

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Huy[✉], Lê Thị Phượng

Trung tâm Thận - tiết niệu và lọc máu-Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang gồm 144 bệnh nhân TNTCT tại Trung tâm Thận - Tiết niệu và Lọc máu Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn lipid máu trên bệnh nhân TNTCK chiếm 78,5%; có 15% tăng cholesterol toàn phần, 29,2% tăng LDL-Cholesterol, 50,7% tăng triglyceride và 54,2% giảm HDL-C là 54,2%. Tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và giảm HDL-Cholesterol ở nam cao hơn nữ ($p < 0,05$). Thời gian TNTCK trung bình ở nhóm có rối loạn lipid máu là 8,51 năm, ở nhóm không có rối loạn lipid là 5,10 năm.

Kết luận: Ở bệnh nhân TNTCK có tỷ lệ rối loạn các thành tố của rối loạn lipid máu cao, trong đó giảm HDL-Cholesterol và tăng triglyceride chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguy cơ rối loạn lipid máu tăng lên khi thời gian TNTCK kéo dài và ở giới tính nam.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, thận nhân tạo chu kỳ

DYSLIPIDEMIA IN HEMODIALYSIS PATIENTS IN BACH MAI HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To investigate the prevalence and characteristics of dyslipidemia and some factors associated to dyslipidemia in hemodialysis patients in Bach Mai hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 144 hemodialysis patients at the Center of Kidney - Urology and Dialysis, Bach Mai Hospital.

Results: The prevalence of dyslipidemia, hypercholesterolemia, elevated LDL-Cholesterol, hypertriglyceridemia, and decreased HDL-Cholesterol in hemodialysis patients was 78.5, 16, 29.2, 50.7, and 54.2%, respectively. The risk of hypercholesterolemia was 3,1 times higher whereas the risk of decreased HDL-Cholesterol was 2,3 times lower in females than in males, respectively.

Conclusion: The prevalence of dyslipidemia in hemodialysis patients was high, among which decreased HDL-Cholesterol and hypertriglyceridemia were higher than the others. The dyslipidemia increased in patients was associated with longer duration of hemodialysis and males.

Key words: Dyslipidemia, hemodialysis

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Đức Huy
Email: bacsytuonglai2010@yahoo.com.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/674

Nhận bài: 26/11/2023 Chính sửa: 6/12/2023
Chấp nhận đăng: 7/12/2023
Công bố online: 11/12/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK) là một trong ba phương pháp điều trị thay thế thận suy và cũng là phương pháp chiếm tỷ lệ lớn nhất. Ở người bệnh TNTCK, rất nhiều rối loạn được ghi nhận, trong đó rối loạn lipid máu cũng là vấn đề khá thường gặp. Một số nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng cho thấy rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng trong tiến triển của bệnh thận mạn, làm trầm trọng hơn tổn thương ở cầu thận và ống thận [1]. Bên cạnh đó, bệnh thận mạn cũng có những thay đổi cụ thể trong quá trình chuyển hóa lipid và có liên quan với xơ vữa động mạch [2]. Chức năng thận suy giảm tác động

ngược lại quá trình chuyển hóa lipid, tạo thành vòng xoắn bệnh lý [3-4]. Rối loạn lipid máu phổ biến hơn ở người bệnh TNTCK và được cho là góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh tim mạch ở nhóm đối tượng này [5]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã được thực hiện để đánh giá đặc điểm rối loạn lipid máu trên đối tượng người bệnh TNTCK, nhưng số lượng còn ít và kết quả thu được còn hạn chế. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu ở người bệnh TNTCK tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2023 trên bệnh nhân

thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 144 bệnh nhân đang điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ tại Trung tâm Thận – Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đang điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ; Tuổi ≥ 18 ; Thời gian lọc máu chu kỳ ổn định; Bệnh nhân làm đủ ít nhất 4 xét nghiệm: Cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL-C, HDL-C. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang sử dụng thuốc ảnh

hưởng đến rối loạn lipid máu như thiazid, retinoid, các thuốc kháng retrovirus hoạt tính cao, cyclosporine, tacrolimus, estrogen, progestins, glucocorticoids... (Trường hợp bệnh nhân lupus giai đoạn cuối được điều trị bằng liều glucocorticoids rất thấp ít ảnh hưởng đến chuyển hoá lipid nên vẫn được lựa chọn vào nghiên cứu); Bệnh nhân đang mang thai; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu

