

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2025

Nguyễn Thị Thơm, Nguyễn Quỳnh Anh, Hoàng Thị Quỳnh,
Nguyễn Thị Bích Toàn, Hoàng Thị Hải,
Nguyễn Thị Thu Hường, Trịnh Văn Thông✉

Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tình trạng dinh dưỡng và khảo sát một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 98 người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ, tuổi 18 - 80 tuổi tại Khoa Nội thận - Tiết niệu - Lọc máu, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 01 đến tháng 08 năm 2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên 98 người bệnh, tuổi trung bình $49,68 \pm 17,7$ tuổi; nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 29,6%. Tỷ lệ nữ chiếm 43,9% và nam chiếm 56,1%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 17,3%, tỷ lệ thừa cân béo phì là 8,2%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA (Subjective Global Assessment) là 68,3% trong đó có 16,3% suy dinh dưỡng nặng và 52% suy dinh dưỡng mức độ vừa. Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá bằng albumin chiếm tỷ lệ cao 51%. Trong phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo SGA gồm hoạt động thể lực, hoạt động tư vấn dinh dưỡng cá thể, được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng.

Kết luận: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ là rất cao; trong đó các yếu tố liên quan bao gồm hoạt động thể lực, hoạt động tư vấn dinh dưỡng cá thể, được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng.

Từ khoá: Bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ, tình trạng dinh dưỡng, SGA, albumin

ABSTRACT

This study describes the nutritional status and investigates several factors related to the nutritional status of hemodialysis patients at Nghe An Friendship General Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of end-stage renal disease (ESRD) patients undergoing hemodialysis, aged 18-80 years old, at the

✉ Tác giả liên hệ: Trịnh Văn Thông, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Email: thongmedical@gmail.com

Ngày gửi bài: 12/4/2026; Ngày nhận xét: 15/6/2026; Ngày duyệt bài: 20/7/2026

<https://doi.org/10.54804/>

Nephrology - Urology - Dialysis Department, Nghe An Friendship General Hospital, from January to August 2025.

Results: *The study included 98 patients with an average age of 49.68 ± 17.7 , with the age group ≥ 60 accounting for 29.6%. Females accounted for 43.9% and males for 56.1%. The rate of malnutrition when assessed by BMI was 17.3%, the prevalence of overweight was 8.2%. The malnutrition rate according to SGA was 68.3%, including 16.3% severe malnutrition and 52% moderate malnutrition. The malnutrition rate assessed using albumin was high at 51%. Factors related to nutritional status included: physical activity, individualized nutritional counseling, and access to nutritional counseling materials.*

Conclusion: *The malnutrition rate among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis is very high; related factors include: physical activity, individualized nutritional counseling, and access to nutritional counseling materials.*

Keywords: *Chronic kidney disease, hemodialysis, nutritional status, SGA, albumin*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính và bệnh thận giai đoạn cuối là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Dị hóa protein cao và suy dinh dưỡng protein thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn (BTM) và bệnh thận giai đoạn cuối. Suy dinh dưỡng có liên quan đến nhiều yếu tố như sự thay đổi hệ thống đường ruột, rối loạn điều hòa nội tiết tố, làm tăng mức độ tiến triển của bệnh lý thận, tăng tình trạng nhiễm trùng và tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nói chung và những bệnh nhân bệnh thận mạn nói riêng [1, 2]. Suy dinh dưỡng được xác định là một trong những vấn đề quan trọng ở người bệnh bệnh thận mạn vì làm gia tăng sự tiến triển của bệnh lý thận, ảnh hưởng kết quả điều trị và tiên lượng của bệnh. Suy dinh dưỡng thường gặp ở những bệnh nhân lọc máu với tỷ lệ dao động từ 18% đến 56% [3, 4].

