

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG TRÊN BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TƯ NHÂN CAO VĂN CHÍ NĂM 2019

Đào Anh Dũng

Bệnh viện Đa khoa tư nhân Cao Văn Chí

*Email: bsdaoanhdung@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân chạy thận nhân tạo chịu nhiều tổn thương về thể chất, tinh thần, kinh tế, do đó chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống, các yếu tố liên quan và kết quả can thiệp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng có so sánh trước sau 68 bệnh nhân trên 18 tuổi đang chạy thận nhân tạo định kỳ trên 3 tháng, được chọn ngẫu nhiên từ danh sách 105 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện đa khoa tư nhân Cao Văn Chí. Sử dụng bộ câu hỏi SF-36 phiên bản 1.0 để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Chiến lược can thiệp gồm kiểm soát chất lượng lọc máu và hòa nhập cộng đồng cho bệnh nhân. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước can thiệp là $54,07 \pm 18,97$. Có mối tương quan giữa tuổi, thời gian đã chạy thận, albumin máu, hemoglobin máu và chỉ số URR với chất lượng cuộc sống. Sau 3 tháng can thiệp bằng hoạt động kiểm soát chất lượng lọc máu và hòa nhập cộng đồng đã giúp cải thiện điểm chất lượng cuộc sống tăng lên $66,50 \pm 18,22$. **Kết luận:** Kiểm soát các chỉ số huyết học, sinh hóa thông qua lọc máu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Do vậy điều trị tình trạng thiếu máu, giảm albumin máu, kiểm soát chất lượng lọc máu và can thiệp hòa nhập cộng đồng giúp cải thiện tốt hơn chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, chạy thận nhân tạo, thử nghiệm lâm sàng, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

ASSOCIATED FACTORS AND RESULTS OF AN CLINICAL TRIAL IN IMPROVING QUALITY OF LIFE AMONG HEMODIALYSIS PATIENTS AT CAO VAN CHI PRIVATE GENERAL HOSPITAL IN 2019

Dao Anh Dung

Cao Van Chi Private General Hospital

Background: Hemodialysis patients experience many troubles of physical and mental health, social and economic issues that make bad influences on their quality of life (QOL). **Objectives:** to evaluate the quality of life and its associated factors and results of a clinical trial on improving the quality of life for hemodialysis patients. **Materials and methods:** An uncontrolled clinical trial with pre- and post comparison was conducted at Cao Van Chi private general hospital, Tay Ninh. Sixty-eight hemodialysis patients aged 18 and over and 3 months of hemodialysis at the hospital were randomly selected from the total of 105 hemodialysis patients. We used the SF-36 version 1.0 to evaluate quality of life for patients. Intervention strategies consisted of quality control for hemodialysis and community integration for patients. **Results:** At baseline, the average total score of QOL among hemodialysis patients was 54.07 (SD: 18.97). We found some associated factors of QOL, including patient age, duration of dialysis, level of blood albumin and hemoglobin, and URR index. Average score of QOL was increased up to 66.50 (SD: 18.22) after 3 months of interventions. **Conclusion:** Hematological and biochemical control in hemodialysis have significant association with patients' QOL. Thus, anemia management, hypoalbuminemia treatment, quality control in hemodialysis and enhancing community integration for patients will improve their quality of life.

