

Nghiên cứu gốc

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023-2024

Nguyễn Thị Hằng<sup>1,✉</sup>, Lê Hạ Long Hải<sup>2</sup>, Trịnh Thị Phương Dung<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

### 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 trung tâm thận-tiết niệu lọc máu bệnh viện Bạch Mai.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 144 bệnh nhân TNTCT tại Trung tâm thận-tiết niệu lọc máu bệnh viện Bạch Mai

**Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu trên bệnh nhân TNTCK chiếm 78,5%; có 16% tăng cholesterol toàn phần, 29,2% tăng LDL-Cholesterol, 50,7% tăng triglyceride và 54,2% giảm HDL-C là 54,2%. 38,7% bệnh nhân bị rối loạn 2 thông số lipid máu. Bệnh nhân bị rối loạn 3 và 4 thông số lipid lần lượt chiếm 14,4% và 9%. Nguy cơ tăng cholesterol máu cao gấp 3,1 lần, trong khi nguy cơ giảm HDL-Cholesterol thấp hơn 2,3 lần ở nữ so với nam.

**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. Do đó cần xây dựng chương trình giáo dục sức khỏe và can thiệp phù hợp nhằm phòng chống vấn đề sức khỏe này.

**Từ khóa:** rối loạn lipid máu, thận nhân tạo chu kỳ, lọc máu

## DYSLIPIDEMIA IN HEMODIALYSIS PATIENTS IN BACH MAI HOSPITAL, 2023-2024

### ABSTRACT

**Aims:** To investigate the prevalence and characteristics of dyslipidemia and some factors associated to dyslipidemia in hemodialysis patients at the Center of Kidney - Urology and Dialysis, 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. 38.7% of patients had blood disorders with 2 lipid parameters. Patients with grade 3 and 4 lipid disorders used 14.4% and 9%, 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.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hằng  
Email: hangktv2102@gmail.com  
Doi: 10.56283/1859-0381/840

Nhận bài: 15/10/2024    Chính sửa: 24/10/2024  
Chấp nhận đăng: 5/11/2024  
Công bố online: 8/11/2024

The dyslipidemia increased in patients was associated with longer duration of hemodialysis and males. It is necessary to develop appropriate health education and intervention programs to control this health problem.

**Key words:** *dyslipidemia, hemodialysis, blood filtration.*

## 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. Đây là phương pháp giúp loại bỏ lượng dịch thừa và các chất cặn bã tan trong nước (Ure, Creatinin,...), đồng thời cân bằng toan - kiềm và các chất điện giải trong máu (Natri, Kali, Clo, ...). Ở người bệnh TNTCK, rất nhiều rối loạn được ghi nhận như rối loạn chuyển hóa Canxi, Acid Uric hay tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu ... 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 được cho là góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh tim mạch ở nhóm đối tượng này [5]. Cơ chế phân tử gây ra rối loạn lipid máu ở bệnh nhân TNTCK có những điểm khác biệt và bị ảnh hưởng lớn bởi giai đoạn bệnh thận, sự hiện diện và mức độ của protein niệu cũng như phương pháp điều trị thay thế thận ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối. Do đó, việc nghiên cứu tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân TNTCK cần được quan tâm và cần đánh giá mối liên quan với các yếu tố khác. 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. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân TNTCK tại trung tâm thận- tiết niệu và lọc máu tại Bệnh viện Bạch Mai 2023-2024.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại trên người bệnh thận mạn có rối loạn lipid máu đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến

tháng 8/2024. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức tại trường Đại học Y Hà Nội.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn tham gia nghiên cứu cần đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. 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, Methyl prednisolone liều 0,1 mg/kg); Bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu có tính chất gia đình; 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:

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

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];  $\varepsilon$  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  $\varepsilon = 1,96 \times 0,05 = 0,098$ . Áp dụng công thức trên tính được  $n \geq 72$ . 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  $\geq 12$  giờ; mỗi lần lọc máu ít nhất 4 giờ và cách ngày tại bệnh viện.

