

Hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Kiến An năm 2025

Tạ Văn Hùng^{1*}, Lương Quang Hưng², Phạm Văn Linh³, Phạm Văn Nhiên³, Nguyễn Đăng Đức⁴

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

² Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng

³ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

⁴ Bệnh viện Bạch Mai

*Tác giả liên hệ

Tạ Văn Hùng

Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn

Điện thoại: 0919505828

Email: vanhung.bnls@gmail.com

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Ngày phản biện: 14/08/2025

Ngày duyệt bài: 03/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hoá (HCCH) ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 113 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2025. **Kết quả:** Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, đo các chỉ số nhân trắc học và trích lục hồ sơ bệnh án. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 68,1%. Các thành phần phổ biến nhất gồm tăng huyết áp (90,9%), HDL-C thấp (88,3%) và tăng glucose máu (84,4%). Trong nhóm bệnh nhân mắc HCCH, 37,7% có 4 thành tố, 36,4% có 3 thành tố và 26,0% có đủ 5 thành tố. Phân tích hồi quy logistic xác định tuổi ≥ 60 (OR=4,20; 95%CI: 1,06–16,68), không hoạt động thể lực (OR=2,78; 95%CI: 1,13–6,88), thừa cân/béo phì (OR=4,40; 95%CI: 1,22–15,84) và tỷ số vòng eo/vòng hông cao (OR=2,43; 95%CI: 1,02–5,78) làm tăng khả năng mắc HCCH. **Kết luận:** Nghiên cứu phản ánh gánh nặng lớn của các rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân lọc máu, đặc biệt ở người cao tuổi, béo bụng và người có lối sống ít vận động. Cần sàng lọc sớm, can thiệp thay đổi lối sống và kiểm soát chuyển hóa toàn diện nhằm nâng cao chất lượng sống cho nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hoá, bệnh thận mạn, Bệnh viện Kiến An

Metabolic Syndrome in Chronic Kidney Disease Patients on Maintenance Hemodialysis at Kien An Hospital in 2025

ABSTRACT: Objective: to describe the current status and identify factors associated with metabolic syndrome (MetS) in hemodialysis patients. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 113 end-stage chronic kidney disease patients undergoing maintenance hemodialysis at the Artificial Kidney Department, Kien An Hospital, Hai Phong, from March to June 2025. **Results:** Data were collected through direct interviews, anthropometric measurements, and medical records. The results showed a prevalence of MS of 68.1%. The most common components were hypertension (90.9%), low HDL-C (88.3%), and elevated blood glucose (84.4%). Among patients with MetS, 37.7% had 4 components, 36.4% had 3 components, and 26.0% had all 5 components. Logistic regression analysis identified age ≥ 60 (OR=4.20; 95%CI: 1.06–16.68), physical inactivity (OR=2.78; 95%CI: 1.13–6.88), overweight/obesity (OR=4.40; 95%CI: 1.22–15.84), and high waist-to-hip ratio (OR=2.43; 95%CI: 1.02–5.78) as factors increasing the likelihood of

metabolic syndrome. **Conclusion:** This study highlights the heavy burden of metabolic disorders in hemodialysis patients, especially in older adults, those with central obesity, and sedentary lifestyles. Early screening, lifestyle interventions, and comprehensive metabolic control are necessary to improve the quality of life in this patient group.

Keywords: Metabolic syndrome, chronic kidney disease, Kien An Hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới và đây là một trong số ít các bệnh không lây nhiễm có tỷ lệ tử vong gia tăng trong 2 thập kỷ qua [1]. BTM ảnh hưởng đến trên 10% dân số nói chung trên toàn thế giới, lên tới hơn 800 triệu người [1]. Tỷ lệ mắc BTM ở Việt Nam là khoảng 120/1 triệu dân và hơn 90.000 bệnh nhân đang cần chạy thận nhân tạo (CTNT) [2].