Keywords: Quality of life, hemodialysis, clinical trial, associated factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một bệnh lý mạn tính ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tuổi thọ, chất lượng cuộc sống của người bệnh, làm tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong hàng năm, và là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tuy nhiên, đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối nói chung và bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo nói riêng thì chưa được các cơ sở y tế cũng như nhân viên y tế, bệnh nhân và người thân quan tâm. Bộ câu hỏi SF-36 (Short Form 36) được sử dụng rộng rãi trên thế giới, không những để khảo sát đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối có hay không có chạy thận nhân tạo mà còn có thể áp dụng khảo sát đánh giá CLCS của bệnh nhân ở các bệnh lý khác nhau.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối như tuổi, thời gian diễn tiến bệnh và thời gian chạy thận, nồng độ hemoglobin máu, albumin máu, chất lượng lọc máu; và nhiều mô hình can thiệp để cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân bệnh thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ bao gồm: (1) Tìm kiếm các liệu pháp thay thế thận như lọc màng bụng, lọc máu định kỳ, ghép thận; (2) kiểm soát chất lượng điều trị để cải thiện tình trạng lâm sàng của bệnh nhân tại các cơ sở y tế bao gồm cả việc kiểm soát chất lượng lọc máu; (3) Các biện pháp hỗ trợ xã hội, hỗ trợ tinh thần và tăng năng lực bản thân cho người bệnh nhằm giúp họ hòa nhập cộng đồng [7].

Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu sau: (1). Xác định điểm trung bình CLCS và các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện đa khoa tư nhân Cao Văn Chí, tỉnh Tây Ninh năm 2019. (2). Xác định mức độ cải thiện điểm CLCS cho bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện đa khoa tư nhân Cao Văn Chí sau 3 tháng can thiệp bằng hoạt động kiểm soát chất lượng lọc máu và hòa nhập cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân người lớn ≥ 18 tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đã được chạy thận nhân tạo ≥ 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Bệnh nhân không thể nghe, nói hoặc mất một phần thân thể.
- Bệnh nhân không biết tiếng Việt.
- Bệnh nhân đồng thời chạy thận nhân tạo ở 2 đơn vị khác nhau.
- Bệnh nhân có suy tim kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn từ danh sách 105 bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tư nhân Cao Văn Chí từ tháng 6/2019 đến tháng 12/2019 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Cỡ mẫu được lấy tròn là 68 bệnh nhân theo công thức ước lượng trung bình trong quần thể.

$$n = \frac{Z^2 \delta^2}{c^2} = \frac{1,96^2 \times 10,49^2}{2,5^2} = 67,6$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý
- Z = 1,96 tương ứng ngưỡng tin cậy mong muốn 95%
- δ: là ước đoán độ lệch chuẩn, trong nghiên cứu này lấy δ=10,49 (theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Bùi Bảo tại Bệnh viện trung ương Huế)
- c: là mức sai số của nghiên cứu, trong nghiên cứu này lấy c=2,5

Nội dung nghiên cứu

Đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi SF-36 (phiên bản 1.0, tiếng Việt): phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân trước và sau khi thực hiện chương trình can thiệp, mã hóa điểm và tính điểm các khía cạnh của CLCS theo hướng dẫn của tổ chức RAND.

Tìm hiểu mối liên quan giữa CLCS với các yếu tố đặc điểm dân số, albumin máu, hemoglobin, ferritin, độ bão hòa transferin (TSATs), chỉ số URR, chỉ số spKt/V. Trong đó, các chỉ số URR, spKt/V được tính theo công thức:

$URR = 100\% \times (\text{Ure trước lọc} - \text{Ure sau lọc}) / \text{Ure trước lọc}$.

$spKt/V = -\ln(R - 0,008 \times t) + (4 - 3,5 \times R) \times UF/W$. Với R = Ure sau lọc/Ure trước lọc; t: là thời gian lọc máu (giờ); W: là trọng lượng khô của bệnh nhân (kg); UF: tốc độ siêu lọc (lít/giờ).

Kiểm soát chất lượng lọc máu theo quyết định số 2482/QĐ-BYT của Bộ Y tế: Kt/V > 1,2; URR > 65%; hemoglobin > 10 g/dl; ferritin > 100 ng/ml và TSATs > 20%.

Chương trình can thiệp hòa nhập cộng đồng gồm: động viên, hướng dẫn bệnh nhân tham gia các hoạt động xã hội và các hoạt động hằng ngày trong gia đình, tổ chức các buổi giao lưu chia sẻ kinh nghiệm và tạo việc làm cho bệnh nhân bằng cách khuyến khích họ tham gia cùng nhân viên y tế trong việc rửa màng lọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chọn mẫu ngẫu nhiên 68 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $52,3 \pm 15,7$ (từ 22 đến 87 tuổi), thời gian đã chạy thận trung bình $33,4 \pm 29,9$ tháng (từ 5 đến 123 tháng), phân bố bằng nhau giữa hai giới.

