

TỶ LỆ TĂNG ACID URIC MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐANG LỌC MÁU ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU

Trần Thị Tô Quyên^{1*}, Nguyễn Như Nghĩa², Mai Huỳnh Ngọc Tân²

1. Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drquyenbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2023

Ngày phản biện: 04/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu tình hình tăng acid uric (AU), xác định một số yếu tố liên quan giúp đề xuất biện pháp can thiệp làm giảm acid uric máu, giảm các nguy cơ xảy ra biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy thận mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ, mức độ tăng, nồng độ AU máu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 211 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 07/2022 đến 04/2023. **Kết quả:** 105 bệnh nhân nam và 106 nữ tham gia nghiên cứu, có tuổi trung bình là $49,54 \pm 12,82$. Có 88,2% bệnh nhân tăng AU máu. Nồng độ AU trung bình là $8,36 \pm 1,87$ mg/dl. Bệnh nhân nữ có tỷ lệ tăng AU cao hơn so với nam giới, $p < 0,001$. Nồng độ acid uric ở nhóm BMI thừa cân/béo phì và BMI bình thường cao hơn nhóm bệnh nhân gầy. Có 96,1% bệnh nhân thường xuyên ăn thực phẩm giàu purin tăng acid uric máu, nồng độ acid uric trung bình là $8,7 \pm 1,6$ mg/dl, cao hơn nhiều so với nhóm ăn không thường xuyên, $p < 0,001$. Bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ tăng acid uric cao hơn nhóm không tăng huyết áp, $p < 0,001$. Kết quả phân tích đa biến cho thấy giới tính nữ, thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin và tăng huyết áp liên quan độc lập đến sự tăng nồng độ acid uric máu. **Kết luận:** Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối có nồng độ AU tăng cao và liên quan đến nhiều yếu tố như giới tính, thói quen ăn uống, tăng huyết áp.

Từ khóa: tăng acid uric máu, suy thận mạn giai đoạn cuối, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT

RATE OF HYPERURICEMIA AND SOME RELATED FACTORS IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT CAU MAU GENERAL HOSPITAL

Tran Thi To Quyen^{1*}, Nguyen Nhu Nghia², Mai Huynh Ngoc Tan²

1. Ca Mau General hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Studying of the prevalence of hyperuricemia, identifying some related factors can propose interventions to reduce blood uric acid, reduce risk of complications, improve the quality of life for chronic kidney disease (CKD) patients. **Objectives:** To evaluate the rate, level of the hyperuricemia, concentration of serum uric acid and to find out some risk factors related to hyperuricemia in end-stage renal disease (ESRD) patients on hemodialysis. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 211 ESRD patients on hemodialysis at Ca Mau General Hospital from July 2022 to April 2023. **Results:** 105 male and 106 female patients participated in the study, the mean age was 49.54 ± 12.82 . There were 88.2% of patients with hyperuricemia. The average serum uric acid concentration was 8.36 ± 1.87 mg/dl. Female patients

had a higher rate of hyperuricemia than men, $p<0.001$. Uric acid levels in the overweight/obese BMI group and the normal BMI group were higher than in the lean group. There were 96.1% of patients who regularly ate purine-rich foods had hyperuricemia, the average uric acid concentration was $8.7\pm 1.6\text{mg/dl}$, much higher than the group eating infrequently, $p<0.001$. Patients with hypertension had a higher rate of hyperuricemia than the non-hypertensive group, $p<0.001$. The results of multivariate analysis showed that female gender, eating habits of high purine-rich foods and hypertension were independently associated with hyperuricemia. **Conclusions:** ESRD patients had high concentration of serum uric acid and were related to many factors such as gender, eating habits, and hypertension.

