

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THĂNG LONG**



NGUYỄN THỊ QUỲNH VÂN

**TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM, CHẤT LƯỢNG
CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA
NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN LỘC MÁU CHU KỲ TẠI
KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

HÀ NỘI – 2019

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC THĂNG LONG**



NGUYỄN THỊ QUỲNH VÂN

**TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM, CHẤT LƯỢNG
CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA
NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN LỘC MÁU CHU KỲ TẠI
KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

Chuyên ngành : Điều dưỡng

Mã ngành : 8720301

LUẬN VĂN THẠC SĨ ĐIỀU DƯỠNG

Hướng dẫn khoa học:

GS.TS. TRƯƠNG VIỆT DŨNG

HÀ NỘI – 2019

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc



LỜI CAM ĐOAN

Kính gửi:

Phòng Đào tạo Sau đại học - Trường Đại học Thăng Long
Khoa Khoa Học Sức Khỏe - Trường Đại học Thăng Long
Hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ.

Tôi xin cam đoan đã thực hiện quá trình thu thập số liệu, viết Luận văn một cách nghiêm túc. Các số liệu, xử lý và phân tích số liệu là hoàn toàn trung thực, chính xác và khách quan.

Hà Nội, ngày 12 tháng 11 năm 2019

Học viên

Nguyễn Thị Quỳnh Vân

LỜI CẢM ƠN

Nhân dịp hoàn thành luận văn tốt nghiệp tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới những người đã giúp đỡ tôi trong quá trình làm luận văn cũng như trong suốt quãng thời gian học tập.

Tôi xin cảm ơn Ban Giám hiệu, Phòng sau đại học, khoa Khoa Học Sức Khỏe trường đại học Thăng Long, Ban Giám đốc bệnh viện Bạch Mai, Ban lãnh đạo và toàn thể cán bộ nhân viên khoa Thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai đã tạo mọi điều kiện thuận lợi giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và hoàn thành Luận văn.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành nhất tới GS.TS. Trương Việt Dũng - Người thầy đã trực tiếp hướng dẫn tôi trong suốt quá trình làm luận văn.

Xin xin gửi lời tới bạn bè và đồng nghiệp đã luôn giúp đỡ, động viên, góp ý cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu

Cuối cùng với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất, con xin gửi lời cảm ơn đến bố, mẹ, chồng, con và anh chị em, những người luôn ở bên con trong mọi hoàn cảnh và cũng đã hy sinh rất nhiều để con được như ngày hôm nay. Gia đình sẽ mãi là chỗ dựa vững chắc và là nguồn động lực to lớn giúp con bước đi trên con đường sự nghiệp của mình.

Hà Nội, ngày 12 tháng 11 năm 2019

Học viên

Nguyễn Thị Quỳnh Vân

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ASEAN	Hiệp hội các quốc gia Đông Nam Á
CI	Khoảng tin cậy
CLCS	Chất lượng cuộc sống
HADS	Thang đánh giá lo âu và trầm cảm tại bệnh viện
IARC	Cơ quan nghiên cứu quốc tế về ung thư của Tổ chức Y tế Thế giới
ICD – 10	Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10
LMCK	Lọc máu chu kỳ
Max	Giá trị lớn nhất
Min	Giá trị nhỏ nhất
OR	Tỷ suất chênh
RL	Rối loạn
SD	Độ lệch chuẩn
SKTC	Sức khỏe thể chất
SKTT	Sức khỏe tinh thần
STM	Suy thận mạn
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Sơ lược về giải phẫu và sinh lý thận	3
1.1.1. Giải phẫu	3
1.1.2. Sinh lý	4
1.2. Bệnh học suy thận mạn tính.....	7
1.2.1. Khái niệm:.....	7
1.2.2. Phân chia giai đoạn suy thận mạn tính:	7
1.2.3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:	8
1.2.4. Điều trị suy thận mạn tính:	9
1.3. Rối loạn lo âu, trầm cảm.....	11
1.3.1. Lo âu	11
1.3.2. Trầm cảm	13
1.3.3. Các thang đo đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân	15
1.4. Chất lượng cuộc sống.....	17
1.4.1. Khái niệm chất lượng cuộc sống	17
1.4.2. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe	18
1.4.3. Các thang đo đánh giá chất lượng cuộc sống	19
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu :	22
2.1.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2019 –09/2019 trong đó:	22
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thận Nhân Tạo tầng 3 và tầng 4 nhà A9 Bệnh Viện Bạch Mai số 78 Giải Phóng Hà Nội.	22
2.2. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	22
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	22
2.3. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin:	23

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.	23
2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin:.....	23
2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:.....	23
2.3.4. Phương pháp chọn mẫu	23
2.3.5. Các bước tiến hành nghiên cứu:	23
2.3.6. Phương pháp thu thập số liệu:	24
2.3.7. Biến số nghiên cứu.....	24
2.3.8. Công cụ thu thập thông tin:	25
2.3.9. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.....	27
2.3.10. Đạo đức trong nghiên cứu.....	28
2.3.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số....	28
2.4. Hạn chế của nghiên cứu	28
2.5. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	28
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	30
3.1. Đặc điểm của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.....	30
3.2. Tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.....	35
3.2.1. Tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu.....	35
3.2.2. Tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu.....	36
3.2.3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ ..	36
3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.....	39
3.3.1. Tình trạng lo âu liên quan nhân khẩu học	39
3.3.2. Tình trạng lo âu liên quan đến bệnh	41
3.3.3. Tình trạng lo âu liên quan yếu tố xã hội	44
3.3.4. Tình trạng trầm cảm liên quan đến nhân khẩu học.....	45
3.3.5. Tình trạng trầm cảm liên quan đến bệnh	47
3.3.6. Tình trạng trầm cảm liên quan yếu tố xã hội:.....	50

3.3.7. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống	51
3.4. Phân tích một số yếu tố liên quan giữa chất lượng cuộc sống với tình trạng lo âu và trầm cảm:	57
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	58
4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.	58
4.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân theo thang điểm HADS.	59
4.2.1. Điểm số lo âu và trầm cảm theo thang điểm HADS	59
4.2.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân suy thận mạn.....	60
4.2.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân...	61
4.3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang điểm bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống SF36.....	65
4.3.1. Về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.....	65
4.3.2. Về mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ với một số yếu tố :.....	67
4.4. Hạn chế của nghiên cứu	71
KẾT LUẬN	72
KHUYẾN NGHỊ.....	74
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1:	Phân chia giai đoạn suy thận mạn tính	7
Bảng 1.2:	Phân chia giai đoạn bệnh thận mạn tính	8
Bảng 2.1.	Các vấn đề đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36	26
Bảng 2.2.	Cách tính điểm cho mỗi câu trả lời trong bộ câu hỏi SF-36.....	26
Bảng 3.1.	Thông tin chung về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu...	30
Bảng 3.2.	Các yếu tố xã hội của đối tượng nghiên cứu	32
Bảng 3.3.	Thông tin về tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu.....	33
Bảng 3.4:	Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu	35
Bảng 3.5:	Điểm trung bình sức khỏe thể chất ở người bệnh nghiên cứu....	36
Bảng 3.6:	Phân loại điểm sức khỏe thể chất.....	37
Bảng 3.7:	Điểm trung bình sức khỏe tinh thần ở người bệnh nghiên cứu ..	37
Bảng 3.8:	Phân loại điểm sức khỏe tinh thần	38
Bảng 3.9:	Điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung.....	38
Bảng 3.10:	Phân loại chất lượng cuộc sống chung	38
Bảng 3.11:	Tình trạng lo âu liên quan nhân khẩu học.....	39
Bảng 3.12:	Tình trạng lo âu liên quan tình trạng bệnh.....	41
Bảng 3.13:	Mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm với tình trạng lo âu	43
Bảng 3.14:	Mối liên quan giữa yếu tố xã hội với tình trạng lo âu	44
Bảng 3.15:	Mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với nhân khẩu học.....	45
Bảng 3.16:	Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với rối loạn trầm cảm	47
Bảng 3.17:	Mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm với tình trạng trầm cảm ...	49
Bảng 3.18:	Mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với yếu tố xã hội	50
Bảng 3.19:	Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố nhân khẩu học....	51
Bảng 3.20:	Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố bệnh	53
Bảng 3.21:	Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố xã hội.....	55
Bảng 3.22:	Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống qua phân tích hồi quy đa biến.....	57

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1: Mức độ rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu	35
Biểu đồ 3.2: Mức độ rối loạn trầm cảm của đối tượng nghiên cứu	36

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là hậu quả cuối cùng của các bệnh thận, tiết niệu mạn tính làm chức năng thận giảm dần tương ứng với số lượng nephron của thận bị tổn thương và mất chức năng không hồi phục. Suy thận mạn gây nên mức lọc cầu thận giảm, urê và creatinin máu tăng, rối loạn cân bằng nước điện giải, rối loạn cân bằng kiềm toan và rối loạn các chức năng nội tiết khác của thận. Trong quá trình tiến triển của suy thận mạn có từng đợt nặng lên và cuối cùng dẫn đến suy thận giai đoạn cuối, lúc này hai thận mất chức năng hoàn toàn, đòi hỏi phải điều trị thay thế thận suy.

Nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ suy thận cao gặp ở nam giới (1,3:1), ở những khu vực nghèo đói và ở những nhóm dân tộc đặc biệt như người châu Á hoặc người Caribe [42],[44],[50],[51]. Năm 2007, riêng ở Mỹ có xấp xỉ 514.642 bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối với tỷ lệ mắc mới là 353 bệnh nhân trên mỗi triệu dân một năm [41],[42],[43]. Tỷ lệ này cao hơn ở người Mỹ gốc phi với khoảng 997 bệnh nhân trên mỗi triệu dân một năm và ở người Mỹ da trắng là 272 bệnh nhân mắc mới trên mỗi triệu dân một năm [39],[46],[47]. Tại Việt nam, số lượng suy thận mới mắc khoảng 500 bệnh nhân/triệu dân/năm [46].

Người ta thấy rằng, khi số lượng nephron chức năng giảm 75% thì mức lọc cầu thận giảm 50% so với bình thường, lúc này mới bắt đầu xuất hiện các triệu chứng của suy thận mạn [25]. Quá trình tiến triển của bệnh từ khi có bệnh thận đến khi suy thận giai đoạn cuối trung bình là 10 năm, cũng có thể chỉ 5 năm hoặc sau 20 năm [32],[40]. Suy thận tiến triển nhanh hay chậm tùy thuộc vào nguyên nhân và các đợt tiến triển nặng lên của bệnh.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rất nhiều các yếu tố tham gia vào thúc đẩy quá trình tiến triển suy thận này như : chế độ ăn thường xuyên giàu đạm, tăng huyết áp kéo dài mất kiểm soát, rối loạn chuyển hóa lipid, hoạt hóa hệ thống

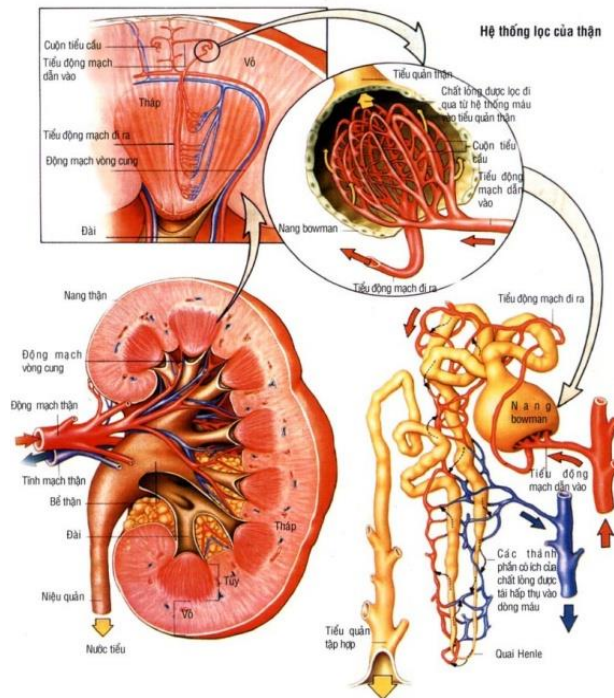
Renin - Angiotensin trong thận, hiện tượng kết dính tiểu cầu trong thận,... Từ đó, các nhà nghiên cứu đã đưa ra các phương pháp điều trị bảo tồn chức năng thận với các thuốc và chế độ sinh hoạt cho bệnh nhân suy thận hợp lý nhất, góp phần kéo dài thời gian tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Sự lo lắng, buồn phiền hay các vấn đề tâm lý tiêu cực có thể gây ra sự gián đoạn, và gây phương hại đến chất lượng cuộc sống, một mô hình liên kết giữa lo âu và chất lượng cuộc sống, đặc biệt là suy giảm chức năng xã hội, mệt mỏi và suy giảm thể chất. Trước các phương pháp điều trị thể chất chưa được triệt để thì việc chăm sóc sức khỏe tinh thần và xã hội là hết sức cần thiết, bù đắp cho lỗ hổng lớn của chất lượng chăm sóc sức khỏe, mang đến lợi ích tối đa mà người bệnh có thể nhận được. Muốn cải tiến được chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân thì việc phát hiện những vấn đề tâm lý mà họ đang phải trải qua và những yếu tố liên quan đến tình trạng đó đóng một vai trò quan trọng. Tuy nhiên, tại Việt Nam thì các nghiên cứu về vấn đề trên vẫn còn rất hạn chế. Chính vì thế, chúng tôi thực hiện đề tài **“Tình trạng lo âu, trầm cảm, chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai.”** với hai mục tiêu sau:

- 1. Mô tả tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai năm 2019.*
- 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo nói trên.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Sơ lược về giải phẫu và sinh lý thận



1.1.1. Giải phẫu:

Bình thường cơ thể mỗi người có 2 quả thận hình hạt đậu nằm dọc hai bên cột sống, sau phúc mạc, ở khoảng giữa đốt sống ngực 12 đến đốt sống thắt lưng 3. Thận nằm sát thành sau bụng xung quanh có đám mỡ quanh thận bao phủ, phía ngoài được bao bọc bởi lá cân quanh thận. Thận ở người bình thường dài khoảng 10-12 cm, rộng 5-6 cm, dày 3cm.

Mỗi thận bao gồm bao thận có thể bóc tách khỏi nhu mô thận. Nhu mô thận gồm phần tủy ở trong và sẫm màu, phần vỏ ở ngoài sáng bao thận, nhạt màu hơn. Tủy thận có hình cánh quạt được cấu thành bởi các quai Henle và ống góp, tạo thành 12-18 khối hình nón gọi là tháp Malpighi. Đáy tháp nằm ở ranh giới giữa vỏ thận và tủy thận, đỉnh tháp hướng vào bề thận tạo thành nướm thận. Mỗi nướm thận tạo thành từ khoảng 15 ống góp (Bellini) đổ vào đài

thận, rồi đổ vào bể thận. Vỏ thận bao gồm các cầu thận, ống lượn và một số quai Henle. Vỏ thận bao phủ đáy tháp Malpighi và một phần xen vào giữa các tháp thận tạo thành cột thận (cột Bertin). Rốn thận bao gồm tĩnh mạch thận nằm phía trước, động mạch thận nằm ở giữa, bể thận nằm ở phía sau.

Đơn vị cấu trúc và chức năng của thận gọi là Nephron. Mỗi thận có khoảng 1.200.000 nephron, mỗi nephron dài 4-5 cm gồm tiểu cầu thận (tiểu cầu Manpighi) nối tiếp với hệ thống ống thận gồm ống lượn gần, quai Henle, ống lượn xa, ống góp tận cùng chụm vào tạo thành núm thận và đổ vào đài thận. Bộ máy cận cầu thận được tạo thành bởi tế bào biểu mô thuộc đoạn to của nhánh lên quai Henle và ống lượn xa dày lên ở sát kề động mạch đến và động mạch đi, tạo thành phức hợp cận cầu thận (mascula densa). Tế bào hạt cận cầu thận của động mạch đến tiết Renin tham gia điều hòa hệ Renin-Angiotensin-Aldosteron, góp phần vào cơ chế feedback điều hòa dòng máu qua thận và mức lọc cầu thận.

Tổ chức kẽ thận là tổ chức liên kết gồm các sợi lưới và tế bào kẽ. Khi bị viêm sẽ có sự xâm nhập tế bào viêm và tăng xơ tổ chức liên kết tại kẽ thận.

1.1.2. Sinh lý:

Hai thận ở người trưởng thành chỉ chiếm 0,5% trọng lượng cơ thể nhưng hoạt động của thận rất mạnh. Thận sử dụng 8-10 % oxy của cơ thể, hàng ngày có 1000-1500 lít huyết tương qua thận, những chức năng chính của thận là:

- Chức năng ngoại tiết :
- Chức năng nội tiết:

1.1.2.1. Quá trình lọc của cầu thận:

Thận nhận khoảng 20-25% máu của cung lượng tim. Mỗi phút có khoảng 600ml huyết tương qua thận. Khi dòng máu đi qua cuộn mao quản cầu thận khoảng 20% thể tích huyết tương được lọc qua khoang Bowman.

Lượng dịch lọc này trung bình là 120ml/phút và chính là lượng nước tiểu ban đầu này được gọi là mức lọc cầu thận. Bước khởi đầu tạo thành nước tiểu theo cơ chế siêu lọc nghĩa là lọc máu dưới áp lực thủy tĩnh ở dòng máu qua thận.

Tế bào và các phân tử lớn như protein bị màng mao quản cầu thận ngăn lại. Các tiểu phân: nước, urê, acid uric, creatinin, các chất điện giải, ion ... qua màng cầu thận dễ dàng. Như vậy, nước tiểu đầu có thành phần và tỷ lệ các chất gần giống như trong huyết tương ngoại trừ protein. Lượng nước tiểu ban đầu này khi đi qua ống thận sẽ được tái hấp thu phần lớn để cuối cùng bài xuất ra ngoài khoảng 1ml/phút, nghĩa là khoảng 1,5 lít nước tiểu mỗi ngày.

Khi dòng máu qua thận tăng thì mức lọc cầu thận cũng tăng và ngược lại. Hệ thống tự điều chỉnh có thể tự điều hòa để duy trì mức lọc cầu thận không thay đổi trong phạm vi huyết áp tâm thu 80-180 mmHg.

Khi huyết áp xuống dưới 80mmHg thì mức lọc cầu thận sẽ giảm tỉ lệ thuận với mức giảm huyết áp và khi huyết động mạch xuống dưới 50mmHg thì siêu lọc sẽ ngừng, bệnh nhân vô niệu.

1.1.2.2. Quá trình tái hấp thu và bài tiết ở ống thận:

Xảy ra suốt dọc chiều dài ống thận từ ống lượn gần cho đến ống góp.

Na^+ được tái hấp thu chủ động 67% ở ống lượn gần, 25% ở nhánh lên quai Henle, 5% ở ống lượn xa, 3% ở ống góp. Na^+ tái hấp thu sẽ kéo theo ion Cl^- , HCO_3^- và H_2O .

K^+ được tái hấp thu 80% ở ống lượn gần và nhánh lên quai Henle. Chỉ có 10-20% được bài xuất ra nước tiểu. Ở phần sau ống lượn xa và đầu ống góp K^+ có thể được bài xuất thêm. Sự bài tiết thêm K^+ ở ống lượn xa và ống góp quyết định việc điều hòa cân bằng K^+ của cơ thể vì khi có quá tải K^+ thì khả năng bài xuất K^+ có thể gấp 3 lần lượng có trong dịch lọc nhờ quá trình bài tiết ở ống lượn xa và đầu ống góp.

H^+ và HCO_3^- : Thận đóng vai trò quan trọng trong việc điều hòa cân bằng ion H^+ thông qua quá trình điều hòa cân bằng kiềm toan của máu. HCO_3^- được tái hấp thu 99,9% để duy trì kho dự trữ bicarbonate. HCO_3^- cũng được tái tạo thêm để đưa vào máu, còn các acid cố định được đào thải dưới dạng NaH_2PO_4 hoặc đào thải dưới dạng $(NH_4)_2SO_4$.

Nước: 99% lượng nước được tái hấp thu ở ống lượn gần, quai Henle và ống lượn xa. Ở ống lượn gần, sự tái hấp thu nước được coi là bắt buộc, nước được tái hấp thu 80% cùng Na^+ . Sự tái hấp thu Na^+ , Cl^- , và nước tương đương làm cho nước tiểu không bị cô đặc hay hòa loãng. Tại quai Henle, ống lượn xa 90% lượng nước còn lại được tái hấp thu. Sự tái hấp thu nước ở đây phụ thuộc vào ADH, một hormon chống bài niệu. Hormon này được cố định trên màng ống thận.

Phospho vô cơ được tái hấp thu gần toàn bộ ở ống lượn gần, lượng tái hấp thu tối đa của phosphor thấp hơn mức phospho bình thường trong máu nên trong nước tiểu thường xuất hiện phosphor vô cơ.

Glucose được tái hấp thu hoàn toàn ở ống lượn gần. Lượng tái hấp thu tối đa = 375 ml/ phút. Khi glucose máu tăng 200mg/dl thì thận không còn đủ khả năng tái hấp thu toàn bộ glucose và glucose được bài xuất ra ngoài nước tiểu.

Acid amin được tái hấp thu hầu hết ở ống lượn gần.

Urê được tái hấp thu 40-50% theo cơ chế thụ động phụ thuộc vào nồng độ urê trong máu.

Acid uric: tái hấp thu 95-98% ở ống thận, lượng acid uric đào thải khoảng 0,33 mg/ phút tương đương với 600mg/24 giờ.

Creatinin sau khi được lọc qua thận được đào thải gần như hoàn toàn, lượng tái hấp thu rất ít.