Z là hệ số tin cậy: $\alpha = 0,05$ tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z = 1,96$.

p là tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân TNTCK. Theo nghiên cứu của Đinh Thị Kim Dung (2003), tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn điều trị lọc máu thận nhân tạo chu kỳ là 76,7% nên chọn $p = 0,767$ [4].

ε là sai số tương đối. $\varepsilon = Z \times SE$, với SE là sai số chuẩn mong đợi của tỷ lệ p lựa chọn ở trên. Chọn SE = 5% thì $\varepsilon = 1,96 \times 0,05 = 0,098$.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Phương pháp phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp được sử dụng để thu thập số liệu về các yếu tố lâm sàng liên quan: tuổi, giới tính, thời gian TNTCK, lối sống (uống rượu bia, hút thuốc lá), huyết áp trước lọc, đang điều trị thuốc (đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu), biến cố tim mạch (đột quỵ, nhồi máu cơ tim, tắc mạch chi).

- Xét nghiệm 4 chỉ số lipid máu: Bệnh nhân được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng trước khi lọc máu và sau khi nhịn đói ít nhất 8 giờ và hôm trước không dùng các chất gây ảnh hưởng đến kết quả như uống rượu, ăn nhiều đồ ngọt... Lấy máu vào buổi lọc thứ 2 trong tuần (Cụ thể, bệnh nhân có lịch lọc máu thứ 2-4-6, lấy máu vào thứ 4. Lịch lọc máu thứ 3-5-7, lấy máu vào thứ 5). Về cơ bản khu vực có tĩnh mạch cần lấy máu phải được khử trùng. Các dụng cụ lấy máu phải vô khuẩn. Bệnh nhân đặt tên lên gói. Điều dưỡng buộc garo cánh tay cách vị trí cần lấy máu khoảng 3-5 cm, sát khuẩn vị trí lấy máu, đưa kim vào tĩnh mạch, thấy máu chảy vào ống kim thì tiến hành tháo bỏ garo và rút bơm. Lượng máu lấy thường không quá 2 ml cho vào ống chứa chất chống đông heparin đã ghi đầy đủ họ tên, tuổi, khoa, giường, barcode trên ống lấy máu. Sau khi lấy máu, bệnh nhân áp một miếng

Tính ra $n \geq 72$. Nghiên cứu này chọn được 144 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân lọc máu 3 lần/tuần, 1 tuần ≥ 12 giờ: mỗi lần lọc máu ít nhất 4 giờ và cách ngày tại bệnh viện.

bông lên chỗ lấy máu để cầm máu. Mẫu thu thập được vận chuyển ngay đến phòng xét nghiệm thuộc Khoa hóa sinh Bệnh viện Bạch Mai để thực hiện phân tích định lượng các chỉ số xét nghiệm lipid trên máy hóa sinh tự động Cobas. Kỹ thuật viên xét nghiệm đưa mẫu bệnh phẩm vào máy xét nghiệm rồi tiến hành lựa chọn các chỉ số lipid và chờ kết quả thu được từ máy. Kết quả thu được được gửi đến bác sĩ. Toàn bộ quy trình xét nghiệm sinh hóa máu được thực hiện khép kín bởi sự hoạt động của một số hóa chất và máy móc chuyên biệt. Sử dụng phương pháp phân tích định lượng, là dùng phép đo mật độ quang đo điểm cuối để phân tích xét nghiệm lipid. Kết quả xét nghiệm được đưa ra dưới dạng chữ số với đơn vị đo nồng độ tương ứng.