### 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 quy, nhồi máu cơ tim, tắc mạch chi).

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.<sup>6</sup> 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  $\geq 60$  g cồn/ngày ở nam và  $\geq 40$  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). Nhóm uống rượu bia mức cho phép (mức 1) và nhóm uống rượu bia mức có hại (mức 2 và 3).

- Đo chiều cao (tính bằng m): đo chiều cao bằng thước đo có gắn trên cân TZ 120. Đo cân nặng (tính bằng kg): Đo cân nặng ngay sau khi bệnh nhân kết thúc lọc máu, bệnh nhân mặc quần áo mỏng, bỏ giày dép.

- Chỉ số khối cơ thể (BMI):  $BMI = \text{Cân nặng} / (\text{Chiều cao})^2$ . Phân loại BMI [8]: Thiếu cân ( $< 18,5$ ), bình thường (18,5-22,9), thừa cân (23-24,9), béo phì ( $\geq 25$ ).

-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). 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.

-Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa” (Ban hành kèm theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/09/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế), rối loạn lipid máu được chẩn đoán khi các thông số lipid có một hoặc nhiều rối loạn sau [9]: Cholesterol toàn phần  $\geq 5,2$  mmol/L (200mg/dL); Triglycerid  $\geq 1,7$  mmol/L (150mg/dL); LDL-C  $\geq 2,58$  mmol/L (100mg/dL); HDL-C  $\leq 1,03$  mmol/L (40mg/dL).

## 2.5. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả được thể hiện dưới dạng:

- Biến định tính (nhị phân, thứ hạng, danh mục): được biểu diễn dưới dạng số đếm (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các tỷ lệ được so sánh bằng phép kiểm định  $\chi^2$  (khi tất cả các ô có tần suất mong đợi  $\geq 5$ ) hoặc phép kiểm định Fisher (khi có ô có tần suất mong đợi  $< 5$ ). Mọi liên quan giữa 2

nhóm được đánh giá bằng tỉ suất chênh OR với ý nghĩa thống kê khi khoảng tin cậy 95%CI của OR không chứa giá trị 1.

- Biến định lượng: được biểu diễn dưới dạng Trung bình  $\pm$  Độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ). So sánh 2 trung bình sử dụng phép kiểm định T test. Các biến định lượng được đánh giá tương quan Pearson với hệ số tương quan là r.

- Tất cả các kiểm định đều được xét ở mức có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## 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 <sup>c</sup>
Nhóm <30 tuổi	5 (3,5%)	2 (3,3%)	3 (3,6%)	0,774 <sup>b</sup>
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%)	
Nhóm $\geq$ 70 tuổi	18 (12,5%)	6 (9,8%)	12 (14,5%)	

p-value: <sup>b</sup> Kiểm định Fisher; <sup>c</sup> Kiểm định t-test

Bảng 1 cho thấy 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 ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 2.** Phân bố đối tượng nghiên cứu theo chỉ số nhân trắc

Chỉ số nhân trắc	Tổng (n=144)	Nam (n=61)	Nữ (n=83)	p
Cân nặng (kg)	53,6 ± 9,5	58,7 ± 9,4	49,8 ± 7,8	
Chiều cao (m)	1,58 ± 0,08	1,64 ± 0,07	1,55 ± 0,06	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	21,3 ± 3,0	21,9 ± 2,8	20,8 ± 3,1	0,043 <sup>c</sup>
Thiếu cân	22 (15,3%)	5 (8,2%)	17 (20,5%)	0,103 <sup>a</sup>
Bình thường	86 (59,7%)	37 (60,7%)	49 (59%)	
Thừa cân	16 (11,1%)	10 (16,4%)	6 (7,2%)	
Béo phì	20 (13,9%)	9 (14,8%)	11 (13,3%)	

*p-value:* <sup>a</sup> Kiểm định  $\chi^2$ ; <sup>c</sup> Kiểm định *t*-test

Bảng 2 trình bày các chỉ số nhân trắc học bao gồm cân nặng, chiều cao, BMI ở nam giới đều lớn hơn nữ giới. Phần lớn các bệnh nhân có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường chiếm 59,7%. Bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt

11,1% và 13,9%. Tuy nhiên, số bệnh nhân thiếu cân chiếm 15,3%. Ở nhóm thừa cân và béo phì, nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới trong khi ở nhóm thiếu cân, nữ giới có tỷ lệ cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 0.** Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian TNTCK

Thời gian TNTCK	Tổng (n=135)	Nam (n=61)	Nữ (n=83)	P
X ± SD (năm)	7,75 ± 5,97	8,65 ± 6,96	7,12 ± 5,10	0,164 <sup>c</sup>
≤ 5 năm	51 (37,8%)	18 (58,1%)	33 (31,7%)	0,506 <sup>a</sup>
> 5 năm	84 (62,2%)	13 (41,9%)	71 (68,3%)	

*p-value:* <sup>a</sup> Kiểm định  $\chi^2$ ; <sup>c</sup> Kiểm định *t*-test

Bảng 3 trình bày thời gian can thiệp TNTCK trung bình của bệnh nhân là 7,75 ± 5,97 năm, trong đó chủ yếu thuộc nhóm > 5 năm, chiếm tỷ lệ là 62,2%. Thời gian

TNTCK ở nam (8,65 ± 6,96 năm) cao hơn ở nữ (7,12 ± 5,10 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 4.** Tỷ lệ và giá trị trung bình các thành tố của rối loạn lipid ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ

Các chỉ số	Tổng	Nam	Nữ	OR (95%CI)	p
Cholesterol	4,17 ± 0,92	3,90 ± 0,92	4,37 ± 0,87		0,002 <sup>c</sup>
Tăng TC	23 (16%)	5 (8,2%)	18 (21,7%)	3,1 (1,1-8,9)	0,029 <sup>a</sup>
Triglyceride	2,03 ± 1,37	1,98 ± 1,39	2,06 ± 1,36		0,739 <sup>c</sup>
Tăng TG	73 (50,7%)	29 (47,5%)	44 (53%)	1,2 (0,6-2,4)	0,516 <sup>a</sup>
LDL-C	2,22 ± 0,74	2,03 ± 0,70	2,37 ± 0,74		0,007 <sup>c</sup>
Tăng LDL-C	42 (29,2%)	13 (21,3%)	29 (34,9%)	2,0 (0,9-4,2)	0,075 <sup>a</sup>
HDL-C	2,03 ± 1,37	1,98 ± 1,39	2,06 ± 1,36		0,019 <sup>c</sup>
Giảm HDL-C	78 (54,2%)	40 (65,6%)	38 (45,8%)	2,3 (1,1-4,5)	0,019 <sup>a</sup>

TC: cholesterol tổng số, TG: triglycerid.

*p-value:* <sup>a</sup> Kiểm định  $\chi^2$ ; <sup>b</sup> Kiểm định Fisher; <sup>c</sup> Kiểm định *t*-test

Bảng 4 cho thấy 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

**Bảng 5 . 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 <sup>b</sup>
Có	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,45 (0,12-1,63)	
Uống rượu bia mức cho phép				
Có	105 (78,4%)	29 (21,6%)	1,0	1 <sup>b</sup>
Không	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	
> 5 năm	76 (85,4%)	13 (14,6%)	2,84 (1,26-6,42)	0,01 <sup>a</sup>

p-value: <sup>b</sup> Kiểm định Fisher; <sup>a</sup> Kiểm định  $\chi^2$ ; <sup>c</sup> Kiểm định t-test

Bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa bệnh nhân về đặc điểm hút thuốc và uống rượu bia ( $p > 0,05$ ). 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.