1.2. Bệnh học suy thận mạn tính

1.2.1. Khái niệm:

Suy thận mạn là sự giảm mức lọc cầu thận dưới mức bình thường (<60ml/ph) trên 3 tháng trở lên, thường xuyên, không hồi phục và là hậu quả cuối cùng của các bệnh thận, tiết niệu mạn tính làm chức năng thận giảm dần tương ứng với số lượng nephron của thận bị tổn thương và mất chức năng không hồi phục. Khi mức lọc cầu thận giảm dưới 50% (60ml/phút) so với mức bình thường (120ml/phút) thì được xem là suy thận mạn.

Nguyên nhân suy thận mạn tính có nhiều loại khác nhau, thường do một trong số các nguyên nhân bao gồm bệnh cầu thận, bệnh ống kẽ thận, bệnh mạch máu thận, bệnh bẩm sinh và di truyền...[7],[11].

1.2.2. Phân chia giai đoạn suy thận mạn tính:

Suy thận mạn tính tiến triển theo thời gian, các đơn vị chức năng thận bị phá hủy dần làm giảm mức lọc cầu thận, tích lũy các độc chất và gây ra các biến chứng của suy thận. Nguyễn Văn Xang chia suy thận mạn thành 4 giai đoạn dựa vào hệ số thanh thải creatinin nội sinh và nồng độ creatinin máu:

Bảng 1.1: Phân chia giai đoạn suy thận mạn tính

Giai đoạn suy thận	Hệ số thanh thải creatinin (ml/phút)	Creatinin máu	
		mg/dl	μmol/l
I	60 – 41	< 1,5	< 130
II	40 – 21	1,6 – 3,5	130 - 299
IIIa	20 – 11	3,6 – 6,0	300 - 499
IIIb	10 – 5	6,1 – 10	500 - 899
IV	< 5	> 10	≥ 900

* Nguồn theo Nguyễn Văn Xang (2008) [31]

Khuyến cáo The National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomea Quality Initiative (NKF-K/DOQI) năm 2002 [41] phân loại bệnh thận mạn tính dựa vào mức lọc cầu thận như sau:

Bảng 1.2: Phân chia giai đoạn bệnh thận mạn tính

Giai đoạn	Biểu hiện	MLCT (ml/phút/1,73m²)	Chỉ định điều trị
1	Tổn thương thận nhưng mức lọc cầu thận bình thường hoặc tăng	≥ 90	Chẩn đoán và điều trị các bệnh kết hợp, các yếu tố nguy cơ tim mạch, làm chậm quá trình tiến triển bệnh thận.
2	Tổn thương thận làm giảm nhẹ mức lọc cầu thận	60 - 90	Kiểm soát các yếu tố nguy cơ, các bệnh kết hợp làm chậm tiến triển bệnh thận.
3	Giảm mức lọc cầu thận mức độ vừa	30 - 59	Chẩn đoán và điều trị các biến chứng do bệnh thận gây ra.
4	Giảm nghiêm trọng mức lọc cầu thận	15 - 29	Chuẩn bị các phương pháp điều trị thay thế thận.
5	Suy thận	<15	Bắt buộc điều trị thay thế (nếu có hội chứng tăng ure máu).

* Nguồn theo NKF-K/DOQI (2002)

1.2.3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:

1.2.3.1. Lâm sàng:

- Phù: tùy theo nguyên nhân có thể phù ít hay nhiều, phù trắng, mềm, ấn lõm.
- Thiếu máu thường gặp, mức độ phụ thuộc giai đoạn suy thận.
- Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao, là nguyên nhân hoặc hậu quả của STM.
- Hội chứng urê máu cao với các biểu hiện:
 - o Chán ăn, buồn nôn, nôn.

- Ngứa ngoài da, chuột rút.
 - Thần kinh: nhức đầu, kích thích hoặc hôn mê.
 - Hô hấp: khó thở, rối loạn nhịp thở.
 - Tim mạch: mạch nhanh, có thể có tiếng cọ màng tim, hoặc rối loạn nhịp.
 - Xuất huyết ngoài da hoặc nội tạng.
- Suy tim: thường ở giai đoạn muộn

1.2.3.2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: thiếu máu.
- Ure, Creatinin máu tăng cao.
- Rối loạn điện giải, kiềm toan.
- Protein niệu dương tính.
- Ngoài ra còn một số xét nghiệm khác để tìm nguyên nhân suy thận như: Xquang, siêu âm hệ tiết niệu, CT-Scanner ổ bụng,...

1.2.4. Điều trị suy thận mạn tính:

Lựa chọn phương pháp điều trị suy thận mạn tính căn cứ vào mức độ suy thận của bệnh nhân. Theo Nguyễn Văn Xang, chỉ định điều trị nội khoa chỉ áp dụng cho các bệnh nhân suy thận mạn tính khi mức lọc cầu thận còn > 10 ml/phút [32]. Tuy nhiên, theo khuyến cáo The National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcome Quality Initiative (NKF-K/DOQI) chỉ định lọc máu bắt buộc sớm hơn khi mức lọc cầu thận < 15 ml/phút [41].

- Điều trị nguyên nhân gây suy thận:
 - Loại bỏ cản trở đường tiết niệu
 - Chống nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong viêm thận - bể thận mạn.

- Điều trị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống, đái tháo đường, tăng huyết áp... khi những bệnh này là nguyên nhân gây suy thận.

- Dự phòng và loại trừ các yếu tố làm suy thận mạn tiến triển.

- Kiểm soát huyết áp:

- Tránh dùng các thuốc hoặc các chất độc cho thận như kháng sinh nhóm aminoglycosid, thuốc cản quang đường tĩnh mạch, chất gián tiếp gây thiếu máu thận như: thuốc giảm đau có gốc phenacetin, thuốc thuộc nhóm chống viêm giảm đau non - steroid.

- Chế độ ăn:

Mục đích làm giảm quá trình dị hoá và tăng quá trình đồng hoá protein để hạn chế tăng urê máu. Nguyên tắc hạn chế protein nhưng đủ axit amin thiết yếu, đủ năng lượng (35 - 50 Kcal/kg/ngày), đủ vitamin, hạn chế kali và phosphat, bổ xung canxi.

Đảm bảo cân bằng nước - muối, ít toan, đủ canxi, ít phosphat: nếu có phù nhiều, có tăng huyết áp, có suy tim cần ăn nhạt, lượng muối chỉ 2 - 3 g/ngày.

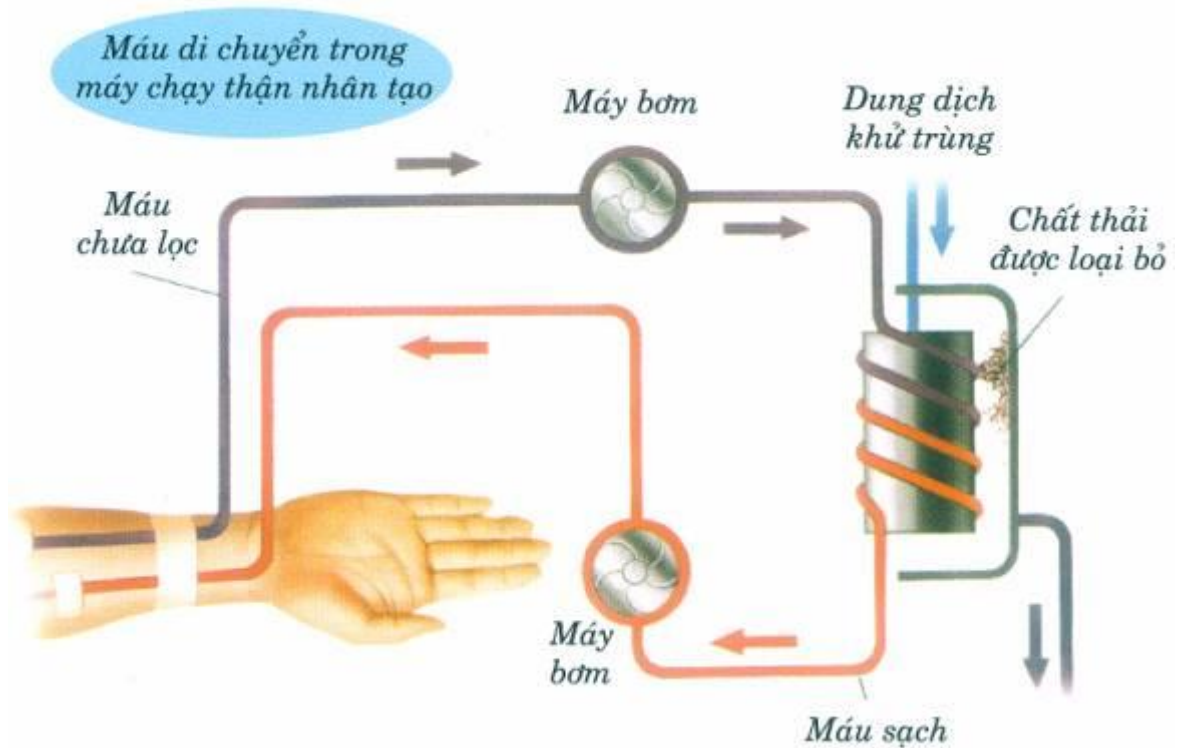
- Điều trị thiếu máu: Sử dụng các rHu-EPO, sắt và axit amin, duy trì hemoglobin máu trong khoảng 110 – 120 g/l. Chỉ truyền máu khi không đáp ứng với rHu-EPO.

- Điều trị thay thế thận:

Lọc màng bụng là sử dụng màng phúc mạc làm màng lọc, khoang phúc mạc là khoang dịch lọc, máu trong mạch máu của lá phúc mạc là khoang máu.

Lọc máu ngoài cơ thể hay thận nhân tạo là quá trình lọc máu diễn ra ở ngoài cơ thể để lấy đi các sản phẩm cặn bã và nước dư thừa, dựa trên hai cơ chế cơ bản là khuếch tán và siêu lọc.

Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận hoàn hảo nhất. Thận ghép có thể thay thế cả chức năng điều hoà nội môi và chức năng nội tiết của thận suy. Bệnh nhân được ghép thận có sức khoẻ và cuộc sống gần hoàn toàn bình thường, có thể trở lại với công việc thường ngày.



Quy trình chạy thận nhân tạo cho người bị suy thận

1.3. Rối loạn lo âu, trầm cảm

1.3.1. Lo âu

1.3.1.1. Đặc điểm của lo âu

Lo âu là một trạng thái căng thẳng cảm xúc lan tỏa, hết sức khó chịu nhưng thường mơ hồ, băng quơ kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể như cảm giác trống rỗng ở thượng vị, siết chặt ở ngực, hồi hộp vã mồ hôi, đau đầu, run, khô miệng đau cơ, kèm sự bứt rứt bất an đứng ngồi không yên [15]. Theo U.Baumann, lo là một hiện tượng phản ứng cảm xúc tự nhiên tất yếu của con người trước những khó khăn, thử thách đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm ra các giải pháp để vượt qua, vươn tới, tồn tại [16].

Lo âu có hai thành phần chính: Các biểu hiện báo trước của cảm giác cơ thể (khô miệng, đánh trống ngực...) và trải nghiệm cảm giác khiếp sợ. Lo âu cũng ảnh hưởng lên tư duy, tri giác và học tập. Có sự liên quan giữa lo âu và hoạt động (trí óc và cơ thể). Lúc ban đầu, khi lo âu vừa mới được khuấy động lên thì hoạt động được cải thiện tốt lên: đó là thời kỳ hoạt bát, và khi lo âu trở nên quá mức làm hao tổn nhiều năng lượng thì chuyển sang thời kỳ suy yếu, làm giảm khả năng của các động tác vận động khéo léo và các nhiệm vụ trí tuệ phức tạp. Bệnh nhân có lo âu lâm sàng bị các ảnh hưởng này. Lo âu trở thành lo âu lâm sàng khi nó xuất hiện không có liên quan tới một mối đe dọa rõ ràng nào, mức độ lo âu không cân xứng với bất kỳ một đe dọa nào để có thể tồn tại hoặc kéo dài. Khi mức độ lo âu gây trở ngại rõ rệt các hoạt động, lúc đó được gọi là lo âu bệnh lý [17].

Lo âu bệnh lý không có chủ đề rõ ràng mang tính chất vô lý, mơ hồ, thời gian thường kéo dài, lặp đi lặp lại với nhiều rối loạn thần kinh thực vật như thở gấp, mạch nhanh, chóng mặt, khô miệng, vã mồ hôi, lạnh chân tay, run rẩy, bất an. Việc điều trị cần được lựa chọn thích hợp cho từng trường hợp [15]. Còn lo âu bình thường có chủ đề, nội dung rõ ràng như ốm đau, công ăn việc làm, diễn biến nhất thời khi có các sự kiện trong đời sống tác động đến tâm lý của chủ thể, hết tác động thì lo âu cũng không còn, và thường không có hoặc rất ít triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật [15], [16].

Cần chú ý, lo âu cũng có thể là một biểu hiện hay gặp của nhiều rối loạn tâm thần và cơ thể khác. Lo âu có thể là một thành phần của các bệnh này, có thể do sự điều trị hoặc xuất phát từ nhận định tiêu cực của người bệnh về tiên lượng bệnh của mình [15].

Rối loạn lo âu: Là rối loạn đặc trưng bởi các cơn lo âu kéo dài, bao gồm:

- Rối loạn lo âu đám đông: Bệnh nhân rất sợ bất kỳ tình huống nào mà có thể xem xét trước đám đông.

- Rối loạn căng thẳng sau sang chấn: Bệnh nhân có các giấc mơ lặp đi lặp lại về các sự kiện gây sang chấn, kéo dài ít nhất một tháng.
- Rối loạn hoảng sợ: Bệnh nhân có các cơn hoảng loạn đột ngột, lặp đi lặp lại kéo dài một vài tháng.
- Chứng sợ khoảng trống: Bệnh nhân luôn sợ và tránh né các nơi và tình huống khó tẩu thoát khi bị tấn công.
- Rối loạn lo âu toàn thể: Lo âu quá mức, xuất hiện hầu như mọi ngày trong vòng 6 tháng.
- Rối loạn ám ảnh- cưỡng bức: Bệnh nhân có các suy nghĩ ám ảnh (không loại bỏ đi được) như nghi bệnh, sợ bẩn dẫn đến hành vi cưỡng bức (lặp đi lặp lại) như rửa tay, kiểm tra đi kiểm tra lại... [15].

1.3.1.2. Biểu hiện lâm sàng

Các biểu hiện của lo âu thường rất đa dạng phức tạp, có lúc xuất hiện một cách tự phát không rõ nguyên nhân, hoàn cảnh rõ rệt. Các triệu chứng thường rất thay đổi, nhưng phổ biến là bệnh nhân cảm thấy sợ hãi, lo lắng về bất hạnh tương lai, dễ cáu, khó tập trung tư tưởng, căng thẳng vận động, bồn chồn đứng ngồi không yên, đau căng đầu, đầu óc trống rỗng, run rẩy, không có khả năng thư giãn, hoạt động quá mức thần kinh tự trị như vã mồ hôi, mạch nhanh hoặc thở gấp, hồi hộp, đánh trống ngực, khó chịu vùng thượng vị, chóng mặt, khô mồm [18], [19].

1.3.2. Trầm cảm

1.3.2.1. Đặc điểm của trầm cảm

Trầm cảm là một rối loạn thuộc nhóm rối loạn khí sắc thể hiện sự ức chế của cảm xúc, tư duy và vận động [20], [15]. Theo ICD-10 [21], một giai đoạn trầm cảm điển hình gồm các triệu chứng chính như khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động, cùng với các triệu chứng phổ biến khác như giảm sút sự tập trung và

chú ý, giảm sút tính tự trọng và lòng tin, những ý tưởng bị tội và không xứng đáng, nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan, ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng.

Để chẩn đoán xác định trầm cảm cần phải có tối thiểu 2 trong các triệu chứng chính cộng thêm 2 trong số các triệu chứng phổ biến khác. Phải có ít nhất 2 tuần để làm chẩn đoán và cũng có thể cần thời gian ngắn hơn nếu các triệu chứng nặng bất thường và khởi phát nhanh.

Phân biệt các mức độ trầm cảm nhẹ, vừa và nặng dựa vào một sự cân nhắc lâm sàng phức tạp. Năng suất của các hoạt động xã hội nghề nghiệp là yếu tố chỉ điểm cho việc xác định các mức độ nặng, nhẹ vừa của trầm cảm.

1.3.2.2. Biểu hiện lâm sàng

Trầm cảm là một giai đoạn rối loạn khí sắc, có 3 đặc điểm biểu hiện quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần: Cảm xúc, tư duy và vận động:

- Cảm xúc buồn rầu: Người bệnh buồn rầu, ủ rũ, nhìn mọi vật xung quanh một cách bi quan ảm đạm.

- Tư duy chậm chạp: Người bệnh suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng không nhanh chóng, tự cho mình là thấp kém, có hoang tưởng bị tội, hoang tưởng tự buộc tội, hoang tưởng nghi bệnh, hội chứng Cotard và có ý nghĩ hay hành vi tự sát.

- Vận động ức chế: Người bệnh ít hoạt động, ít nói, sưng sờ đờ đẫn, thường hay ngồi lâu trong một tư thế với nét trầm ngâm suy nghĩ [21].

Tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm nặng: Cần có một trong hai triệu chứng sau:

- Trạng thái trầm cảm
- Mất quan tâm hoặc thích thú với hầu hết hoặc tất cả các công việc thường nhật.

Kèm 5/7 triệu chứng sau, tất cả ít nhất kéo dài 2 tuần lễ:

- Giảm cân hoặc tăng cân quá mức
- Mất ngủ hoặc ngủ nhiều
- Kích động hoặc chậm chạp tâm lý vận động
- Mệt mỏi hoặc mất sinh lực
- Cảm giác không đáng giá hoặc cảm giác có tội không đúng hoặc quá mức
- Giảm khả năng suy nghĩ hoặc tập trung bất định
- Ý tưởng tái diễn về cái chết hoặc tự tử [21].

Theo phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), sự hỗn hợp các triệu chứng là phổ biến, trầm cảm cùng tồn tại với lo âu là thường gặp nhất [21].

1.3.3. Các thang đo đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân

Có nhiều thang điểm trắc nghiệm để đánh giá các mức độ rối loạn tâm lý ở bệnh nhân, trong đó các trắc nghiệm của Beck và Zung, thường được sử dụng đặc trưng trên các bệnh nhân rối loạn tâm thần:

❖ Thang tự đánh giá lo âu của Zung (Self Rating Anxiety Scale): do W.W. Zung (1971) đề xuất, lấy thông tin trực tiếp từ người bệnh, là một test khách quan, định lượng hóa và chuẩn hóa, sử dụng nhanh, được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thừa nhận là một test đánh giá trạng thái lo âu. Test gồm 20 câu hỏi dành cho người bệnh tự đánh giá, đánh số thứ tự theo cột dọc từ 1 đến 20, cột ngang đánh giá 4 mức tần suất xuất hiện triệu chứng theo thời gian:

1 điểm: Không có hoặc ít thời gian

2 điểm: Đôi khi

3 điểm: Phần lớn thời gian

4 điểm: Hầu hết hoặc tất cả thời gian

Kết quả được đánh giá theo 2 mức:

$T < 50\%$: Không có lo âu bệnh lý

$T > 50\%$: Có lo âu bệnh lý [38].

❖ Thang tự đánh giá trầm cảm của Beck (Beck Depression Inventory):

Được A.T. Beck và cộng sự (1961) đề xuất, được gợi ý từ những quan sát lâm sàng bệnh nhân trầm cảm, nhất là từ liệu pháp tâm thần. Test này được Tổ chức y tế thế giới (WHO) thừa nhận để đánh giá trạng thái trầm cảm và hiệu quả của các phương pháp điều trị, được dung phổ biến tại Viện Sức Khỏe Tâm Thần Quốc gia từ năm 1989. Test bao gồm 21 câu hỏi, đánh số thứ tự từ 1 đến 21, mỗi câu có từ 4 đến 6 mục nhỏ, tổng cộng 95 mục nhỏ. Mỗi mục đi sâu, khảo sát từng đặc điểm triệu chứng của trầm cảm ở các mức điểm 0, 1, 2, 3. Kết quả được phân tích theo các mức độ:

< 14 điểm: Không có trầm cảm

14 đến 19 điểm: Trầm cảm nhẹ

20 đến 29 điểm: Trầm cảm vừa

≥ 30 điểm: Trầm cảm nặng [39].

Ngoài ra còn có các thang đánh giá khác như thang Covi, thang Tyrer...

❖ Thang đánh giá lo âu trầm cảm trên bệnh nhân tại bệnh viện: HADS

Thang đánh giá lo âu trầm cảm tại bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) là thang đo thường được sử dụng để đánh giá trạng thái lo âu trầm cảm với bệnh nhân bị mắc các bệnh chính khác, thường là các bệnh lý mạn tính điều trị tại bệnh viện. Năm 1983, A.S. Zigmond và R.P. Snaith đã phát triển công cụ này như là những câu hỏi sàng lọc tại phòng khám ngoại trú y tế.

HADS gồm 14 câu hỏi tự báo cáo những triệu chứng của chính người bệnh trong thời gian tuần kể trước, bao gồm 7 câu đánh giá lo âu (HADS – A) và 7 câu cho trầm cảm (HADS – D). Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn theo các mức độ tương ứng với các số điểm từ 0 đến 3. Sau khi tính tổng điểm cho mỗi phần, một điểm cắt từ 11 trở lên chỉ ra sự có mặt của một rối loạn lo âu hay trầm cảm thực sự, khoảng điểm từ 8 đến 10 được coi như một gợi ý có thể có triệu chứng của lo âu hay trầm cảm, từ 0 đến 7 điểm là bình thường [40].