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) không phải là một bệnh lý cụ thể mà là tập hợp các yếu tố lâm sàng và sinh học làm tăng nguy cơ phát triển bệnh tim mạch [3]. HCCH bao gồm béo phì trung tâm, tăng huyết áp, kháng insulin và rối loạn lipid máu tạo cảm giác thèm ăn [4, 5]. Nguyên nhân cơ bản của HCCH rất phức tạp và liên quan đến sự kết hợp của các yếu tố di truyền, môi trường và lối sống [3]. Theo ước tính, 1/4 dân số ở Hoa Kỳ và châu Âu bị ảnh hưởng bởi HCCH, trong khi tỷ lệ lưu hành chung ở dân số Nam Á dao động từ 14% đến 32,5% [6]. Tại Việt Nam, tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp trên 18 nghiên cứu với 35,421 người tham gia cho thấy tỷ lệ HCCH ở người trưởng thành là 16,1%, tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ giới [7].

Có mối liên hệ giữa HCCH và tổn thương thận, tuy nhiên, cơ chế mà các thành phần của HCCH gây ra tổn thương thận vẫn chưa rõ ràng. Chế độ ăn nhiều calo, dinh dưỡng không cân đối, lối sống ít vận động và béo phì, những yếu tố này hiện nay phổ biến ở cả các nước phát triển và đang phát triển, là những yếu tố nguy cơ chính của HCCH và BTM [8]. Có nhiều phương pháp điều trị

BTM giai đoạn cuối (thận nhân tạo, lọc màng bụng, ghép thận), trong đó, lọc máu chu kỳ (LMCK) phổ biến nhất trong các phương pháp điều trị thay thế thận.

Tại Việt Nam, theo tìm hiểu của chúng tôi số liệu về HCCH trên bệnh nhân LMCK vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mắc hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Kiến An năm 2025.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân BTM LMCK tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: (1) bệnh nhân có thời gian LMCK từ 3 tháng trở lên và lọc máu đủ 3 lần/tuần, mỗi lần 4 giờ; (2) các bệnh nhân được điều trị nội khoa phác đồ như nhau (4) bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính như hôn mê, suy hô hấp, nhiễm trùng nặng không thể đo được các chỉ số nhân trắc học; (2) bệnh nhân bị xơ gan cổ chướng, tràn dịch màng bụng, bệnh nhân có dị tật vùng cột sống lồng ngực, vùng bụng, vùng hông ảnh hưởng đến kết quả đo các chỉ số nhân trắc và (3) bệnh nhân không có khả năng giao tiếp, trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 03/2025 đến tháng 06/2025.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể, sử dụng sai số tuyệt đối:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu; p là tỷ lệ bệnh nhân LMCK có HCCH. Lấy $p = 54,4\%$ (tham khảo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phương Hoa và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022) [9]; α là mức ý nghĩa thống kê (lấy $\alpha = 0,05$) tra bảng Z ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d là sai số tuyệt đối; chọn $d = 0,1$. Tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu $n = 95$ bệnh nhân. Dự kiến 20% bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc thiếu số liệu ($n = 24$), tính được cỡ mẫu nghiên cứu là 119 bệnh nhân. Thực tế thu được 113 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Tính đến ngày 05/02/2025 có 340 bệnh nhân đang LMCK tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An. Chúng tôi tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên 119 bệnh nhân từ danh sách 340 bệnh nhân đã lập sẵn. Có 6 bệnh nhân từ chối tham gia, tuyển được 113 bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu

Thông tin chung của bệnh nhân: Giới tính (nam/nữ), tuổi (tuổi tính theo năm dương lịch), nghề nghiệp (nghề nghiệp hiện tại của bệnh nhân), trình độ học vấn (trình độ học vấn cao nhất của bệnh nhân), và thời gian LMCK tính đến thời điểm nghiên cứu.

Các chỉ số nhân trắc của bệnh nhân: Sử dụng thước, cân điện tử đo các chỉ số nhân trắc học (cân nặng (kg), chiều cao (cm), vòng bụng (cm), vòng hông (cm) và đo huyết áp bằng huyết áp kế tự động (mmHg)

- Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân được đánh giá theo chỉ số BMI ($BMI = \text{cân nặng}/(\text{chiều cao})^2$). Phân loại theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho người châu Á. Phân thành 3 loại: Thiếu cân ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$), bình thường ($BMI: 18,5 - 22,9 \text{ kg/m}^2$), thừa cân/béo phì ($BMI \geq 23$).

- Theo NCEP-ATP III, tăng VB đối với nam $\geq 90 \text{ cm}$, đối với nữ $\geq 80 \text{ cm}$ [10].