- Các biến số về các thói quen sinh hoạt:

Thói quen hút thuốc lá: Theo Tổ chức khảo sát sức khỏe quốc gia Mỹ [6], “người có hút thuốc lá” được định nghĩa là những người đã hút ít nhất 100 điếu thuốc lá, hiện tại còn đang hút thuốc lá.⁶ Hút 4 điếu thuốc lá hoặc 2 gam thuốc lá, tương đương với 1 điếu thuốc lá. Nghiên cứu của chúng tôi chia làm 2 nhóm: có hút thuốc và không hút thuốc.

Mức độ uống rượu bia: Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới [7] về các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm, mức độ uống rượu bia được phân loại dựa trên lượng cồn trung bình uống trong 30 ngày trước đó:

Mức 1 uống bia rượu ở mức độ cho phép: tiêu thụ < 40 g cồn/ngày ở nam và < 20 g cồn/ngày ở nữ. Mức 2 uống rượu bia ở mức độ có nguy cơ cao: khoảng 40-59,9 g cồn/ngày ở nam và 20-39,9 g

cồn/ngày ở nữ. Mức 3 uống rượu bia ở mức độ có hại: tiêu thụ trung bình ≥ 60 g cồn/ngày ở nam và ≥ 40 g cồn/ngày ở nữ. 1 đơn vị cồn tương đương 10 g cồn (tương đương 285 mL bia hoặc 30 mL rượu mạnh hoặc 120 mL rượu nhẹ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nhóm uống rượu bia mức cho phép (mức 1) và nhóm uống rượu bia mức có hại (mức 2 và 3).

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các tỷ lệ được so sánh bằng phép kiểm định χ^2 hoặc Fisher exact, T-test, Chi-square.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của NCEP - ATP III (2001) [8]:

Rối loạn lipid máu được chẩn đoán khi có từ 1 chuẩn sau: (i) Cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L (200mg/dL); (ii) Triglyceride $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL); (iii) LDL-C $\geq 2,58$ mmol/L (100 mg/dL), và (iv) HDL-C $\leq 1,03$ mmol/L (40 mg/dL).

Chu kỳ bệnh nhân lọc máu tính từ lúc bắt đầu thận nhân tạo chu kỳ đến thời điểm xét nghiệm lipid máu.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng đạo đức Trường Đại Học Y Hà Nội phê duyệt từ 20/08/2021. Chỉ những bệnh nhân sau khi đã được giải

thích rõ về mục đích yêu cầu của nghiên cứu và đồng ý tham gia mới đưa vào danh sách nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Tuổi	Tổng (n=144)	Nam (n=61)	Nữ (n=83)	p
Tuổi trung bình	53,9 \pm 14,0	52,8 \pm 13,2	54,7 \pm 14,5	0,416 ^c
Nhóm <30 tuổi	5 (3,5%)	2 (3,3%)	3 (3,6%)	
Nhóm 30-49 tuổi	51 (35,4%)	24 (39,3%)	27 (32,5%)	
Nhóm 50-69 tuổi	70 (48,6%)	29 (47,5%)	41 (49,4%)	0,774 ^b
Nhóm \geq 70 tuổi	18 (12,5%)	6 (9,8%)	12 (14,5%)	

p-value: ^b Kiểm định Fisher; ^c Kiểm định t-test

Theo Bảng 1, tỷ lệ bệnh nhân nam ít hơn so với bệnh nhân nữ. Bệnh nhân có tuổi trung bình là $53,9 \pm 14,0$ tuổi. Phần lớn các bệnh nhân nằm trong nhóm 50-60 tuổi (48,6%) và 39-49 tuổi (35,4%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ các nhóm tuổi giữa 2 giới ($p > 0,05$).