Theo I. Bjelland và cộng sự (2002), ngưỡng điểm 11 được áp dụng rộng rãi ở những nghiên cứu về ung thư để chỉ ra sự có mặt của tình trạng lo âu hay trầm cảm với độ nhạy trong khoảng 0,7 – 0,95 và độ đặc hiệu 0,83 [41]. Bên cạnh đó, thang đo này có ưu điểm ngắn gọn, dễ hiểu, dễ sử dụng, đánh giá đồng thời hai loại rối loạn tâm lý lo âu và trầm cảm, bệnh nhân có thể tự đọc và trả lời các câu hỏi theo hướng dẫn, hoặc trả lời gián tiếp qua phỏng vấn của người nghiên cứu trong vòng vài phút. Đồng thời S. Moorey và các cộng sự (1991) đã xác nhận rằng HADS là một công cụ hữu ích cho sự đánh giá lo âu, trầm cảm trên bệnh nhân ung thư [42]. Thang đo này được quản lý và phân phối bởi một nhà xuất bản – “ Quỹ quốc gia về nghiên cứu giáo dục” tại Anh – cung cấp quy mô, biểu đồ ghi điểm số, hướng dẫn sử dụng với các bản dịch có sẵn cho những ngôn ngữ Ả rập, Nhật Bản, Trung Quốc, Urdu... và tất cả những ngôn ngữ khác nếu liên hệ với nhà xuất bản [43]. Tại Việt Nam, thang đo này đã được mua bản quyền và dịch sang tiếng Việt bởi Khoa nghiên cứu y học hành vi thuộc Trường Đại học New South Well, Úc

1.4. Chất lượng cuộc sống

1.4.1. Khái niệm chất lượng cuộc sống

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa chất lượng cuộc sống (CLCS) là “sự hiểu biết của cá nhân về vị trí xã hội của họ trong bối cảnh văn hóa và

hệ thống các giá trị mà họ thuộc về; và trong mối quan hệ với các mục tiêu, kỳ vọng, chuẩn mực và mối quan tâm của họ” [46]. Thuật ngữ chất lượng cuộc sống là một thuật ngữ đa chiều, do vậy việc phân tích các chỉ số đo lường chất lượng cuộc sống được nhiều ngành, nhiều lĩnh vực nghiên cứu với nhiều tiêu chí khác nhau.

Vào năm 1973, tác giả Abrams cho rằng CLCS là mức độ hài lòng hoặc không hài lòng được cảm nhận bởi con người với các khía cạnh khác nhau trong cuộc sống của họ [31]. Tác giả Andrew vào năm 1974 lại cho rằng CLCS là mức độ niềm vui và sự hài lòng đặc trưng cho tồn tại của con người [42]. Theo Ferrans và Power vào năm 1985, định nghĩa CLCS là nhận thức hay cảm giác hạnh phúc của con người bắt nguồn từ sự hài lòng hoặc không hài lòng với các lĩnh vực của cuộc sống quan trọng đối với họ. Mô hình này bao gồm 4 lĩnh vực: sức khỏe và chức năng, tâm lý/ tâm linh, kinh tế xã hội và gia đình.

CLCS đại diện cho một loạt trải nghiệm của con người bao gồm nhiều lĩnh vực, chẳng hạn như cộng đồng, giáo dục, cuộc sống gia đình, tình bạn, sức khỏe, nhà ở, hôn nhân, quốc gia, khu vực, bản thân, mức sống, và làm việc [35, 44]. Mặc dù có nhiều định nghĩa nhưng cho đến nay vẫn chưa có một quan điểm thống nhất về chất lượng cuộc sống [64].

1.4.2. Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe (Health related quality of life – HRQOL)

Chất lượng cuộc sống nói chung là những cảm nhận của các cá nhân về cuộc sống của họ trong bối cảnh văn hóa và các hệ thống giá trị mà họ đang sống liên quan đến mục đích, nguyện vọng, tiêu chuẩn và các mối quan tâm của họ. Xét trên mức độ rộng, chất lượng cuộc sống không chỉ đề cập đến tình

trạng sức khỏe mà còn đề cập đến cả các yếu tố về môi trường và kinh tế (thu nhập, trình độ học vấn) có ảnh hưởng đến hạnh phúc.

Chất lượng cuộc sống gồm 4 vấn đề chính sau:

- Sức khỏe thể chất: những vấn đề liên quan đến bệnh tật.
- Sức khỏe chức năng: liên quan đến tự chăm sóc, khả năng di chuyển, khả năng thể hiện vai trò trong công việc, gia đình.
- Tâm lý: khả năng nhận thức, tình cảm, nhân cách và sự hài lòng về cuộc sống.
- Gia đình - xã hội: vai trò của người bệnh trong gia đình, xã hội.

Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu tập trung vào các tác động của một bệnh hay tình trạng sức khỏe đến con người, các nhà nghiên cứu thường sử dụng khái niệm “chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe” (CLCSLQSK). CLCSLQSK là một lĩnh vực đa chiều bao gồm các khía cạnh khác nhau: thể chất, cảm xúc, tình cảm, xã hội chủ quan của một bệnh nói chung cũng như phản ứng khách quan của một cá nhân về bệnh nói riêng.

1.4.3. Các thang đo đánh giá chất lượng cuộc sống

Hiện nay, có rất nhiều bộ công cụ giúp chúng ta lượng giá bệnh nhân mãn tính như Rankin Scale [41], Barthel Index [51] hay National Institutes of Health Stroke Scale [50]..

- *Rankin scale* đơn giản chỉ chia mức độ giảm khả năng của bệnh nhân liệt nửa người thành 5 mức từ giảm khả năng rất nặng, nặng, trung bình, nhẹ, không đáng kể và bình thường.

- *Barthel Index* sử dụng hệ thống thang điểm đánh giá cho 10 hoạt động trong sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, từ đó phân chia được mức độ độc

lập trong sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân thành các mức: phụ thuộc hoàn toàn, phụ thuộc mức độ trung bình, phụ thuộc một phần và độc lập.

- *NIHSS* là thang điểm gồm 12 mục câu hỏi với tổng điểm 42, điểm số càng cao thì mức độ tổn thương càng nặng.

Với những bộ câu này, rất khó để lượng giá sự thay đổi các mặt khác nhau của cuộc sống như cảm xúc, giao tiếp và sự hạn chế các hoạt động xã hội của người bệnh. Do đó, việc nghiên cứu nhằm đề xuất ra bộ công cụ giúp các nhà nghiên cứu đánh giá bệnh nhân một cách toàn diện đã được đặt ra. Nhiều bộ công cụ được các nhà nghiên cứu tính toán và xây dựng một cách chi tiết với mục đích lượng giá chính xác CLCSLQSK như Short Form 36, Sickness impacts profile, Nottingham Health Profile, Stroke impacts Scale...

+ *Thang điểm điều tra sức khỏe SF - 36 (Medical Outcomes Short Form Health Survey)*: Có 36 câu hỏi phân thành 8 lĩnh vực chính bao gồm tất cả các hoạt động thể chất và tất cả các hoạt động tinh thần được đưa vào lượng giá trong tình trạng sức khỏe chung [49], [50].

+ *Thang điểm đánh giá ảnh hưởng của bệnh tập SIP (Sickness Impact Profile)*: gồm 136 tiêu chí tương ứng với 12 thành phần, tập trung chủ yếu vào hành vi liên quan đến giới hạn chức năng hay sự thay đổi chức năng gần đây do bệnh, ít tập trung vào cảm giác hay nhận thức của bệnh nhân [50], [51].

+ *Thang điểm Sức khỏe của Nottingham NHP (Nottingham Health Profile)*: gồm 38 tiêu chí được phân thành sáu nhóm: mức độ đau, năng lượng, giấc ngủ, độc lập trong di chuyển, cảm xúc và xã hội [47].

+ *Thang điểm đánh giá CLCS của bệnh nhân mạn tính SIS (Stroke impact scale)*: là một công cụ lượng giá những ảnh hưởng của bệnh mạn tính trong nhiều lĩnh vực của đời sống.

Bộ câu hỏi SF 36 được xây dựng dựa trên cơ sở nghiên cứu những phản hồi tích cực từ phía bệnh nhân, người chăm sóc. Sau đó, SF36 tiếp tục được xây dựng phát triển bởi nhiều nhóm nghiên cứu trường Đại học Y khoa Hoa Kỳ và đã được áp dụng bởi những nhà nghiên cứu đến từ nhiều quốc gia trên thế giới. Hầu hết các nghiên cứu chứng minh thang điểm SF36 có độ tin cậy cao qua đó lượng giá chính xác CLCS của bệnh nhân mắc bệnh mạn tính. Điểm khác biệt so với những thang đo trước là SF36 có thể sử dụng đánh giá CLCS của BN qua người chăm sóc, có thể không cần đánh giá trực tiếp mà có thể gián tiếp qua phương tiện thông tin như điện thoại, e-mail, internet [47], [48], [49].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu :

2.1.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2019 –09/2019 trong đó:

Xây dựng đề cương, phỏng vấn thử và chuẩn hóa bộ câu hỏi phỏng vấn

Phỏng vấn điều tra dựa theo bộ câu hỏi phỏng vấn

Làm sạch và xử lý dữ liệu

Tổng kết dữ liệu và viết báo cáo

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thận Nhân Tạo tầng 3 và tầng 4 nhà A9 Bệnh Viện Bạch Mai số 78 Giải Phóng Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2019 thuộc tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

○ Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Khoa thận nhân tạo – Bệnh viện Bạch Mai năm 2018.

○ Tuổi > 18.

○ Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

○ Bệnh nhân hạn chế nghe, nói.

○ Bệnh nhân tình trạng nặng nề không thể tham gia phỏng vấn.

○ Không đồng ý tham gia.

2.3. Thiết kế nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3.2. Phương pháp thu thập thông tin:

Thu thập thông tin bằng cách phỏng vấn bệnh nhân theo bộ câu hỏi HADS và SF36 (Phần phụ lục). Ngoài ra còn đo huyết áp, cân nặng trước và sau lọc máu, lượng nước tiểu 24 giờ. Các chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân được ghi nhận trong bệnh án của từng người bệnh.

2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang mô tả với độ tin cậy 95%, sai số ước lượng là 0,05; tỷ lệ ước tính có lo âu, trầm cảm là 0,25 (E. Frick và cộng sự) , dựa theo công thức:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

α : độ tin cậy. Tương ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng là 1,96
d= 0,05

p: tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm trong nghiên cứu của E. Frick và cộng sự trên người chạy thận nhân tạo là =0,25

Như vậy : n= 289 bệnh nhân \pm 10% .

2.3.4. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu bằng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn tất cả bệnh nhân Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Bạch Mai trong tháng 03-06 năm 2019, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, không trong tiêu chuẩn loại trừ.

Mỗi đối tượng chỉ phỏng vấn 1 lần.

2.3.5. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Tiếp xúc với bệnh nhân.

Bước 2: Giải thích về nghiên cứu và tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân đồng thời lấy phiếu chấp thuận nghiên cứu của đối tượng.

Bước 3: Thu thập dữ liệu nghiên cứu theo bộ câu hỏi phỏng vấn.

Bước 4: Phân tích và xử lý số liệu.

Bước 5: Viết báo cáo.

2.3.6. Phương pháp thu thập số liệu:

Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn người bệnh theo bộ câu hỏi lo âu trầm cảm HADS và bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống SF36(Phần phụ lục). Ngoài ra còn đo huyết áp, cân nặng trước và sau lọc máu, lượng nước tiểu 24 giờ và nhập các chỉ số xét nghiệm của bệnh nhân trong bệnh án.

2.3.7. Biến số nghiên cứu

MỤC TIÊU	NHÓM BIẾN SỐ	BIẾN SỐ
Thông tin chung	Thông tin cá nhân	Giới
		Tuổi
		Tình trạng hôn nhân
		Trình độ học vấn
		Tình trạng làm việc hiện tại
	Thông tin về tình trạng bệnh	BHYT
		Bệnh kèm theo
		Thời gian được chẩn đoán bệnh
		Các phương pháp điều trị
		Thời gian lọc máu
1. Mô tả tình trạng lo âu trầm cảm	Lo âu	
	Trầm cảm	
2. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân	Tỷ lệ % theo từng biến số thuộc bộ câu hỏi trên tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu	
3. Yếu tố liên quan	Mối liên quan đa biến giữa các yếu tố trong mục thông tin cá nhân và thông tin về bệnh với tỷ lệ lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ	

2.3.8. Công cụ thu thập thông tin:

Phần thông tin chung gồm 16 câu hỏi về các yếu tố nhân khẩu học, tình trạng bệnh và các yếu tố xã hội.

Thông tin thu thập qua bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên nhóm biến số chỉ số và thang đo lường về sự lo âu và trầm cảm tại bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression – HADS). Thang đo này gồm có 14 câu trong đó 7 câu đánh giá về lo âu và 7 câu đánh giá về trầm cảm. Các câu này tập trung vào các triệu chứng chủ yếu liên quan tới lo âu, trầm cảm. Bệnh nhân cần cung cấp các thông tin liên quan tới các dấu hiệu này theo 4 mức độ từ 0 tới 3 điểm.

Kết quả được phân tích theo điểm trung bình của tổng điểm mỗi loại câu hỏi A (lo âu) hay D (trầm cảm), và theo các mức độ:

- Từ 0 đến 7 điểm: bình thường
- Từ 8 đến 10 điểm: gợi ý có thể có triệu chứng của lo âu hoặc trầm cảm
- Từ 11 đến 21 điểm: lo âu hoặc trầm cảm (lo âu hay trầm cảm thực sự)

Thang điểm điều tra sức khỏe SF - 36 (Medical Outcomes Short Form Health Survey): Có 36 câu hỏi phân thành 8 lĩnh vực chính bao gồm tất cả các hoạt động thể chất và tất cả các hoạt động tinh thần được đưa vào lượng giá trong tình trạng sức khỏe chung bao gồm 36 câu hỏi khảo sát 8 mục về CLCS (bảng 2.1).

Bảng 2.1. Các vấn đề đánh giá trong bộ câu hỏi SF-36

TT	Mục đánh giá	Câu hỏi	Số câu	Phân nhóm
1	Tình hình sức khỏe chung	1, 2, 33, 34, 35, 36	6	SỨC KHỎE THỂ CHẤT
2	Hoạt động thể chất	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	10	
3	Sự giới hạn vai trò sức khỏe thể chất	13, 14, 15, 16	4	
4	Sự đau đớn	21, 22	2	
5	Sự giới hạn vai trò do các vấn đề tinh thần	17, 18, 19	3	SỨC KHỎE TINH THẦN
6	Năng lượng sống / Sự mệt mỏi	23, 27, 29, 31	4	
7	Trạng thái tâm lý	24, 25, 26, 28, 30	5	
8	Chức năng xã hội	20, 32	2	

Trong mỗi câu hỏi, người trả lời đánh dấu vào ô vuông ở sau mỗi lựa chọn.

Bảng 2.2. Cách tính điểm cho mỗi câu trả lời trong bộ câu hỏi SF-36

TT câu hỏi	Trả lời	Điểm	TT câu hỏi	Trả lời	Điểm
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	75		2	100
	3	50	24, 25, 28, 29, 31	1	0
	4	25		2	20
	5	0		3	40
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0		4	60
	2	50		5	80
	3	100		6	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100	32, 33, 35	1	0
	2	80		2	25
	3	60		3	50
	4	40		4	75
	5	20		5	100
	6	0			

- *Cách tính điểm:*

Điểm cho mỗi câu được tính từ 0 - 100, trong đó, điểm càng cao tương ứng với CLCS càng tốt. Điểm cụ thể với từng câu xác định dựa vào thứ tự câu trả lời được lựa chọn theo bảng 2.2.

Điểm cho từng mục đánh giá của CLCS (bảng 2.1) được tính bằng trung bình điểm của tất cả các câu trả lời thuộc mục đó.

Điểm sức khỏe thể chất được tính bằng trung bình điểm của các mục số 1,2,3 và 4 (bảng 2.1).

Điểm sức khỏe tinh thần được tính bằng trung bình điểm của các mục số 5,6,7 và 8 (bảng 2.1).

Điểm CLCS chung được tính bằng trung bình điểm sức khỏe tinh thần và điểm sức khỏe thể chất.

- *Cách phân loại CLCS:* sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS nói chung được phân thành 3 mức dựa vào số điểm:

Kém: điểm từ 0 - 25

Trung bình: điểm từ 26 - 75

Tốt: điểm từ 76 - 100.

Ngoài còn thu thập các chỉ số xét nghiệm và các số đo lâm sàng của bệnh nhân.

2.3.9. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

▪ Số liệu sau khi được làm sạch sẽ được nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1.

▪ Các số liệu được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS. 10.0.

▪ Trong quá trình xử lý, các số liệu bị thiếu, vô lý, ngoại lai được kiểm tra và khắc phục.

▪ Các thống kê mô tả và thống kê suy luận thực hiện thông qua tính toán giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng và tỷ số, tỷ lệ cho các biến định tính.

- Phân tích được thực hiện thông qua các test thống kê thích hợp.
- Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được áp dụng khi so sánh các số trung bình và tỷ lệ %.

2.3.10. Đạo đức trong nghiên cứu

- Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia vào nghiên cứu hay không.
- Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật.
- Đối tượng được quyền dừng sự tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

2.3.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.

2.4. Hạn chế của nghiên cứu

Trong khuôn khổ của một đề tài tốt nghiệp, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế. Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện cho cỡ mẫu nhỏ..., sẽ ảnh hưởng tới khả năng khái quát kết quả cho những quần thể khác. Nghiên cứu được thực hiện với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có thể đánh giá vấn đề tại thời điểm nghiên cứu nhưng chưa thể kết luận mối quan hệ nhân quả trong diễn biến của tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống.

2.5. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Đối tượng nghiên cứu được hỏi về các triệu chứng lo âu, trầm cảm, tình trạng sức khỏe của họ trong tuần kế trước hoặc 4 tuần trước do đó dễ mắc phải sai số nhớ lại.

- Các biện pháp khống chế sai số được áp dụng bao gồm xin ý kiến chuyên gia, chuẩn hoá bộ câu hỏi thông qua điều tra thử, tập huấn điều tra viên một cách kỹ lưỡng và giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.
- Trong quá trình nhập số liệu, bộ số liệu được nhập lại 10% số phiếu nhằm kiểm tra thông tin nhập một cách kỹ lưỡng nhất, hạn chế sai số một cách tối đa.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tháng 06/2019 có 325 bệnh nhân đồng ý tham gia và đủ tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thu được những kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ :

Bảng 3.1. Thông tin chung về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Giới tính	Nữ	171	52,6
	Nam	154	47,4
Nhóm tuổi	< 20	1	0,3
	20 – 39	87	26,8
	40 – 49	65	20,0
	50 – 59	79	24,3
	≥ 60	93	28,6
Tuổi trung bình ($\bar{x} \pm SD$)		50,0 ± 15,0	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	236	72,6
	Chung sống nhưng không đăng kí kết hôn	8	2,5
	Li dị hoặc li hôn	7	2,2
	Góa vợ/ Góa chồng	33	10,2
	Độc thân	41	12,6
Trình độ học vấn	Không biết chữ	11	3,4
	Tiểu học, THCS	94	28,9
	THPT, Trung cấp	146	44,9
	Cao đẳng hoặc đại học	74	22,8

Tình trạng làm việc	Làm việc toàn bộ thời gian	42	12,9
	Làm việc bán thời gian	31	9,5
	Mất khả năng làm việc làm vì suy thận mạn	135	41,5
	Nội trợ	13	4,0
	Nghỉ hưu	56	17,2
	Thất nghiệp trước khi suy thận mạn	48	14,8
Bảo hiểm y tế	80%	59	18,2
	95%	77	23,7
	100%	189	58,2

Nhận xét: Theo bảng 3.1 tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 50 ± 15 tuổi. Nữ giới chiếm tỷ lệ 52,6% cao hơn nam giới 47,4%. Bệnh nhân nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 28,6% . Bệnh nhân đã kết hôn chiếm 72,6% là cao nhất. Trình độ học vấn của bệnh nhân tham gia nghiên cứu với trình độ trung học phổ thông cao nhất tỷ lệ 44,9% . Số bệnh nhân không còn làm việc có tỷ lệ rất cao là 41,5% ứng với 135 bệnh nhân. Bệnh nhân sử dụng bảo hiểm y tế 100% (bảo hiểm người nghèo) chiếm tỷ lệ 58,2%.

Bảng 3.2. Các yếu tố xã hội của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Mức thu nhập bình quân của gia đình BN	Hộ nghèo	103	31,7
	Hộ cận nghèo	135	41,5
	Gia đình khá giả	87	26,8
Tình trạng kinh tế hiện nay của BN	Phụ thuộc hoàn toàn	149	45,8
	Phụ thuộc 1 phần	120	36,9
	Không phụ thuộc ai	56	17,2
Khoảng cách từ nơi sống đến viện	Dưới 10 km	110	33,8
	10 - 40km	96	29,5
	Trên 40km	119	36,6
Phương tiện đi lại của bệnh nhân	Đi bộ hoặc xe đạp	107	32,9
	Xe máy	92	28,3
	Xe bus/xe khách	111	34,2
	Ô tô riêng/taxi	15	4,6
Sống cùng với ai	Sống một mình	61	18,8
	Sống trọ cùng bệnh nhân khác	54	16,6
	Sống cùng gia đình	210	64,6

Nhận xét: Về kinh tế thu nhập của bệnh nhân ở hộ cận nghèo có tỷ lệ cao nhất là 41,5%, và tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc kinh tế hoàn toàn cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,8%. Khoảng cách từ nhà đến viện dưới 10km có tỷ lệ 33,8% trong khi đó bệnh nhân nghiên cứu có khoảng cách từ nhà đến viện trên 40km lại chiếm tỷ lệ 36,6%. Bệnh nhân đi chạy thận bằng xe bus, xe khách có tỷ lệ 34,2%. Đa phần bệnh nhân sống cùng gia đình với tỷ lệ chiếm 64,6%.