Keywords: hyperuricemia, ESRD, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có nguy cơ xảy ra nhiều biến chứng như: thiếu máu nặng, suy dinh dưỡng, suy tim, tăng acid uric máu,... Trong đó, tăng acid uric (AU) vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của quá trình bệnh thận mạn (BTM). Tăng AU cũng có liên quan nhiều đến tăng huyết áp, hội chứng chuyển hoá, đái tháo đường, bệnh mạch vành,... Nhiều nguyên nhân gây tăng AU như: do ăn nhiều thức ăn giàu purin, lạm dụng rượu, giảm bài tiết do suy thận,... Hằng ngày, thận đảm nhận vai trò chính trong bài tiết AU, chính vì thế, bệnh nhân BTMGĐC có nguy cơ tăng AU cao [1], [2], [3]. Ở bệnh nhân đang điều trị thay thế thận bằng thận nhân tạo, việc nâng cao hiệu quả lọc máu có thể cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm các biến chứng của bệnh nhân BTM nhưng nó không thể giúp kiểm soát nồng độ AU máu. Cần áp dụng các phương thức khác như dùng thuốc hoặc chế độ ăn kiêng đặc biệt hoặc thay đổi lối sống để kiểm soát AU [4]. Việc nghiên cứu tình hình tăng AU, xác định một số yếu tố liên quan giúp đề xuất biện pháp can thiệp làm giảm AU, giảm các nguy cơ xảy ra biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy thận mạn. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu: Xác định tỷ lệ, mức độ tăng, nồng độ AU máu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu định kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân BTMGĐC với mức lọc cầu thận $<15\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$, >3 tháng. Đang được lọc máu bằng một chế độ lọc như nhau: 4 giờ/lần, 3 lần/tuần, cùng loại dịch lọc Bicarbonate, cùng loại quả lọc. Trên 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Nhiễm HIV/AIDS. Đang mắc các bệnh lý cấp tính như: nhiễm trùng nặng, nhồi máu cơ tim, xuất huyết tiêu hóa nặng... Bệnh nhân không giao tiếp được hoặc mắc các bệnh lý rối loạn tâm thần, hoặc chuyển cơ sở điều trị khác.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 07/2022 đến 04/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu:** tính theo công thức: $n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$

Trong đó n là cỡ mẫu, α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$ vậy:

$$(Z_{1-\alpha/2})^2 = (1,96)^2$$

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn, có khoảng 85% bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có tăng acid uric máu [5], nên chọn $p=0,85$; d là sai số cho phép, chọn $d=0,05$. Thế vào công thức, tính được $n = 195,9$. Thực tế chúng tôi chọn được 211 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn

- **Nội dung nghiên cứu:**

- Các đặc điểm chung: giới, tuổi, tiền sử, BMI, thời gian lọc máu

- Tăng acid uric máu: khi nồng độ AU $>7\text{mg/dl}$ ($>420\mu\text{mol/l}$) ở nam và $>6\text{mg/dl}$ ($>360\mu\text{mol/l}$) ở nữ [6]. Mức độ tăng AU:

+ Nhẹ: trên mức bình thường đến dưới 9mg/dl ($540\mu\text{mol/l}$)

+ Trung bình: từ 9mg/dl đến dưới 15mg/dl ($540 - 900\mu\text{mol/l}$)

+ Nặng: $\geq 15\text{mg/dl}$ ($\geq 900\mu\text{mol/l}$)

- Tìm hiểu một số mối liên quan giữa tăng acid uric máu với:

+ Đặc điểm nhân trắc như: tuổi, giới, BMI

+ Thói quen: uống rượu bia: gồm uống nhiều, khi uống trên 30g ethanol ở nam, 15g ethanol ở nữ (15g ethanol tương đương 1 lon bia 330ml hoặc 50 ml rượu trắng 30%) và không uống. Ăn nhiều thực phẩm giàu purin nếu sử dụng trên 200g/ngày các loại loại thịt heo, gà, bò, đa số loại cá sông, mực, bạch tuộc, lươn, ốc, nghêu,... hoặc trên 100g/ngày cá ngừ, cá mòi, gan động vật, cá khô, thịt khô.

