

NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH ĐỊNH

Nguyễn Dũng¹, Võ Văn Thắng²

TÓM TẮT

Phương thức điều trị đối với những bệnh nhân giai đoạn cuối có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị bảo tồn nội khoa và đang lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định và xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống. Bộ công cụ về đánh giá chất lượng cuộc sống SF-36 được sử dụng. Đây là bộ công cụ bao gồm 8 mục bao gồm 2 khía cạnh chính là về thể chất và tinh thần để đánh giá tình trạng sức khỏe. Nghiên cứu được tiến hành trên 180 bệnh nhân đang được điều trị bằng phương pháp bảo tồn và đang lọc máu chu kỳ tại khoa Nội Thận – Lọc máu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định từ tháng 5/2012 đến tháng 5/2013. Điểm trung bình của SF-36 là 50.30±10.67. Chất lượng cuộc sống tốt chiếm tỷ lệ 50,3%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống bao gồm: tuổi, giới tính, kinh tế, nghề nghiệp, trình độ học vấn, môi trường gia đình và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (huyết áp, hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, ure, creatinin, erythropoietin liều, Kt/V, PRU). Qua nghiên cứu chúng tôi đi đến kết luận, các yếu tố độ tuổi càng cao, nữ giới, tình trạng kinh tế nghèo, nghề nông, sống 1 mình hay ly dị có nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có thể quản lý nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

ABSTRACT

Treatment modalities for end-stage renal disease affect quality of life (QOL) of the patients. A cross-sectional study was conducted to assess the QOL of patients on hemodialysis (HD) and to determine related factors at Binh Dinh Province General Hospital. We used the short form-36 (SF-36) questionnaire, a generic instrument for measuring QOL. This questionnaire is composed of eight scales that summarize the physical component scale (PCS) and mental component scale (MCS) of health status. We studied 180 HD patients treated by medical methods of conservation and artificial kidney in the Renal - Dialysis Internal Medicine Department of Binh Dinh Province General hospital from May 2012 to May 2013.

The mean SF-36 score was 50.30±10.67. A good QoL category accounted for 53% among participants. The QoL associated significantly with factors: age, gender, education, occupation, economics and family environmental and other clinical and sub-clinical factors (Hypertension, erythrocyte, hemoglobin, hematocrit, urea, creatinine, erythropoietin endose, Kt/V, PRU). We concluded that old age, female gender, farmer occupation, poor economics, living alone or separate have a negative impact on the QOL of HD patients. These clinical and sub-clinical factors can be managed for improving the QoL.

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

2. Trường ĐH Y Dược Huế

Ngày nhận bài: 01/08/2014

Ngày phản biện: 06/08/2014

Ngày duyệt đăng: 12/08/2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là tình trạng suy giảm chức năng thận một cách thường xuyên liên tục, chậm (nhiều tháng hay nhiều năm) và không hồi phục. Hầu hết các bệnh lý thận mạn tính dù khởi phát là bệnh cầu thận, bệnh ống kẽ thận hay bệnh mạch thận đều có thể dẫn đến suy thận mạn [4].

Suy thận là vấn đề ngày càng trở nên phổ biến, có tính toàn cầu không chỉ với người làm y tế mà còn với cộng đồng. Nó không những gây ra gánh nặng cho bản thân bệnh nhân mà còn là gánh nặng cho y tế cộng đồng, làm giảm chất lượng sống, ảnh hưởng đến sinh hoạt xã hội, tài chính quốc gia. Điều trị thay thế thận suy bằng ghép thận, lọc máu là những phương pháp hiện đại đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới và ở Việt Nam, hạn chế được biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong. Tuy vậy, chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn (STM) giai đoạn cuối ở Việt Nam vẫn còn ít các nghiên cứu đánh giá. Khi xã hội phát triển, yêu cầu đối với việc điều trị không chỉ là kéo dài đời sống bệnh nhân mà còn phải đảm bảo cho họ chất lượng sống tốt.