Bảng 1. Điểm trung bình 8 khía cạnh CLCS

Đặc điểm	Trung bình	SD
Điểm sức khỏe thể chất	48,05	19,25
Hoạt động thể chất	47,87	25,88
Giới hạn thể chất	46,32	43,89
Cảm nhận đau đớn	69,63	28,19
Điểm sức khỏe tinh thần	57,69	17,44
Sức khỏe tổng quát	42,43	22,70
Hoạt động xã hội	74,44	28,52
Giới hạn tâm lý	59,31	44,18
Cảm nhận sức sống	58,53	20,68
Sức khỏe tâm thần	63,24	20,12
Điểm chất lượng cuộc sống	54,07	18,97

Nhận xét: Các khía cạnh liên quan sức khỏe thể chất: hoạt động thể chất, giới hạn thể chất, sức khỏe tổng quát có điểm trung bình thấp hơn các khía cạnh ở nhóm sức khỏe tinh thần. Hầu hết bệnh nhân có điểm CLCS ở mức trung bình là $54,07 \pm 19,97$; điểm sức khỏe thể chất thấp hơn sức khỏe tinh thần.

Bảng 2. Tương quan đặc điểm bệnh nhân, chỉ số chất lượng lọc máu và điểm CLCS

Đặc điểm	Hệ số tương quan Pearson	95% CI	p
Tuổi	-0,619	-0,745 – -0,452	< 0,001
Thời gian đã chạy thận	0,385	0,176 – 0,546	0,001
Hemoglobin	0,283	0,044 – 0,480	0,019
Ferritin	-0,127	-0,349 – 0,098	0,304
TSATs	0,510	-0,182 – 0,297	0,680
Đặc điểm	Hệ số tương quan Pearson	95% CI	p
Albumin	0,422	0,227 – 0,582	<0,001
spKt/V	0,548	0,415 – 0,670	<0,001
URR	0,578	0,450 – 0,697	<0,001

Nhận xét: Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa thời gian bệnh nhân đã chạy thận, hemoglobin, albumin máu, chỉ số spKt/V và URR; có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ giữa tuổi và CLCS, sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Trong đó, mối tương quan giữa tuổi, chỉ số spKt/V và URR với điểm CLCS khá chặt chẽ.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến CLCS trước can thiệp

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t-test	p
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-101,935	40,113		-2,541	0,014
Tuổi	-0,590	0,093	-0,488	-6,339	<0,001
Thời gian đã chạy thận	0,125	0,045	0,197	2,781	0,007
Hemoglobin	2,716	0,918	0,224	2,960	0,004
Albumin	1,355	0,435	0,226	3,118	0,003
spkt/V	-43,932	23,889	-0,737	-1,839	0,071
URR	247,415	98,493	1,011	2,512	0,015
R^2 hiệu chỉnh = 0,689; ANOVA: F = 24,696; p < 0,001					

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến CLCS có thể biểu diễn bằng phương trình: *Điểm CLCS* = $-0,488 \times \text{tuổi} + 0,197 \times \text{thời gian đã chạy thận} + 0,224 \times \text{Hemoglobin} + 0,226 \times \text{Albumin} + 1,011 \times \text{URR}$. Mô hình này phù hợp với tổng thể (p < 0,001) và giải thích được 68,9% sự thay đổi CLCS là do các yếu tố: tuổi, thời gian đã chạy thận, hemoglobin, albumin và URR; Có tỷ lệ 31,1% sự thay đổi CLCS là do các yếu tố ngoài mô hình hoặc do sai số ngẫu nhiên.