- Tỷ số vòng bụng/vòng hông (WHR-Waist-hip ratio): WHR được coi là yếu tố nguy cơ của HCCH khi $\geq 0,9$ đối với nam, và $\geq 0,85$ đối với nữ [3].

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa: Nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của NCEP-ATP III (2005): HCCH được chẩn đoán khi có từ 3 trong 5 tiêu chí sau trở lên: (1) Béo bụng: VB $\geq 90 \text{ cm}$ ở nam và $\geq 80 \text{ cm}$ ở nữ; (2) Tăng triglycerid máu: $\geq 150 \text{ mg/dl}$ ($1,7 \text{ mmol/l}$) hoặc đang điều trị tăng triglycerid máu; (3) HDL-C thấp: $< 40 \text{ mg/dl}$ ($1,03 \text{ mmol/l}$) ở nam và $< 50 \text{ mg/dl}$ ($1,29 \text{ mmol/l}$) ở nữ; hoặc đang điều trị giảm HDL-C; (4) Huyết áp cao: HATT $\geq 130 \text{ mmHg}$ hoặc HATTr $\geq 85 \text{ mmHg}$ hoặc đang điều trị THA; (5) Đường máu lúc đói cao: $\geq 100 \text{ mg/dl}$ ($5,6 \text{ mmol/l}$) hoặc đang điều trị tăng đường máu [10].

Phương pháp thu thập thông tin

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp, đo các chỉ số nhân trắc học, huyết áp và trích lục thông tin từ hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu điều tra được thiết kế trước. Điều tra viên là các nhân viên y tế là việc lại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sử dụng thống kê mô tả: Đối với biến định tính, tính tần số, tỷ lệ %. Biến định lượng, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Sử dụng Independence Sample t-test so sánh giá trị trung bình giữa 2 nhóm. Phân tích hồi quy logistic đơn biến tính toán giá trị OR (Odds Ratio) với độ tin cậy 95%CI xác định mối liên quan giữa HCCH và các yếu tố. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt theo Quyết định số 2995/QĐ-YDHP ngày 16/12/2024 và có sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Kiến An, Khoa Thận nhân tạo. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình điều trị hay chi phí của bệnh nhân do chỉ sử

dụng các xét nghiệm lâm sàng cần thiết. Tất cả người bệnh tham gia đều được giải thích rõ mục tiêu, nội dung và đồng thuận tham gia.

Dữ liệu thu thập được mã hoá, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Tuổi trung bình là 54,96, nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 39,8%. Nam giới chiếm 54,9%. Trình độ học vấn chủ yếu là THCS (39,8%) và THPT (38,9%). Về nghề nghiệp, hưu trí/người cao tuổi và lao động chân tay chiếm đa số (39,8% và 34,5%). Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (55,8%), tỷ lệ thiếu cân và thừa cân/béo phì đều là 22,1%. Béo bụng chiếm 40,7% và WHR cao 73,5%. Thời gian CTNT trung bình là 8,20 năm, trong đó nhóm 5–10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,6%).

Bảng 1. Giá trị trung bình của các thành tố của hội chứng chuyển hoá (n = 113)

Chỉ số	Hội chứng chuyển hoá		p
	Có (n=77)	Không (n =36)	
Vòng bụng (cm)	85,13 ± 8,67	76,08 ± 7,27	< 0,001
Triglycerid (mmol/l)	3,03 ± 2,46	1,28 ± 0,70	< 0,001
HDL-C (mmol/l)	0,91 ± 0,28	1,38 ± 0,38	< 0,001
Huyết áp tâm thu (mmHg)	138,05 ± 15,39	136,39 ± 11,99	0,569
Huyết áp tâm trương (mmHg)	79,61 ± 8,65	82,50 ± 7,70	0,090
Chỉ số glucose (mmol/l)	7,46 ± 2,47	6,21 ± 3,47	0,031

Nhóm bệnh nhân mắc HCCH có giá trị trung bình vòng bụng, triglycerid và glucose máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc (p < 0,05). HDL-C trung bình ở nhóm có HCCH thấp hơn rõ rệt so với nhóm không mắc (p < 0,001). Sự khác biệt về huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 2. Thực trạng mắc hội chứng chuyển hoá của bệnh nhân (n = 113)