Tại Bình Định, lọc máu bằng thận nhân tạo được áp dụng từ năm 2000 với số lượng bệnh nhân ngày càng đông nhưng ở địa phương vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá chất lượng sống (CLS) bệnh nhân để có những giải pháp can thiệp phù hợp. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu cụ thể như sau: 1. *Mô tả chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị bảo tồn nội khoa và đang lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định.* 2. *Xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu.*

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế mô tả cắt ngang phỏng vấn bằng bộ câu hỏi có cấu trúc. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp bảo tồn nội khoa (ĐTBT) và thận nhân tạo chu kỳ (TNT) tại khoa Nội Thận - Lọc máu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

từ tháng 5/2012 đến tháng 5/2013, tổng cộng có 180 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, bao gồm nhóm suy thận mạn giai đoạn cuối được điều trị bằng phương pháp thận nhân tạo: 120 bệnh nhân; nhóm được điều trị bằng phương pháp bảo tồn nội khoa: 60 bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối của Hội Thận quốc gia Hoa Kỳ 2002.

- Đánh giá CLS bằng đo lường điểm số các lĩnh vực sức khỏe SF-36: Dựa vào bảng điểm quy ước theo mẫu có sẵn, các câu trả lời được ghi điểm từ thang điểm 0 đến 100, mức điểm 100 là mức đại diện cho chức năng sống tốt nhất ở bệnh nhân. Cách đánh giá như sau:

- Tình trạng sức khỏe thể chất = điểm trung bình của các lĩnh vực sức khỏe: Chức năng thực thể, ảnh hưởng của chức năng thực thể, đau, tình trạng sức khỏe chung, cảm nhận sức sống.

- Tình trạng sức khỏe tinh thần = điểm trung bình của các lĩnh vực sức khỏe: tình trạng sức khỏe chung, cảm nhận sức sống, chức năng xã hội, ảnh hưởng của yếu tố cảm xúc, tình trạng tinh thần.

- Tổng điểm sức khỏe theo thang điểm SF-36 = trung bình cộng của 8 lĩnh vực sức khỏe trên.

Điểm trung bình (50 ± 10) chỉ ra chất lượng sống trung bình, số điểm càng cao phản ánh chất lượng sống càng cao và ngược lại.

- Theo tác giả Silveira C.B. và cộng sự, kết quả điểm số SF-36 về chất lượng sống được đánh giá như sau: Kém (0 - 25); trung bình kém (26 - 50); trung bình khá (51 - 75); khá - tốt (76 - 100). Để đơn giản số, trong nghiên cứu phân thành 2 nhóm: đạt (trung bình khá, khá - tốt), chưa đạt (kém, trung bình kém).

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. Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý và phân tích số liệu. Nghiên cứu được sự cho phép của Sở Y tế Bình Định, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, Hội đồng khoa học - Y đức trường Đại học Y Dược Huế và đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 180)

Biến số	Phương pháp điều trị	Giá trị của biến số	
		Điều trị bảo tồn n=60 (%)	Thận nhân tạo n=120 (%)
Giới tính	Nam	27 (45,00)	85 (70,83)
Giới tính	Nữ	33 (55,00)	35 (29,17)
Nhóm tuổi	< 20	2 (3,33)	1 (0,84)
	20 – 39	5 (8,33)	46 (38,33)
	40– 59	15 (25,00)	46 (38,33)
	≥ 60	38 (63,34)	27 (22,50)
Nơi cư trú	Quy Nhơn	13 (21,67)	26 (21,67)
	Các huyện và ở tỉnh khác	47 (78,33)	94 (78,33)
Dân tộc	Kinh	59 (98,33)	118 (98,33)
	Thiểu số	1 (1,67)	2 (1,67)
Trình độ học vấn	Tiểu học và không biết chữ	42 (70,00)	30 (25,00)
	Trung học	15 (25,00)	74 (61,67)
	Trên trung học	3 (5,00)	16 (13,33)
Nghề nghiệp	Công chức	3 (5,00)	12 (10,00)
	Tư nhân	2 (3,33)	11 (9,17)
	Nông nghiệp	13 (21,67)	73 (60,83)
	Khác	42 (70,00)	24 (20,00)
Kinh tế gia đình	Khá, đủ ăn	16 (26,67)	46 (38,33)
	Cận nghèo, nghèo	44 (73,33)	74 (61,67)
Môi trường gia đình	Sống cùng vợ/chồng	55 (91,67)	96 (80,00)
	Ly dị, độc thân	5 (8,33)	24 (20,00)
Tuổi	Tuổi trung bình	60,70 ± 16,75	45,74 ± 16,01