Bảng 4. So sánh các chỉ số chất lượng lọc máu trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P value (Paired T test)
	Trung bình	SD	Trung bình	SD	
Hemoglobin	9,60	1,56	10,83	1,03	< 0,001
Ferritin	488,76	426,85	477,72	348,67	0,874
TSATs	28,47	15,50	27,83	12,30	0,791
SpKt/V	1,37	0,31	1,54	0,25	0,001
URR	0,69	0,07	0,73	0,05	< 0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hemoglobin máu, spKt/V và URR trước và sau can thiệp, nồng độ hemoglobin, spKt/V và URR sau can thiệp có hiệu quả tăng lần lượt là 12,81%, 12,41% và 5,8%. Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ferritin huyết thanh và độ bão hòa transferin (TSATs).

Bảng 5. So sánh các điểm chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp		Sau can thiệp		P value (Paired T test)
	Trung bình	SD	Trung bình	SD	
Điểm sức khỏe thể chất	48,05	19,24	60,56	18,78	<0,001
Điểm sức khỏe tinh thần	57,68	17,44	68,20	15,93	<0,001
Điểm chất lượng cuộc sống	54,07	18,96	66,50	18,22	<0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS trước và sau khi can thiệp. Chương trình can thiệp có hiệu quả tăng thêm 23% điểm CLCS.

Bảng 6. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến CLCS sau can thiệp

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t-test	p
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	67,218	37,123		1,811	0,075
Tuổi	-0,601	0,12	-0,516	-4,987	<0,001
Thời gian đã chạy thận	0,125	0,06	0,205	2,069	0,043
Hemoglobin	4,623	1,735	0,264	2,664	0,01
Albumin	-0,203	0,702	-0,03	-0,289	0,773
URR	-22,126	31,875	-0,07	-0,694	0,49
R ² hiệu chỉnh = 0,365; ANOVA: F = 8,705; p < 0,001					

Nhận xét: Sau khi thực hiện chương trình can thiệp các yếu tố liên quan đến CLCS: điều trị tình trạng thiếu máu, giảm albumin máu, kiểm soát chất lượng lọc máu đã cho thấy can thiệp cải thiện tình trạng giảm albumin máu và kiểm soát chất lượng lọc máu qua chỉ số URR thực sự có ý nghĩa làm thay đổi điểm CLCS. Hai yếu tố không thể can thiệp là tuổi và thời gian đã chạy thận có liên quan đến CLCS (p<0,001 và p=0,043); nồng độ hemoglobin vẫn còn liên quan đến CLCS (p=0,01).

IV. BÀN LUẬN

Điểm trung bình CLCS trước can thiệp là 54,07 ± 18,97; CLCS được đánh giá trên cả hai phương diện: sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tinh thần; nghiên cứu của chúng tôi điểm sức khỏe thể chất thấp hơn điểm sức khỏe tinh thần có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả trong và ngoài nước khác cũng sử dụng bộ câu hỏi SF-36 như: Hoàng Bùi Bảo (2012): điểm sức khỏe thể chất là 51,62±11,94 (p=0,132), điểm sức khỏe tinh thần là: 54,2 ± 10,31 (p=0,104); tác giả Albert (Hà Lan, 2012): điểm sức khỏe thể chất trung bình là 40 ± 4, điểm sức khỏe tinh thần là 51 ± 3 [3], [5]. Điểm sức khỏe thể chất thấp hơn điểm sức khỏe tinh thần do người bệnh thận mạn giai đoạn cuối có nhiều bệnh lý nền như đái tháo đường, tăng huyết áp,... và biến chứng của bệnh thận mạn như giảm albumin, thiếu máu,... làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất của họ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa thời gian bệnh nhân đã chạy thận, hemoglobin, albumin, spKt/V và URR; có mối tương quan nghịch khá chặt chẽ giữa tuổi và CLCS, sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần, tuổi càng cao thì CLCS, sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần càng giảm. Nhiều nghiên cứu khác cho thấy có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân suy thận