Biến số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mắc hội chứng chuyển hoá (n = 113)	Có	77
	Không	36
Các thành tố trong nhóm bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hoá (n = 77)	Tăng vòng bụng	42
	Tăng triglycerid	55
	Tăng đường máu	65
	Giảm HDL-C	68
Số lượng các thành tố của hội chứng chuyển hoá (n = 77)	Tăng huyết áp	70
	3 thành tố	28
	4 thành tố	29
	5 thành tố	20

Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hoá là 68,1%. Trong đó, thành tố thường gặp nhất là tăng huyết áp (90,9%), giảm HDL-C (88,3%) và tăng đường máu (84,4%). Tăng triglycerid chiếm 71,4%, tăng vòng bụng ít gặp nhất (54,5%). Số bệnh nhân có 4 thành tố chiếm 37,7%, 3 thành tố là 36,4% và 5 thành tố là 26,0%.

Bảng 3. Các cách kết hợp các thành tố của hội chứng chuyển hoá (n = 77)

Cách kết hợp	n	%
3 thành tố 1. THA - Tăng VB - Tăng Triglycerid	0	0

	2. THA - Tăng VB - Giảm HDL-C	5	6,5
	3. THA - Tăng VB - Tăng Glucose	4	5,2
	4. THA - Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C	4	5,2
	5. THA - Tăng Triglycerid - Tăng Glucose	1	1,3
	6. THA - Giảm HDL-C - Tăng Glucose	10	13,0
	7. Tăng VB - Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C	1	1,3
	8. Tăng VB - Tăng Triglycerid - Tăng Glucose	1	1,3
	9. Tăng VB - Giảm HDL-C - Tăng Glucose	0	0
	10. Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C - Tăng Glucose	2	2,6
4 thành tố	11. THA - Tăng VB - Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C	2	2,6
	12. THA - Tăng VB – Tăng Triglycerid - Tăng Glucose	3	3,9
	13. THA - Tăng VB- Giảm HDL-C - Tăng Glucose	3	3,9
	14. THA - Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C - Tăng Glucose	18	23,4
	15. Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C - Tăng Glucose - Tăng VB	3	3,9
5 thành tố	16. THA - Tăng Triglycerid - Giảm HDL-C - Tăng Glucose - Tăng VB	20	26,0

THA: Tăng huyết áp; VB: Vòng bụng

Có 16 cách kết hợp tạo thành HCCH, trong đó 10 cách kết hợp từ 3 thành tố, 5 cách kết hợp từ 4 thành tố và 1 cách kết hợp từ 5 thành tố. Cách kết hợp 3 thành tố phổ biến nhất là THA – giảm HDL-C – tăng Glucose (13,0%), tiếp theo là THA – tăng vòng bụng – giảm HDL-C (6,5%). Các cách kết hợp còn lại chiếm tỷ lệ thấp (< 5%). Ở nhóm có 4 thành tố, cách kết hợp phổ biến nhất là THA – tăng triglycerid – giảm HDL-C – tăng glucose, chiếm 23,4%. Các cách kết hợp còn lại dao động từ 2,6% đến 3,9%. Nhóm bệnh nhân có đủ 5 thành tố chiếm tỷ lệ cao nhất trong tất cả các nhóm, với 20 trường hợp (26,0%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến hội chứng chuyển hoá (n = 113)

Biến số	Hội chứng chuyển hoá		OR 95%CI	P
	Có	Không		
Nhóm tuổi	30 – 39 tuổi	5 (45,5)	6 (54,5)	1
	40 – 49 tuổi	19 (59,4)	13 (40,6)	1,75 (0,44 - 6,98)
	50 – 59 tuổi	18 (72,0)	7 (28,0)	3,09 (0,71 - 13,47)
	≥ 60 tuổi	35 (77,8)	10 (22,2)	4,20 (1,06 – 16,68)
Giới tính	Nam	42 (67,7)	20 (32,3)	1
	Nữ	35 (68,6)	16 (31,4)	1,04 0,920

