoạt, mối quan hệ xã hội bị hạn chế hoặc chịu đựng những hạn chế về tài chính. Có thể vì vậy mà nghiên cứu cho thấy điểm SKTT của những đối tượng hưu trí hoặc cao tuổi kém hơn những người lao động trí óc.

- *Liên quan giữa điểm trung bình sức k thể chất (SKTC) với thời gian chẩn đoán b đến điều trị và các chỉ số xét nghiệm*: Khi t gian chẩn đoán bệnh đến điều trị tăng lên r tháng thì điểm SKTC giảm 0,04 điểm. Điểm CL chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Seung [Các chỉ số xét nghiệm cho thấy bệnh nhân th gia nghiên đang suy thận ở mức từ trung bình nặng (độ III, IV). Khi chỉ số xét nghiệm Bl creatinin tăng lên một đơn vị thì SKTC giảm 0,03 điểm và 0,19 điểm. Điều này có nghĩa là số xét nghiệm BUN, creatinin càng cao thì SK của bệnh nhân càng giảm (với p<0,05). Khi nồ độ creatinin máu tăng cao người bệnh cảm tl sức khỏe mình xuống dốc, tâm lý lo lắng th vào đó có thể bác sĩ đổi thuốc hoặc tăng liều thể điều đó làm ảnh hưởng đến CLCS về SK người bệnh.

- *Điểm trung bình SKTT với độ lọc cầu t ước đoán (eGFR)*: Độ lọc cầu thận ước đoán h nay được ứng dụng rộng rãi trong thực tế l sàng, ứng dụng tại Việt Nam. eGFR được dù làm tiêu chuẩn để định nghĩa bệnh thận mạn năm 2002 theo KDOQI (Kidney Disease Outcor Quality Initiative), bền cạnh tiêu chuẩn t thương thận kéo dài, biểu hiện qua những tl đổi về bệnh học, tiểu đạm, tiểu máu... Ngh cứu chúng tôi cho thấy rằng những bệnh nh có eGFR càng thấp thì điểm số CLCS về SK càng giảm, mức độ suy thận tăng lên một đơn thì điểm SKTT của bệnh nhân tham gia ngh cứu giảm 1 điểm. Nghiên cứu của tác giả Chun Tsai và cộng sự đã chứng minh rằng đi số CLCS về SKTC, SKTT càng giảm ở nhữ bệnh nhân suy thận có eGFR càng thấp; và những bệnh nhân này có điểm CLCS thấp h dân số chung. Nghiên cứu của Chin và cộng tại Hàn Quốc cho thấy mối liên quan giữa đi số CLCS về SKTC ở bệnh nhân STM với chỉ eGRF đặc biệt ở những bệnh nl eGFR<45ml/phút/1,73m^2 có điểm CLCS về SK thấp nhất [5].

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình CLCS của bệnh nhân thận mạn đang điều trị bảo tồn theo thang đo 36 là 42,5 ± 8,1 điểm. Trong đó, điểm sức kl thể chất và tinh thần lần lượt là 46,4±7,8 đ và 38,7 ±11,2 điểm.

- Những yếu tố liên quan đến điểm sức k thể chất là: Nồng độ BUN, Creatinin/ máu.

- Những yếu tố liên quan đến điểm sức k tinh thần là: nghề nghiệp, tình trạng hôn nl nơi cư trú, nhóm tuổi và chỉ số độ lọc cầu t ước tính (eGFR).

Yếu tố liên quan đến điểm sức khỏe thể và tinh thần là: thời gian chẩn đoán bệnh điều trị của bệnh nhân.

KIẾN NGHỊ:

Tăng cường trợ giúp của người thân, nhân viên y tế đặc biệt là những trợ giúp về mặt tinh thần. Khuyến cáo người dân nên đi khám sức khỏe định kỳ để có thể phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời tránh diễn tiến sang giai đoạn mạn tính nặng hơn, nhằm giảm gánh nặng cho người bệnh và gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Việt Thắng (2012)** "*Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF-36*" *Y học thực hành* (1), tr.110 -115.
2. **Lâm Nguyễn Nhã Trúc (2011)** *Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và giai đoạn sớm sau chạy thận nhân tạo*, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Nội khoa, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 51-59.
3. **Trần Thị Bích Hương (2010)** "*Ứng dụng EGFR trong thực hành lâm sàng đánh giá chức năng lọc cầu thận*". *Y Học Tp. Hồ Chí Minh*, 14 (2), tr.613-620.
4. **CDC (2012)** *National Chronic Kidney Disease Fact Sheet 2010*, Centers for Disease Control and Prevention,http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/factsheets/kidney.htm, access on June 17th, 2012.
5. **Kroenke C H Kubzansky, L D Schernhammer, E S Holmes, M D Kawachi (2006)** "Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis". *Journal of Clinical Oncology*, 24 (7), pp.1105 - 1111.
6. **Seung Seok Han et al. Korea. (2009)** *Quality of life and mortality from a nephrologist's view: a prospective observational study*, http://www.biomedcentral.com/1471-2369/10/39, access on May 23th, 2012.
7. **World Health Organization (WHO) (2011)** "Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011". *World Health Organization*, p.5.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH LÝ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN GÚT

Nguyễn Thị Phương Thủy[1,2], Hồ Thị Ngân Hà[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. 2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu trên 225 bệnh nhân chẩn đoán gút tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2014. ***Kết quả và kết luận:*** Trong 225 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân gút mắc BLTM chiếm tỷ lệ 45,8%, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%). Các bệnh lý tim mạch khác như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, bệnh mạch ngoại vi và bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ thấp hơn (0,9-2,2%). Các yếu tố làm tăng nguy cơ của BLTM ở bệnh nhân gút gồm: tuổi cao trên 60 tuổi, thời gian mắc bệnh gút kéo dài trên 3 năm, nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 nmol/l, protein C phản ứng tăng trên 0,5mg/dl, béo phì, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường và bệnh thận mạn tính.

Từ khóa: Gút, bệnh lý tim mạch, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

STUDY ON RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN PATIENTS WITH GOUT

Objective: 1. To identify the prevalence of cardiovascular disease in patients had established gout. 2. To examine the cardiovascular risk factors in patients with gout. ***Methods:*** cross sectional, prospective and retrospective cohort study, 225 patients with gout at Rheumatology department, Bach Mai hospital from January, 2014 to December, 2014. **Results and conclusions:** Among 225 patients with gout, 45.8% of patients had cardiovascular disease and the prevalence of hypertension was highest (38.2%). Other cardiovascular disease such as myocardial infarction, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease and coronary heart disease had lower prevalence (0.9- 2.2%). The cardiovascular risk factors in gout patients included age >60, disease duration was longer than 3 years, serum uric acid concentration was higher than 420 nmol/l, C-reactive protein was higher than 0.5mg/dl, obesity, dyslipidemia, diabetes and chronic kidney disease.

Key words: gout, cardiovascular disease, risk factors.

[1]*Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Trường đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy
Email:phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.12.2016
Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017
Ngày duyệt bài: 23.01.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh khớp do rối loạn chuyển hóa, gây ra bởi tình trạng lắng đọng các tinh thể urat ở các mô của cơ thể do hậu quả của quá trình tăng acid uric máu. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính và gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể, trong đó có những biến chứng có thể gây tử vong. Ở bệnh nhân gút, xuất hiện nhiều yếu tố nguy cơ của các bệnh lý tim mạch như: tăng