Thời gian can thiệp TNTCK trung bình của bệnh nhân là $7,77 \pm 5,97$ năm, trong đó chủ yếu thuộc nhóm > 5 năm, chiếm tỷ lệ là 61,8%. Thời gian TNTCK ở nam ($8,85 \pm 6,94$ năm) cao hơn ở nữ ($6,98 \pm 5,03$ năm), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Tỷ lệ và đặc điểm về rối loạn lipid máu

Bảng 2. Tỷ lệ và giá trị trung bình các thành tố của rối loạn lipid ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ

Thông số rối loạn	Tổng (n=144)	Nam (n=61)	Nữ (n=83)	OR (95% CI)	p
Cholesterol total (cao)	23 (16%)	5 (8,2%)	18(21,7%)	3,1 (1,1-8,9)	0,029 ^a
Giá trị trung bình Triglycerid (cao)	$4,17 \pm 0,92$ 73 (50,7%)	$3,90 \pm 0,92$ 29 (47,5%)	$4,37 \pm 0,87$ 44 (53%)	1,2 (0,6-2,4)	0,002 ^c 0,516 ^a
Giá trị trung bình LDL-C (cao)	$2,03 \pm 1,37$ 42 (29,2%)	$1,98 \pm 1,39$ 13 (21,3%)	$2,06 \pm 1,36$ 29 (34,9%)	2,0 (0,9-4,2)	0,739 ^c 0,075 ^a
Giá trị trung bình HDL-C (thấp)	$2,22 \pm 0,74$ 78 (54,2%)	$2,03 \pm 0,70$ 40 (65,6%)	$2,37 \pm 0,74$ 38 (45,8%)	2,3 (1,1-4,5)	0,007 ^c 0,019 ^a
Giá trị trung bình	$1,08 \pm 0,34$	$1,00 \pm 0,32$	$1,13 \pm 0,35$		0,019 ^c

p-value: ^a Kiểm định χ^2 ; ^b Kiểm định Fisher; ^c Kiểm định t-test

Theo Bảng 2, thông số bị rối loạn chủ yếu là HDL-C chiếm 54,2% và triglycerid chiếm 50,7%. Tỷ lệ rối loạn LDL-C và cholesterol toàn phần thấp hơn, lần lượt là 29,2% và 16%. Nguy cơ bị rối loạn HDL-C ở nam cao gấp 2,3 lần nữ ($p < 0,05$), nguy cơ bị rối loạn Cholesterol toàn phần ở nữ cao gấp 3,1 lần nam ($p < 0,05$).

Nồng độ trung bình của triglycerid nằm ở mức rối loạn; trong khi cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C nằm ở trong khoảng giới hạn bình thường. Nồng độ của cả 4 thông số lipid (trừ Triglycerid) ở nữ giới cao hơn nam giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và một số yếu tố

Không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa bệnh nhân về đặc điểm hút thuốc và uống rượu bia ($p > 0,05$).

Thời gian TNTCK trung bình ở nhóm có rối loạn lipid máu ($8,51 \pm 6,09$ năm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không rối loạn ($5,10 \pm 4,65$ năm)

với $p < 0,05$. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm thời gian TNTCK > 5 năm (85,4%) cao hơn nhóm ≤ 5 năm (67,3%) với $p < 0,05$. Bệnh nhân có thời gian TNTCK > 5 năm có nguy cơ bị rối loạn lipid máu với OR=2,84, 95%CI:1,26-6,42) so với bệnh nhân có thời gian TNTCK ≤ 5 năm.