Bảng 3.3. Thông tin về tình trạng bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Nguyên nhân suy thận mạn	Viêm cầu thận mạn	162	49,8
	Viêm thận bể thận	26	8,0
	Bệnh hệ thống	17	5,2
	Tim mạch	16	4,9
	Bệnh khác	37	11,4
	Không biết	67	20,6
Thời gian được chẩn đoán suy thận mạn (tháng)	≤ 6 tháng	2	0,6
	> 6 tháng	323	99,4
	<i>Thời gian trung bình (x ± SD)</i>	99,5 ± 74,3	
Điều trị bằng thuốc trước khi TNT chu kỳ	Không	141	43,4
	Dưới 1 năm	52	16,0
	1 - 2 năm	58	17,8
	3 - 5 năm	28	8,6
	Trên 5 năm	46	14,2
Thời gian lọc máu (tháng)	1 tháng	1	0,3
	2-6 tháng	8	2,5
	7-12 tháng	23	7,1
	13-24 tháng	49	15,1
	> 24 tháng	244	75,1
	<i>Thời gian trung bình (x ± SD)</i>	79,3 ± 58,0	
Bệnh kèm theo (*)	Không	69	21,2
	Tim mạch	125	38,5
	Tăng huyết áp	172	52,9
	Đái tháo đường	28	8,6

	Khác	18	5,5
Đường vào mạch máu BN đang dùng để chạy thận nhân tạo	Catheter tạm thời	13	4,0
	Catheter có cuff	38	11,7
	AVF	266	81,8
	AVG	8	2,5
Số lần tạo đường vào mạch máu lâu dài	1 lần	197	60,6
	2 lần	63	19,4
	3 lần	38	11,7
	Nhiều hơn 3 lần	27	8,3
Tai biến trong thận nhân tạo	Không	61	18,8
	Tụt huyết áp	131	40,3
	Tăng huyết áp	107	32,9
	Hồng FAV	26	8,0

(): Một BN có thể mắc nhiều hơn 1 bệnh*

Nhận xét: Tỷ lệ các loại nguyên nhân gây suy thận mạn phân bố trên bệnh nhân cao nhất là bệnh viêm cầu thận mạn chiếm 49,8%. Thời gian chẩn đoán trung bình của đối tượng nghiên cứu là $99,5 \pm 74,3$ tháng. Thời gian từ khi được chẩn đoán suy thận mạn đến khi bắt đầu chạy thận nhân tạo chu kỳ từ 06 tháng trở lên chiếm 99,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu không điều trị thuốc bảo tồn trước khi TNT chu kỳ cao nhất chiếm tỷ lệ 43,4%. Thời gian lọc máu trung bình của đối tượng nghiên cứu là $79,3 \pm 58,0$ tháng. Bệnh nhân nghiên cứu mắc tăng huyết áp kèm theo suy thận mạn chiếm tỷ lệ 52,9%. Bệnh nhân nghiên cứu có đường vào mạch máu dùng để chạy thận thường là AVF với tỷ lệ là 81,8%, và số lần mổ tạo đường vào mạch máu 1 lần chiếm tỷ lệ 60,6%. Trong buổi LMCK bệnh nhân nghiên cứu có tai biến tụt huyết áp chiếm tỷ lệ là 40,3%.

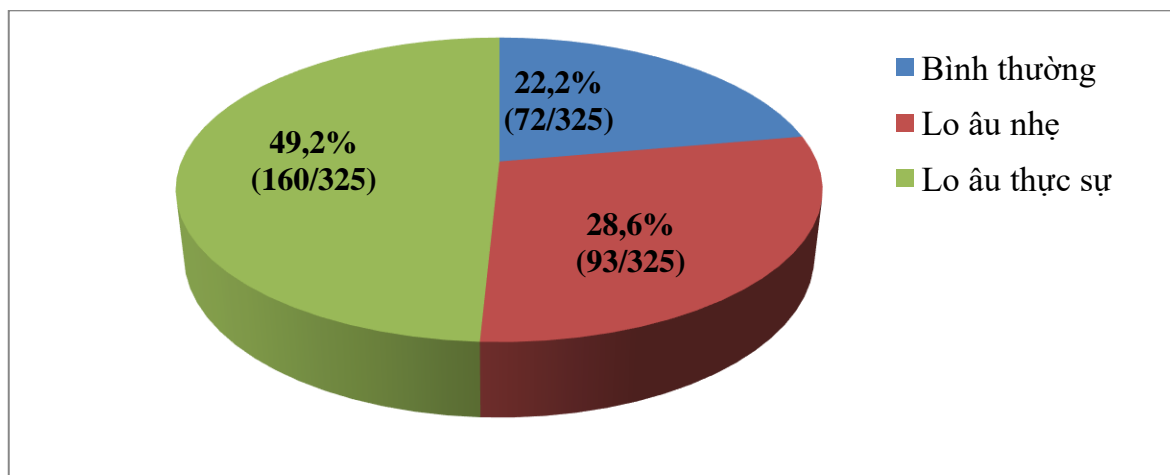
Bảng 3.4: Chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu (n = 325)

BMI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gầy (< 18,5)	72	22,2
Bình thường (18,5 – 24,9)	243	74,8
Thừa cân (25 – 29,9)	10	3,1
Béo phì (\geq 30)	0	0

Nhận xét: 74,8% BN chạy thận nhân tạo có chỉ số khối cơ thể bình thường. 22,2% BN chỉ số khối gầy và chỉ có 3,1% BN thừa cân. Không có BN chạy thận nào béo phì.

3.2. Tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

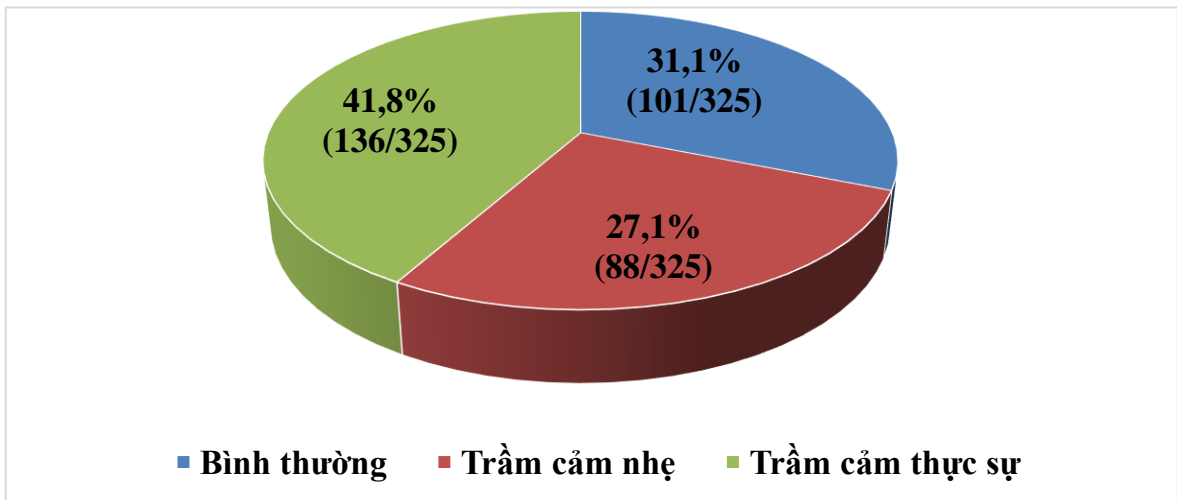
3.2.1. Tình trạng lo âu của đối tượng nghiên cứu:



Biểu đồ 3.1: Mức độ rối loạn lo âu của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Theo biểu đồ 1 ta thấy bệnh nhân nghiên cứu có mức độ lo âu thực sự chiếm tỷ lệ 49,2%, bệnh nhân có mức độ lo âu nhẹ chiếm tỷ lệ 28,6% còn bệnh nhân lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu không có rối loạn lo âu chỉ chiếm tỷ lệ 22,2%.

3.2.2. Tình trạng trầm cảm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.2: Mức độ rối loạn trầm cảm của đối tượng nghiên cứu (n = 325)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi với 325 bệnh nhân có 136 bệnh nhân trầm cảm thực sự với tỷ lệ 41,8%. Bệnh nhân có rối loạn trầm cảm nhẹ chiếm 27,1% còn bệnh nhân không có dấu hiệu trầm cảm chiếm 31,1%.

3.2.3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ:

3.2.3.1. Sức khỏe thể chất (SKTC):

Bảng 3.5: Điểm trung bình sức khỏe thể chất ở người bệnh nghiên cứu

STT	Nội dung đánh giá sức khỏe thể chất	Điểm trung bình (Điểm max: 100)
1	Hoạt động thể chất	41,91 ± 21,58
2	Sự giới hạn vai trò do sức khỏe thể chất	15,85 ± 25,36
3	Sự đau đớn	48,89 ± 24,17
4	Tình hình sức khỏe chung	26,01 ± 16,05
	Điểm sức khỏe thể chất	33,16 ± 14,82

Nhận xét: Trung bình điểm đánh giá hoạt động thể chất, sự giới hạn vai trò do sức khỏe thể chất, sự đau đớn, tình hình sức khỏe chung và điểm SKTC nói chung ở bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 41,9 ± 21,58; 15,85 ± 25,36; 48,89 ± 24,17; 26,01 ± 16,05 và 33,16 ± 14,82.

Bảng 3.6: Phân loại điểm sức khỏe thể chất

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	3	0,9%
Trung bình	235	72,3%
Kém	87	26,8%
Tổng số	325	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có điểm SKTC ở mức độ trung bình (chiếm 72,3%), 26,8% số BN ở mức độ kém và chỉ có 0,9% bệnh nhân nghiên cứu có sức khỏe thể chất tốt.

3.2.3.2. Sức khỏe tinh thần (SKTT)

Bảng 3.7: Điểm trung bình sức khỏe tinh thần ở người bệnh nghiên cứu

STT	Nội dung đánh giá sức khỏe tinh thần	Điểm trung bình (Điểm max: 100)
1	Sự giới hạn vai trò do các vấn đề về tinh thần	19,69 ± 31,46
2	Năng lượng sống/sự mệt mỏi	38,14 ± 17,68
3	Trạng thái tâm lý	47,22 ± 16,93
4	Chức năng xã hội	47,50 ± 21,76
	Điểm sức khỏe tinh thần	38,14 ± 16,13

Nhận xét: Trung bình điểm đánh giá sự giới hạn vai trò do các vấn đề về tinh thần, năng lượng sống/ sự mệt mỏi, trạng thái tâm lý, chức năng xã hội và điểm SKTT nói chung ở bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 19,69 ± 31,46; 38,14 ± 17,68; 47,22 ± 16,93; 47,50 ± 21,76 và 38,14 ± 16,13.

Bảng 3.8: Phân loại điểm sức khỏe tinh thần

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	11	3,4%
Trung bình	264	81,2%
Kém	50	15,4%
Tổng số	325	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có điểm sức khỏe tinh thần ở mức độ trung bình (81,2%), còn lại 15,4% số bệnh nhân ở mức độ kém và chỉ có 3,4% ở mức độ tốt

3.2.3.3. Chất lượng cuộc sống (CLCS)

Bảng 3.9: Điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung

Nội dung đánh giá	Điểm trung bình
Sức khỏe thể chất	33,16 ± 14,82
Sức khỏe tinh thần	38,14 ± 16,13
Chất lượng cuộc sống chung	35,65 ± 13,92

Nhận xét: Điểm trung bình sức khỏe thể chất của bệnh nhân nghiên cứu là 33,16 ± 14,82; sức khỏe tinh thần là 38,14 ± 16,13; còn điểm trung bình chất lượng cuộc sống chung của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ trong nghiên cứu là 35,65 ± 13,92.

Bảng 3.10: Phân loại chất lượng cuộc sống chung

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	5	1,5%
Trung bình	268	82,5%
Kém	52	16,0%
Tổng số	325	100

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có chất lượng cuộc sống trung bình chiếm 82,5%, có 16,0% số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống kém trong khi đó chỉ có 1,5% bệnh nhân suy thận mạn có chất lượng cuộc sống tốt.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

3.3.1. Tình trạng lo âu liên quan nhân khẩu học

Bảng 3.11: Tình trạng lo âu liên quan nhân khẩu học

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh giá lo âu		OR	CI 95%	p
	Lo âu (%)	Bình thường (%)			
Giới tính					
Nữ	130 (81,3)	32 (18,7)	1,5	0,9-2,6	0,116
Nam	114 (74,0)	40 (26,0)			
Nhóm tuổi					
< 20	0	1 (100)			
20 – 39	62 (71,3)	25 (28,7)	1		
40 – 49	48 (73,8)	17 (26,2)	1,9	0,8-4,2	0,136
50 – 59	62 (78,5)	17 (21,5)	2,4	1,1-5,4	0,037
≥ 60	81 (87,1)	12 (12,9)	2,7	1,3-5,8	0,010
Tình trạng hôn nhân					
Li dị hoặc li hôn	5 (71,4)	2 (28,6)	1		
Đã kết hôn	183 (77,5)	53 (22,5)	1,1	0,5-2,4	0,785
Chung sống nhưng không đăng kí kết hôn	7 (87,5)	1 (12,5)	2,3	0,3-20,6	0,471
Góa vợ/ Góa chồng	27 (81,8)	6 (18,2)	0,8	0,1-4,8	0,814
Độc thân	31 (75,6)	10 (24,4)	1,5	0,5-4,5	0,520
Tình trạng hôn nhân					
Kết hôn/Sống chung	190 (77,9)	54 (22,1)	1,0	0,5-1,8	0,986
Độc thân	63 (77,8)	18 (22,2)			

Trình độ học vấn					
THCS trở xuống	87 (82,9)	18 (17,1)	1,6	0,9-2,8	0,133
THPT trở lên	166 (75,5)	54 (24,5)			
Tình trạng làm việc					
Làm việc toàn bộ thời gian	29 (69,0)	13 (31,0)	1,0	0,4-2,5	0,976
Làm việc bán thời	22 (71,0)	9 (29,0)	1,1	0,4-3,0	0,834
Mất khả năng làm việc vì lý do suy thận	113 (83,7)	22 (16,3)	2,3	1,1-5,0	0,029
Nội trợ	10 (76,9)	3 (23,1)	1,5	0,4-6,3	0,568
Nghỉ hưu	46 (82,1)	10 (17,9)	2,1	0,8-5,2	0,115
Thất nghiệp trước suy thận	33 (68,8)	15 (31,2)	1		
Mức được Bảo hiểm y tế thanh toán*					
80%	42 (71,2)	17 (28,8)	1		0,113
95%	58 (75,3)	19 (24,7)	1,2	0,57-2,65	
100%	153 (81,0)	36 (19,0)	1,7	0,88-3,36	0,305

**Phân tích xu hướng (Chi Square for trend)*

Nhận xét: Dẫn liệu bảng trên cho thấy nhóm tuổi và tình trạng làm việc là yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu của BN chạy thận nhân tạo với $p < 0,05$. Cụ thể: càng cao tuổi tỷ lệ lo âu càng tăng, nhóm tuổi 50-59 có nguy cơ lo âu cao gấp 2,4 lần và BN trên 60 tuổi nguy cơ lo âu cao gấp 2,7 lần so với BN ở nhóm tuổi 20-39. Mất khả năng làm việc vì suy thận và nghỉ hưu có nguy cơ lo âu cao gấp trên 2 lần so với nhóm vẫn đang đi làm; $p < 0,05$). Có xu hướng người được BHYT hỗ trợ càng nhiều nhưng trầm cảm vẫn tăng lên.

3.3.2. Tình trạng lo âu liên quan đến bệnh

Bảng 3.12: Tình trạng lo âu liên quan tình trạng bệnh

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh giá lo âu		OR	CI 95%	p
	Lo âu (%)	Bình thường (%)			
Nguyên nhân suy thận					
Bệnh hệ thống	11 (64,7)	6 (35,3)	1		
Viêm cầu thận mạn	132 (81,5)	30 (18,5)	2,0	1,0-3,9	0,036
Viêm thận bể thận	20 (76,9)	6 (23,1)	1,5	0,5-4,3	0,432
Tim mạch	15 (93,8)	1 (6,2)	0,8	0,3-2,6	0,756
Bệnh khác	29 (78,4)	8 (21,6)	6,8	0,8-55,3	0,071
Không biết	46 (68,7)	21 (31,3)	1,7	0,6-4,2	0,292
Chẩn đoán suy thận					
≤ 6 tháng	1 (50,0)	1 (50,0)	1		
> 6 tháng	252 (78,0)	71 (22,0)	3,5	0,2-57,4	0,341
Điều trị bằng thuốc:					
Không	99 (70,2)	42 (29,8)	1		
Dưới 1 năm	46 (88,5)	6 (11,5)	1,7	0,8-3,9	0,180
2 - 3 năm	47 (81,0)	11 (19,0)	1,8	0,9-3,8	0,120
3 - 5 năm	24 (85,7)	4 (14,3)	2,5	0,8-7,8	0,102
Trên 5 năm	37 (80,4)	9 (19,6)	3,3	1,3-8,2	0,012
Thời gian lọc máu					
1-6 tháng	7 (77,8)	2 (22,2)	1		0,711
7-12 tháng	16 (69,6)	7 (30,4)	0,65	0,1-3,97	
13-25 háng	34 (69,4)	15 (30,6)	0,64	0,12-3,34	0,60
> 24 tháng	196 (80,3)	48 (19,7)	1,16	0,23-5,79	0,85
Bệnh kèm theo ngoài suy thận mạn					
Có bệnh kèm theo	206 (80,5)	50 (19,5)	1,9	1,1-3,5	0,028
Không bệnh kèm theo	47 (68,1)	22 (31,9)			

Bệnh tim mạch kèm theo					
Có	103 (82,4)	22 (17,6)	1,6	0,9-2,7	0,118
Không	150 (75,0)	50 (25,0)			
Bệnh tăng huyết áp kèm theo					
Có	139 (80,8)	33 (19,2)	1,4	0,9-2,4	0,172
Không	114 (74,5)	39 (25,5)			
Bệnh đái tháo đường kèm theo					
Đái tháo đường	26 (92,9)	2 (7,1)	4,0	0,9-17,3	0,045
Không mắc đái tháo đường	227 (76,4)	70 (23,6)			
Bệnh khác ngoài tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch					
Có	15 (83,3)	3 (16,7)	1,4	0,4-5,2	0,564
Không	238 (77,5)	69 (22,5)			
Tai biến trong TNT					
Không	44 (72,1)	17 (27,9)	1,4	0,7-2,7	0,387
Tăng huyết áp	89 (83,2)	18 (16,8)	1,9	0,9-4,1	0,093
Tụt huyết áp	102 (77,9)	29 (22,1)	0,9	0,3-2,4	0,784
Hồng FAV	18 (69,2)	8 (30,8)	1		

Nhận xét: Trong nguyên nhân suy thận của bệnh nhân STM lọc máu chu kỳ thì bệnh nhân có nguyên nhân suy thận từ viêm cầu thận mạn có nguy cơ lo âu cao gấp 2 lần bệnh nhân có nguyên nhân suy thận từ bệnh khác, điều đó có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Bệnh nhân nghiên cứu có điều trị bảo tồn bằng thuốc trước khi lọc máu chu kỳ trên 5 năm có rối loạn lo âu cao gấp 3,3 lần nhóm bệnh nhân khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012$. Bệnh nhân mắc bệnh khác kèm theo bệnh suy thận mạn có rối loạn lo âu cao hơn 1,9 lần bệnh nhân suy thận mạn không mắc kèm theo một bệnh khác. Và sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$. Đặc biệt bệnh nhân suy thận mạn có mắc thêm bệnh đái tháo đường có rối loạn lo âu cao gấp 4 lần bệnh nhân suy thận mạn không mắc kèm thêm bệnh đái tháo đường và điều này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,045$.

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm với tình trạng lo âu

Chỉ số xét nghiệm		Tình trạng lo âu		OR	CI 95%	p
		Có	Không			
Phospho	Cao (> 1,45 mmol/l)	0	0			
	Không cao (\leq 1,45 mmol/l)	253 (77,8)	72 (22,2)			
PTH	Cao (>60 pg/ml)	123 (78,3)	34 (21,7)	1,1	0,6-1,8	0,835
	Không cao (\leq 60 pg/ml)	130 (77,4)	38 (22,6)			
Canxi	Cao (> 2,5 mmol/l)	72 (79,1)	19 (20,9)	1,1	0,6-2,0	0,730
	Không cao (\leq 2,5 mmol/l)	181 (77,4)	53 (22,6)			
Hồng cầu	Thấp (< 4,2 triệu TB/cm ³)	190 (77,2)	56 (22,8)	0,862	0,5-1,6	0,640
	Không thấp (\geq 4,2 triệu TB/cm ³)	63 (79,7)	16 (20,3)			
Sắt	Thấp < 8,1)	20(76,9)	6 (23,1)	0,9	0,4-2,4	0,906
	Không thấp (\geq 8,1)	233 (77,9)	66 (22,1)			
Hemoglobin	Thấp (< 100 g/l)	53 (80,3)	13 (19,7)	1,2	0,6-2,4	0,590
	Không thấp (\geq 100 g/l)	200 (77,2)	59 (22,8)			

Nhận xét : Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm tới rối loạn lo âu ($p > 0,05$).