Trong 180 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu trong đó thi điều trị bảo tồn (ĐTBT) chiếm 33,33%, thận nhân tạo (TNT) là 66,67%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ ở nhóm TNT, nữ cao hơn nam ở nhóm ĐTBT. Nhóm ĐTBT: ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (63,34%), ở nhóm TNT nhóm 20 -59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (76,66%). Hai nhóm chủ yếu sống ở huyện và đa số là

dân tộc Kinh. Học vấn ở nhóm ĐTBT chủ yếu là tiểu học và không biết chữ, nhóm TNT cao nhất là trung học. Nghề nghiệp không rõ ràng ở nhóm ĐTBT chiếm đa số (70%), nhóm TNT đa số là nông dân (60,83%). Kinh tế gia đình ở cả 2 nhóm chủ yếu ở nhóm cận nghèo và nghèo. Môi trường gia đình ở cả 2 nhóm chủ yếu sống cùng vợ/chồng/gia đình.

Đặc điểm chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối

Bảng 2. Điểm trung bình SF-36 nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Lĩnh vực sức khỏe	Phương pháp điều trị	Điều trị bảo tồn (n = 60)	Thận nhân tạo (n = 120)	Điểm chung (n = 180)	p
Sức khỏe liên quan hoạt động chức năng (HĐCN)		42,67 ± 24,42	69,00 ± 17,02	60,22 ± 23,33	< 0,01
Giới hạn vai trò hoạt động do các khiếm khuyết chức năng (CNĐĐ)		28,33 ± 14,16	35,83 ± 31,04	33,33 ± 26,82	< 0,05
Sức khỏe liên quan cảm nhận đau đớn (ĐGSK)		70,73 ± 19,30	54,74 ± 18,70	60,05 ± 20,32	< 0,01
Tự đánh giá sức khỏe tổng quát (CNSS)		29,28 ± 8,33	41,95 ± 14,07	37,73 ± 13,80	< 0,01
Sức khỏe liên quan cảm nhận sức sống (HĐXH)		37,66 ± 12,44	56,46 ± 9,22	50,19 ± 13,65	< 0,01
Sức khỏe liên quan hoạt động xã hội (GHTL)		49,58 ± 15,77	78,33 ± 17,13	68,75 ± 21,49	< 0,01
Giới hạn vai trò hoạt động do các khiếm khuyết tâm lý (GHTL)		33,89 ± 15,64	44,44 ± 30,04	40,93 ± 26,56	< 0,01
Sức khỏe tâm thần tổng quát (TTTQ)		37,20 ± 7,41	58,20 ± 10,36	51,20 ± 13,71	< 0,01
Sức khỏe thể chất (SKTC)		41,74 ± 8,56	51,59 ± 8,67	48,31 ± 9,79	< 0,01
Sức khỏe tinh thần (SKTT)		37,52 ± 6,58	55,88 ± 7,70	49,76 ± 11,35	< 0,01
Sức khỏe chung (SKC)		41,17 ± 7,98	54,87 ± 8,75	50,30 ± 10,67	< 0,01

Hầu hết các lĩnh vực sức khỏe ở bệnh nhân STM giai đoạn cuối điều trị TNT đều cao hơn có so với nhóm ĐTB (p < 0,01). Chỉ số "cảm nhận đau đớn" (CNĐĐ) thì nhóm TNT thấp hơn so với nhóm ĐTB

(p < 0,01). Chất lượng sống ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu tương đối thấp. Sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và sức khỏe chung bệnh nhân ở mức trung bình.



