

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH CÓ LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ngô Thị Hà*, Trương Thị Thùy Dương*, Trần Tuấn Tú*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân suy thận mạn và đặc biệt là nhóm bệnh nhân có lọc máu chu kỳ, liên quan chặt chẽ tới tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân do cơ thể giảm protein và giảm năng lượng dự trữ. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái nguyên năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang trên toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại khoa Nội Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ khá cao (27,8%). Thời gian điều trị của người bệnh càng dài thì tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn càng cao (đánh giá bằng chỉ số BMI) với $p < 0,05$. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA có tới 58,3% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 2,2% bệnh nhân bị SDD nặng.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, suy thận mạn tính, lọc máu chu kỳ, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF CHRONIC RENAL FAILURE PATIENT WITH DIALYSIS CYCLE AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Background: Patients with chronic renal failure and especially those with cyclic dialysis, are closely related to the patient's malnutrition status due to reduced protein and reduced energy reserves. **Objective:** To assess malnutrition status of patients with chronic renal failure with cyclic dialysis at Thai Nguyen Central Hospital in the year 2020. **Research subjects and methods:** The study was conducted according to the descriptive method, cross-sectional design on all chronic kidney failure patients with cyclic dialysis at the Department of Nephrology, Urology and Dialysis at Central Hospital, Thai Nguyen. **Research results:** Percentage of patients with chronic energy deficiency (BMI < 18.5) accounted for quite a high rate (27.8%). The longer the patient's treatment time, the higher the rate of chronic energy deficiency (assessed by BMI) with $p < 0.05$. Assessment of nutritional status according to SGA method had up to 58.3% of patients with mild malnutrition, 2.2% of patients with severe malnutrition.

Keywords: Malnutrition, chronic kidney failure, cyclic dialysis, Thai Nguyen Central Hospital.

*Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hà

Email: ha97ddlg@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2021

Ngày duyệt bài: 12.3.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) và bệnh thận giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Bệnh có xu hướng ngày càng tăng nhanh và đòi hỏi chi phí điều trị rất lớn. Suy thận mạn, đặc biệt là giai đoạn phải điều trị thay thế, thực sự là một gánh nặng bệnh tật của xã hội [1].

Theo nghiên cứu của Ahmed. S tại Anh (2011) thì tỷ lệ SDD được phát hiện ở 44,0% bệnh nhân bị suy thận mạn trước khi phải điều trị thay thế thận [2]. Gần đây của tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ khá cao (30,2%). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA có tới 62,5% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 5,3% bệnh nhân bị SDD nặng [3]. Vậy tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ ở bệnh viện Đa khoa Trung Ương Thái Nguyên ra sao? Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" với mục tiêu:

Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái nguyên năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mắc bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ ngày 01 tháng 03 năm 2020 đến ngày 30 tháng 08 năm 2020

- Địa điểm: khoa Nội thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích toàn bộ bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại khoa nội thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên tại thời điểm nghiên cứu.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thu nhập bình quân hàng tháng, thời gian điều trị và khu vực sinh sống.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) của đối tượng nghiên cứu.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA.

- Mức độ suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA: nhẹ và nặng.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn bằng chỉ số BMI theo nhóm tuổi, thời gian điều trị, theo khu vực sinh sống (nông thôn và thành thị).

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi bệnh nhân: Hiện nay, người ta tính tuổi khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo cách quy tuổi về tháng hay năm gần nhất [8].