3.3.3. Tình trạng lo âu liên quan yếu tố xã hội

Bảng 3.14: Mối liên quan giữa yếu tố xã hội với tình trạng lo âu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh giá lo âu		OR	CI 95%	p
	Lo âu (%)	Bình thường (%)			
Tình hình thu nhập của BN					
Hộ nghèo	81 (78,6)	22 (21,4)	1,1	0,6-2,2	0,787
Hộ cận nghèo	105 (77,8)	30 (22,2)	1,0	0,5-2,0	0,894
Gia đình khá giả	67 (77,0)	20 (23,0)	1		
Tình trạng kinh tế hiện nay của BN					
Phụ thuộc hoàn toàn	123 (82,6)	26 (17,4)	1,7	0,8-3,6	0,139
Phụ thuộc 1 phần	89 (74,2)	31 (25,8)	1,1	0,5-2,2	0,893
Không phụ thuộc ai	41 (73,2)	15 (26,8)	1		
Khoảng cách đến viện					
Dưới 10 km	88 (80,0)	22 (20,0)	1,2	0,7-2,3	0,519
10 - 40 km	74 (77,1)	22 (22,9)	1,0	0,5-2,0	0,916
Trên 40km	91 (76,5)	28 (23,5)	1		
Phương tiện đi lại					
Đi bộ hoặc xe đạp	76 (71,0)	31 (29,0)	1		
Xe máy	66 (71,7)	26 (28,3)	1,0	0,6-1,9	0,912
Xe bus/xe khách	98 (88,3)	13 (11,7)	3,1	1,5-6,3	0,002
Ôtô riêng/taxi	13 (86,7)	2 (13,3)	2,7	0,6-12,4	0,216
Sống cùng với ai					
Sống cùng gia đình	38 (62,3)	23 (37,7)	1		
Sống trọ cùng bệnh nhân khác	44 (81,5)	10 (18,5)	2,7	1,4-5,0	0,002
Sống một mình	171 (81,4)	39 (18,6)	2,7	1,1-6,3	0,026

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ đi từ nơi ở đến nơi lọc máu bằng xe bus/ xe khách có rối loạn lo âu cao gấp 3,1 lần so với di chuyển bằng các phương tiện khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Ngoài ra bệnh nhân nghiên cứu sống trợ cùng bệnh nhân khác và sống một mình đều có rối loạn lo âu cao gấp 2,7 lần bệnh nhân sống cùng gia đình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.4. Tình trạng trầm cảm liên quan đến nhân khẩu học

Bảng 3.15: Mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với nhân khẩu học

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh giá trầm cảm		OR	CI 95%	p
	Trầm cảm (%)	Bình thường (%)			
Giới tính					
Nữ	126 (73,7)	45 (26,3)	1,6	1,0-2,6	0,049
Nam	98(63,6)	56 (36,4)			
Nhóm tuổi					
▪ < 20	0	1 (100)			
▪ 20 – 39	47 (54,0)	40 (46,0)	1		
▪ 40 – 49	40 (61,5)	25 (38,5)	1,4	0,7-2,6	0,355
▪ 50 – 59	56 (70,9)	23 (29,1)	2,1	1,1-3,9	0,026
▪ ≥ 60	81 (87,1)	12 (12,9)	5,7	2,7- 12,0	0,000
Tình trạng hôn nhân					
Kết hôn/Sống chung	172 (70,5)	72 (29,5)	1,3	0,8-2,3	0,289
Độc thân	52 (64,2)	29 (35,8)			

Trình độ học vấn					
THCS trở xuống	83 (79,0)	22 (21,0)	2,1	1,2-3,6	0,006
THPT trở lên	141 (64,1)	79 (35,9)			
Tình trạng làm việc					
Làm việc bán thời	16 (51,6)	15 (48,4)	1		
Làm việc toàn bộ thời gian	23 (54,8)	19 (45,2)	0,9	0,3-2,2	0,790
Mất khả năng làm việc vì lý do suy thận	100 (74,1)	35 (25,9)	2,4	1,2-4,8	0,019
Nội trợ	7 (53,8)	6 (46,2)	1,0	0,3-3,3	0,954
Nghỉ hưu	44 (78,6)	12 (21,4)	3,0	1,3-7,3	0,014
Thất nghiệp trước suy thận	34 (70,8)	14 (29,2)	2,0	0,8-4,8	0,117
Bảo hiểm y tế					
80%	33 (55,9)	26 (44,1)	1		
95%	57 (74,0)	20 (26,0)	2,2	1,1-4,6	0,028
100%	134 (70,9)	55 (29,1)	1,9	1,1-3,5	0,034

Nhận xét: Theo bảng trên thì bệnh nhân nữ có nguy cơ trầm cảm cao hơn nam giới 1,6 lần (CI 95%: 1,0-2,6; $p < 0,05$). Nhóm tuổi cũng là nguy cơ dẫn đến trầm cảm, trong đó nhóm tuổi từ 50-59 nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,1 lần nhóm tuổi 20-39 và nhóm tuổi > 60 tuổi nguy cơ trầm cảm cao gấp 5,7 lần nhóm tuổi 20-39 với $p < 0,05$. Bệnh nhân với trình độ học vấn chỉ từ THCS trở xuống có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,1 lần những người học từ THPT trở lên (CI 95% : 1,2-3,6; $p < 0,05$). Tình trạng làm việc cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng trầm cảm. Bệnh nhân mất khả năng làm việc vì suy thận trầm cảm cao gấp 2,4 lần bệnh nhân làm việc bán thời gian và bệnh nhân nghỉ hưu chạy thận có nguy cơ trầm cảm cao gấp 3,0 lần (CI 95%: 1,3-7,3; $p < 0,05$).

3.3.5. Tình trạng trầm cảm liên quan đến bệnh

Bảng 3.16: Mối liên quan giữa tình trạng bệnh với rối loạn trầm cảm

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh giá trầm cảm		OR	CI 95%	p
	Trầm cảm (%)	Bình thường (%)			
Nguyên nhân suy thận					
Bệnh hệ thống	9 (52,9)	8 (47,1)	1		
Viêm cầu thận mạn	112 (69,1)	50 (30,9)	1,2	0,6-2,1	0,609
Viêm thận bể thận	21 (80,8)	5 (19,2)	2,2	0,7-6,6	0,160
Bệnh hệ thống	9 (52,9)	8 (47,1)	1		
Tim mạch	12 (75,0)	4 (25,0)	0,6	0,2-1,7	0,334
Bệnh khác	26 (70,3)	11 (29,7)	1,6	0,4-5,4	0,477
Không biết	44 (65,7)	23 (34,3)	1,2	0,5-2,9	0,632
Chẩn đoán suy thận					
≤ 6 tháng	1 (50,0)	1 (50,0)	2,2	0,1-36,0	0,572
> 6 tháng	223 (69,0)	100 (31,0)			
Điều trị bằng thuốc					
Không	94 (66,7)	47 (33,3)	1,5	0,7-3,1	0,269
Dưới 1 năm	39 (75,0)	13 (25,0)	1,1	0,4-2,5	0,903
2 - 3 năm	37 (63,8)	21 (36,2)	1		
3 - 5 năm	19 (67,9)	9 (32,1)	0,9	0,5-1,7	0,698
Trên 5 năm	35 (76,1)	11 (23,9)	1,6	0,7-3,4	0,233
Thời gian lọc máu					
1 tháng	1 (100)	0	-		
2-6 tháng	4 (50,0)	4 (50,0)	0,4	0,1-1,6	0,178
7-12 tháng	18 (78,3)	5 (21,7)	1,4	0,5-3,8	0,556
13-26 tháng	24 (49,0)	25 (51,0)	1		

> 24 tháng	177 (72,5)	67 (27,5)	0,4	0,2-0,7	0,002
Bệnh kèm theo ngoài suy thận mạn					
Có bệnh kèm theo	188 (73,4)	68 (26,6)	2,5	1,5-4,4	0,001
Không bệnh kèm theo	36 (52,2)	33 (47,8)			
Bệnh tim mạch kèm theo					
Có	100 (80,0)	25 (20,0)	2,5	1,5-4,1	0,001
Không	124 (62,0)	76 (38,0)			
Bệnh tăng huyết áp kèm theo					
Có	125 (72,7)	47 (27,3)	1,5	0,9-2,3	0,121
Không	99 (64,7)	54 (35,3)			
Bệnh đái tháo đường kèm theo					
Có	25 (89,3)	3 (10,7)	4,1	1,2-13,9	0,015
Không	199 (67,0)	98 (33,0)			
Bệnh khác ngoài tăng huyết áp, tim mạch, đái tháo đường					
Có	14 (77,8)	4 (22,2)	1,6	0,5-5,0	0,404
Không	210 (68,4)	97 (31,6)			
Tai biến trong chạy thận nhân tạo					
Không	37 (60,7)	24 (39,3)	1,4	0,7-2,6	0,323
Tăng huyết áp	83 (77,6)	24 (22,4)	0,9	0,3-2,2	0,796
Tụt huyết áp	89 (67,9)	42 (32,1)	2,2	1,1-4,5	0,021
Hồng FAV	15 (57,7)	11 (42,3)	1		

Nhận xét: Theo kết quả thu được chúng tôi thấy bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 2 năm có rối loạn trầm cảm cao hơn bệnh nhân lọc máu dưới 2 năm và điều này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. BN ngoài suy thận mạn và có bệnh kèm theo có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,5 lần so với BN không có bệnh kèm theo (CI 95%: 1,5-4,4; $p < 0,05$). Cụ thể là các bệnh: tim mạch (OR = 2,5; CI 95%: 1,5-4,1; $p < 0,05$); tăng huyết áp (OR = 1,5; CI 95%: 0,9-2,3; $p < 0,05$); đái tháo đường (OR = 4,1; CI 95%: 1,2-13,9; $p < 0,05$).

Bệnh nhân chạy thận có tai biến tụt huyết áp có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,2 lần so với bệnh nhân hồng FAV (CI 95%: 1,1-4,5; $p < 0,05$);

Bảng 3.17: Mối liên quan giữa chỉ số xét nghiệm với tình trạng trầm cảm

Chỉ số xét nghiệm		Tình trạng trầm cảm		OR	CI 95%	p
		Có	Không			
PTH	Cao (>60 pg/ml)	103 (65,6)	54 (34,4)	0,7	0,5-1,2	0,212
	Không cao (\leq 60 pg/ml)	121 (72,0)	47 (28,0)			
Canxi	Cao (> 2,5 mmol/l)	67 (73,6)	24 (26,4)	1,4	0,8-2,4	0,253
	Không cao (\leq 2,5 mmol/l)	157 (67,1)	77 (32,9)			
Hồng cầu	Thấp (< 4,2 triệu TB/cm ³)	174 (70,7)	72 (29,3)	1,4	0,8-2,4	0,214
	Không thấp (\geq 4,2 triệu TB/cm ³)	50 (63,3)	29 (36,7)			
Sắt	Thấp < 8,1)	19 (73,1)	7 (26,9)	1,2	0,5-3,1	0,633
	Không thấp (\geq 8,1)	205 (68,6)	94 (31,4)			
Hemoglobin	Thấp (< 100 g/l)	51 (77,3)	15 (22,7)	1,7	0,9-3,2	0,101
	Không thấp (\geq 100 g/l)	173 (66,8)	86 (33,2)			

Nhận xét : Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm lâm sàng tới rối loạn trầm cảm.

3.3.6. Tình trạng trầm cảm liên quan yếu tố xã hội:

Bảng 3.18: Mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với yếu tố xã hội

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 325)	Đánh trầm cảm		OR	CI 95%	p
	Trầm cảm (%)	Bình thường (%)			
Tình hình thu nhập của BN					
Gia đình khá giả	63 (61,2)	40 (38,8)	1		
Hộ cận nghèo	100 (74,1)	35 (25,9)	1,5	0,8-2,7	0,198
Hộ nghèo	61 (70,1)	26 (29,9)	1,8	1,0-3,2	0,035
Tình trạng kinh tế hiện nay của BN					
Phụ thuộc hoàn toàn	107 (71,8)	42 (28,2)	1,1	0,7-1,9	0,636
Phụ thuộc 1 phần	83 (69,2)	37 (30,8)	1,6	0,9-3,1	0,128
Không phụ thuộc ai	34 (60,7)	22 (39,3)	1		
Khoảng cách đến viện					
Dưới 10 km	75 (68,2)	35 (31,8)	1,3	0,7-2,3	0,458
10 - 40 km	70 (72,9)	26 (27,1)	0,9	0,5-1,6	0,772
Trên 40 km	79 (66,4)	40 (33,6)	1		
Phương tiện đi lại					
Đi bộ hoặc xe đạp	68 (63,6)	39 (36,4)	1		
Xe máy	59 (64,1)	33 (35,9)	1,0	0,6-1,8	0,932
Xe bus/xe khách	85 (76,6)	26 (23,4)	1,9	1,0-3,4	0,037
Ô tô riêng/taxi	12 (80,0)	3 (20,0)	2,3	0,6-8,6	0,219
Sống cùng với ai					
Sống cùng gia đình	32 (52,5)	29 (47,5)	1		
Sống trọ cùng bệnh nhân khác	35 (64,8)	19 (35,2)	1,7	0,8-3,5	0,181
Sống một mình	157 (74,8)	53 (25,2)	2,7	1,5-4,8	0,001

Nhận xét : Bảng trên cho thấy chưa có mối liên quan giữa tình trạng trầm cảm với mức độ phụ thuộc kinh tế và khoảng cách đến bệnh viện. Về tình hình thu nhập của gia đình, bệnh nhân chạy thận nhân tạo thuộc hộ nghèo trầm cảm gấp 1,8 lần bệnh nhân thuộc hộ gia đình khá giả (CI 95%: 1,0-3,2; $p < 0,05$). Những bệnh nhân đi xe bus/xe khách đến bệnh viện chạy thận có nguy cơ trầm cảm cao gấp 1,9 lần so với bệnh nhân đi bộ hoặc xe đạp (CI 95%: 1,0-3,4; $p < 0,05$). Và bệnh nhân sống một mình có nguy cơ trầm cảm cao gấp 2,7 lần so với bệnh nhân sống cùng gia đình (CI 95%: 1,5-4,8; $p < 0,05$).

3.3.7. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

3.3.7.1. Chất lượng cuộc sống và yếu tố nhân khẩu học:

Bảng 3.19: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố nhân khẩu học

Yếu tố nhân khẩu học		Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (Điểm max: 100)		
		Sức khỏe thể chất	Sức khỏe tinh thần	Chất lượng cuộc sống
Giới tính	Nam	34,0 \pm 15,5	38,5 \pm 15,9	36,3 \pm 14,4
	Nữ	32,4 \pm 14,2	37,8 \pm 16,3	35,1 \pm 13,5
	<i>p</i>	0,330	0,683	0,450
Nhóm tuổi	< 20	52,1 \pm 0,0	89,7 \pm 0,0	70,9 \pm 0,0
	20 – 39	34,8 \pm 14,1	36,8 \pm 15,4	35,8 \pm 13,6
	40 – 49	34,3 \pm 12,8	39,7 \pm 13,8	37,0 \pm 11,4
	50 – 59	32,4 \pm 15,4	40,2 \pm 18,3	36,3 \pm 15,2
	≥ 60	31,3 \pm 16,1	35,9 \pm 15,4	33,6 \pm 14,2
	<i>p</i>	0,302	0,006	0,055
Tình	Kết hôn/Sống chung	32,7 \pm 14,6	37,9 \pm 15,2	35,3 \pm 13,2

trạng hôn nhân	Độc thân	34,4 ± 15,5	38,9 ± 18,7	36,7 ± 15,8
	<i>p</i>	0,385	0,636	0,443
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	31,5 + 14,5	37,7 + 14,8	34,6 ± 13,0
	THPT trở lên	33,9 + 14,9	38,4 + 16,7	36,2 ± 14,3
	<i>p</i>	0,174	0,706	0,351
Tình trạng làm việc	Làm việc toàn bộ thời gian	35,7 + 10,5	33,7 + 13,0	34,7 ± 10,1
	Làm việc bán thời	29,3 ± 18,5	38,0 ± 24,2	33,6 ± 19,8
	Mất khả năng làm việc vì lý do suy thận	29,5 ± 13,9	38,1 ± 14,5	33,8 ± 12,7
	Nội trợ	42,5 ± 13,7	45,8 ± 17,0	44,2 ± 12,9
	Nghỉ hưu	38,1 ± 17,3	40,7 ± 17,6	39,4 ± 16,1
	Thất nghiệp trước suy thận	35,5 ± 11,6	37,3 ± 14,0	36,4 ± 11,7
	<i>p</i>	0,01	0,150	0,044
Bảo hiểm y tế	80%	33,8 ± 15,2	39,3 + 19,2	36,6 + 15,3
	95%	35,3 ± 16,4	39,7 + 16,0	37,5 + 14,9
	100%	32,1 ± 14,0	37,1 + 15,1	34,6 + 13,0
	<i>p</i>	0,246	0,408	0,253

Nhận xét: Điểm đánh giá sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và CLCS đều giảm dần theo tuổi. Điểm trung bình của cả 3 chỉ số trên đều có sự khác biệt rõ rệt giữa 5 nhóm tuổi < 20; 20 – 39; 40 – 49; 50 – 59 và ≥ 60 đặc biệt có mối tương quan với điểm đánh giá về sức khỏe tinh thần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm đánh giá sức khỏe thể chất và CLCS đều có tương quan thuận và có ý nghĩa thống kê với tình trạng việc làm với $p < 0,05$.

3.3.7.2. Chất lượng cuộc sống và yếu tố nhân khẩu học:

Bảng 3.20: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố bệnh

Đặc điểm liên quan đến bệnh		Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (Điểm max: 100)		
		Sức khỏe thể chất	Sức khỏe tinh thần	Chất lượng cuộc sống
Nguyên nhân suy thận	Viêm cầu thận mạn	32,6 + 15,3	38,9 + 16,3	35,8 + 14,4
	Viêm thận bể thận	32,6 + 11,9	31,9 + 12,2	32,3 + 9,9
	Bệnh hệ thống	35,7 + 13,6	37,7 + 16,2	36,7 + 13,5
	Tim mạch	33,5 + 13,3	40,7 + 15,5	37,1 + 11,5
	Bệnh khác	34,2 + 16,1	42,7 + 18,3	38,4 + 15,6
	Không biết	33,4 + 14,8	35,6 + 15,4	34,5 + 13,8
	<i>p</i>	0,967	0,095	0,582
Chẩn đoán suy thận	≤ 6 tháng	26,5 + 12,4	38,4 + 1,9	32,4 + 7,1
	> 6 tháng	33,2 + 14,8	38,1 + 16,2	35,7 + 13,9
	<i>p</i>	0,522	0,979	0,745
Điều trị bằng thuốc	Không	33,0 + 14,7	36,9 + 15,3	34,9 + 13,4
	Dưới 1 năm	32,3 + 12,1	37,4 + 13,8	34,8 + 11,6
	2 - 3 năm	35,9 + 13,2	43,2 + 18,2	39,6 + 13,9
	3 - 5 năm	31,6 + 18,0	38,5 + 17,4	35,0 + 16,0
	Trên 5 năm	32,2 + 17,8	36,2 + 16,6	34,2 + 16,0
	<i>p</i>	0,624	0,114	0,227
Bệnh kèm theo ngoài suy thận mạn	Có bệnh kèm theo	32,7 + 14,8	37,8 + 16,0	35,3 + 13,7
	Không bệnh kèm theo	34,7 + 14,8	39,4 + 16,5	37,1 + 14,5
	<i>p</i>	0,320	0,464	0,340

Bệnh tim mạch	Có	30,5 + 15,1	34,4 + 14,1	32,4 + 13,3
	Không	34,8 + 14,4	40,5 + 16,9	37,7 + 13,9
	<i>p</i>	0,009	0,001	0,001
Bệnh tăng huyết áp	Có	32,7 + 16,5	38,8 + 17,3	35,7 + 15,4
	Không	33,7 + 12,7	37,4 + 14,7	35,6 + 12,1
	<i>p</i>	0,548	0,456	0,909
Bệnh đái tháo đường	Có	29,4 + 17,0	37,2 + 17,3	33,3 + 15,0
	Không	33,5 + 14,6	38,2 + 16,0	35,9 + 13,8
	<i>p</i>	0,222	0,748	0,348
Bệnh khác	Có	31,2 + 14,7	38,0 + 16,0	35,6 + 13,8
	Không	33,3 + 14,8	40,8 + 18,2	36,0 + 15,7
	<i>p</i>	0,567	0,465	0,906
Tai biến trong TNT	Không	35,1 + 13,7	39,8 + 16,4	37,4 + 13,5
	Tăng huyết áp	34,3 + 13,9	38,8 + 16,7	16,5 + 13,3
	Tụt huyết áp	31,3 + 16,4	37,1 + 16,7	34,2 + 15,2
	Hông FAV	34,5 + 12,9	38,4 + 13,6	36,4 + 12,0
	<i>p</i>	0,302	0,807	0,480

Nhận xét: Bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có bệnh tim mạch kèm theo có mối liên quan với điểm đánh giá sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nghiên cứu. Điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.7.3. Chất lượng cuộc sống và yếu tố nhân khẩu học :

Bảng 3.21: Môi liên quan giữa chất lượng cuộc sống và yếu tố xã hội

Đặc điểm xã hội		Điểm trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (Điểm max: 100)		
		Sức khỏe thể chất	Sức khỏe tinh thần	Chất lượng cuộc sống
Thu nhập	Hộ nghèo	31,2 + 13,3	36,6 + 15,4	34,3 + 14,1
	Hộ cận nghèo	32,0 + 15,5	38,5 + 15,8	34,9 + 12,8
	Gia đình khá giả	37,5 + 15,5	39,4 + 17,5	38,4 + 15,0
	<i>p</i>	0,005	<i>0,480</i>	<i>0,089</i>
Tình trạng kinh tế hiện nay	Phụ thuộc hoàn toàn	31,1 + 14,0	36,6 + 17,0	34,3 + 12,6
	Phụ thuộc 1 phần	32,8 + 14,0	37,6 + 14,3	34,7 + 14,1
	Không phụ thuộc ai	39,6 + 17,0	42,7 + 18,1	41,1 + 15,7
	<i>p</i>	0,001	<i>0,056</i>	0,005
Khoảng cách đến viện	Dưới 10 km	35,5 + 17,3	41,5 + 18,1	38,5 + 16,2
	10 - 40 km	31,5 + 14,9	37,4 + 16,5	34,4 + 14,2
	Trên 40km	32,3 + 11,9	35,6 + 13,3	34,0 + 10,7
	<i>p</i>	<i>0,165</i>	0,020	0,044
Phương tiện đi lại	Đi bộ hoặc xe đạp	33,3 + 10,1	35,6 + 12,8	34,4 + 9,6
	Xe máy	36,0 + 18,1	40,0 + 18,5	38,0 + 17,0
	Xe bus/xe khách	30,9 + 14,4	39,1 + 16,3	35,1 + 13,8
	Ôtô riêng/taxi	31,1 + 21,3	37,0 + 19,2	34,1 + 18,6
	<i>p</i>	<i>0,200</i>	<i>0,176</i>	<i>0,370</i>
Sống cùng với ai	Sống cùng gia đình	34,3 + 13,4	39,8 + 17,1	36,6 + 14,8
	Sống trọ cùng bệnh nhân khác	33,4 + 15,5	35,7 + 16,1	34,4 + 10,8
	Sống một mình	30,9 + 1,8	34,5 + 11,3	33,3 + 13,2
	<i>p</i>	<i>0,386</i>	0,015	<i>0,203</i>