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bảng 3: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với các yếu tố cá nhân và xã hội

Yếu tố	n = Nhóm bệnh nhân 180	Chất lượng sống				Giá trị ý nghĩa thống kê
		Chưa đạt		Đạt		
		n	%	n	%	
Phương pháp điều trị	Điều trị bảo tồn n=60	51	85,00	9	15,00	$\chi^2 = 40,044, p < 0,01$
	Thận nhân tạo n=120	42	35,00	78	65,00	
Thời gian điều trị	< 3 tháng	2	28,57	5	71,43	$\chi^2 = 4,319, p > 0,05$
	3 tháng - 12 tháng	16	50,00	16	50,00	
	> 1 năm	24	29,63	57	70,37	
Nhóm tuổi	< 40	1	1,85	53	98,15	$\chi^2 = 93,603, p < 0,01$
	40 - 59	33	54,10	28	45,90	
	≥ 60	59	90,77	6	9,23	
Giới tính	Nam	46	41,07	66	58,93	$\chi^2 = 13,327, p < 0,01$
	Nữ	47	69,12	21	30,88	
Khu vực sống	Qui Nhơn	17	43,59	22	56,41	$\chi^2 = 1,301, p > 0,05$
	Nơi khác	76	53,90	65	46,10	
Nghề nghiệp	CB,CNV	4	26,67	11	73,33	$\chi^2 = 31,555, p < 0,01$
	Tư nhân	4	30,77	9	69,23	
	Nông nghiệp	33	38,37	53	61,63	
	Khác	52	78,79	14	21,21	
Kinh tế gia đình	Khá - Đủ ăn	13	20,97	49	79,03	$\chi^2 = 35,692, p < 0,01$
	Cận nghèo - Nghèo	80	67,80	38	32,20	
Môi trường gia đình	Sống cùng gia đình	65	43,05	86	56,95	$\chi^2 = 27,893, p < 0,01$
	Ly dị, độc thân	28	96,55	1	3,45	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống với phương pháp điều trị, nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, kinh tế gia đình, môi trường gia đình ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối liên quan giữa chất lượng với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Yếu tố lâm sàng/cận lâm sàng	Nhóm bảo tồn		Giá trị ý nghĩa thống kê	Nhóm bệnh nhân thận nhân tạo		Giá trị ý nghĩa thống kê
	Giá trị	Hệ số tương quan		Giá trị	Hệ số tương quan	
Hồng cầu x 10 ¹² /l	2,83 ± 0,53	0,63	< 0,01	3,03 ± 0,64	0,59	< 0,01
Hb (g/l)	79,28 ± 12,02	0,62	< 0,01	86,64 ± 20,27	0,46	< 0,01
Hct (%)	27,04 ± 4,99	0,60	< 0,01	28,10 ± 5,81	0,52	< 0,01
Ure (mmol/l)	32,63 ± 5,91	- 0,62	< 0,01	18,91 ± 4,03	- 0,72	< 0,01
Creatinin (mmol/l)	985,67 ± 60,91	- 0,69	< 0,01	817,39 ± 238,51	- 0,85	< 0,01
Protein niệu (g/l)	2,86 ± 1,81	- 0,62	< 0,01			
Mạch (lần/phút)	84,17 ± 9,48	0,05	> 0,05	81,51 ± 5,57	0,01	> 0,05
HATT (mmHg)	166,00 ± 18,06	- 0,81	< 0,01	154,33 ± 16,28	- 0,75	< 0,01
HATTr (mmHg)	94,67 ± 7,91	- 0,80	< 0,01	88,75 ± 8,65	- 0,70	< 0,01
Liều EPO/ tuần (UI)	4.433,33 ± 830,90	0,23	>0,05	4.933,33 ± 1.066,95	0,61	< 0,01
Kt/V				1,28 ± 0,09	0,77	< 0,01
PRU				65,60 ± 3,13	0,68	< 0,01

Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm chất lượng cuộc sống với hầu hết các yếu tố cận lâm sàng với $p < 0,05$: tương quan thuận với hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, liều erythropoetin, Kt/V, PRU; tương quan nghịch với huyết áp, ure, creatinin.



NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ STM có khuynh hướng gia tăng, phụ thuộc vào nguyên nhân dẫn đến STM. Đối với các bệnh lý mạn tính ở giai đoạn cuối, y học thường bế tắc trong điều trị, bệnh nhân tử vong mà y học không can thiệp gì được. Sự tiến bộ của y học đã cứu được một số bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối như: ghép gan, ghép thận, gần đây là ghép tim. Hiện nay, ngoài việc chú trọng đến điều trị duy trì cuộc sống, người ta còn chú ý đến CLS và tìm hiểu những yếu tố tác động lên CLS bệnh nhân.

Chất lượng sống ở bệnh nhân STM giai đoạn cuối

Nhìn chung điểm số CLS ở bệnh nhân STM giai đoạn cuối xung quanh mức trung bình. Các lĩnh vực sức khỏe cân bằng ở mức trung bình là: cảm nhận sức sống và tình trạng tinh thần tổng quát; CLS cao hơn mức trung bình ở các lĩnh vực: cảm nhận đau đớn, hoạt động chức năng, hoạt động xã hội.

Theo phân loại sức khỏe dựa vào chỉ số SF-36 của tác giả Silveira C.B. và Cs thì CLS nói chung của các bệnh nhân này đạt ở nhóm trung bình ($50,30 \pm 10,67$), và khi xét cụ thể trong từng nhóm bệnh nhân, thì chúng tôi thấy có sự khác nhau rõ rệt giữa 2 nhóm: Nhóm bệnh nhân đang chạy TNT chu kỳ có chỉ số CLS cao hơn ($54,87 \pm 8,75$), theo phân độ của Silveira đạt ở mức dưới của trung bình khá. Nhóm STM giai đoạn cuối ĐTBТ nội khoa có chỉ số CLS kém hơn ($41,17 \pm 7,98$), tương ứng với nhóm có CLS trung bình kém. Phân chia mức độ theo Silveira nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự so với nghiên cứu của Hoàng Bùi Bảo nhưng điểm số có khác: điểm chung nhóm nghiên cứu ($49,5 \pm 12,73$), nhóm chạy TNT chu kỳ đạt ở mức dưới của trung bình khá ($55,2 \pm 10,49$), nhóm ĐTBТ đạt ở mức trung bình kém ($32,35 \pm 15,52$).

CLS qua thang điểm SF-36 ở bệnh nhân STM giai đoạn cuối ĐTBТ lần lượt: SKTT $37,52 \pm 6,58$; SKTC $41,74 \pm 8,56$; SKC $41,17 \pm 7,98$. Bệnh nhân điều trị TNT lần lượt có điểm số SF-36 như sau: SKTT $55,88 \pm 7,70$; SKTC $51,59 \pm 8,67$; SKC $54,87 \pm 8,75$. Điểm số CLS bằng thang điểm SF-36 ở nhóm bệnh nhân STM giai đoạn cuối được ĐTBТ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với nhóm điều trị thay thế thận bằng TNT ở tất cả các lĩnh vực sức khỏe. Về mặt lý thuyết, việc điều trị nội khoa bảo tồn không duy trì được CLS có thể chấp nhận được cho bệnh nhân STM giai đoạn cuối. CLS ở nhóm ĐTBТ rất thấp, việc điều trị thay thế thận đã nâng cao rõ rệt CLS ở những bệnh nhân TNT ở mọi lĩnh vực (Ngoại trừ lĩnh vực cảm nhận đau đớn, theo chúng tôi việc điều trị với TNT bệnh nhân thường xuyên phải được lấy máu kiểm tra đồng thời lọc máu ngoài cơ thể là nguyên nhân chính gây đau đớn).