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số BMI và phân loại theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2006 [8]:

$$BMI = \frac{\text{cân nặng}}{(\text{chiều cao})^2}$$

Bảng 2.1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số BMI của WHO 2006 [8]

Phân loại	BMI (kg/m ²)
Thiếu cân	< 18,5
Bình thường	18,5-24,9
Thừa cân	≥ 25
Tiền béo phì	25-29,9
Béo phì độ 1	30-34,9
Béo phì độ 2	35-39,9
Béo phì độ 3	≥ 40

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA:

Thang điểm:

1 - 14 điểm: Tình trạng dinh dưỡng tốt

15 - 35 điểm: Suy dinh dưỡng nhẹ

36 - 49 điểm: Suy dinh dưỡng nặng

Bảng 2.2. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA [9]

Các tiêu chí đánh giá		Thang điểm
Giảm cân trong vòng 6 tháng	Không giảm, giảm ít: 0,5-1kg	1- 2
	Giảm >1kg nhưng <5% trọng lượng cơ thể	3- 5
	Giảm > 5% trọng lượng cơ thể	6-7
Thay đổi chế độ ăn	Không đổi	1-2
	Giảm thức ăn khô	3-5
	An ngày càng giảm các loại thức ăn	6-7
Biểu hiện của các triệu chứng: rối	Ít, không có	1-2
	Thỉnh thoảng	3-5
	Thường xuyên	6-7

loạn tiêu hoá, sốt...		
Tình trạng sức khỏe, thể lực	Thể lực ổn định	1-2
	Sức khỏe có suy giảm nhẹ	3-5
	Sức khỏe suy giảm trầm trọng, thể lực xấu	6-7
Sự suy giảm lớp mỡ dưới da	Giảm ít hoặc không giảm	1-2
	Giảm nhẹ trên toàn bộ diện tích dưới da	3-5
	Giảm nặng trên vài phần hoặc hầu hết	6-7
Sự hao mòn cơ	Giảm ít hoặc không giảm	1-2
	Giảm nhẹ trên toàn bộ diện tích dưới da	3-5
	Giảm nặng trên vài phần hoặc hầu hết	6-7
Hội chứng phù	Không phù hoặc phù ít (khó thấy)	1-2
	Phù trung bình	3-5
	Phù nhiều	6-7

2.6. Kỹ thuật tiến hành

***Cân nặng:** Kỹ thuật cân: Sử dụng cân Tanita với độ chính xác đến 0,1kg. Đặt cân ở vị trí bằng phẳng, chắc chắn, thuận tiện cho bệnh nhân bước lên bước xuống khi cân. Chỉnh cân về vị trí "0".

Khi cân bệnh nhân mặc quần áo mỏng (trang phục cho bệnh nhân trong bệnh viện), bỏ giày dép. Mỗi bệnh nhân được cân tại 2 thời điểm:

- Trước lọc: ngay trước lọc máu, chỉ số này được sử dụng để đánh giá tình trạng tăng cân giữa 2 kỳ lọc, đồng thời để xác định lượng nước thực được rút trong buổi lọc đó (trừ đi cân nặng sau lọc).

- Sau lọc: ngay sau khi cuộc lọc, tương đương trọng lượng khô tương đối của bệnh nhân.

Mỗi bệnh nhân được cân sau khi cuộc lọc kết thúc 10-20 phút, cân trong 3 buổi lọc liên tiếp, kết quả trung bình của 3 lần lọc đo được coi là trọng lượng khô tương đối và đưa vào tính toán thống kê. Bệnh nhân đứng vào giữa bàn cân ở tư thế đứng thẳng và yên lặng, không chạm vào bất cứ vật gì xung quanh. Khi cân ổn định, đọc và ghi lại kết quả với đơn vị là kg và một số lẻ.

- Cân nặng là trọng lượng khô tương đối được tính là kết quả trung bình của 3 lần cân trong 3 buổi lọc liên tiếp.

*Chiều cao:

- Kỹ thuật đo: Sử dụng thước gỗ của Unicef. Thước được đóng trên một mặt phẳng (tường buồng bệnh), tại điểm khi kéo chạm đất, thước sẽ ở 0 cm.

- Bệnh nhân bỏ giày dép, mũ và đứng quay lưng vào thước đo, giữa trục của thước, hai tay

buồng thồng tự nhiên.