mạn chạy thận nhân tạo: tình trạng giảm albumin máu, thiếu máu, béo phì, tình trạng phải nhập viện điều trị nội trú, bệnh kết hợp, chỉ số Kt/V thấp khi chạy thận có tác động xấu đến CLCS. Các chỉ số URR và Kt/V đã được chứng minh có liên quan đến hiệu quả lọc máu và cải thiện CLCS của bệnh nhân, hầu hết các hướng dẫn chạy thận của Quốc tế và Việt Nam đều khuyến cáo URR > 65% và Kt/V > 1,2. Hoàng Bùi Bảo (2012): tương quan giữa albumin máu với CLCS với $r = 0,35$; tương quan giữa Hemoglobin máu với CLCS với $r=0,60$; Nguyễn Dũng (2014) tương quan giữa Hemoglobin máu với CLCS với $r=0,62$. Tác giả Tayebbeh Soleymanian (2017), nghiên cứu đa trung tâm 416 bệnh nhân lọc máu qua 28 tháng theo dõi cho kết quả nồng độ albumin máu có liên quan dương tính với tỷ lệ tử vong, albumin giảm 1g/dL làm tăng nguy cơ tử vong lên 6,28 lần (Harzad ratio; 95% CI: 3,8 - 10,42; $p < 0,001$) [2], [3], [4], [10].

Chúng tôi đưa ra mô hình hồi quy tương quan tuyến tính giữa CLCS và các yếu tố liên quan: $Điểm\ CLCS = -0,488 \times tuổi + 0,197 \times thời\ gian\ đã\ chạy\ thận + 0,224 \times Hemoglobin + 0,226 \times Albumin + 1,011 \times URR$. Theo mô hình này, cứ tăng thêm 1 tuổi thì CLCS giảm 0,48 lần, tăng thêm 1 đơn vị hemoglobin thì CLCS tăng 0,22 lần, tăng thêm 1 đơn vị Albumin thì CLCS tăng 0,22 lần, tăng 1 đơn vị URR thì CLCS tăng 1,01 lần. Tác giả Nguyễn Bách (2017) báo cáo 349 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối được lọc máu tại Bệnh Viện Thống Nhất từ tháng 4 năm 1997 đến tháng 12 năm 2014 cho thấy thời gian sống còn sau lọc máu là $5,27 \pm 0,31$ năm [6]. Tác giả Magda Bayoumi (2013) nghiên cứu 100 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận tại Bệnh viện Đại học King Khalid - Saudi Arabia, kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố tuổi, thời gian đã chạy thận có tương quan nghịch với chất lượng sống và giới tính nam có tương quan thuận với chất lượng sống có ý nghĩa thống kê; Phương trình hồi quy của tác giả: $CLCS = 35,013 - 0,347 \times tuổi + 4,819 \times giới\ {nam} - 0,045 \times thời\ gian\ chạy\ thận$. $R^2 = 0,45$; $F = 21,58$; $p < 0,001$. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tác giả sử dụng bộ câu hỏi KDQOL-SF để đánh giá điểm CLCS [9]. Nguy cơ chết theo mô hình Cox của tác giả Kamyar (2001) giữa CLCS với albumin cũng cho thấy cứ giảm 1 mg/dl albumin thì nguy cơ tử vong là 7,92 lần (95%CI: 2,04 – 30,73, $p=0,003$) [10].