				(0,47 – 2,31)	
Thời gian chạy thận nhân tạo	Dưới 5 năm	21 (67,7)	10 (32,3)	1	
	5 – 10 năm	35 (74,5)	12 (25,5)	1,39	0,519
	Trên 15 năm	21 (60,0)	14 (40,0)	0,71	0,515
Đang hút thuốc	Có	13 (68,4)	6 (31,6)	1,02	0,977
	Không	64 (68,1)	30 (31,9)	1	
Thói quen ăn mặn	Có	15 (65,2)	8 (34,8)	0,85	0,736
	Không	62 (68,9)	28 (31,1)	1	
HĐTL theo khuyến nghị	Không	64 (73,6)	23 (26,4)	2,78	0,027
	Có	13 (50,0)	13 (50,0)	1	
Thiếu máu nặng	Có	31 (70,5)	13 (29,5)	1,19	0,674
	Không	46 (66,7)	23 (33,3)	1	
Thừa cân béo phì	Có	22 (88,0)	3 (12,0)	4,40	0,023
	Không	55 (62,5)	33 (37,5)	1	
WHR cao	Có	61 (73,5)	22 (26,5)	2,43	0,042
	Không	16 (53,3)	14 (46,7)	1	

HĐTL: Hoạt động thể lực; WHR: Tỷ số vòng bụng/vòng mông

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 113 bệnh nhân CTNT tại Bệnh viện Kiến An, Hải Phòng năm 2025, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 68,1%, phản ánh thực trạng rối loạn chuyển hóa phổ biến ở bệnh nhân CTNT. Tỷ lệ này tương đương hoặc cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu tại Trung tâm Thận – Tiết niệu và Lọc máu Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ HCCH là 54,4% [9]; tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân CTNT là 83,3%, trong đó tăng triglycerid và giảm HDL-C chiếm ưu thế [11]. Bệnh viện Chợ Rẫy cũng ghi nhận tỷ lệ rối loạn chuyển hóa cao với rối loạn lipid máu (97,9%), tăng huyết áp (94%) và đái tháo đường (79,2%) [12]. Ở Trung Quốc, một

nghiên cứu đa trung tâm trên 5.492 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ HCCH là 62,3% [13], còn nghiên cứu tại Thượng Hải (860 bệnh nhân) ghi nhận tỷ lệ 55,1%, với nữ giới mắc nhiều hơn [14]. Nghiên cứu tại Đài Loan (2021) báo cáo tỷ lệ HCCH là 61,6%, với thành phần phổ biến là béo bụng, tăng triglycerid và giảm HDL-C [15]. Các nghiên cứu tại Trung Đông và châu Âu cũng ghi nhận tỷ lệ dao động từ 50–69% và nhấn mạnh mối liên quan giữa HCCH với nguy cơ tim mạch, tử vong và giảm chất lượng sống [16].

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số bệnh nhân mắc HCCH, tỷ lệ có 4 thành tố chiếm 37,7%, 3 thành tố chiếm 36,4% và có đủ 5 thành tố là 26,0%. Phân bố này cho thấy phần lớn bệnh nhân CTNT mắc HCCH ở mức độ nặng, với nhiều rối loạn chuyển hóa cùng tồn

tại. Điều này tương tự nghiên cứu đa trung tâm tại Trung Quốc, trong đó nhóm có 4–5 thành tố chiếm tỷ lệ cao và số lượng thành tố càng nhiều thì nguy cơ biến chứng, đặc biệt rối loạn nhận thức và tim mạch, càng tăng [13]. Tại Thượng Hải, gần 50% bệnh nhân mắc HCCH có ≥ 4 thành tố, phản ánh mức độ rối loạn chuyển hóa nặng hơn trong nhóm lọc máu so với cộng đồng [14]. Nghiên cứu tại Đài Loan cũng ghi nhận sự tích lũy nhiều thành tố HCCH liên quan đến nguy cơ loãng xương, biến chứng chuyển hóa và tử vong sớm ở bệnh nhân CTNT [15]. Ngoài ra, tổng quan hệ thống và phân tích gộp cho thấy sự tích lũy thành tố HCCH là yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong do mọi nguyên nhân và bệnh tim mạch [88]. Kết quả của chúng tôi cho thấy cần sàng lọc, đánh giá toàn diện và kiểm soát sớm các rối loạn chuyển hóa để cải thiện tiên lượng cho người bệnh LMCK.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH tăng theo tuổi, cao nhất ở nhóm ≥ 60 tuổi (77,8%) và thấp nhất ở nhóm 30–39 tuổi (45,5%). Phân tích hồi quy logistic cho thấy bệnh nhân ≥ 60 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 4,2 lần so với nhóm 30–39 tuổi (OR = 4,20; 95%CI: 1,06–16,68). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai [9], Nhật Bản [17], đều cho thấy tuổi cao liên quan đến tăng nguy cơ HCCH, đặc biệt qua các cơ chế lão hóa chuyển hóa và stress oxy hóa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm bệnh nhân không hoạt động thể lực (HĐTL) là 73,6%, cao hơn rõ rệt so với nhóm có HĐTL (50,0%). Phân tích hồi quy logistic xác định không HĐTL làm tăng gần 3 lần nguy cơ mắc HCCH (OR = 2,78; 95%CI: 1,13–6,88). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng mức độ HĐTL thấp là yếu tố nguy cơ của HCCH, trong khi vận động đều đặn giúp cải thiện chỉ số chuyển hóa, giảm tích lũy mỡ bụng và kiểm soát tốt huyết áp, lipid máu, glucose máu [18–20]. Hướng dẫn quốc tế