+ Tiền sử bệnh: tăng huyết áp, đái tháo đường, hội chứng chuyển hoá

- **Phương pháp xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 22.0, với $p<0,05$ sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ thông qua, số 22.366.HV/PCT/HĐĐĐ ngày 09/8/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n = 211
Giới tính	Nam	105 (49,8)
	Nữ	106 (50,2)
Nhóm tuổi	<60	164 (77,7)
	≥ 60	47 (22,3)
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)		$49,54 \pm 12,82$ (19 – 80 tuổi)
Nhóm BMI	Gầy	35 (16,6)
	Bình thường	114 (54,0)
	Thừa cân/béo phì	62 (29,4)
Tăng huyết áp (có)		190 (90)
Đái tháo đường (có)		78 (37)
BMI trung bình (kg/m^2)		$22,03 \pm 2,67$
Ure (mg/dl)		$164,87 \pm 41,62$
Creatinin (mg/dl)		$11,09 \pm 3,24$
eGFR (ml/phút/1,73m^2)		$5,49 \pm 2,41$
Albumin (g/l)		$37,52 \pm 4,14$

(Các chỉ số được trình bày dạng n (%) hoặc $\bar{X} \pm \text{SD}$)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ tương đương nhau, hơn 3/4 số bệnh nhân dưới 60 tuổi với tuổi trung bình là $49,54 \pm 12,82$. Hơn 50% bệnh nhân có BMI bình thường, gần 1/3 có BMI mức thừa cân/béo phì. Có 90% bệnh nhân tăng huyết áp và hơn 1/3 bệnh nhân có đái tháo đường đi kèm. Các chỉ số ure, creatinin đều ở mức cao, giá trị eGFR thấp $<15\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$. Các chỉ số xét nghiệm còn lại trong giới hạn bình thường.

3.2. Tỷ lệ và mức độ tăng acid uric máu

Bảng 2. Tỷ lệ, mức độ tăng và nồng độ trung bình acid uric máu

Đặc điểm		n	%
Acid uric máu	Không tăng	25	11,8
	Tăng	186	88,2
Mức độ tăng acid uric	Nhẹ	127	68,28
	Trung bình	55	29,57
	Nặng	4	2,15
Nồng độ trung bình ($\bar{X} \pm \text{SD}$)		$8,36 \pm 1,87\text{mg/dl}$	

Nhận xét: Có 88,2% bệnh nhân tăng acid uric máu. Trong đó, đa số bệnh nhân tăng acid uric mức độ nhẹ và trung bình, chiếm tỷ lệ lần lượt là 68,28% và 29,57%. Nồng độ acid uric máu trung bình là $8,36 \pm 1,87 \text{ mg/dl}$.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric máu

Bảng 3. Liên quan giữa giới, tuổi, BMI với acid uric máu

Đặc điểm		Tăng acid uric			Nồng độ acid uric	
		Không n (%)	Có n (%)	p	Trung bình	p
Giới	Nam (n=105)	22 (21,0)	83 (79,0)	0,001	$8,4 \pm 2,1$	0,5
	Nữ (n=106)	3 (2,8)	103 (97,2)		$8,3 \pm 1,7$	
Tuổi	<60 (n=164)	20 (12,2)	144 (87,8)	1,0	$8,4 \pm 1,9$	0,8
	≥ 60 (n=47)	5 (10,6)	42 (89,4)		$8,3 \pm 1,7$	
BMI	Gầy (n=35)	8 (22,9)	27 (77,1)	0,08	$7,6 \pm 1,4$ (1)	$p_{(1)-(2)} 0,04$ $p_{(1)-(3)} 0,02$ $p_{(2)-(3)} 0,8$
	Bình thường (n=114)	10 (8,8)	104 (91,2)		$8,5 \pm 1,8$ (2)	
	Thừa cân/béo phì (n=62)	7 (11,3)	55 (88,7)		$8,6 \pm 2,1$ (3)	

Nhận xét: tỷ lệ nữ tăng AU cao hơn so với nam, $p < 0,001$, nhưng nồng độ trung bình AU ở 2 nhóm không có sự khác biệt đáng kể. Bệnh nhân trên 60 tuổi, BMI cao có tỷ lệ tăng acid uric cao hơn nhóm còn lại, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ acid uric ở nhóm BMI thừa cân/béo phì và BMI bình thường cao hơn nhóm bệnh nhân gầy.