## IV. BÀN LUẬN

Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân TNTCK là tình trạng gây ra nhiều vấn đề sức khỏe cho người bệnh thận mạn. Do vậy người bệnh thận mạn cần duy trì lối sống và chế độ ăn phù hợp nhằm tránh rối loạn lipid máu. Trong nghiên cứu này ,bệnh nhân 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%

[10]. Nghiên cứu của Goldberg (2016) thấy rõ nam giới tiến triển bệnh thận nhanh hơn nữ giới [11]. 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 người bệnh là 53,9±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 [10], tuổi trung bình của bệnh nhân TNTCK là  $49,42 \pm 18,32$ . 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%) [12].

Theo NCEP-ATP III [13], 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 ( $p > 0,05$ ).

Các chỉ số nhân trắc học bao gồm cân nặng, chiều cao, BMI ở nam giới đều lớn hơn nữ giới. Phần lớn các bệnh nhân có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường chiếm 59,7%. Bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt 11,1% và 13,9%. Tuy nhiên, số bệnh nhân thiếu cân chiếm 15,3%. Ở nhóm thừa cân và béo phì, nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới trong khi ở nhóm thiếu cân, nữ giới có tỷ lệ cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lộc (2018), BMI trung bình là  $20,9 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$  [14]. Kết quả về BMI của các nghiên cứu nước ngoài đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu năm 2012 của Herculano Diniz tại Brazil, các đối tượng

nghiên cứu có BMI trung bình là  $27,4 \pm 4,7 \text{ kg/m}^2$  [15]. BMI trung bình trong nghiên cứu của Jalalzadeh (2011) là  $23,5 \pm 4,2 \text{ kg/m}^2$  [16]. Sự khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi với nước ngoài có thể do sự chênh lệch về điều kiện kinh tế, tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn uống và đặc điểm về chủng tộc.

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%) [17].

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  $\leq 5$  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  $\leq 5$  năm.

## V. KẾT LUẬN

Có 78,5% bị rối loạn lipid máu xuất hiện trên 144 người bệnh thận TNTCK đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai năm 2023-2024. Thói quen không tập thể dục thể thao, một số thói quen ăn uống là những yếu tố liên quan đến rối

loạn lipid máu. Do vậy, cần xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe và can thiệp phù hợp cho người bệnh để giảm tỷ lệ rối loạn lipid máu từ đó giúp kiểm soát bệnh tốt hơn.

## Tài liệu tham khảo

- 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
- 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
- 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
- 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>
- Qunibi WY. Dyslipidemia in Dialysis Patients. *Semin Dial*. 2015;28(4):345-353. doi:10.1111/sdi.12375
- NHIS - Adult Tobacco Use - Glossary. Published May 10, 2019. Accessed October 2023. [https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco\\_glossary.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhis/tobacco/tobacco_glossary.htm)
- WHO. WHO STEPS Surveillance Manual. Published online 2017. [https://www.who.int/docs/default-source/nchs/ncd-surveillance/steps/steps-manual.pdf?sfvrsn=c281673d\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/nchs/ncd-surveillance/steps/steps-manual.pdf?sfvrsn=c281673d_5).
- Choo V. WHO reassesses appropriate body-mass index for Asian populations. *The Lancet*. 2002;360(9328):235. doi:10.1016/S0140-6736(02)09512-0.
- Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa. Ban hành kèm theo Quyết định số 3879/QĐ-BYT ngày 30/09/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế,
- 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)
- Goldberg I, Krause I. The Role of Gender in Chronic Kidney Disease. *EMJ*. 2016;1(2):58-64. doi:10.33590/emj/10312319.
- 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
- 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
- Nguyễn Đức Lộc. *Nghiên Cứu Nồng Độ TNF- $\alpha$  và IL-6 Huyết Tương ở Bệnh Nhân Thận Nhân Tạo Chu Kỳ*. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
- Diniz HF, Romão MF, Elias RM, Romão Júnior JE. Vitamin D deficiency and insufficiency in patients with chronic kidney disease. *J Bras Nefrol*. 2012;34(1):58-63.
- Jalalzadeh M, Mohammadi R, Mirzamohammadi F, Ghadiani MH. Prevalence of metabolic syndrome in a hemodialysis population. *Iran J Kidney Dis*. 2011;5(4):248-254
- 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.