khuyến nghị bệnh nhân CTNT nên duy trì HĐTL thường xuyên, kết hợp giữa tập luyện trong và ngoài giờ lọc máu, được cá thể hóa và theo dõi sát nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát HCCH, giảm biến chứng tim mạch và cải thiện sức khỏe toàn diện [21, 22].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm thừa cân/béo phì là 88,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm không thừa cân/béo phì (62,5%), với khả năng mắc HCCH cao gấp 4,4 lần. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó thừa cân, đặc biệt là béo bụng, được xem là yếu tố liên quan chặt chẽ nhất đến HCCH ở cả cộng đồng và bệnh nhân CTNT [23–25]. Béo bụng làm tăng đề kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid và glucose, từ đó làm tăng khả năng mắc HCCH cũng như các biến chứng tim mạch, đái tháo đường type 2 và một số bệnh lý khác [26, 27]. Bên cạnh đó, nhóm có chỉ số vòng eo/chu vi hông (WHR) cao có tỷ lệ mắc HCCH là 73,5%, cao hơn so với nhóm WHR bình thường (53,3%). WHR cao làm tăng khả năng mắc HCCH gấp 2,43 lần (OR = 2,43; KTC 95%: 1,02–5,78). WHR phản ánh mỡ nội tạng tích lũy – yếu tố liên quan đến đề kháng insulin và rối loạn chuyển hóa. Việc theo dõi, kiểm soát chỉ số WHR có thể giúp phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, góp phần giảm khả năng mắc HCCH ở bệnh nhân CTNT [28, 29].

KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo là 68,1%, chủ yếu với ≥ 4 thành tố rối loạn. Hội chứng chuyển hóa liên quan đến tuổi cao, thừa cân/béo phì, tỷ số vòng eo/vòng hông cao và không hoạt động thể lực. Cần sàng lọc hội chứng chuyển hóa định kỳ cho bệnh nhân chạy thận nhân tạo, đặc biệt ở nhóm nguy cơ. Khuyến khích hoạt động thể lực, kiểm soát cân nặng, vòng eo và tỷ số vòng eo/vòng hông nhằm giảm thiểu rối loạn chuyển hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kovesdy CP Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022;12(1):7-11.
2. Hyodo T, Fukagawa M, Hirawa N, et al. Present status of renal replacement therapy in Asian countries as of 2017: Vietnam, Myanmar, and Cambodia. *Ren Replace Ther*. 2020;6:65.
3. Jurcut R Factorii de risc cardiovasculari. In: Gingham C., editor. *Mic Tratat de Cardiologie*. 2nd ed. Editura Academiei Romane; Bucharest, Romania: 2017. pp. 175–189.
4. Ahmed M, Ahmed MH. Nonalcoholic fatty liver disease and COVID-19: An epidemic that begets pandemic. *World J Clin Cases*. 2021;9:4133-42.
5. Grundy SM, Hansen B, Smith SC Jr, et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2004;24:e19-24.
6. Aryal N, Wasti SP. The prevalence of metabolic syndrome in South Asia. *Int J Diabetes Dev Ctries*. 2016;36:255–62.
7. Dang AK, Le HT, Nguyen GT, et al. Prevalence of metabolic syndrome and its related factors among Vietnamese people: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2022;16(4):10247.
8. Poudel B, Gyawali P, Yadav BK, et al. Prevalence of metabolic syndrome in chronic kidney disease: a hospital based cross-sectional study. *J Nepal Health Res Counc*. 2013;11:208-11.
9. Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Hữu Dũng. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa theo NCEP-ATP III ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;521(2):288-91.
10. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005;112(17):2735-52.
11. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;498(2):210-4.
12. Lê Đức Tín, Văn Thị Hiếu, Trần Thị Thuỳ Vy. Kết quả trung hạn tạo thông nối động tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo trên bệnh nhân suy thận mạn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;534(1B):134-8.
13. Yang Y, Li Q, Long Y, et al. Associations of metabolic syndrome, its severity with cognitive impairment among hemodialysis patients. *Diabetol Metab Syndr*. 2023;15(1):108.
14. Song P, Zhao Y, Zhang H, et al. Comparison of Inflammatory Markers in the Diagnosis of Metabolic Syndrome in Hemodialysis Patients: A Multicenter Observational Study. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2022;15:1995-2002.
15. Wung CH, Chung CY, Wu PY, et al. Associations between Metabolic Syndrome and Obesity-Related Indices and Bone Mineral Density T-Score in Hemodialysis Patients. *J Pers Med*. 2021;11(8):775.
16. El Ati Z, Machfar H, Boussafa H, et al. Metabolic syndrome, malnutrition, and its associations with cardiovascular and all-cause mortality in hemodialysis patients: Follow-up for three years. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2020;31(1):129-35.
17. Kobayashi S, Mochida Y, Ishioka K, et al. Malnutrition and Insulin Resistance May Interact with Metabolic Syndrome in Prevalent Hemodialysis Patients. *J Clin Med*. 2023;12(6):2239.
18. Hornik B, Duława J, Durmała J. Metabolic Syndrome and Psychological Effects of Exercise in Hemodialysis Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(22):11952.
19. Koźma-Śmiechowicz MA, Gajewski B, Fortak P, et al. Physical Activity, Body Composition, Serum Myokines and the Risk of Death in Hemodialysis Patients. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(11):2020.
20. Lee CH, Han KD, Kwak MS. Physical activity has a more beneficial effect on the risk of all-cause mortality in patients with metabolic syndrome than in those without. *Diabetol Metab Syndr*. 2023;15(1):255.
21. Borkum M, Levin A, Ficocelli J, et al. A Current State of the Art and Science of Exercise in Dialysis: A Narrative Review. *Can J Kidney Health Dis*. 2024;11:20543581241229253.
22. Lambert K, Lightfoot CJ, Jegatheesan DK, et al. Physical activity and exercise recommendations for people receiving

- dialysis: A scoping review. *PLoS One*. 2022;17(4):e0267290.
23. Wung CH, Chung CY, Wu PY, et al. Associations between Metabolic Syndrome and Obesity-Related Indices and Bone Mineral Density T-Score in Hemodialysis Patients. *J Pers Med*. 2022;11(8):775.
24. Sanguankeo A, Upala S. Metabolic Syndrome Increases Mortality Risk in Dialysis Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Endocrinol Metab*. 2018;16(2):e6120.
25. Kalisz K, Navin PJ, Itani M, et al. Multimodality Imaging in Metabolic Syndrome: State-of-the-Art Review. *Radiographics*. 2024;44(3):e230083.
26. Winn M, Karra P, Benson R. Abstract LB149: Metabolic syndrome and obesity-related cancer risk and survival: An umbrella review. *Cancer Res*. 2024; 84(7_Supplement): LB149.
27. Lazzer S, D'Alleva M, Isola M, et al. Cardiometabolic Index (CMI) and Visceral Adiposity Index (VAI) Highlight a Higher Risk of Metabolic Syndrome in Women with Severe Obesity. *J Clin Med*. 2023;12(9):3055.
28. Widjaja NA, Arifani R, Irawan R. Value of waist-to-hip ratio as a predictor of metabolic syndrome in adolescents with obesity. *Acta Biomed*. 2023;94(3):e2023076.
29. Yang Y, Zhang H, Lan X, et al. Low BMI and high waist-to-hip ratio are associated with mortality risk among hemodialysis patients: a multicenter prospective cohort study. *Clin Kidney J*. 2022;16(1):167-75.