Bảng 4. Liên quan giữa thói quen sinh hoạt với acid uric máu

Đặc điểm		Tăng acid uric			Nồng độ acid uric	
		Không n (%)	Có n (%)	p	Trung bình	p
Ăn thực phẩm giàu purin	Thường xuyên (n=153)	6 (3,9)	147 (96,1)	0,001	$8,7 \pm 1,6$	0,001
	Không thường xuyên (n=58)	19 (32,8)	39 (67,2)		$7,6 \pm 2,2$	
Có (n=68)		7 (10,3)	61 (89,7)	0,81	$8,8 \pm 2,1$	0,02

Đặc điểm		Tăng acid uric			Nồng độ acid uric	
		Không n (%)	Có n (%)	p	Trung bình	p
Uống rượu bia	Không (n=143)	18 (12,6)	125 (87,4)		8,1±1,7	
Hút thuốc lá	Có (n=18)	2 (11,1)	16 (88,9)	1,0	8,8±2,4	0,25
	Không (n=193)	23 (11,9)	170 (88,1)		8,3±1,8	

Nhận xét: có 96,1% bệnh nhân thường xuyên ăn thực phẩm giàu purin tăng AU máu, nồng độ acid uric trung bình là 8,7±1,6mg/dl, cao hơn nhiều so với nhóm ăn không thường xuyên, $p<0,001$. Không ghi nhận mối liên quan giữa thói quen uống rượu bia, hút thuốc với tăng AU, nhưng ghi nhận nồng độ AU ở nhóm uống rượu bia cao hơn nhóm không uống.

Bảng 5. Liên quan giữa một số bệnh lý đi kèm và tăng acid uric máu

Đặc điểm		Tăng acid uric		p	Nồng độ acid uric	
		Không n (%)	Có n (%)		Trung bình	p
Đái tháo đường	Có (n=78)	7 (9,0)	71 (91,0)	0,38	8,3±1,9	0,8
	Không (n=133)	18 (13,5)	115 (86,5)		8,4±1,9	
Tăng huyết áp	Có (n=190)	17 (8,9)	173 (91,1)	0,001	8,4±1,8	0,8
	Không (n=21)	8 (38,1)	13 (61,9)		8,2±2,5	
Hội chứng chuyển hoá	Có (n=58)	6 (10,3)	52 (89,7)	0,81	8,4±2,04	1,0
	Không (n=153)	19 (12,4)	134 (87,6)		8,4±1,84	

Nhận xét: bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ tăng acid uric cao hơn nhóm không tăng huyết áp, $p<0,001$. Tỷ lệ tăng acid uric máu cũng cao hơn ở nhóm có đái tháo đường và hội chứng chuyển hoá, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, $p>0,05$.

Bảng 6. Hồi quy logistic một số yếu tố liên quan với tăng acid uric máu

Yếu tố	Hệ số hồi quy	p	OR (CI 95%)
Giới tính (nam)	-2,485	0,001	0,083 (0,021 – 0,336)
BMI	0,146	0,155	
Thói quen ăn thực phẩm giàu purin (có)	2,622	0,001	13,76 (4,49 – 42,16)
Tăng huyết áp (có)	2,144	0,003	8,54 (2,12 – 34,33)

Nhận xét: các yếu tố giới tính nữ, thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin, tăng huyết áp ảnh hưởng đồng thời đến sự tăng nồng độ acid uric máu, trong lúc BMI không phải là yếu tố dự báo đồng thời với các yếu tố trên.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác nhau về số lượng nam so với nữ chưa có ý nghĩa thống kê, cho thấy sự phân bố về giới tính là cân đối ở bệnh nhân BTMGĐC. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của một số tác giả trước đó, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn so với nữ [1], [2]. Theo y văn, tỷ lệ nam giới mắc bệnh thận mạn gấp 2 lần nữ giới, đồng thời nam giới cũng là đối tượng có nguy cơ tăng AU cao hơn so với nữ. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân BTM đang lọc máu định kỳ ổn định, loại trừ những bệnh nhân bị các bệnh lý cấp tính (gút cấp, nhiễm trùng nặng,...).