Tình trạng dinh dưỡng kém là hậu quả của việc tiết chế ăn uống chưa đúng, mất chất dinh dưỡng trong quá trình lọc, kèm theo gánh nặng tâm lý - xã hội như mệt mỏi sau lọc, điều kiện kinh tế khó khăn. Tại Nghệ An số lượng người bệnh mắc bệnh

thận mạn phải lọc máu chu kỳ có xu hướng gia tăng. Việc đánh giá về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối vô cùng cần thiết, việc triển khai đề tài "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2025" là hết sức cần thiết từ đó có những chiến lược can thiệp dinh dưỡng để nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành trên 98 người bệnh tuổi từ 18 - 80 tuổi, mắc bệnh thận mạn đang điều trị lọc máu chu kỳ từ 3 tháng trở lên tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, tần suất lọc 2 - 3 lần/tuần; có đầy đủ xét nghiệm, đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những bệnh nhân đang có phù, cổ chướng, mất một phần cơ thể. Bệnh nhân đã được truyền các dịch nuôi dưỡng ảnh hưởng đến nồng độ albumin, các acid amin, albumin người... bệnh Hodgkin, cường

giáp, ung thư, đang sử dụng thuốc corticosteroid, thuốc kháng viêm không steroid, androgen. Người bệnh nặng, người bệnh hội chứng thận hư, nhiễm trùng cấp, viêm cấp, nhập viện cấp cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025.

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong quần thể

$$\text{Cỡ mẫu: } n = Z^2(1-\alpha/2) \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

Z = 1,96 ứng với $\alpha = 0,05$ và độ tin cậy 95%.

p = 0,603 là tỷ lệ suy dinh dưỡng của quần thể nghiên cứu (tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA của bệnh nhân bệnh thận mạn chạy thận nhân tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020) [5].

d = 0,1 là khoảng sai lệch giữa mẫu và quần thể nghiên cứu

Thay vào công thức: n = 92

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 98 người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

*** Phương tiện, vật liệu nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án, các biểu mẫu đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân; cân và thước đo chiều cao; bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, bộ câu hỏi.

*** Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số khối cơ thể (BMI), cân nặng được thực hiện ngay sau buổi lọc máu; tiêu chuẩn phân loại BMI áp dụng theo WHO; một số chỉ số cận lâm

sàng (albumin) được đánh giá ngay khi vào viện và chưa lọc máu, bộ công cụ SGA (Subjective Global Assessment) do nhân viên Khoa Dinh dưỡng thực hiện và được phân loại thành 3 mức A, B, C (SGA-A: Không suy dinh dưỡng, SGA-B: Suy dinh dưỡng vừa, SGA-C suy dinh dưỡng nặng).

Việc truyền thông giáo dục dinh dưỡng và tư vấn dinh dưỡng cá thể diễn ra thường quy tại bệnh viện tuy nhiên chưa triển khai được 100% người bệnh nội trú, những người bệnh được chọn có thể đã được tư vấn dinh dưỡng cá thể và phát tài liệu tư vấn dinh dưỡng trước khi chọn vào nghiên cứu. Sau khi đánh giá và phân loại tình trạng dinh dưỡng, chúng tôi phân tích mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm bệnh lý và lối sống.

- Phân loại hoạt động thể lực:

+ Thường xuyên hoạt động thể lực: 30 phút/lần và 5 ngày/tuần, tương đương 150 phút/tuần.

+ Không thường xuyên: Có hoạt động thể lực nhưng thời gian < 150 phút/tuần.

+ Ít hoạt động thể lực: Có lối sống tĩnh tại, ít vận động.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các giá trị biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ. Biến định lượng dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Tìm mối liên quan giữa hai biến sử dụng các kiểm định thống kê phù hợp. Sử dụng tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn mô tả các đặc điểm của đối tượng. Dùng các kiểm định Chi-square để tìm mối liên quan giữa 2 biến và Fisher exact đối với các bảng có ô tần suất kỳ

vọng nhỏ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng đề cương của Ban giám đốc, Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Tiến hành phỏng vấn người bệnh sau khi đã được sự đồng ý của Lãnh đạo Bệnh viện, Khoa Nội thận - Tiết niệu - Lọc máu.