Nhìn chung khi bệnh nhân được điều trị thay thế thận thì

CLS được nâng lên rõ rệt so với trước đó. Nhóm bệnh nhân TNT của chúng tôi có điểm số CLS cao hơn so với nghiên cứu của Maristela Bohke và Cs khi nghiên cứu CLS ở 94 bệnh nhân TNT và 46 bệnh nhân thâm phân phúc mạc tại Braxin: SKTT $51,2 \pm 11,3$, SKTC $44,5 \pm 10,3$, SKC $46,08 \pm 5,81$. Có CLS cao hơn so với nhóm bệnh nhân của Amir H Pakpour và cộng sự nghiên cứu là: SKTT $47,5 \pm 20,1$, SKTC $41,2 \pm 19,3$, SKC $44 \pm 7,23$, nghiên cứu của Heba Sayed Assal và cộng sự có CLS là: SKTT $38,8 \pm 15,17$, SKTC $34 \pm 15,46$, SKC $36,7 \pm 15,8$.

Nhóm TNT có tỷ lệ CLS đạt cao hơn (65%) so với nhóm ĐTBТ (15%) ngược lại Nhóm ĐTBТ có đến 85% có CLS chưa đạt, nhóm TNT có 35% có CLS chưa đạt.

Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống:

Các yếu tố cá nhân: Trong nghiên cứu chúng tôi không có sự khác biệt giữa CLS với thời gian chạy thận ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Hữu Lợi, nghiên cứu của Kamyar Kalantar-Zadeh và Cs. CLS theo các nhóm tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). CLS đạt giảm dần khi tuổi càng cao. CLS theo giới khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tỷ lệ nam có CLS đạt (58,93 %) cao hơn nữ (30,88%). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Anees M., của Fructuoso M.

Nghề nghiệp có liên quan với CLS. CLS có tỷ lệ đạt cao ở những bệnh nhân là tư nhân và CB.CNV (69,23 & 73,33%) so với những bệnh nhân làm nghề nghiệp không ổn định khác và nông nghiệp (21,21 & 61,63%) có CLS đạt thấp hơn ($p < 0,01$). Nghề nghiệp càng ổn định thì CLS càng cao. Bệnh nhân có kinh tế gia đình khá và đủ ăn thì CLS có tỷ lệ đạt cao hơn (79,03%) so với những bệnh nhân nhóm cận nghèo, nghèo (32,20%) ($p < 0,05$). Kết quả tương tự với nghiên cứu của Cruz, Anea Seica bệnh nhân có thu nhập cao thì có chỉ số sức khỏe tinh thần cao.

Môi trường gia đình: Chất lượng sống ở nhóm nghiên cứu có sự khác biệt với môi trường gia đình ($p < 0,01$). Bệnh nhân sống cùng với gia đình có tỷ lệ đạt cao hơn (56,95%) so với những bệnh nhân sống độc thân hoặc ly dị (3,45%). Khi mất người thân và sống độc thân, đặc biệt là bệnh nhân STM giai đoạn cuối không chỉ ảnh hưởng về mặt tinh thần mà còn thiếu hụt về sự chăm sóc, chia sẻ ảnh hưởng đến cả thể chất và tinh thần do đó ảnh hưởng đến CLS.

Các giá trị lâm sàng, cận lâm sàng: Tăng huyết áp vừa là nguyên nhân vừa là biến chứng của STM. Suy thận gây THA theo những cơ chế chủ yếu là giữ muối và nước, gây tăng hoạt tính của hệ RAA, hệ thần kinh phụ thuộc catecholamin, hormon tuyến cận giáp, thiếu máu... Mức độ THA phụ thuộc vào mức độ suy thận, sự rối loạn thần kinh thể dịch càng nhiều thì THA càng nặng và khó không chế. THA làm giảm đáng kể CLS ở bệnh nhân vì vậy kết quả

nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Có sự tương quan thuận vừa giữa điểm số CLS với hồng cầu ($r = 0,63, p < 0,01$), Hb ($r = 0,62, p < 0,01$), Hct ($r = 0,60, p < 0,01$). Kết quả tương tự so với nghiên cứu của Hoàng Bùi Bảo, có sự tương quan thuận giữa CLS với nồng độ Hb máu ($r = 0,55, p < 0,01$), của Finkelstein, có sự tương quan khá chặt giữa nồng độ Hb và CLS ($r = 0,38, p < 0,0001$).