- Kiểm tra các điểm chạm của cơ thể vào mặt phẳng thẳng đứng đóng thước: cằm, vai, hông, bắp chân và gót chân. Đọc và ghi lại kết quả với đơn vị là cm và một số lẻ [4].

2.7. Xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập trên phần mềm Epi data 3.1 và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thích hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	SL	%
< 40	40	18,0
40 - 60	87	39,0
> 60	96	43,0
Tổng số	223	100

Nhận xét: Trong tổng số 233 bệnh nhân, bệnh nhân ở nhóm tuổi 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,0%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 40 - 60 chiếm 39% và nhóm tuổi < 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian điều trị và khu vực sinh sống

Thời gian điều trị	< 4 năm		4 - 8 năm		> 8 năm		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Thành thị	44	17,9	29	13,0	17	7,6	90	40,3
Nông thôn	69	30,9	38	17,1	26	11,7	133	59,7
Tổng số	113	50,6	67	30,1	43	19,36	223	100

$p > 0,05$

Nhận xét: Thời gian điều trị của người bệnh sống ở khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn người bệnh sống ở khu vực thành thị. Tuy nhiên sự khác biệt về thời gian điều trị của người bệnh sống ở thành thị và nông thôn không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo chỉ số BMI

BMI	Giới	Nam		Nữ		Tổng số	
		SL	%	SL	%	SL	%
BMI < 18,5		28	12,6	34	15,2	62	27,8
BMI 18,5 - 24,9		78	35,0	68	30,5	146	65,5
BMI ≥ 25		8	3,6	7	3,1	15	6,7
Tổng số		114	51,2	109	48,8	223	100

Nhận xét: Theo phân loại của WHO năm 2007: bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn chiếm tỷ lệ khá cao (27,8%); 65,5% bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường; số bệnh nhân bị thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ thấp (6,7%).

Bảng 3.6. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo phương pháp SGA (đánh giá tổng thể đối tượng)

Điểm số theo phương pháp SGA	SL	%
1 - 14 (tình trạng dinh dưỡng tốt)	88	39,5
15 - 35 (suy dinh dưỡng nhẹ)	130	58,3
36 - 49 (suy dinh dưỡng nặng)	5	2,2
Tổng số	223	100

Nhận xét: Kết quả ở bảng cho thấy, có tới 58,3% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nhẹ và 2,2% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng.

Bảng 3.7. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn bằng chỉ số BMI (TNLTD) theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

18,0%).

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới tính	SL	%
Nam	114	51,1
Nữ	109	48,9
Tổng số	223	100

Nhận xét: Trong tổng số 223 đối tượng nghiên cứu, số bệnh nhân nam chiếm 51,1% cao hơn bệnh nhân nữ (chiếm 48,9%).

Bảng 3.3. Thu nhập trung bình hàng tháng của đối tượng nghiên cứu

Thu nhập bình quân/tháng	SL	%
< 3 triệu đồng	169	75,8
≥ 3 triệu đồng	54	24,2
Tổng số	223	100

Nhận xét: Thu nhập của người bệnh trung bình trong một tháng với mức dưới 3 triệu chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với người có thu nhập từ 3 triệu trở lên (chiếm 75,8%).

Nhóm tuổi	TTDD	Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5)				Tổng số	
		Có	%	Không	%	SL	%
< 40		10	25,0	30	75,0	40	100,0
40 - 60		23	26,4	64	73,6	87	100,0
> 60		34	35,4	62	64,6	96	100,0
Tổng số		62	27,8	161	72,2	223	100,0

p > 0,05

Nhận xét: Nhóm người bệnh trên 60 tuổi bị thiếu năng lượng trường diễn (đánh giá bằng chỉ số BMI) chiếm tỷ lệ cao nhất (35,4%), tiếp đến là nhóm người bệnh từ 40 - 60 (26,4%), chiếm tỷ lệ thấp nhất (25,0%) ở nhóm người bệnh dưới 40 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.8. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn bằng chỉ số BMI theo thời gian điều trị