Người bệnh được giải thích mục tiêu nghiên cứu, quyền từ chối tham gia và đồng ý tham gia trước khi thu thập số liệu. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

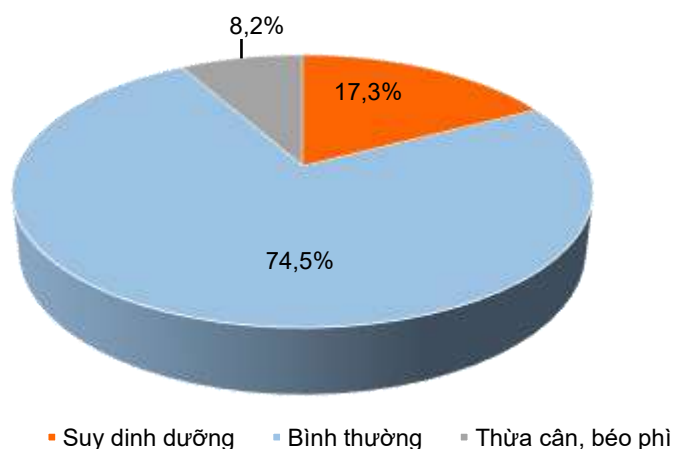
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng n	Tỷ lệ %
Tuổi	≥ 60 tuổi	29	29,6
	< 60 tuổi	69	70,4
Giới	Nam	55	56,1
	Nữ	43	43,9
Dân tộc	Kinh	93	94,9
	Khác	5	5,1
Nơi ở	Nông thôn	67	68,4
	Thành thị	31	31,6
Trình độ học vấn	Chưa tốt nghiệp THPT	37	37,8
	Tốt nghiệp THPT	61	62,2
Điều kiện kinh tế	Nghèo/cận nghèo	71	72,4
	Không nghèo	27	27,6
Nghề nghiệp	Công nhân	13	13,3
	Nông dân	45	45,9
	Cán bộ viên chức	9	9,2
	Hưu trí	14	14,3
	Khác	17	16,3
Bệnh kết hợp	≥ 2 bệnh	56	57,1
	< 2 bệnh	42	42,9

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $49,68 \pm 17,7$ tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ 29,6%. Tỷ lệ nam (56,1%) lớn hơn nữ không đáng kể (43,9%). Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là dân tộc Kinh (94,9%), chủ yếu sống ở nông thôn chiếm 68,4%; tỷ lệ bệnh nhân chưa tốt nghiệp

THPT (37,8%) khá cao so với số bệnh nhân tốt nghiệp THPT (62,2%); Người bệnh thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo chiếm tỷ lệ khá cao (72,4%); nghề nghiệp phổ biến nhất là nông dân (45,9%) và các ngành nghề khác. Có 57% người bệnh có từ 2 bệnh kết hợp trở lên.

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI**Biểu đồ 3.1. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI của đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ suy dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu khi đánh giá bằng BMI là 17,3%; thừa cân 8,2% còn lại có tình trạng dinh dưỡng ở mức bình thường.

Bảng 3.2. Tình trạng dinh dưỡng (SGA) của đối tượng nghiên cứu theo giới

Phân loại SGA	Giới	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p
SGA A: Bình thường		17 (30,9)	14 (32,6)	31 (31,6)	0,204
SGA B: Suy dinh dưỡng mức độ vừa		32 (58,2)	19 (44,2)	51 (52)	
SGA C: Suy dinh dưỡng nặng		6 (10,9)	10 (23,3)	16 (16,3)	
Tổng		55	43	98	

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là rất cao chiếm 68,3%; trong đó suy dinh dưỡng mức độ vừa là 52% và 16,3% suy dinh dưỡng mức độ nặng. Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng khi đánh giá bằng SGA giữa nam và nữ.