Hơn 3/4 số bệnh nhân dưới 60 tuổi với độ tuổi trung bình là $49,54 \pm 12,82$, thấp nhất 19 và cao nhất là 90 tuổi. Khoảng 50% bệnh nhân có BMI bình thường, gần 1/3 có BMI mức thừa cân/béo phì. Nhìn chung, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng dinh dưỡng trung bình, bệnh nhân suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ thấp. Đây là kết quả tích cực, cho thấy bệnh nhân được quản lý, điều trị ngày càng tốt hơn. Khoảng 90% bệnh nhân có tăng huyết áp và gần 40% bệnh nhân có đái tháo đường đi kèm. Đây là 2 vấn đề thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Các chỉ số ure, creatinin đều ở mức cao, eGFR thấp phù hợp với BTMGĐC.

4.2. Tỷ lệ và mức độ tăng acid uric máu

Bảng 7. So sánh nồng độ AU trung bình giữa một số nghiên cứu

Tác giả	AU trung bình	Đối tượng	Địa điểm	Thời gian
Chúng tôi	$8,36 \pm 1,87 \text{ mg/dl}$ ($501,6 \pm 112,2 \text{ } \mu\text{mol/l}$)	BTMGĐC lọc máu chu kỳ	Cà Mau	2023
Nguyễn Văn Tuấn [5]	$500,28 \pm 95,4 \text{ } \mu\text{mol/l}$	BTMGĐC lọc máu chu kỳ	Nghệ An	2021
Huỳnh Thị Ngọc Ánh [1]	$425,0 \pm 118,1 \text{ } \mu\text{mol/l}$	BTM tất cả giai đoạn	Đà Nẵng	2021
Mai Huỳnh Ngọc Tân [6]	$494,21 \pm 131,57 \text{ } \mu\text{mol/l}$	BTM tất cả giai đoạn	Cần Thơ	2019
Farya Moon [4]	$8,1 \pm 1,7 \text{ mg/dl}$	BTMGĐC lọc máu chu kỳ	Pakistan	2022

Nhận xét: Nồng độ AU trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,36 \pm 1,87 \text{ mg/dl}$, tương tự với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước khác. Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân BTM tất cả các giai đoạn [1], [6] nồng độ AU ở bệnh nhân của chúng tôi cao hơn. Điều này cho thấy, bệnh thận mạn giai đoạn cuối là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tăng AU máu, và dù bệnh nhân được lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo thì nồng độ AU trung bình cũng duy trì ở mức cao. Về tỷ lệ tăng AU máu, kết quả thu được 88,2% bệnh nhân tăng AU. Trong đó, đa số bệnh nhân tăng AU mức độ nhẹ và trung bình. Nguyễn Văn Tuấn ghi nhận 85% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối tăng acid uric máu, trong đó tỷ lệ tăng AU ở nhóm điều trị bảo tồn là 83,3%, nhóm điều trị thay thế thận là 86,7% [5]. Tác giả Farya Moon cũng ghi nhận có 76,7% bệnh nhân BTM lọc máu định kỳ 3 lần/tuần tăng AU máu [4]. Từ kết quả trên cho thấy bệnh nhân bệnh thận mạn có tỷ lệ tăng acid uric máu khá cao, cần được lưu ý điều trị.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric máu

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN nữ tăng AU cao hơn so với nam, $p < 0,001$, nhưng nồng độ trung bình AU ở 2 nhóm không có sự khác biệt đáng kể. Nghiên cứu của Mai Huỳnh Ngọc Tân trước đó cũng nhận thấy tỷ lệ tăng acid uric ở nữ cao hơn nam nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (85,7% so với 72,7%, $p = 0,087$) [6]. Một số nghiên cứu khác, ghi nhận tỷ lệ tăng AU và nồng độ AU ở nam cao hơn nữ. Kết quả nồng độ AU trong nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Ánh tại bệnh viện Đà Nẵng là $450,0 \pm 124,8 \text{ } \mu\text{mol/l}$ đối với nam, và $395,6 \pm 103,3 \text{ } \mu\text{mol/l}$ đối với nữ, $p < 0,05$ [1]. Tác giả Farya Moon ghi nhận 58,9% nam, 41,1% nữ tăng AU [4]. Tăng AU ở nam giới thường liên quan đến ăn nhiều đạm, lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá. Còn ở nhóm bệnh nhân nữ, thường liên quan đến giảm estrogen. Estrogen có tác dụng làm tăng bài tiết acid uric qua đường tiết niệu, do đó, giảm estrogen ở phụ nữ sau mãn kinh làm giảm thải acid uric. Tuy nhiên, cơ chế tăng acid uric ở bệnh nhân