Bảng 3. Liên quan giữa rối loạn lipid máu và thời gian thận nhân tạo chu kỳ

	Có RL lipid máu (n=113)	Không RL lipid máu (n=31)	OR (95% CI)	p
Hút thuốc				
Không	106 (79,7%)	27 (20,3%)	1,0	0,251 ^b
Có	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,45 (0,12-1,63)	
Uống rượu bia				
Mức cho phép	105 (78,4%)	29 (21,6%)	1,0	1 ^b
Mức có hại	8 (80%)	2 (20%)	1,11 (0,22-5,49)	
Thời gian thận nhân tạo chu kỳ				
≤ 5 năm	37 (67,3%)	18 (32,7%)	1,0	0,01 ^a
> 5 năm	76 (85,4%)	13 (14,6%)	2,84 (1,26-6,42)	

p-value: ^b Kiểm định Fisher; ^a Kiểm định χ^2 ; ^c Kiểm định t-test

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu về các bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai, nhóm bệnh nhân nam có tỷ lệ thấp hơn nữ. Kết quả này khác với nghiên cứu của Phạm Xuân Thu với tỷ lệ nam chiếm 63,33%, nữ chiếm 36,67% [9]. Nghiên cứu của Goldberg (2016) thấy rõ nam giới tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ giới [10]. Sự khác nhau này có thể do đặc điểm vùng miền và sự lựa chọn nơi lọc máu của các bệnh nhân. Vì vậy, tỷ lệ nam - nữ ở đây không phản ánh tỷ lệ giới tính trong cộng đồng mà chỉ có ý nghĩa trong nghiên cứu này

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $53,9 \pm 14,0$ tuổi. Phần lớn các bệnh nhân nằm trong nhóm 50-60 tuổi (48,6%) và 39-49 tuổi (35,4%). Kết quả này cao hơn các nghiên cứu khác trong nước. Trong nghiên cứu của tác giả Phạm Xuân Thu (2012), tuổi trung bình của bệnh nhân TNTCK là $49,42 \pm 18,32$.⁹ Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (2021) có tuổi trung bình của bệnh nhân TNTCK là $45,88 \pm$

$13,23$, phần lớn bệnh nhân cũng nằm trong nhóm tuổi 40-59 (46,7%) [11].

Thời gian can thiệp TNTCK trung bình của bệnh nhân là $7,77 \pm 5,97$ năm, trong đó chủ yếu thuộc nhóm > 5 năm, chiếm tỷ lệ 61,8%. Thời gian TNTCK ở nam ($8,85 \pm 6,94$ năm) cao hơn ở nữ ($6,98 \pm 5,03$ năm), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ ở các nhóm thời gian TNTCK là tương tự nhau.

Theo NCEP-ATP III (2001), rối loạn lipid được chẩn đoán khi có rối loạn từ một thành tố trở lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ trung bình của cholesterol toàn phần, LDL-C và HDL-C ở nữ giới cao hơn nam giới ($p < 0,05$). Tỷ lệ rối loạn lipid máu trong nghiên cứu là 78,5% và không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa 2 giới ($p > 0,05$).

Về đặc điểm rối loạn lipid ở các bệnh nhân TNTCK, kết quả cho thấy đặc điểm chính của rối loạn lipid máu trên bệnh nhân TNTCK trong nghiên cứu này là giảm HDL-C (54,2%) và tăng

triglyceride (50,7%). Các rối loạn chuyển hóa lipid khác chiếm tỷ lệ thấp hơn, theo thứ tự lần lượt là tăng LDL-C (29,2%) và tăng cholesterol toàn phần (16%). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Thanh (2014), giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao nhất (79,7%) trong rối loạn chuyển hóa lipid máu, tiếp sau đó là tăng triglycerid (36,7%), tăng cholesterol toàn phần (22,8%) và tăng LDL-C (16,5%) [12].

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn lipid máu và lối sống (hút thuốc lá, sử dụng rượu bia). Tuy nhiên, thời gian TNTCK trung bình ở nhóm có rối loạn lipid máu ($8,51 \pm 6,09$ năm) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không rối loạn ($5,10 \pm 4,65$ năm) với $p < 0,05$. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm thời gian TNTCK > 5 năm (85,4%) cao hơn nhóm ≤ 5 năm (67,3%) với $p < 0,05$. Bệnh nhân có thời gian TNTCK > 5 năm có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao gấp 2,84 lần (95% CI 1,26-6,42) so với bệnh nhân có thời gian TNTCK ≤ 5 năm