Bảng 3.3. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số albumin huyết thanh

Phân loại tình trạng dinh dưỡng	Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)	p
Bình thường (Albumin 35 - 48g/l)	25 (45,5)	23 (53,5)	48 (49)	0,381
SDD mức độ nhẹ (Albumin 28 - 34g/l)	20 (36,4)	10 (23,3)	30 (30,6)	
SDD mức độ vừa (Albumin 21 - 27g/l)	7 (12,7)	9 (20,9)	16 (16,3)	
SDD mức độ nặng (Albumin < 21g/l)	3 (5,5)	1 (2,3)	4 (4,1)	
Tổng	55	43	98	

****Fisher exact test**

Nguy cơ suy dinh dưỡng theo albumin huyết thanh chiếm tỷ lệ cao 51% (trong đó 4,1% suy dinh dưỡng nặng; 30,6% suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và 16,3% mức độ

vừa). Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng khi đánh giá bằng albumin giữa nam và nữ.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng (SGA) và một số đặc điểm bệnh lý, lối sống

Đặc điểm	Có SDD (n, %)	Không SDD (n, %)	OR 95% CI	p
Thời gian mắc bệnh			1,3 (0,5 - 3,2)	0,58
≥ 5 năm	47 (70,1)	20 (64,5)		
< 5 năm	20 (29,9)	11 (35,5)		
Thời gian lọc máu			1,8 (0,7 - 4,7)	0,22
≥ 2 năm	53 (79,1)	21 (67,7)		
< 2 năm	14 (20,9)	10 (32,3)		
Số bệnh kết hợp			1,68 (0,7 - 3,9)	0,23
≥ 2 bệnh	41 (61,2)	15 (48,4)		
< 2 bệnh	26 (38,8)	16 (51,6)		
Hoạt động thể lực			2,9 (1,2 - 7,1)	0,02
Ít hoặc không thường xuyên	49 (73,1)	15 (48,4)		
Thường xuyên hoạt động	18 (26,9)	16 (51,6)		

* Tỷ lệ % được tính theo cột, SDD: Suy dinh dưỡng

Có yếu tố liên quan giữa việc hoạt động thể lực đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm ít hoặc không thường

xuyên hoạt động thể lực cao hơn 2,9 lần so với nhóm thường xuyên hoạt động thể lực ($OR = 2,9$; 95% CI = 1,2 - 7,1).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng (SGA) và tư vấn dinh dưỡng

Tư vấn dinh dưỡng	Có SDD (n, %)	Không SDD (n, %)	OR 95% CI	p
Tư vấn dinh dưỡng cá thể			3,9 (1,5 - 10,4)	0,004
Chưa được tư vấn	36 (53,7)	7 (22,6)		
Đã được tư vấn	31 (46,3)	24 (77,4)		
Được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng			4,4 (1,8 - 10,9)	0,001
Chưa được nhận	51 (76,1)	13 (41,9)		
Đã được nhận	16 (23,9)	18 (58,1)		

Có yếu tố liên quan giữa việc hoạt động tư vấn dinh dưỡng cá thể đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm chưa

được tư vấn cá thể cao hơn 3,9 lần so với nhóm đã được tư vấn cá thể ($OR = 3,9$; 95% CI = 1,5 - 10,4).

Có yếu tố liên quan giữa việc được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm chưa được nhận tài liệu cao hơn 4,4 lần so với nhóm đã được nhận tài liệu ($OR = 4,4$; $95\% CI = 1,8 - 10,9$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo phân loại BMI trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,3%; tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Nhung với tỷ lệ suy dinh dưỡng 18,9% [6], thấp hơn nghiên cứu của Ngô Thị Hà với tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 27,8% [5]. Về tỷ lệ thừa cân béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 8,2%; cao hơn nghiên cứu của Ngô Thị Hà với tỷ lệ thừa cân béo phì chiếm 6,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0,05$).

Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá theo SGA là rất cao chiếm 68,3%; (trong đó suy dinh dưỡng mức độ vừa là 52% và 16,3% suy dinh dưỡng mức độ nặng). Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng khi đánh giá bằng SGA giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Hà với tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là 60,5% và Lưu Xuân Ninh với tỷ lệ 63%; thấp hơn nghiên cứu của Châu Thảo Nguyên với tỷ lệ 94,8% [5, 7, 8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Wei-Zhen Xi với tỷ lệ suy dinh dưỡng là 85,7% [9]; cao hơn nghiên cứu của Hongquan Peng tỷ lệ suy dinh dưỡng đánh giá theo SGA là 41,7% [10].

Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi đánh giá bằng albumin chiếm tỷ lệ cao 51% (trong đó 4,1% suy dinh dưỡng nặng; 30,6% suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và 16,3% mức độ vừa). Không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng khi đánh giá bằng albumin giữa nam và nữ.

Có thể thấy rằng trong các nghiên cứu trên, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA và albumin cao hơn nhiều so với đánh giá bằng công cụ BMI. Công cụ BMI có ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện nhưng có thể bỏ sót người bệnh suy dinh dưỡng khi đánh giá trong thời gian ngắn hoặc không chính xác khi so sánh giữa những đối tượng khác nhau về tuổi, mức độ hoạt động thể lực, tỷ lệ khối cơ, khối mỡ cơ thể khác nhau. Công cụ SGA nhạy hơn do đánh giá tổng thể dựa vào các chỉ số như thay đổi cân nặng, triệu chứng tiêu hóa, chức năng và thăm khám lâm sàng. Chỉ số albumin huyết thanh khi đã loại trừ các yếu tố viêm, bệnh lý và các yếu tố nhiễu khác cũng là một công cụ khá nhạy trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh. Mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng và phù hợp với một số trường hợp nhất định. Do vậy cần phối hợp nhiều phương pháp để đánh giá tốt nhất tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tránh bỏ sót nguy cơ dinh dưỡng để có biện pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời, nâng cao chất lượng điều trị và sức khỏe của người bệnh.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy có yếu tố liên quan giữa việc hoạt động thể

lực đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm ít hoặc không thường xuyên hoạt động thể lực cao hơn 2,9 lần so với nhóm thường xuyên hoạt động thể lực ($OR = 2,9$; $95\% CI = 1,2 - 7,1$). Các nghiên cứu trước đó cũng chỉ ra rằng việc bổ sung dinh dưỡng và tập thể dục giúp cải thiện nguồn dự trữ protein và tình trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh thận mạn [11]. Tập thể dục giúp giảm tình trạng toan, tăng cường sức đề kháng, có thể làm giảm sự suy yếu của cơ bắp, giảm teo cơ đáng kể do tình trạng dị hóa ở bệnh nhân bệnh thận mạn [12].

Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm chưa được tư vấn cá thể cao hơn 3,9 lần so với nhóm đã được tư vấn cá thể ($OR = 3,9$; $95\% CI = 1,5 - 10,4$). Tư vấn dinh dưỡng cá thể là một quá trình giúp mỗi người bệnh hiểu rõ hơn về nhu cầu dinh dưỡng riêng của họ và có kế hoạch để đạt được một chế độ dinh dưỡng phù hợp. Việc cá thể hóa trong tư vấn dinh dưỡng giúp hỗ trợ người bệnh được chi tiết hơn, xây dựng các thực đơn mẫu, điều chỉnh các lời khuyên khi người bệnh có các thay đổi về diễn biến bệnh lý. Nói cách khác thực hiện tư vấn dinh dưỡng cá thể, nhân viên tư vấn sẽ đồng hành cùng người bệnh sát sao hơn, có thể theo dõi hỗ trợ hướng dẫn việc thực hành từ xa và kịp thời khi cần thiết. Có yếu tố liên quan giữa việc được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng đến phân loại tình trạng dinh dưỡng theo SGA ($p < 0,05$). Tỷ lệ có suy dinh dưỡng ở nhóm chưa được nhận tài liệu cao hơn 4,4 lần so với nhóm đã được nhận tài liệu ($OR = 4,4$; $95\% CI = 1,8 - 10,9$). Đối với những người bệnh đã được tư vấn, truyền thông về dinh

dưỡng nếu được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng thì khả năng ghi nhớ thông tin sẽ tăng cao hơn; giúp người bệnh dễ dàng thực hành dinh dưỡng đúng khi về nhà, cũng như việc thực hiện sẽ có khả năng được lặp lại cao hơn.