BTM rất phức tạp, do tác động của nhiều yếu tố bệnh lý, sử dụng thuốc, nhân trắc, thói quen khác nhau,... Ngoài ra, theo kết quả trong nghiên cứu, bệnh nhân trên 60 tuổi, có mức BMI thừa cân/béo phì có tỷ lệ tăng AU cao hơn nhóm còn lại, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ acid uric ở nhóm BMI thừa cân/béo phì ($8,6 \pm 2,1 \text{ mg/dl}$) và BMI bình thường ($8,5 \pm 1,8 \text{ mg/dl}$) cao hơn nhóm bệnh nhân gầy ($7,6 \pm 1,4 \text{ mg/dl}$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Mai Huỳnh Ngọc Tân [6].

Chúng tôi ghi nhận có 96,1% bệnh nhân thường xuyên ăn thực phẩm giàu purin tăng AU, nồng độ trung bình là $8,7 \pm 1,6 \text{ mg/dl}$, cao hơn nhiều so với nhóm ăn không thường xuyên, $p < 0,001$. Mỗi liên quan giữa tăng AU và chế độ ăn từ lâu đã được công nhận, bệnh nhân ăn nhiều nội tạng, thịt đỏ, cá khô... sẽ làm tăng nguồn purin ngoại sinh, cuối cùng tăng tạo AU máu. Hơn nữa, khu vực Cà Mau nhiều sông nước nổi tiếng với nhiều loại thực phẩm như cá khô, tôm khô, cá biển, cua biển,... Đây là những nguồn thực phẩm chứa tổng lượng purin rất cao, nên có thể những loại thực phẩm này được bệnh nhân thường xuyên sử dụng, dẫn tới nguyên nhân tăng AU. Bệnh nhân uống rượu bia nhiều làm tăng dị hoá ethanol, tăng thoái biến purin, sản sinh ra acid lactic gây ức chế bài tiết urat qua thận [3]. Mặt khác, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có BTMGĐC, thận mất gần như hoàn toàn chức năng thải bỏ các chất chuyển hoá. Do vậy, nồng độ AU sẽ tăng cao ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nêu trên. Theo bảng 5, bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ tăng AU cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp, (91,1% so với 61,9%, $p < 0,001$). Tỷ lệ tăng acid uric máu cũng cao hơn ở nhóm có đái tháo đường và hội chứng chuyển hoá, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Nguyễn Văn Tuấn kết luận có mối tương quan mức độ vừa giữa huyết áp tâm thu ($r = 0,423$, $p < 0,01$), huyết áp trung bình (0,321, $p < 0,01$) và nồng độ acid uric máu [5].

Sau khi ghi nhận các mối liên quan đơn biến giữa tăng AU máu với giới tính, BMI, thói quen ăn thực phẩm giàu purin, tăng huyết áp. Chúng tôi tiến hành đưa các yếu tố này vào mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến, kết quả thu được các yếu tố giới tính, thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin, tăng huyết áp ảnh hưởng độc lập đến tăng nồng độ acid uric máu, nhưng BMI không phải là yếu tố dự báo độc lập với các yếu tố trên (bảng 6).