Thời gian điều trị (năm)	TTDD	Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5)				Tổng số	
		Có	%	Không	%	SL	%
< 4		9	20,9	34	58,2	43	100,0
4 - 8		18	26,9	49	73,1	67	100,0
> 8		35	32,1	74	67,9	109	100,0
Tổng số		62	27,8	161	72,2	223	100,0

p < 0,05

Nhận xét: Số người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn (đánh giá bằng chỉ số BMI) điều trị trên 8 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%), tiếp đến là người bệnh điều trị từ 4 - 8 năm (26,9%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm người bệnh dưới 4 năm điều trị (20,9%). Sự khác biệt về tình trạng thiếu năng lượng trường diễn theo thời gian điều trị của người bệnh có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong tổng số 233 bệnh nhân, bệnh nhân ở nhóm tuổi 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (43,0%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 40 - 60 chiếm 39,0% và nhóm tuổi <40 chiếm tỷ lệ thấp nhất 18,0%). Tỷ lệ bệnh nhân nam (51,1%) cao hơn bệnh nhân nữ (48,9%). Kết quả này của tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) trên bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ ở bệnh viện Đa khoa Phú Thọ [3].

Người bệnh có thu nhập bình quân hàng tháng chủ yếu là dưới 3 triệu đồng chiếm tỷ lệ khá cao (75,8%), số người bệnh có thu nhập trên 3 triệu đồng chỉ có 24,2%. Trong khi chi phí cho các cuộc lọc hàng tháng nếu người bệnh không bảo hiểm y tế cũng phải mất khoảng từ 8 đến 10 triệu đồng Việt Nam. Trong nghiên cứu của tôi phần lớn là bệnh nhân trong hộ nghèo nên được chi trả toàn bộ chi phí về lọc máu, siêu lọc và thuốc tăng hồng cầu cũng như chi phí về xét nghiệm. Tuy nhiên bệnh nhân phải chi phí cho việc đi lại, ăn ở, sinh hoạt hàng ngày nhất là những người bệnh ở xa đến lọc máu ngoại trú tại bệnh viện và đặc biệt phải sử dụng một số thuốc đắt tiền hỗ trợ tăng sinh hồng cầu

trong danh mục bảo hiểm y tế không chi trả. Đây cũng chính là nguyên nhân góp phần làm cho tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân STMT - LMCK chiếm tỷ lệ cao.

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ở khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ cao hơn (59,7%), tỷ lệ bệnh nhân ở khu vực thành thị thấp hơn (40,3%). Kết quả này của tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) [3]. Tuy nhiên sự khác biệt về thời gian điều trị của người bệnh sống ở thành thị và nông thôn không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

4.2. Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy, bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn chiếm tỷ lệ khá cao (27,8%). Kết quả nghiên cứu của tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Nhường tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2013 (37,2%) [7], Trần Thị Yến (2018) tại bệnh viện tỉnh Thái Bình (36,5%) [5] và Nguyễn Thị Thúy Hồng năm 2019 (30,2%) [3]. Có thể giải thích rằng các nghiên cứu được tiến hành ở các địa điểm và thời điểm khác nhau. BMI thấp là hậu quả của việc giảm khối mỡ và khối cơ trên bệnh nhân.

Khi sử dụng phương pháp SGA để đánh giá tình trạng dinh dưỡng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tới 58,3% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nhẹ và 2,2% bệnh nhân bị suy dinh dưỡng nặng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Nhượng (2013) cho thấy có 70,7% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 10% bệnh nhân bị SDD nặng, chỉ có 19,3% bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng tốt [6] và tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019) trong số 155 bệnh nhân thì có 62,5% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 5,3% bệnh nhân bị SDD nặng [3]. Phương pháp SGA đưa ra những tiêu chí đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng của người bệnh giúp cho các nhà lâm sàng đưa ra những phương pháp can thiệp dinh dưỡng đặc hiệu góp phần quan trọng nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho người bệnh.