* Hạn chế của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu cắt ngang nên chưa khẳng định được mối quan hệ nhân quả theo thời gian; việc lựa chọn khoảng sai lệch $d = 0,1$ làm cho độ chính xác ước lượng chưa cao khi tính toán cỡ mẫu, cỡ mẫu còn tương đối nhỏ và thực hiện tại phạm vi bệnh viện nên chưa đại diện được cho toàn bộ quần thể người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ là rất cao khi sử dụng công cụ SGA và albumin. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng gồm: Hoạt động thể lực, hoạt động tư vấn dinh dưỡng cá thể, được nhận tài liệu tư vấn dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. J.-C. Lv and L.-X. Zhang, "Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease," *Adv. Exp. Med. Biol.*, vol. 1165, pp. 3-15, 2019, doi: 10.1007/978-981-13-8871-2_1.
2. Y. Zha and Q. Qian, "Protein Nutrition and Malnutrition in CKD and ESRD," *Nutrients*, vol. 9, no. 3, Feb. 2017, doi: 10.3390/nu9030208.
3. S. S. Kang, J. W. Chang, and Y. Park, "Nutritional Status Predicts 10-Year Mortality in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis," *Nutrients*, vol. 9, no. 4, p. 399, Apr. 2017, doi: 10.3390/nu9040399.
4. D. Fouque et al., "A proposed nomenclature and diagnostic criteria for protein-energy wasting in acute and chronic kidney disease," *Kidney Int.*,

- vol. 73, no. 4, pp. 391-398, Feb. 2008, doi: 10.1038/sj.ki.5002585.
5. Ngô Thị Hà (2021), "Tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 501 số 2.
 6. Lê Thị Nhung (2024), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 543 số 1.
 7. Lưu Xuân Ninh (2021), "Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Lâm Đồng năm 2020 - 2021", Tạp chí Dinh Dưỡng và Thực phẩm, vol. 17, no. 8, pp. 18-26, Jun. 2022, doi: 10.56283/1859-0381/71.
 8. Châu Thị Thảo Nguyên, Thị Hương Quỳnh B., Bách N., Thị Kim Loan D., Thị Lan Anh P., and Văn Tâm V., "Tỷ lệ suy dinh dưỡng và khẩu phần ăn của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện thống nhất", Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 515, no. 1, Jun. 2022, doi: 10.51298/vmj.v515i1.2740.
 9. W.-Z. Xi, C. Wu, Y.-L. Liang, L.-L. Wang, and Y.-H. Cao, "Analysis of malnutrition factors for inpatients with chronic kidney disease," Front. Nutr., vol. 9, p. 1002498, 2022, doi: 10.3389/fnut.2022.1002498.
 10. H. Peng, C. Aoieong, T. Tou, T. Tsai, and J. Wu, "Clinical assessment of nutritional status using the modified quantified subjective global assessment and anthropometric and biochemical parameters in patients undergoing hemodialysis in Macao," J. Int. Med. Res., vol. 49, no. 9, p. 3000605211045517, Sep. 2021, doi: 10.1177/03000605211045517.
 11. T. A. Ikizler, "A patient with CKD and poor nutritional status," Clin. J. Am. Soc. Nephrol. CJASN, vol. 8, no. 12, pp. 2174-2182, Dec. 2013, doi: 10.2215/CJN.04630513.
 12. E. A. Oliveira, R. Zheng, C. E. Carter, and R. H. Mak, "Cachexia/Protein energy wasting syndrome in CKD: Causation and treatment," Semin. Dial., vol. 32, no. 6, pp. 493-499, Nov. 2019, doi: 10.1111/sdi.12832.