Hạn chế của đề tài: Nghiên cứu của chúng tôi trên 144 bệnh nhân TNTCK vẫn còn một số hạn chế sau:

V. KẾT LUẬN

Rối loạn lipid xuất hiện phổ biến ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai (78,5%), đa số là giảm HDL-C (54,2%). Rối loạn lipid máu có liên quan đến giới tính, thời gian thận nhân tạo chu kỳ, và chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với BMI và

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban Giám Đốc, các bác sĩ tại trung tâm Thận Tiết Niệu và Lọc Máu bệnh

- Nhiều bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu do không được làm đầy đủ tối thiểu 4 xét nghiệm lipid máu. Cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên một số mối tương quan chưa được thể hiện rõ ràng hoặc không có ý nghĩa thống kê.

- Chưa thu thập được các thông tin về chế độ ăn uống và chế độ tập luyện của bệnh nhân, các yếu tố này đều được chứng minh là có thể ảnh hưởng đến tình trạng rối loạn lipid máu.

Rối loạn lipid máu trên bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn lipid máu và rối loạn của từng thông số lipid với giới tính, thời gian thận nhân tạo chu kỳ, chỉ số BMI. Việc quản lý, chăm sóc tốt bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ đồng thời điều chỉnh dinh dưỡng, chế độ ăn người bệnh cũng giúp giảm thiểu biến chứng. Qua đó các biện pháp sàng lọc các yếu tố nguy cơ của rối loạn lipid máu trong công tác chăm sóc sức khỏe bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ là cần thiết.

thói quen hút thuốc, uống rượu bia. Vì vậy, cần theo dõi sát sao các chỉ số lipid ở những bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ lâu năm để có phương pháp điều trị phù hợp.

viện Bạch Mai đã nhiệt tình giúp đỡ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

1. Gai Z, Wang T, Visentin M, Kullak-Ublick GA, Fu X, Wang Z. Lipid Accumulation and Chronic Kidney Disease. *Nutrients*. 2019;11(4):722. doi:10.3390/nu11040722
2. Lacquaniti A, Bolignano D, Donato V, Bono C, Fazio MR, Buemi M. Alterations of lipid metabolism in chronic nephropathies: mechanisms, diagnosis and treatment. *Kidney Blood Press Res*. 2010;33(2):100-110. doi:10.1159/000302712
3. Samuelsson O, Mulec H, Knight-Gibson C, et al. Lipoprotein abnormalities are associated with increased rate of progression of human chronic renal insufficiency. *Nephrol Dial Transplant*. 1997;12(9):1908-1915. doi:10.1093/ndt/12.9.1908
4. Đinh Thị Kim Dung. Nghiên Cứu Rối Loạn Lipoprotein Huyết Thanh ở Bệnh Nhân Suy Thận Mạn. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2003. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTbFqWrAaECC2003.1.1>
5. Qunibi WY. Dyslipidemia in Dialysis Patients. *Semin Dial*. 2015;28(4):345-353. doi:10.1111/sdi.12375
6. NHIS - Adult Tobacco Use - Glossary. Published May 10, 2019. Accessed October 29, 2023. https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm
7. WHO. WHO STEPS Surveillance Manual. Published online 2017. https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/steps-manual.pdf?sfvrsn=c281673d_5.
8. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19). doi:10.1001/jama.285.19.2486
9. Phạm Xuân Thu, Nguyễn Đình Dương, Lê Việt Thắng. Nghiên cứu tỷ lệ đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí Y học thực hành*. 2012;9(840)
10. Goldberg I, Krause I. The Role of Gender in Chronic Kidney Disease. *EMJ*. 2016;1(2):58-64. doi:10.33590/emj/10312319.
11. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. *VMJ*. 2021;498(2). doi:10.51298/vmj.v498i2.211
12. Phạm Văn Thanh. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Học viện Quân y. 2014