Nhận xét: Điểm SKTC giảm dần với nhóm bệnh nhân có mức thu nhập giảm dần, cụ thể, điểm cao nhất là nhóm khá giả, tiếp theo là nhóm hộ cận nghèo, cuối cùng là nhóm hộ nghèo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tình trạng kinh tế của bệnh nhân cũng làm ảnh hưởng đến SKTC và CLCS của bệnh nhân, số điểm giảm dần theo thứ tự : nhóm bệnh nhân không phụ thuộc ai, nhóm bệnh nhân phụ thuộc 1 phần, và nhóm bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Yếu tố khoảng cách đến viện cũng gây ảnh hưởng đến SKTT và CLCS của bệnh nhân, số điểm cao nhất là nhóm bệnh nhân có khoảng cách đến viện $< 10\text{km}$, tiếp theo là nhóm từ $10 - 40\text{km}$, cuối cùng là nhóm $> 40\text{km}$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Vấn đề sống cùng với ai cũng ảnh hưởng đến SKTT của bệnh nhân, điểm SKTT cao nhất ở nhóm sống cùng với gia đình, tiếp là nhóm sống trọ cùng bệnh nhân khác và thấp nhất ở nhóm sống một mình, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Phân tích một số yếu tố liên quan giữa chất lượng cuộc sống với tình trạng lo âu và trầm cảm:

Bảng 3.22: Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống qua phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố liên quan		Chất lượng cuộc sống		OR (KTC 95%)	p
		Kém (n = 233)	Không kém (n = 92)		
Giới	Nam	112 (72,7)	42 (27,3)	1,5 (0,9 – 2,7)	0,116
	Nữ	121 (70,8)	50 (29,2)	1	-
Trầm cảm	Không	53 (52,5)	48 (47,5)	1	-
	Nhẹ	57 (64,8)	31 (35,2)	4,1 (1,9 – 8,6)	0,000
	Rõ	123 (90,4)	13 (9,6)	4,9 (2,2 – 10,7)	0,000
Lo âu	Không	39 (54,2)	33 (45,8)	1	-
	Nhẹ	54 (58,1)	39 (41,9)	3,2 (1,5 – 6,9)	0,003
	Rõ	140 (87,5)	20 (12,5)	3,3 (1,7 – 6,5)	0,001

Nhận xét: Khi thực hiện phân tích hồi quy logistic cho thấy chất lượng cuộc sống của nam thấp hơn nữ OR = 1,5 tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Trầm cảm liên quan rất rõ đến chất lượng cuộc sống, mức độ trầm cảm càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém, cụ thể nhóm người bệnh trầm cảm nặng chất lượng cuộc sống kém cao gấp 4,9 lần so với nhóm không trầm cảm; nhóm người bệnh trầm cảm nhẹ cũng có chất lượng cuộc sống cao gấp 4,1 lần người bệnh không trầm cảm với $p < 0,05$.

Tương tự như vậy với lo âu, mức độ lo âu càng nặng thì chất lượng cuộc sống càng kém. Người bệnh lo âu nặng có chất lượng cuộc sống kém nhất và cao gấp 3,3 lần ở nhóm người bệnh không lo âu với $p < 0,05$.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Theo định nghĩa về sức khỏe của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Sức khỏe là một trạng thái hoàn toàn thoải mái cả về thể chất, tâm thần và xã hội, chứ không phải chỉ là không có bệnh tật hay tàn phế [ref]. Chính vì vậy, trong nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân suy thận mạn, việc chẩn đoán và tìm ra phương pháp điều trị phù hợp là hết sức quan trọng, song vấn đề chăm sóc sức khỏe tâm thần và xã hội cũng không thể xem nhẹ. Việc kết hợp những yếu tố này mang đến lợi ích chăm sóc sức khỏe tối đa mà người bệnh có thể nhận được. Cũng bởi những ý nghĩa trên, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phát hiện vấn đề tâm lý mà bệnh nhân suy thận mạn đang phải trải qua và những yếu tố liên quan đến vấn đề chăm sóc cải thiện tình trạng đó.

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 325 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 154 là nam giới chiếm tỷ lệ 47,4 % và 171 là nữ giới chiếm tỷ lệ 52,6%. Kết quả này có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của Kimman và cộng sự [13].

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $50,0 \pm 15,0$ (Min 19, Max 87). Độ tuổi này cũng nằm trong nhóm tuổi suy thận giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ phổ biến tại Việt Nam. Theo Bùi Diệu và cộng sự năm 2010, tác giả cho thấy trong số những bệnh nhân nhập viện tham gia nghiên cứu từ năm 2005 – 2009 thì tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 40 – 60 chiếm đa số, tức là nhóm tuổi trung niên [44].

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu sử dụng bảo hiểm y tế cho các chi trả chăm sóc tại bệnh viện chiếm 100% . Kết quả này cao hơn so với báo cáo của Bộ Y tế về mức độ bao phủ bảo hiểm y tế năm 2013 là 67%. Điều này có được là do nỗ lực của ngành Y tế trong việc nâng cao độ bao phủ bảo hiểm y

toàn dân. Mặt khác, điều trị suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ thường kết hợp nhiều phương pháp, dùng nhiều thuốc, điều trị lâu dài và rất tốn kém, vì vậy sử dụng bảo hiểm y tế sẽ rất có lợi cho người bệnh và gia đình [45].

Tỷ lệ các loại nguyên nhân gây suy thận mạn phân bố trên bệnh nhân, cao nhất là bệnh viêm cầu thận mãn chiếm 49,8%, theo sau là không rõ nguyên nhân chiếm 20,6%, các bệnh khác chiếm 11,4%, viêm thận bể thận chiếm 8,0%, bệnh hệ thống chiếm 5,2% và bệnh tim mạch chiếm 4,9%. Bệnh viêm cầu thận mạn có tỷ lệ chiếm cao nhất do đây đặc trưng của các nước đang phát triển là các bệnh truyền nhiễm_ nguyên nhân gây ra viêm cầu thận mạn, điều này cũng thích hợp với các tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi. Hơn nữa, kết quả này có nhiều điểm tương đồng với mô tả Hoàng Trung Vinh, Bùi Văn Mạn năm 2008 [50].

4.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân theo thang điểm HADS.

4.2.1. Điểm số lo âu và trầm cảm theo thang điểm HADS

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình lo âu theo thang HADS của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $10,5 \pm 4,1$ (min là 0 và max là 21), điểm trầm cảm trung bình của đối tượng nghiên cứu là $9,6 \pm 4,3$ (min= 0, max=20). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Thomas và cộng sự (2005) tiến hành tại Ấn Độ khi tác giả cho thấy điểm trung bình của lo âu được báo cáo là 3,9 (SD=4,33; min=0, max=19), với trầm cảm là 4,5 (SD=3,75; min=0, max=21) [29]. Theo nghiên cứu của C.M. Leung và các cộng cho thấy điểm trung bình của điểm lo âu là $6,94 \pm 4,37$, điểm trầm cảm là $8,34 \pm 5,16$ [30]. Tương tự trong nghiên cứu của J.Skarstein và cộng sự (2000) đã đưa ra điểm lo âu trung bình của tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu là $5,6 \pm 4,2$, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhưng

điểm trầm cảm trung bình của các bệnh nhân lọc máu chu kỳ của Việt Nam cao hơn kết quả từ nghiên cứu này với điểm trung bình trầm cảm là 9,6 (SD= 4,3) [35].

4.2.2. Tình trạng lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân suy thận mạn

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 78,8% bệnh nhân có các triệu chứng lo âu, trong khi có 49,2% bệnh nhân cho thấy tình trạng lo âu thực sự. Ở nhóm trầm cảm, có đến 68,9% bệnh nhân có triệu chứng rối loạn trầm cảm và 41,8% bệnh nhân trầm cảm thực sự. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có đến 84,2% bệnh nhân có triệu chứng của cả rối loạn lo âu và trầm cảm, và 53,8% bệnh nhân vừa có lo âu hoặc vừa có trầm cảm thực sự. Nghiên cứu của Thomas và cộng sự cho thấy tỷ lệ lo âu và trầm cảm trên bệnh nhân ung thư lần lượt là 19% và 20% [29]. Hay theo nghiên cứu của J.Skarstein và cộng sự (2000) cho thấy tỷ lệ lo âu là 12,1% và tỷ lệ trầm cảm là 8,4% [35]. Theo kết quả nghiên cứu của L.J. Mackenzie và cộng sự (2013) cho thấy tỷ lệ lo âu thực sự và trầm cảm thực sự tương ứng là 15% (95%CI= 11%-18%) và 5,7% (95% CI=3,6%-7,9%)[28].

Như vậy, tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu về bệnh mạn tính khác, và tỷ lệ trầm cảm cũng cao hơn. Điều này có thể lý giải một phần do đặc điểm bệnh lý cùng thời gian điều trị bệnh cũng như khoảng cách và kinh tế của đối tượng trong nghiên cứu. Đa phần, các triệu chứng lo âu thường trực trong mỗi bệnh nhân, tuy nhiên các triệu chứng lại không rõ ràng, và có tính chất dai dẳng, âm ỉ nên bệnh nhân sẽ khó nhận định được từng triệu chứng riêng rẽ. Do đó, khi được hỏi lại các triệu chứng trong tuần trước đó thì các triệu chứng lo âu dễ bị bỏ quên. Trong khi đó các triệu chứng của trầm cảm khá nghiêm trọng hơn và có dấu ấn sâu sắc hơn, dễ nhận biết do liên quan đến các sở thích, hứng thú và mối quan tâm của bệnh nhân.

4.2.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu và trầm cảm của bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới có tỷ lệ lo âu cao hơn so với nam giới với tỷ lệ tương ứng là 81,3% và 74,0% ($p=0,000$; χ^2 test). Nghiên cứu của S.M. Sellick và A.D. Edwardson (2007) cũng cho kết quả tương tự: nữ giới có tỷ lệ cao hơn hẳn nam giới về tình trạng lo âu thực sự (23,7% và 13,7%; $\chi^2(2)=64,019$; $p=0,000$). Nghiên cứu của S. Pascoe, S. Edelman và A.Kidman (2000) cũng chỉ ra rằng có tỷ lệ cao hơn đáng kể về lo âu ở nữ so với nam ($p=0,045$)[37]. Lý giải về điều này, nữ giới có tỷ lệ lo âu cao hơn so với nam giới có thể do các đặc trưng về tính cách. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nữ giới thường lo lắng khi trải nghiệm với bệnh tật hơn so với nam giới.

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tỷ lệ lo âu ở nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao với (87,1%), thấp hơn ở nhóm < 50 tuổi (chiếm 73,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Xét theo trình độ học vấn, tỷ lệ lo âu của bệnh nhân có trình độ từ THCS trở xuống chiếm 82,9% cao hơn tỷ lệ lo âu của bệnh nhân có trình độ học vấn từ THCS trở lên chiếm 75,5%. Tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tỷ lệ lo âu trong nhóm đối tượng mất khả năng làm việc chiếm tỷ lệ 83,7%, cao hơn các nhóm có tình trạng làm việc khác. Và điều này tạo sự khác biệt về tỷ lệ lo âu của đối tượng theo các nhóm tình trạng việc làm ($p < 0,05$).

Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân nghiên cứu có bảo hiểm y tế 100% chiếm 81,0% và bệnh nhân không có bảo hiểm 100% chiếm hơn 70,0%. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ lo âu của đối tượng theo các nhóm bảo hiểm y tế ($p > 0,05$).

Khi so sánh với các nghiên cứu đã tiến hành trước đây, có sự tương đồng về tỷ lệ lo âu theo các yếu tố này. Cụ thể, M. O'Conner và cộng sự (2010) đã tìm thấy mối quan hệ giữa tỷ lệ lo âu với tuổi và tình trạng việc làm ($p < 0.05$) [33]. Nhóm tuổi cũng ảnh hưởng đến tình trạng lo âu, nhóm bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên (15,6%) có tỷ lệ thấp hơn so với nhóm tuổi trung niên (20,3%) và nhóm tuổi trẻ (26,3%) ($\chi^2(4) = 24,151$; $p = 0,000$). Tỷ lệ lo âu cũng có sự khác biệt ở những nhóm bệnh nhân khác nhau về tình trạng việc làm, người bệnh thuộc nhóm mất khả năng làm việc vì lý do suy thận có tỷ lệ cao hơn người bệnh thuộc nhóm việc làm khác (23,7% và 17,4%; $\chi^2(6) = 27,199$; $p = 0,000$) [36].

Thêm vào đó, nhóm tuổi từ 60 trở lên có tỷ lệ lo âu cao hơn bởi hai yếu tố. Thứ nhất là bệnh nhân đã hết tuổi lao động, thời gian rảnh nhiều, mối quan hệ tình cảm ít hơn. Việc mắc bệnh sẽ là gánh nặng không chỉ đối với bản thân bệnh nhân mà còn là cả gia đình. Thứ hai là yếu tố về sự phân bố của tỷ lệ suy thận mạn cũng trong nhóm này nhiều hơn, dẫn đến tỷ lệ lo âu sẽ cao hơn khi so sánh với các nhóm tuổi khác có ít đối tượng nghiên cứu hơn. Một lần nữa, chúng ta lại thấy vai trò của các mối quan hệ xã hội trong việc ảnh hưởng đến tỷ lệ lo âu của đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân mất khả năng làm việc hay nghỉ hưu thường có tỷ lệ lo âu cao hơn so với các bệnh nhân có việc làm. Qua điều này cho thấy các biện pháp can thiệp hỗ trợ trong tương lai đối với các bệnh nhân lọc máu chu kỳ cần chú trọng đến bệnh nhân nữ, tuổi trung niên, bệnh nhân mất khả năng làm việc hay nghỉ hưu, bệnh nhân có trình độ học vấn thấp.

Xét theo các đặc điểm của bệnh ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ lo âu giữa bệnh nhân có nguyên nhân gây suy thận từ viêm cầu thận mạn, điều trị bằng thuốc trên 5 năm, có bệnh khác kèm theo suy thận mạn ($p < 0,05$). Theo đó, có bệnh kèm theo suy thận mạn có tỷ lệ lo âu cao hơn

với 80,5% còn bệnh nhân chỉ bị suy thận mạn lọc máu chu kỳ có tỷ lệ lo âu chiếm 68,1%. Ta thấy rằng bệnh suy thận mạn là bệnh nhân mạn tính. Bệnh nhân bị suy giảm hoặc hỏng chức năng thận, thường chạy thận nhân tạo 4 giờ/ 1 lần và 3 lần/ 1 tuần, thời gian đến viện khá lớn, sinh hoạt bất lợi, chất lượng cuộc sống giảm rõ rệt. Vì vậy nếu bệnh nhân mắc bệnh khác kèm theo sẽ khó điều trị hơn và gây nên lo lắng, rối loạn cảm xúc, cảm giác bất an cho bệnh nhân làm bệnh lý tăng lên, thời gian nằm viện kéo dài. Do đó cần quan tâm hơn đến tâm thần cảm xúc của bệnh nhân trong quá trình lọc máu chu kỳ nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và chất lượng điều trị.

Bệnh nhân đã lọc máu trên 24 tháng có tỷ lệ lo âu 80,4% cao hơn nhóm dưới 24 tháng . Bệnh nhân có xảy ra tai biến tăng huyết áp trong quá trình lọc máu có tỷ lệ lo âu chiếm 83,2% cao hơn bệnh nhân không có tai biến trong quá trình lọc máu (72,1%) Tuy nhiên sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê.

Còn khi xét về tỷ lệ trầm cảm ta thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm theo các nhóm tuổi và bảo hiểm y tế cũng như tình trạng hôn nhân ($p>0,05$). Xét theo giới tính bệnh nhân nữ cũng có tình trạng trầm cảm cao hơn bệnh nhân nam giới với tỷ lệ trầm cảm lần lượt là 80,8% và 67,3%. Xét theo trình độ học vấn cho thấy bệnh nhân có trình độ từ THCS trở xuống có tỷ lệ trầm cảm cao hơn với 80,9%. Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân học từ THCS trở lên có tỷ lệ là 68,9%. Những bệnh nhân không có việc làm có tỷ lệ trầm cảm cao hơn so với những bệnh nhân có việc làm (lần lượt 78,9% và 53,2%) ($p<0,05$). Những kết quả trên cũng tương tự với các nghiên cứu của Pascoe và cộng sự, nghiên cứu của Sellick [36],[37].

Ta thấy rằng, bản thân nữ giới đã có tỷ lệ lo âu cao hơn so với nam giới. Tỷ lệ trầm cảm cũng cao hơn nam giới. Có thể do đặc điểm tính cách nhận

thức có sự khác biệt về giới gây nên tình trạng trên. Tỷ lệ trầm cảm cao nhất trong nhóm năm học từ THCS trở xuống, điều này có thể do nhóm đối tượng này có nhận thức không cao về nguyên nhân cũng như khả năng điều trị căn bệnh STM nên dễ rơi vào trạng thái trầm cảm hơn. Cũng có sự tương đồng về lo âu và trầm cảm với bệnh nhân không làm việc.

Tỷ lệ trầm cảm ở những bệnh nhân sử dụng bảo hiểm y tế cao hơn nhóm bệnh nhân không sử dụng bảo hiểm y tế. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể được giải thích do tỷ lệ những người có bảo hiểm y tế tham gia nghiên cứu này lớn hơn nhiều những người không có bảo hiểm y tế. Để có thể giải thích rõ hơn về vấn đề này cần có thêm các nghiên cứu định tính.

Khi xem xét đến mối tương quan giữa điểm lo âu và điểm trầm cảm tính theo thang điểm HADS, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người có trầm cảm thì sẽ có xác suất mắc lo âu cao. Điều này được giải thích rõ ở hệ số tương quan Spearman rất chặt giữa điểm số lo âu và điểm số trầm cảm ($r=0,55$) ($p<0.05$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của I. Bjelland và cộng sự (2002). Với bệnh nhân mắc bệnh STM_LMCK thì các lo lắng về bệnh tật, về tài chính, về thời gian điều trị cũng như các vấn đề liên quan đến cuộc sống sẽ là những nguyên nhân dẫn đến cả lo âu và trầm cảm ở bệnh nhân. Điều này lý giải tại sao giữa lo âu và trầm cảm lại có mối tương quan chặt như vậy. Đồng thời, tuy chưa có bằng chứng chứng minh rõ ràng, nhưng mối quan hệ nhân quả giữa lo âu và trầm cảm nên được cân nhắc và cần có những nghiên cứu sâu hơn để làm sáng tỏ vấn đề này.

Từ mô hình hồi quy đa biến cho thấy trầm cảm có liên quan mật thiết với giới tính nữ, số năm học \leq THCS, bệnh nhân không có việc làm và có lo âu. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Sellick, nghiên cứu của Pascoe [36],[37].

Một điểm đáng lưu ý là không tìm thấy mối liên quan giữa các nhóm trong tình trạng hôn nhân với tình trạng lo âu hay trầm cảm, một kết quả không tương đồng với nghiên cứu của Sellick và cộng sự [36]. Điều này có thể là do sự khác biệt trong văn hóa gia đình, ở Việt Nam người bệnh đang ở trong tình trạng góa, hay ly dị không có nghĩa rằng họ sẽ phải gánh chịu quá trình bệnh tật một mình, bên cạnh họ còn có anh chị em, con cháu, họ hàng – những người sống chung một mái nhà, quan tâm và sẵn sàng ở bên chia sẻ với họ mà chúng tôi có thể gọi đó là những hỗ trợ từ gia đình. Đây cũng là một yếu tố tích cực cần được phát huy trong quá trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

4.3. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang điểm bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống SF36.