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 ngực, suy giảm CLS. Việc điều chỉnh nồng độ Hb từ 10 - 12g/l mang lại hiệu quả CLS cao nhất. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của David E. Leaf, David S. Goldfarb và Macdougall I.C đánh giá ảnh hưởng điều trị thiếu máu đối với bệnh nhân STM giai đoạn cuối làm cải thiện rõ rệt thang điểm SF-36. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc tăng ure mạt tính làm giảm đáng kể CLS ở bệnh nhân. CLS cũng tương quan nghịch với nồng độ creatinin máu. Protein niệu là một yếu tố theo dõi diễn triển STM, ở những giai đoạn sớm của bệnh thận mạn thì Protein niệu là một dấu hiệu quan trọng để hướng đến chẩn đoán. Theo nghiên cứu của Nguyễn Lương Quang, Võ Tam thì Protein niệu trong STM tỷ lệ nghịch với Protid máu, vì vậy nó cũng là yếu tố làm giảm đáng kể CLS ở bệnh nhân. Việc điều trị HA ở nhóm bệnh nhân TNT có ý nghĩa rất quan trọng,

kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Clément Dézient và Cs cho thấy việc điều trị giảm huyết áp làm cải thiện rõ rệt CLS ở bệnh nhân. 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 TNT có mức creatinin thấp thì giảm cơ hội sống sót so với những bệnh nhân khác [21].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có điểm số chất lượng sống ở mức trung bình (sức khỏe thể chất $48,31 \pm 9,79$, sức khỏe tinh thần $49,76 \pm 11,35$, sức khỏe chung $50,30 \pm 10,67$). Chất lượng sống bệnh nhân điều trị thận nhân tạo cao hơn có ý nghĩa so với điều trị bảo tồn ($p < 0,01$). Nhóm thận nhân tạo có tỷ lệ chất lượng sống đạt cao hơn (65%) so với nhóm điều trị bảo tồn (15%).

Chất lượng sống bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có liên quan với tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế và môi trường gia đình. Nhóm điều trị bảo tồn: tương quan thuận với hồng cầu, hemoglobin, hematocrit; tương quan nghịch với huyết áp, ure, creatinin, protein niệu. Nhóm thận nhân tạo: tương quan thuận với hồng cầu, hemoglobin, hematocrit, liều erythropoetin, Kt/V, PRU; tương quan nghịch với huyết áp, ure, creatinin ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Bùi Bảo (2012), "Nghiên cứu chất lượng sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận, lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo và lọc màng bụng", Báo cáo tổng kết đề tài khoa học và công nghệ cấp bộ, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Lê Hữu Lợi, Hoàng Bùi Bảo (2012), Nghiên cứu chất lượng sống ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Võ Tam (2009), "Suy thận mạn", Giáo trình nội khoa sau đại học bệnh thận – tiết niệu, tr. 221 – 235.
4. Anees M. et al. (2011), "Dialysis-Related Factors Affecting Quality of Life in Patients on Hemodialysis", Iranian Journal of Kidney Diseases, Vol.5.
5. 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.
6. Bohlke M., Nunes D.L., Marini S.S., Kitamura C., Andrade M., Gysel M.P.O.V. (2008), "Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil", Sao Paulo Med J., 5, pp. 252-256.
7. Cote I., Gregoire J.P., Moisan J., Chabot I. (2004), "Quality of life in hypertension: the SF-12 compared to the SF-36", Can J Clin Pharmacol, 11(2), pp.e232-e238.