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế ở việc không định lượng được nồng độ purin trong thực phẩm hằng ngày của BN mà chỉ đánh giá chủ quan thông qua thông tin bệnh nhân cung cấp về chế độ ăn hằng ngày, do đó có thể không tránh khỏi bị sai số hệ thống.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ acid uric máu trung bình ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ là $8,36 \pm 1,87 \text{ mg/dl}$. Có 88,2% bệnh nhân tăng acid uric máu. Trong đó, đa số bệnh nhân tăng mức độ nhẹ và trung bình, chiếm tỷ lệ lần lượt là 68,28% và 29,57%. Giới tính nữ, thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin, tăng huyết áp, có liên quan độc lập với tăng acid uric máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Thị Ngọc Ánh, Lê Thị Thúy, Hồ Thị Tuyết Thu, Ngô Thị Tuyết Ngô, Lê Thị Hà My và cộng sự. Nồng độ acid uric máu trên bệnh nhân bị bệnh thận mạn tại bệnh viện C thành phố Đà Nẵng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 509 (2), 242-246. <https://doi.org/10.51298/vmj.v509i2.1837>.
2. Lê Hạnh Nguyên, Đỗ Gia Tuyên, Đặng Thị Việt Hà, Nghiêm Trung Dũng, Dương Đức Hạnh, và cộng sự. Đánh giá rối loạn nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 523 (1), 134-139. <https://doi.org/10.51298/vmj.v523i1.4428>.

3. Juan C. R. and Magdalena M. Uric acid in chronic kidney disease. *Contrib Nephrol*, Karger. 2018. 135-146. <https://doi.org/10.1159/000484288>.
4. Farya M., Sarfraz A., Muhammad Y.Y. and Memoona T. Prevalence of Hyperuricemia in thrice weekly hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Kidney Diseases*. 2022. 6 (3), 10-14. <https://doi.org/10.53778/pjkd63205>.
5. Nguyễn Văn Tuấn. Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021. 504 (2), 147-151. <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i2.929>.
6. Mai Huỳnh Ngọc Tân và Nguyễn Như Nghĩa. Nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn chưa lọc máu định kỳ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2019. 19/2019, 1-8.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ GIÁ TRỊ CỦA HÌNH ẢNH SIÊU ÂM ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN NGOÀI SỢ TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Huỳnh Thị Hiền^{1,2}, Lê Hữu Phước¹, Nguyễn Hoàng Anh³, Huỳnh Minh Phú³*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

3. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

**Email: bshuynhhien@gmail.com*

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 19/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ là một trong những nguyên nhân chính gây nên nhồi máu não. Chụp cắt lớp vi tính mạch cảnh là phương pháp chẩn đoán sớm tình trạng này. Bên cạnh đó, siêu âm cũng được xem là phương pháp không xâm lấn, sẵn có và ít tốn chi phí. Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm hình ảnh siêu âm của mảng xơ vữa tại động mạch cảnh đoạn ngoài sọ và đánh giá tính giá trị của phương pháp này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh của mảng xơ vữa và giá trị của siêu âm so với cắt lớp vi tính mạch cảnh trong chẩn đoán hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trên bệnh nhân nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 67 mảng xơ vữa tại động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ trên bệnh nhân nhồi máu não đến điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 8/2022 – 5/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ hẹp trên 70% của động mạch cảnh trong do mảng xơ vữa trên cắt lớp vi tính mạch cảnh và siêu âm tương ứng là 49,3% và 41,8%. Các mảng xơ vữa này tập trung ở thành gần (86,6%) và hơn một nửa có hình ảnh tăng hồi âm (55,2). Về mẫu hồi âm, gần 2/3 mảng xơ vữa cho thấy đồng nhất (64,2%). Hơn nữa, về bề mặt của mảng xơ vữa cho thấy đều với tỷ lệ là 51,2%. Trong chẩn đoán hẹp động mạch cảnh trong, cả hai phương pháp có tính đồng thuận đáng kể, có ý nghĩa thống kê ($Kappa=0,67$; $p<0,05$). **Kết luận:** Phương pháp Siêu âm là kỹ thuật có tính đồng thuận đáng kể và có ý nghĩa thống kê với cắt lớp vi tính mạch cảnh trong chẩn đoán hẹp do mảng xơ vữa tại vị trí động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ.

Từ khóa: Mảng xơ vữa, Siêu âm, động mạch cảnh trong.