4.3.1. Về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình điểm SKTC, SKTT và CLCS nói chung được xác định bằng công cụ SF-36 lần lượt là $33,16 \pm 14,82$; $38,14 \pm 16,13$; $36,65 \pm 13,92$. Điểm SF 36 về CLCS trung bình trong nghiên cứu này là $36,65 \pm 13,92$ điểm, mức điểm này của chúng tôi gần tương đương của Silveria CB (Brazil, 2010 với số điểm là 36 ± 36), tuy nhiên thấp hơn của Pakpour AH (Iran, 2010, số điểm là $38,9 \pm 23,2$), Liu WJ (Trung Quốc, 2010, số điểm là $52,7 \pm 15,6$), Fructuoso M (Ý, 2010, số điểm là $45,95 \pm 21,56$), Roumelioti ME (Mỹ, 2010, số điểm là $42,4 \pm 6,7$...). Nhìn vào kết quả các nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi tương đồng với các kết quả của các tác giả khác trên thế giới. Trong một nghiên cứu khác của Panopalis và cộng sự (2005) được thực hiện với các BN Lupus ban đỏ hệ thống tại Canada, Mỹ và Anh (Canada 231; Mỹ 269 và Anh 215 BN), điểm SKTC được tìm thấy ở các nhóm bệnh nhân thuộc 3 quốc gia này (lần lượt là 41,36; 37,34,37,24) đều thấp hơn rõ rệt so với điểm SKTT (lần lượt là 45,95;

46,55 và 44,07). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điểm SKTC (33,16) thấp hơn rõ rệt so với điểm SKTT (38,14), tỷ lệ bệnh nhân có điểm SKTC (63%) xếp loại kém cũng cao hơn so với điểm SKTT (20%). Kết quả này có thể được giải thích là do người bệnh suy thận mạn thường đã quen với tình trạng bệnh tật nên tự thích nghi về mặt tâm lý, điều này giúp họ cải thiện được chất lượng sức khỏe tinh thần. Không chỉ thấp hơn so với cộng đồng chung, nghiên cứu của Furukawa M và cộng sự còn cho thấy CLCS của các bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống cũng thấp hơn rõ rệt so với nhóm chứng bao gồm những người cùng nhóm tuổi có ít nhất 2 bệnh mạn tính [25]. Việc sử dụng thống nhất một công cụ đánh giá trong các nghiên cứu khác nhau đã cho phép so sánh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn với nhiều bệnh mạn tính khác. Theo nghiên cứu của Lê Việt Thắng và cộng sự (2012) trên 112 BN suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ, điểm SKTC và SKTT được đánh giá bằng công cụ SF-36 trung bình là 41,48 và 40,08, trong đó, 75,9% bệnh nhân có điểm CLCS xếp loại kém (< 50) và chỉ có 5,35% xếp loại tốt [10]. Cùng đánh giá CLCS của các bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ, nghiên cứu của Lâm Nguyễn Nhã Trúc cũng nhận thấy điểm SKTC và SKTT khá thấp ở các bệnh nhân này (lần lượt là 35,8 và 43,9) [16]. Như vậy, điểm CLCS của các bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ trong các nghiên cứu trên đều thấp hơn khá nhiều so với các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Không giống những kết quả trên, một số nghiên cứu lại cho thấy CLCS khá tồi của các bệnh nhân suy thận mạn so với các bệnh mạn tính khác. Theo nghiên cứu của Trần Công Duy (2014) trên 300 bệnh nhân tăng huyết áp, điểm SKTC, SKTT và CLCS được khảo sát bằng công cụ SF-36 lần lượt là 54,95; 55,13 và 55,04 [2]. Như vậy, điểm SKTC và CLCS nói chung đều cao hơn so với kết quả thu được của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể là do suy thận mạn lọc máu chu kỳ có nhiều triệu chứng làm ảnh hưởng đến hoạt động thể lực của người bệnh hơn so với các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường

hay nhồi máu cơ tim. So sánh với những bệnh có nhiều tác động đến hoạt động thể lực như viêm khớp dạng thấp, chứng xơ đau cơ, suy tim xung huyết..., một số nghiên cứu cho thấy điểm SKTC của các BN suy thận mạn là tốt hơn nhưng điểm SKTT lại tồi hơn đáng kể [27],[40]. Về mối liên quan giữa các thành phần thể chất và tinh thần của CLCS, chúng tôi tìm thấy một mối tương quan có ý nghĩa giữa điểm SKTC và SKTT ($r = 0,33$; $p = 0,0008$). Cả 2 điểm này cũng đều tương quan rất chặt chẽ với điểm CLCS nói chung ($p < 0,0001$). Trong các nghiên cứu trước đây, mối tương quan giữa điểm SKTC và điểm SKTT ở các bệnh nhân suy thận mạn cũng như trong nhiều bệnh lý khác đều có sự dao động khá lớn. Các nghiên cứu của Almehed K và Wolfe F đã không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa giữa điểm SKTC và điểm SKTT được đánh giá bằng công cụ SF-36 ở các BN LBDHT [17],[40]. Trong khi đó, một nghiên cứu có đối chứng của Doria A và cs lại cho thấy 2 điểm số này tương quan rất chặt chẽ với nhau ($r = 0,64$, $p < 0,00001$) ở nhóm BN LBDHT, nhưng không có tương quan ở nhóm chứng khỏe mạnh ($r = 0,18$; $p = 0,07$). Sự không thống nhất giữa các kết quả nghiên cứu trên có thể là do những khác biệt trong cách lựa chọn bệnh nhân, cách thức thu thập số liệu cũng như trình độ hiểu biết của các đối tượng được khảo sát. Việc thu thập số liệu bằng cách gửi bộ câu hỏi qua đường bưu điện trong một số nghiên cứu có thể đưa đến những kết quả sai lệch do SF-36 có nhiều câu hỏi tương đối khó trả lời và dễ gây hiểu lầm cho người được khảo sát.

4.3.2. Về mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ với một số yếu tố :

Liên quan với tuổi của người bệnh: SKTT của bệnh nhân cao nhất ở lứa tuổi <20 với $89,7 \pm 0,0$ điểm, tiếp theo là tuổi 50 – 59, 40 – 49, 20 – 39, ≥ 60 lần lượt với số điểm $39,7 \pm 13,8$; $36,8 \pm 15,4$; $35,9 \pm 15,4$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$. Tuy nhiên điểm trung bình về SKTC và

CLCS giữa các nhóm tuổi lại khác nhau không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Cùng vấn đề tương tự, nghiên cứu của Mandorah al. cho thấy những bệnh nhân trên 60 tuổi có chất lượng cuộc sống tồi tệ. Bayoumi và cộng sự cũng ủng hộ rằng tuổi tác, thời gian lọc máu và giới tính nam là những yếu tố dự báo tiêu cực về chất lượng cuộc sống. Tương tự với nhiều bệnh lý khác, CLCS của các bệnh nhân nghiên cứu cũng có mối tương quan không hằng định với tuổi. Nghiên cứu của Shen B và cs (2014) tại Trung Quốc không tìm thấy mối tương quan giữa điểm SF-36 và tuổi ở các bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống ($r = -0,178$; $p = 0,116$) [35]. Trong khi đó, các nghiên cứu của Almedhed K [17] và Tamayo T [36] cho thấy tuổi của người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống chỉ có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với điểm SKTC mà không có liên quan với điểm SKTT. Trái với các kết quả trên, nghiên cứu của Doria A và cs (2004) lại cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm SKTC và SKTT được đánh giá bằng công cụ SF-36 với tuổi của các bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. So sánh giữa các lứa tuổi khác nhau, các tác giả nhận thấy cả điểm SKTC và SKTT ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều giảm dần theo tuổi, bắt đầu từ nhóm tuổi 25 - 34, sau đó tiếp tục giảm dần ở các nhóm tuổi 45 - 54 và 55 - 64 [21]. Tương đồng với các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi cũng tìm thấy mối tương quan rất chặt chẽ giữa điểm SKTC, SKTT và CLCS với tuổi của người bệnh ở bệnh nhân suy thận mạn. Tình trạng này có thể do ở những bệnh nhân tuổi cao thường bị suy yếu về thể chất và nhân thức hoặc có thể có những kỳ vọng thấp hơn so với người trẻ tuổi hơn. Suy thận mạn lọc máu chu kỳ là một bệnh mạn tính không có khả năng điều trị khỏi, việc phải đi lọc máu định kỳ thường xuyên và kéo dài có thể gây những ảnh hưởng tiêu cực đến CLCS của các bệnh nhân lớn tuổi.

Liên quan với tình trạng việc làm : Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự khác nhau về CLCS trong các nhóm bệnh nhân có tình trạng làm việc

khác nhau. SKTC của nhóm nội trợ có điểm cao nhất: $42,5 \pm 13,7$ tiếp theo là nhóm nghỉ hưu: $38,1 \pm 17,3$, làm việc toàn thời gian: $35,7 \pm 10,5$, thất nghiệp trước suy thận là $35,5 \pm 11,6$, thấp nhất là nhóm mất khả năng làm việc vì lý do suy thận. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Điểm CLCS của bệnh nhân cũng có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân có tình trạng làm việc khác nhau, cao nhất cũng là nhóm bệnh nhân nội trợ: $44,2 \pm 12,9$ và thấp nhất là nhóm mất khả năng làm việc vì lý do suy thận. Tuy nhiên sự khác nhau về điểm SKTT ở các nhóm này lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể lý giải do người nội trợ là người đã có gia đình, được san sẻ gánh nặng vật chất cũng như tinh thần, đồng thời được sự cảm thông và chăm sóc của gia đình do vậy gánh nặng bệnh tật giảm bớt và bệnh nhân có CLCS cao hơn, còn nhóm bệnh nhân mất khả năng làm việc do suy thận, bên cạnh gánh nặng bệnh tật thì gánh nặng về kinh tế cũng là nguyên nhân làm giảm CLCS của bệnh nhân. Nghiên cứu của Kara và cộng sự cũng chỉ ra sự hỗ trợ xã hội bởi người phối ngẫu, thành viên gia đình, bạn bè, đồng nghiệp hoặc cộng đồng có liên quan đến CLCS tốt hơn.

Liên quan đến bệnh kèm theo: Trong nghiên cứu này SKTT, SKTC, CLCS của những bệnh nhân có kèm theo bệnh tim mạch thấp hơn những bệnh nhân không có bệnh tim mạch kèm theo, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Dễ dàng lý giải tình trạng này bởi bệnh lý tim mạch bản thân nó cũng đã gây ra những rối loạn cho cơ thể bệnh nhân, khi có phối hợp bệnh thận việc kiểm soát, điều trị bệnh khó khăn hơn, biến chứng xuất hiện nhiều hơn và làm bệnh nhân lo lắng về bệnh nhiều hơn dẫn đến chất lượng cuộc sống giảm. Kết quả này cũng trùng với nhiều nghiên cứu trên thế giới.

Liên quan đến thu nhập của bệnh nhân: Có mối liên quan giữa tình trạng thu nhập của bệnh nhân với SKTC. Nhóm gia đình khá giả có điểm SKTC là: $37,5 \pm 15,5$, cao hơn so với nhóm hộ nghèo là $31,2 \pm 13,3$ và hộ cận

nghèo là $32,2 \pm 15,5$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên điểm SKTT và CLCS sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này là do chi phí phát sinh trong quá trình lọc máu, hiện tại các loại thuốc điều trị phối hợp cho bệnh nhân như calci, sắt, albumin hay thuốc huyết áp chưa được bảo hiểm thanh toán, mà bệnh nhân phải tự túc mua. Nên sẽ tăng thêm gánh nặng kinh tế, đặc biệt là những gia đình hộ nghèo và cận nghèo dẫn đến giảm sút CLCS của bệnh nhân.

Liên quan đến tình trạng kinh tế : Điểm trung bình SKTC và CLCS có sự khác nhau giữa các nhóm bệnh nhân có tình trạng kinh tế khác nhau, điểm cao nhất là nhóm không phụ thuộc ai: $41,1 \pm 15,7$, thấp nhất là nhóm phụ thuộc hoàn toàn: $34,3 \pm 13,6$, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liên quan đến khoảng cách từ nơi ở đến nơi lọc máu: Khoảng cách đến viện cũng là 1 yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân. Những bệnh nhân có khoảng cách đến viện $< 10\text{km}$ có SKTT và CLCS tốt hơn những bệnh nhân có khoảng cách đến viện từ $10 - 40\text{ km}$ và $> 40\text{km}$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt này là do đặc trưng của việc lọc máu là quá trình điều trị liên tục, 3 lần/ tuần, khi bệnh nhân phải đi lại xa, phương tiện di chuyển không thuận tiện gây khó khăn cho bệnh nhân khi di chuyển, cộng thêm việc thời tiết nhiệt đới mưa về mùa hè, lạnh về mùa đông làm bệnh nhân chán nản, mệt mỏi khi phải di chuyển nhiều. điều này ảnh hưởng rất lớn đến CLCS của bệnh nhân.

Liên quan đến thời gian lọc máu: có khá nhiều những bằng chứng trái ngược nhau về mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và CLCS của người bệnh suy thận mạn. Theo một nghiên cứu mới được công bố gần đây của Yilmaz-Oner S và cộng sự (2015) tại Thổ Nhĩ Kỳ, các tác giả nhận thấy thời gian mắc bệnh Lupus ban đỏ hệ thống không có tương quan với điểm CLCS được đánh giá bằng cả công cụ LupusQoL ($r = -0,08$; $p = 0,355$) và SF-36 ($r =$

-0,16; $p = 0,08$) [41]. Nghiên cứu của Panopalis P (2005) theo dõi CLCS của 715 bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống thuộc 3 quốc gia Mỹ, Canada và Anh trong thời gian trung bình 4 năm bằng công cụ SF-36 cũng không tìm thấy sự giảm sút điểm CLCS ở cuối thời gian theo dõi [33]. Trái với những kết quả trên, nghiên cứu của Almedhed K và cs (2010) tại Thụy Điển lại ghi nhận mối tương quan tỷ lệ nghịch có ý nghĩa thống kê giữa điểm SKTC với thời gian mắc bệnh ở các bệnh nhân Lupus ($r = -0,29$; $p < 0,01$) [17]. Một nghiên cứu khác được thực hiện tại Đức của Tamayo T lại cho thấy mối liên quan giữa điểm SKTT của bệnh nhân Lupus với thời gian mắc bệnh [36]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng thu được những kết quả khá tương đồng với các kết quả trên, trong đó, điểm SKTC, SKTT và CLCS đều có tương quan tỷ lệ nghịch rất chặt chẽ với thời gian mắc bệnh, với hệ số tương quan lần lượt là -0,64; -0,73 và -0,88 ($p < 0,0001$). Suy thận mạn lọc máu chu kỳ là một bệnh điều trị kéo dài với chu kỳ đều đặn, có nhiều biến chứng, dẫn đến sự xuất hiện ngày càng nhiều các tổn thương có tính chất hủy hoại, không hồi phục, gây ảnh hưởng đến CLCS. Bên cạnh đó, việc mắc bệnh trong một thời gian kéo dài cũng gây ra tâm lý bi quan, tiêu cực và làm suy giảm SKTT của người bệnh. Những yếu tố trên đây có thể góp phần dẫn đến sự giảm dần CLCS qua từng năm ở các bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Trong khuôn khổ của một luận văn tốt nghiệp, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế. Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện cho cỡ mẫu nhỏ 325, sẽ ảnh hưởng tới khả năng khái quát kết quả cho những quần thể khác. Nghiên cứu được thực hiện với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có thể đánh giá vấn đề tại thời điểm nghiên cứu nhưng không thể đưa ra mối quan hệ nhân quả trong diễn biến của tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 325 bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo của bệnh viện Bạch Mai và rút ra được những kết luận sau:

(1) Tình trạng lo âu trầm cảm và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ:

- Điểm lo âu trung bình là $10,5 \pm 4,1$ (min=0, max=21). Điểm trầm cảm trung bình là $9,6 \pm 4,3$ (min=0, max=20).
- Tỷ lệ lo âu là 49,2%, tỷ lệ trầm cảm là 41,8%, tỷ lệ những bệnh nhân vừa lo âu vừa trầm cảm 53,8%. Tỷ lệ lo âu ở nữ (81,3%) cao hơn so với nam (74,0%). Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân có độ tuổi từ 50 trở lên cao hơn tỷ lệ bệnh nhân dưới 50 tuổi. Bệnh nhân mất khả năng làm việc vì lý do suy thận có tỷ lệ lo âu tới 83,7% cao hơn nhóm bệnh nhân khác.
- Trầm cảm, nữ có tỷ lệ cao hơn nam 73,7% - 63,6%. Tuổi từ 50 trở lên và bệnh nhân mất khả năng làm việc có tỷ lệ trầm cảm cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 87,1 % và 74,1%.
- Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc máu chu kỳ rất thấp: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm sức khỏe xếp loại tốt về thể chất (SKTC) bằng 0,9%, sức khỏe tâm thần (SKTT) là 3,4% và chất lượng cuộc sống nói chung (CLCS) là 1,5%.

(2) Một số yếu tố liên quan đến tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của người bệnh lọc máu chu kỳ:

Yếu tố liên quan tới tình trạng lo âu và trầm cảm:

- Tình trạng trầm cảm có mối liên quan mật thiết với tình trạng lo âu, hệ số tương quan $r = 0,69$ ($p < 0,001$).
- Giới tính nữ, độ tuổi trên 50, mất khả năng làm việc, đến nơi chạy thận bằng xe bus/khách, sống một mình và có bệnh kèm theo đều có mối liên quan với tình trạng lo âu, trầm cảm ($p < 0,05$).
- BN sống cùng BN khác, suy thận do VCTM có mối liên quan với trạng lo âu ($p < 0,05$).
- BN nghỉ hưu, trình độ học vấn thấp, thời gian lọc máu dài, thu nhập thuộc hộ nghèo, có mối liên quan tới tình trạng trầm cảm ($p < 0,05$).

Yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống, sức khỏe thể chất và tinh thần:

- Có liên quan rất chặt chẽ giữa điểm sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần với Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn phải lọc máu chu kỳ ($p < 0,05$).
- Sức khỏe thể chất, sức khỏe tâm thần và chất lượng cuộc sống đều có liên quan chặt chẽ với bệnh kèm theo, với $p < 0,05$.
- Giữa sức khỏe thể chất và chất lượng cuộc sống với tình trạng việc làm và tình trạng kinh tế có liên quan với nhau ($p < 0,01$), trong khi đó, sức khỏe tinh thần lại có liên quan với nhóm tuổi, khoảng cách đến viện và người sống cùng ($p < 0,05$).
- Tỷ lệ đối tượng có chất lượng cuộc sống kém liên quan thuận với mức độ lo âu, trầm cảm. Tỷ lệ chất lượng cuộc sống kém ở nhóm có lo âu rõ gấp 4,9 lần nhóm không lo âu ($p = 0,00$), và gấp 3,3 lần giữa nhóm trầm cảm rõ với nhóm không trầm cảm ($p = 0,003$).

KHUYẾN NGHỊ

Từ những kết quả của nghiên cứu, chúng tôi đưa ra những khuyến nghị sau:

- Tăng cường nhận thức của cán bộ y tế .Cần kết hợp các can thiệp điều trị tâm lý song song với điều trị thể chất trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ góp phần tăng chất lượng cuộc sống cho người bệnh.
- Tiếp tục phát triển các nghiên cứu tìm hiểu các giải pháp can thiệp hiệu quả về tâm lý xã hội trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.
- Cần có thêm nghiên cứu đánh giá tin cậy và tính giá trị của thang đo HADS cũng như bộ câu hỏi SF36 áp dụng trên quần thể bệnh nhân Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health organisation (2014), "Fact sheet N 297"
2. Et.al Ferlay J (2010), "Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008", *International Journal of Cancer*.
3. E. Frick, M. Tyroller và M. Panzer (2007), "Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre", *Eur J Cancer Care (Engl)*. 16(2), tr. 130-6.
4. Trần Đình Xiêm (1995), *Các rối loạn khí sắc và rối loạn lo âu*, Tâm thần học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.312-364.
5. Nguyễn Viết Thiêm (2000), *Bài giảng chuyên đề tâm thần*, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Văn Nhận (2001), *Tâm lý học Y học*, Nhà xuất bản Y học.
7. Mackenzie L. J. và các cộng sự (2013), "Psychological distress in cancer patients undergoing radiation therapy treatment", *Support Care Cancer*. 21(4), tr. 1043-51.
8. B. C. Thomas và các cộng sự (2005), "Reliability & validity of the Malayalam hospital anxiety & depression scale (HADS) in cancer patients", *Indian J Med Res*. 122(5), tr. 395-9.
9. C. M. Leung và các cộng sự (1999), "Validation of the Chinese-Cantonese version of the hospital anxiety and depression scale and comparison with the Hamilton Rating Scale of Depression", *Acta Psychiatr Scand*. 100(6), tr. 456-61.
10. K. A. Neilson và các cộng sự (2010), "Psychological distress (depression and anxiety) in people with head and neck cancers", *Med J Aust*. 193(5 Suppl), tr. S48-51.
11. M. O'Connor và các cộng sự (2010), "The prevalence of anxiety and depression in palliative care patients with cancer in Western Australia and New South Wales", *Med J Aust*. 193(5 Suppl), tr. S44-7.

12. J. Skarstein và các cộng sự (2000), "Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire", *J Psychosom Res.* 49(1), tr. 27-34.
13. S. M. Sellick và A. D. Edwardson (2007), "Screening new cancer patients for psychological distress using the hospital anxiety and depression scale", *Psychooncology.* 16(6), tr. 534-42.
14. S. Pascoe, S. Edelman và A. Kidman (2000), "Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals", *Aust N Z J Psychiatry.* 34(5), tr. 785-91.
15. A. T. Beck và các cộng sự (1961), "An inventory for measuring depression", *Arch Gen Psychiatry.* 4, tr. 561-71.
16. I. Bjelland và các cộng sự (2002), "The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review", *J Psychosom Res.* 52(2), tr. 69-77.
17. Bùi Diệu và cộng sự (2010), "Cơ cấu bệnh nhân đến điều trị tại bệnh viện K trong 5 năm từ 2005 đến 2009 ", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam* 1, tr. 57 - 61.
18. Bộ Y Tế (2013), *Lộ trình, chiến lược tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012 - 2015 và 2020.*
19. Nguyễn Nguyên Khôi (2004), *Thận nhân tạo, Bệnh thận nội khoa,* NXB Y học, Hà Nội, tr. 134-162.
20. Nguyễn Văn Xang (2004), *Chế độ ăn uống trong bệnh thận. Bệnh thận nội khoa.* NXB Y học, Hà Nội, tr. 204-256.
21. Trần Văn Chất (2004) *Bệnh thận nội khoa.* NXB Y học, Hà Nội, tr. 93-115.
22. Hà Hoàng Kiệm (2010) , "Chương 21: Suy thận mạn", *Thận học lâm sàng,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 730-820.