Sau 3 tháng thực hiện chương trình kiểm soát chất lượng lọc máu theo các tiêu chuẩn của Bộ Y tế quy định tại quyết định số 2482/QĐ-BYT ban hành ngày ngày 13 tháng 4 năm 2018 và chương trình can thiệp hòa nhập cộng đồng, bước đầu đã mang lại hiệu quả tích cực: bệnh nhân tăng đồng thời cả điểm sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tinh thần sau khi thực hiện chương trình can thiệp ($p < 0,001$), điểm CLCS sau can thiệp là $66,50 \pm 18,22$, tăng 23% điểm. Chương trình can thiệp kiểm soát hoạt động lọc máu trong nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện có hiệu quả tốt có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê giữa hemoglobin máu, spKt/V và URR trước và sau can thiệp. Kết quả phân tích hồi quy đa biến ở bảng 6 cho thấy can thiệp cải thiện tình trạng giảm albumin máu và kiểm soát chất lượng lọc máu qua chỉ số URR thực sự giúp thay đổi CLCS; tuy nhiên do thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng nên chưa thể đánh giá được hoạt động nào có tác động lớn nhất đến việc cải thiện CLCS cho bệnh nhân. Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo bị suy giảm về chức năng và hạn chế các hoạt động nên có thể xem là một dạng của người khuyết tật. Trong các phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng dành cho người khuyết tật thì tạo việc làm, tạo thu nhập ổn định, bên cạnh đó phối hợp với gia đình của bệnh nhân trong việc hỗ trợ, khuyến khích bệnh nhân tham gia các hoạt động sinh hoạt trong gia đình cũng góp phần làm cho gia đình nhận thức rõ hơn về tâm lý của bệnh nhân, hiểu biết những khó khăn, nhu cầu của

bệnh nhân và từ đó giúp bệnh nhân chủ động vượt qua những trở ngại về tâm lý, chủ động chứng tỏ cho mọi người thấy khả năng của mình và tham gia tích cực hơn vào các hoạt động của xã hội. Theo Tổ chức Y tế thế giới, CLCS được đo lường bởi 6 yếu tố cơ bản: sức khỏe thể chất; sức khỏe tinh thần; quan hệ, giao tiếp với xã hội; tin ngưỡng, niềm tin; điều kiện kinh tế và môi trường sống. Do đó, cải thiện chất lượng lọc máu để nâng cao sức khỏe thể chất, đồng thời can thiệp hòa nhập cộng đồng để nâng cao sức khỏe tinh thần sẽ góp phần tích cực vào việc cải thiện CLCS cho bệnh nhân [1].

V. KẾT LUẬN

Trước khi thực hiện chương trình can thiệp, bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tư nhân Cao Văn Chí có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình, điểm chất lượng cuộc sống $54,07 \pm 18,97$. Có nhiều yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bao gồm: tuổi, thời gian đã chạy thận nhân tạo, albumin máu, hemoglobin, chỉ số URR. Điều trị tình trạng thiếu máu, giảm albumin máu, kiểm soát chất lượng lọc máu và can thiệp hòa nhập cộng đồng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Sau 3 tháng can thiệp điểm chất lượng cuộc sống tăng lên thêm 23% đạt $66,50 \pm 18,22$ điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2008), *Hướng dẫn người khuyết tật và gia đình về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng*.
2. Bộ Y tế (2018), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật thận nhân tạo*, Quyết định số 2482/QĐ-BYT.
3. Hoàng Bùi Bảo, Lê Hữu Lợi (2012), Nghiên cứu chất lượng sống ở Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. *Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế*, Tập 2(5) - Số 11/2012; tr 22.
4. Nguyễn Dũng, Võ Văn Thắng (2014), Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, *Y học cộng đồng*, Số 10+11, tr 38-45.
5. Albert H. A *et al* (2012), Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers, *Qual Life Res* 21: pp 299–307.
6. Bach Nguyen, Fukuchi (2017), Survival rates and causes of death in Vietnamese chronic hemodialysis patients. *Renal Replacement Therapy* (2017) 3: pp 22.
7. Duong *et al* (2015), Challenges of hemodialysis in Vietnam: experience from the first standardized district dialysis unit in Ho Chi Minh City, *BMC Nephrology* (2015) 16: pp 122.
8. Kamyar *et al* (2001), Association among SF36 Quality of Life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in Hemodialysis, *J Am Soc Nephrol* 12: pp 2797–2806, 2001.
9. Magda Bayoumi *et al* (2013), Predictors of quality of life in hemodialysis patients, *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2013 Mar; 24(2): pp 254-9.
10. Tayebeh Soleymanian *et al* (2017), SF36 Quality of Life and Mortality across different levels of serum albumin in patients with hemodialysis, *Nephrourol Mon.* 2017 July; 9(4): e45319.

(Ngày nhận bài: 03/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 07/09/2020)