Nhóm người bệnh trên 60 tuổi bị TNLTD theo chỉ số BMI chiếm tỷ lệ cao nhất (35,4%), chiếm tỷ lệ thấp nhất (25,0%) ở nhóm người bệnh dưới 40 tuổi (bảng 3.7). Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019): Nhóm người bệnh trên 60 tuổi bị thiếu năng lượng trường diễn (đánh giá bằng chỉ số BMI) chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%), tiếp đến là nhóm tuổi 40 - 60 (28,2%), chiếm tỷ lệ thấp nhất (27,9%) với nhóm người bệnh dưới 40 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.8 cho thấy: Số người bệnh bị TNLTD (đánh giá bằng chỉ số BMI) điều trị trên 8 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (32,1%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm người bệnh dưới 4 năm điều trị (20,9) với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Nhượng (2013): thời gian điều trị trên 8 năm 55,2% bệnh nhân bị SDD, từ 4 đến 8 năm điều trị 37,5%, còn dưới 4 năm là 29,2% ($p < 0,05$) [7] và tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019): số người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn (đánh giá bằng chỉ số BMI) điều trị trên 8 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%), tiếp đến là người bệnh điều trị từ 4 - 8 năm (35,1%), chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,2%) là nhóm người bệnh dưới 4 năm điều trị ($p < 0,05$). Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy thời gian điều trị càng lâu thì tình trạng dinh dưỡng càng giảm [6], [8].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân bị thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ khá cao (27,8%).
- Thời gian điều trị của người bệnh càng dài thì tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn càng cao (đánh giá bằng chỉ số BMI) với $p < 0,05$.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp SGA có tới 58,3% bệnh nhân bị SDD nhẹ, 2,2% bệnh nhân bị SDD nặng.

KHUYẾN NGHỊ

- Cần tăng cường các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao tình trạng thiếu năng lượng trường diễn cho người bệnh.
- Xây dựng chế độ ăn phù hợp với từng giai đoạn bệnh lý và khuyến khích bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn nhằm cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aghakhani N., S. Samadzadeh, T. M. Mafi, et al (2012)**, "The impact of education on nutrition on the quality of life in patients on hemodialysis: a comparative study from teaching hospitals", Saudi J Kidney Dis Transpl, 23(1), pp. 26 - 30.
2. **Ahmed.S, A.Molhem, et al (2011)**, "Nutritional assessmet of patients on hemodialysis in a large dialysis center", Saudi J Kidney Dis Transpl, pp. 675 - 681.
3. **Nguyễn Thị Thúy Hồng (2019)**, "Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kì tại bệnh viện đa khoa Phú Thọ", Tạp chí Y học thực hành, tập 1181, tr. 115 - 117.
4. **Trường Đại Học Y Hà Nội (2006)**, Hướng dẫn thực hành dinh dưỡng ở cộng đồng, NXB Y học, tr. 15 - 38.
5. **Trần Thị Yến (2018)**, "Đặc điểm khẩu phần và một số rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận lọc máu chu kì tại hai bệnh viện tỉnh Thái Bình năm 2017", Luận văn thạc sĩ dinh dưỡng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình, tr. 38 - 53.
6. **Kaysen G, Dubin J, Muller H, Rosales L, Levin N (2000)**, The acute- phase response varies with time and predicts serum albumin levels in hemodialysis patients, The HEMO Study Group, Kidney Int, 58, pp. 346 - 352.
7. **Trần Văn Nhượng (2013)**, Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2012, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y tế công cộng, tr. 58 - 76.
8. **WHO (2011)**, Global status report on noncommunicable diseases 2010, WHO press, 20Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, pp. 152 - 156
9. **WHO expert consultation (2004)**, "Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies", The Lancet, 363, pp. 157 - 163.