23. Hoàng Trung Vinh, Bùi Văn Mạnh (2008), Điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo", *Bệnh học nội khoa*, tập I, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, tr. 330-339.
24. Sherman, R (1988), "The pathophysiologic basic for hemodialysis related hypotension". *Seminar in dialysis*, 1(2), pp. 42-136.
25. <https://chuabenhthan.info/chay-than-nhan-tao/>
26. <https://khoahoc.tv/quy-trinh-chay-than-nhan-tao-81397>
27. <https://thaythuocvietnam.vn/thuvien/nhan-tao-thuong-quy-chu-ky/>
28. <https://suythan.net/chay-than-nhan-tao.html>
29. <http://benhvien108.vn/nhung-van-de-thuong-gap-cua-benh-nhan-suy-than-man-loc-mau-chu-ky.htm>
30. Đỗ Thị Liễu (2001), "Nghiên cứu đối chiếu lâm sàng và mô bệnh học thận ở bệnh nhân viêm thận do bệnh Lupus ban đỏ hệ thống", *Luận án tiến sĩ Y học*.
31. Đào Thị Nguyệt (2018), "Khảo sát chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở trẻ em mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống", *Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y Hà Nội*.
32. Trần Văn Vũ (2004), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sang thương bệnh học trong viêm thận lupus.", *luận văn thạc sĩ trường Đại học Y HCM*.
33. Phạm Thị Xuân (2015), *Chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống tại phòng quản lý bệnh lupus bệnh viện Bạch Mai năm 2015*, Đại học Thăng Long.
34. Phạm Công Chính (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại khoa Da Liễu bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ* 89(01/2), 15 – 20.
35. Trần Công Duy, Châu Ngọc Hoa (2014). Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp. Chuyên đề Tim mạch học online, <http://www.timmachhoc.vn/tong-hop-tu-nghien-cuu-tren-lam-sang/1120-chat-luong-cuoc-song-o-benh-nhan-tang-huyet-ap.html>.

36. Đào Hùng Hạnh (2015). Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân đau xơ cơ nguyên phát (Fibromyalgia). Tập XXV, số 4(164), 177-179.
37. Đỗ Trương Thanh Lan (2009). Lupus ban đỏ hệ thống. Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng (sách dùng cho bác sĩ và học viên sau đại học), NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 174-185.
38. Nguyễn Bích Ngọc (2014). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân alzheimer, người chăm sóc và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp không dùng thuốc. Luận văn Tiến sỹ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ trung ương.
39. Phạm Thị Tuyết Nhung (2013). Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp trước và sau can thiệp đông mạch vành qua da sử dụng bộ câu hỏi Seattle Angina Questionnaire. Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng hệ VHVL. Trường đại học Thăng Long, Hà Nội.
40. Lê Việt Thắng, Nguyễn Văn Hùng (2012). khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF36. *Y học Thực hành* 802 (1), 45-47.
41. Trương Thị Mộng Thường, Lê Ngọc Diệp (2012). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vẩy nến đến điều trị tại BV Da Liễu TP HCM từ 01/09/2010 đến 30/04/2011. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 16, Phụ bản Số 1, 284-292.
42. Trần Kim Trang (2011). Chất lượng cuộc sống ở người tăng huyết áp. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 15, Phụ bản Số 1, 104-111.
43. Lâm Nguyễn Nhã Trúc, Trần Thị Bích Hương (2012). Sử dụng bảng câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 16, Phụ bản Số 3, 331 – 334.

44. Barnado A, Wheless L, Meyer A.K, Gilkeson G.S, Kamen D.L (2012). Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) compared with related controls within a unique African American population. *Lupus* 21, 563– 569.
45. Chenchen W, Mayo N.E, Fortin P.R (2001). The Relationship Between Health Related Quality of Life and Disease Activity and Damage in Systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 28, 525–32.
46. Doria A., Rinaldi S., Ermani M., et al (2004). Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. I. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology* 43, 1574-1579.
47. Dua A.B, Touma Z, Toloza S, Jolly M (2013). Top 10 Recent Developments in Health-Related Quality of Life in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Curr Rheumatol Rep* 15, 380, 1-11.
48. Feldman C.H, Hiraki L.T, Liu J et al (2013). Epidemiology and Sociodemographics of Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Nephritis Among US Adults With Medicaid Coverage, 2000–2004. *Arthritis Rheum* 65, 3, pp 753 – 763.
49. Freire E, Bruscatto A, Ciconelli R (2009). Quality of life in systemic lupus erythematosus patients in Northeastern Brazil: is health-related quality of life a predictor of survival for these patients? *Acta Reumatol Port* 34, 207-211.
50. Panopalis P., Petri M., Manzi S., et al (2005). The systemic lupus erythematosus tri-nation study: longitudinal changes in physical and mental well-being. *Rheumatology* 244, 751-755.
51. Shen B, Feng G, Tang W (2014). The quality of life in Chinese patients with systemic lupus erythematosus is associated with disease activity and psychiatric disorders: a path analysis. *Clin Exp Rheumatol* 32(1), 101-107.

52. <https://academic.oup.com/ndt/article/15/12/1911/1814422>
53. Zeynep Kizilcik , Fatma Deniz Sayiner , Alaettin Unsal , Unal Ayranci , Nedime Kosgeroglu , Mustafa Tozun(2012). Prevalence of depression in patients on hemodialysis and its impact on quality of life.
54. Manjusha Yadla (2017). Quality of Life Assessment using Sf-36 Questionnaire in Maintenance Hemodialysis Patients Supported by Government Funded Cashless Scheme
55. Paulo Roberto Santos (2011). Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil.
56. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med.* 1985;79(2):160-6.
57. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2006;2(12):678-87.
58. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini, L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2005;46(5):919-24.
59. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech, LA. The predictive value of self-reported scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int.* 2006;69(9):1662-8.
60. Cohen LM, Dobscha SK, Hails KC, Pekow PS, Chochinov HM. Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support treatment of dialysis. *Psychosom Med.* 2002;64(6):889-96.
61. Lugon JR. Chronic kidney disease in Brazil: a public health problem. *J Bras Nefrol.* 2009;31(Suppl 1):2-5.

62. Kimura H, Ozaki N. Diagnosis and treatment of depression in dialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2006;10(4):328-32.
63. Hsu HJ, Chen C, Wu M. Lower prevalence of depression in hemodialysis patients who use polysulfone dialyzers. *Am J Nephrol.* 2009;29(6):592-7.
64. Zimmermann PR, Camey SA, Mari J. A cohort study to assess the impact of depression on patients with kidney disease. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(4):457-68.
65. Chrysoula Vasilopoulou , Eirini Bourtsi , Sophia Giaple , Ioannis Koutelekos¹, Paraskevi Theofilou & Maria Polikandrioti (2015). The Impact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients.
66. **T.V. Dung, B.T.Quyen, N.T.Do** (2019). Anxiety among inpatients with cancer: Findings from a Hospital –Based cross-sectional study in Vietnam. *Cancer Control.* Vol 26:34-41.
67. **Fructuoso M et al.** (2011). “Quality of life in chronic kidney disease”. *Nefrologia*”. 31(1):91-96.
68. **Liu WJ et al.** (2010). “Analysis of the influencing factors of life quality in patients undergoing maintaining hemodialysis”. *Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue.* 22(12):713-8.
69. **Pakpour AH et al.** (2010). “Health-related quality of life in a sample of Iranian patients on hemodialysis”. *Iran J Kidney Dis.* 4(1):50-9.
70. **Roumelioti ME et al.** (2010). “Sleep quality, mood, alertness and their variability in CKD and ESRD”. *Nephron Clin Pract.* 114(4):c277-87.

CÂU HỎI PHÒNG VẤN
TÌNH TRẠNG LO ÂU, TRẦM CẢM VÀ BỘ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2019

I. Giới thiệu

Kính chào Ông/Bà!

Chúng tôi đến từ trường Đại học Thăng Long Hà Nội, hiện nay chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu về “Tình trạng lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Thận nhân tạo bệnh viện Bạch Mai”. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích tìm hiểu thực trạng sức khỏe tâm trí của bệnh nhân trong thời gian điều trị tại bệnh viện, từ đó có các khuyến nghị với ngành Y tế cũng như lãnh đạo bệnh viện để nâng cao chất lượng chăm sóc cũng như đời sống tinh thần cho Ông/Bà. Ông/Bà sẽ được yêu cầu trả lời các câu hỏi liên quan đến các triệu chứng về mặt tinh thần, cảm xúc mà ông bà gặp phải trong tuần qua. Mọi thông tin ông bà cung cấp đều được giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Ông/Bà có đồng ý tham gia nghiên cứu này không?

1. Có

2. Không

Ngày tháng năm hôm nay:

II. Bảng hỏi

Phần I. Thông tin chung

STT	Câu hỏi	Đáp án	Mã hóa	Bước nhảy
1	Trình độ học vấn của ông/bà?	Không biết chữ	1	
		Tiểu học, THCS	2	
		THPT, TC	3	
		Cao đẳng, Đại học	4	
2	Tình trạng hôn nhân của ông/bà	Đã kết hôn	1	
		Sống chung nhưng không đăng ký kết hôn	2	
		Ly dị hoặc ly hôn	3	
		Góa vợ/ Góa chồng	4	
		Độc thân chưa kết hôn	5	

3	Mức thu nhập bình quân của gia đình ông/ bà hiện nay là bao nhiêu?	Hộ nghèo (700.000 đến 1 triệu)	1	
		Hộ cận nghèo (2	
		Hộ gia đình khá giả	3	
4	Mức hưởng bảo hiểm y tế của ông/ bà?	0%	1	
		80%	2	
		95%	3	
		100%	4	
5	Tình trạng làm việc hiện tại?	Làm việc toàn bộ thời gian	1	
		Làm việc bán thời gian	2	
		Mất khả năng làm việc vì lý do STM	3	
		Nội trợ	4	
		Nghỉ hưu	5	
		Thất nghiệp trước khi STM	6	
6	Ông/bà có biết nguyên nhân STM của mình không?	Viêm cầu thận mạn	1	
		Viêm thận bể thận	2	
		Bệnh hệ thống	3	
		Tim mạch	4	
		Bệnh khác	5	
		Không biết	6	
7	Ông/bà được chẩn đoán STM cách đây bao nhiêu năm, tháng?Năm.....tháng		
8	Ông / bà có điều trị bảo tồn không ? (dùng thuốc điều trị khi chưa lọc máu hoặc lọc	Không	1	
		<1 năm	2	
		1- 2 năm	3	
		3- 5 năm	4	

	màng bụng)	Trên 5 năm	5	
9	Ông/ bà lọc máu được bao lâu?Năm.....tháng		
10	Ông/ bà có mắc bệnh khác kèm theo không?	Không	1	
		Tim mạch	2	
		Tăng huyết áp	3	
		ĐTD	4	
		Khác	5	
11	Đường vào mạch máu BN đang dùng (ĐTV quan sát)	Catheter tạm thời	1	
		Catheter có cuff	2	
		AVF	3	
		AVG	4	
12	Ông/ bà tạo đường vào mạch máu lâu dài bao nhiêu lần rồi?	1 lần	1	
		2 lần	2	
		3 lần	3	
		Nhiều hơn 3 lần	4	
13	Tình trạng kinh tế hiện nay của ông/ bà?	Phụ thuộc hoàn toàn	1	
		Phụ thuộc một phần	2	
		Không phụ thuộc ai	3	
14	Khoảng cách từ nơi sống đến viện của ông/ bà?	Dưới 10 km	1	
		10- 40 km	2	
		Trên 40 km	3	
15	Phương tiện đến bệnh viện của ông/ bà?	Đi bộ hoặc xe đạp	1	
		Xe máy	2	
		Xe Bus, xe khách	3	
		Ô tô riêng, taxi	4	
16	Hiện tại ông/bà sống cùng ai?	Sống một mình	1	
		Sống trọ cùng BN khác	2	
		Sống cùng gia đình	3	

Phần II: HADS

Trong tuần vừa qua, mức độ các triệu chứng sau đây của ông bà như thế nào?(ĐTV khoanh vào đáp án)

1. Ông bà cảm thấy căng thẳng	
Hầu hết thời gian	3
Phần lớn thời gian	2
Đôi khi	1
Không xảy ra	0
2. Ông bà vẫn hứng thú với việc mà trước đây tôi thích	
Hoàn toàn như trước đây	0
Không nhiều như trước đây	1
Chỉ một ít	2
Vô cùng ít	3
3. Ông bà cảm thấy sợ hãi như điều tồi tệ gần như sắp xảy ra	
Rất chắc chắn và khá tồi tệ	3
Vâng, nhưng không quá tồi tệ	2
Một chút, nhưng điều đó không làm tôi lo lắng	1
Không xảy ra	0
4. Ông bà có thể cười sảng khoái và nhìn thấy mặt hài của sự việc	
Nhiều như trước đây tôi vẫn có thể	0
Hiện nay không còn nhiều nữa	1
Hiện nay chắc chắn giảm rất nhiều	2
Không còn nữa	3
5. Những ý nghĩ lo lắng quanh quẩn trong suy nghĩ của ông bà	

Hầu hết thời gian	3
Phần lớn thời gian	2
Không thường xuyên	1
Rất ít khi	0
6. Ông/bà cảm thấy vui	
Không bao giờ	3
Ít khi	2
Đôi khi	1
Hầu hết thời gian	0
7. Ông/ bà có thể ngồi thành thoi và cảm thấy thư giãn	
Chắc chắn	0
Thường xuyên	1
Không thường xuyên lắm	2
Không xảy ra	3
DEPRSSION	
8. Ông bà cảm thấy như thể tôi đang chậm chạp dần	
Gần như tất cả thời gian	3
Rất thường xuyên	2
Đôi khi	1
Không bao giờ	0
9. Ông/bà cảm thấy sợ hãi như có cảm giác bồn chồn nơi dạ dày	
Không xảy ra	0
Đôi khi	1
Khá thường gặp	2
Rất thường gặp	3
10. Ông/bà không còn quan tâm đến bề ngoài	
Hoàn toàn đúng	3

Tôi không chăm sóc bề ngoài nhiều như tôi nên làm	2
Có lẽ tôi không chăm sóc bề ngoài nhiều	1
Tôi chăm sóc bề ngoài nhiều như mọi khi	0
11. Ông/bà cảm thấy bồn chồn như thế tôi phải đi tới đi lui	
Thật sự rất nhiều	3
Khá nhiều	2
Không nhiều lắm	1
Không xảy ra	0
12. Ông/bà trông đợi sự việc với sự thích thú	
Nhiều như trước đây	0
Khá giảm so với trước đây	1
Chắc chắn giảm so với trước đây	2
Còn rất ít	3
13. Ông bà có cảm giác hoảng loạn một cách đột ngột	
Thật sự rất thường xuyên	3
Khá thường xuyên	2
Không thường xuyên lắm	1
Không xảy ra	0
14. Ông/bà thích đọc sách nghe đài hoặc xem truyền hình	
Thường xuyên	0
Đôi khi	1
Ít khi	2
Rất hiếm khi	3

Phần III : Bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống SF -36

1	Nhìn nhận khái quát, sức khỏe tổng quát của ông/bà là: 1. Hoàn hảo 2. Rất tốt 3. Tốt 4. Trung bình 5. Xấu
2	So với một năm trước đây, sức khỏe hiện tại của ông/bà: 1. Tốt hơn nhiều 2. Hơn ít 3. Như nhau 4. Xấu hơn ít 5. Xấu hơn nhiều

Từ 3→12. Các mục sau đây là về các hoạt động ông/bà có thể làm trong một ngày bình thường. Ông/bà có bị hạn chế trong các hoạt động dưới đây không? Nếu có thì bị ảnh hưởng như thế nào ?

	Hoạt động	Có, hạn chế nhiều	Có, hạn chế ít	Hoàn toàn không hạn chế
3	Hoạt động thể lực mạnh như là chạy, nhấc một vật nặng, tham gia hoạt động thể thao gắng sức	[1]	[2]	[3]
4	Hoạt động thể lực vừa phải như di chuyển một cái bàn, lau dọn nhà cửa, chơi cầu lông, bơi lội, đạp xe đạp	[1]	[2]	[3]
5	Mang vác đồ dùng, hàng tạp hóa như thực phẩm, quần áo...	[1]	[2]	[3]
6	Leo bộ vài tầng cầu thang	[1]	[2]	[3]
7	Leo bộ một tầng cầu thang	[1]	[2]	[3]
8	Thực hiện các động tác uốn, quỳ hay khom người	[1]	[2]	[3]
9	Đi bộ từ 1500m trở lên	[1]	[2]	[3]
10	Đi bộ vài trăm mét	[1]	[2]	[3]
11	Đi bộ 100m	[1]	[2]	[3]
12	Tắm hoặc mặc quần áo, tự chăm sóc cho bản thân	[1]	[2]	[3]

Từ 13→16. Trong 4 tuần vừa qua, những khó khăn trong công việc và hoạt động hằng ngày do ảnh hưởng của sức khỏe thể lực :

		Có	Không
13	Giảm thời lượng tiến hành công việc và các hoạt động khác	[1]	[2]
14	Hoàn thành công việc và hoạt động khác ít hơn mình mong muốn	[1]	[2]
15	Có hạn chế trong một số loại công việc hoặc các hoạt động khác	[1]	[2]
16	Khó khăn khi thực hiện công việc hoặc các hoạt động khác (mặc dù đã nỗ lực nhiều)	[1]	[2]

Từ 17→19. Trong 4 tuần vừa qua, những khó khăn trong công việc và hoạt động hàng ngày do vấn đề cảm xúc tiêu cực như chán nản, lo lắng:							
		Có	Không				
17	Giảm số lượng thời gian dành cho công việc hay các hoạt động khác	[1]	[2]				
18	Hoàn thành công việc và hoạt động khác ít hơn mong muốn	[1]	[2]				
19	Làm việc hoặc các hoạt động khác kém cẩn thận hơn bình thường	[1]	[2]				
20	Trong 4 tuần vừa qua, sức khỏe thể lực và tinh thần làm cản trở giao tiếp của ông/bà với gia đình, bạn bè, hàng xóm, CLB ở mức độ nào? 1.Không 2.Hơi 3.Vừa phải 4.Nhiều 5.Rất nhiều						
21	Trong suốt 4 tuần qua, cơ thể của ông/bà đau như thế nào? 1.Không 2.Rất nhẹ 3.Nhẹ 4.Vừa phải 5.Nhiều 6.Rất nặng						
22	Trong 4 tuần qua, đau cản trở tới công việc, sinh hoạt hàng ngày như giặt giũ, nấu ăn, quét dọn của ông/bà như thế nào? 1.Không 2.Ít 3.Vừa 4.Nhiều 5.Rất nhiều						
Từ 23→31. Trong 4 tuần vừa qua, ông/bà cảm thấy như thế nào?							
		Tất cả thời gian	Hầu hết thời gian	Nhiều thời gian	Một số thời gian	Ít thời gian	Không có thời gian
23	Cảm thấy nhiều sức sống, hăng hái?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
24	Cảm thấy lo lắng, bức tức?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
25	Cảm thấy buồn chán, thất vọng?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
26	Cảm thấy bình tĩnh?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
27	Cảm thấy dồi dào sức khỏe?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
28	Cảm thấy chán nản, buồn phiền?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
29	Cảm thấy kiệt sức?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
30	Cảm thấy mình là một người hạnh phúc?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
31	Cảm thấy mệt mỏi?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

32	Trong 4 tuần qua, có bao nhiêu thời gian mà tình trạng sức khỏe thể chất lẫn tinh thần của ông/bà làm trở ngại đến hoạt động của xã hội như khi đi thăm bạn bè, người thân,...? 1.Tất cả 2.Hầu hết 3.Trung bình 4.Ít 5.Không					
Từ 33→36. Ông/bà cảm nhận như thế nào với mỗi phần phát biểu sau ?						
		Hoàn toàn đúng	Hầu hết là đúng	Không biết	Hầu hết là sai	Hoàn toàn sai
33	Tôi thường dễ ốm hơn so với người khác	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
34	Tôi khỏe mạnh như bất cứ ai tôi biết	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
35	Sức khỏe của tôi ngày trở nên tồi tệ	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
36	Sức khỏe của tôi là tuyệt vời	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Phần IV : Khám lâm sàng trên bệnh nhân :

Họ và tên bệnh nhân :.....

Tuổi.....Giới.....

Ca lọc máu.....Nhà lọc
máu.....

A. Các chỉ số trước buổi lọc của bệnh nhân :

- Da, niêm mạc..... Phù:..... Mất nước.....
- Chiều cao.....Trọng lượng khô.....Cân nặng trước
lọc:.....BMI
- Nhiệt độ.....Huyết áp..... Mạch.....Nhịp
thở.....
- Lượng nước tiểu 24 giờ :
- Các loại thuốc :
- Đồ ăn:

B. Các thông số lọc máu và diễn biến trong buổi lọc :

- Siêu lọc (UF) :..... - Thời gian : 4 giờ - Liều heparin :.....

- Na dịch lọc : 140mmHg - Nhiệt độ máy : 37C - V máu ml/phút

Dấu hiệu lâm sàng	Có	Không
Bn mệt, vã mồ hôi		
Chuột rút		
Buồn nôn, nôn		
Hoa mắt, chóng mặt		
Đau bụng, đi ngoài		
Nóng mặt, mệt		

C. Các chỉ số sau buổi lọc của bệnh nhân :

- Cân nặng sau lọc :
- Nhiệt độ.....Huyết áp.....mmHg - Mạch.....l/ph
- Nhịp thở.....
- Da, niêm mạc: Phù: Mất nước:

D. Các chỉ số cận lâm sàng :

Chỉ số	Kết quả	Chỉ số	Kết quả
Ure		GPT	
Creatinin		Sắt	
Glucose		Tranferin	
Photpho		Ferritin	
PTH		HC	
Canxi TP		BC	
Canxi Ion		TC	
Albumin		Hct	
Protein		Hb	
GOT		NEU%	

Xin cảm ơn ông/ bà đã tham gia nghiên cứu!