

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TĂNG ACID URIC HUYẾT THANH
VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI
CÓ TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ 2020-2021**

Nguyễn Văn Đứ^{1*}, Ngô Văn Truyền²

1. Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsdubvbl@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Acid uric huyết thanh gia tăng có mối liên quan đến nguy cơ tim mạch, trong đó có nguy cơ tiến triển tăng huyết áp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhằm xác định tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh và nồng độ acid uric trung bình ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp nguyên phát và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 143 bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp (THA) nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 05/2020-02/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp nguyên phát có tình trạng tăng acid uric huyết thanh là 42%, với nồng độ trung bình là $538,5 \pm 132,6 \mu\text{mol/L}$. Trong đó, bệnh nhân có mức tăng nhẹ chiếm 26,6% và tăng giới hạn cao là 15,4%. Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh nhiều hơn ở nam giới so với nữ ($\text{OR}=1,4$, $p=0,28$), nhóm trên 80 tuổi ($\text{OR}=1,49$, $p=0,37$), hút thuốc lá và uống rượu ($\text{OR}=2,1$, $p=0,13$). Tương tự, tình trạng tăng acid uric huyết thanh cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có các vấn đề liên quan đến hội chứng chuyển hóa (bao gồm thừa cân, béo bụng, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp độ III) với $\text{OR}>1$ và $p>0,05$. **Kết luận:** Tình trạng tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát khá phổ biến (42%), với nồng độ acid uric huyết thanh trung bình là $538,5 \pm 132,6 \mu\text{mol/L}$. Tình trạng tăng acid uric huyết thanh không có mối liên quan đến giới tính, độ tuổi, tình trạng bệnh THA, tiền sử bản thân (hút thuốc lá, uống rượu) và rối loạn mỡ máu.

Từ khóa: tăng acid uric huyết thanh, tăng huyết áp nguyên phát, người cao tuổi

ABSTRACT

**STUDY ON HYPERURICEMIA AND ITS RELATED FACTORS
AMONG THE ELDERLY WITH PRIMARY HYPERTENSION
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021**

Nguyen Van Du¹, Ngo Van Truyen²

1. Bac Lieu General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hyperuricemia is associated with an increased cardiovascular risk including the risk of developing hypertension. This study aimed to determine the prevalence of hyperuricemia and its average concentration of serum uric acid among the elderly with primary hypertension and its related factors. **Materials and methods:** A cross-sectional study performed on 143 patients at the Can Tho Central General Hospital from May 2020 to February 2021. Participants were interviewed with the structured questionnaire, physical examination and paraclinical test of serum uric acid and lipid profile. **Results:** The hyperuricemia rate of subjects was 42% with average concentration of $538.5 \pm 132.6 \mu\text{mol/L}$, including 26.6% of mild increased level and 15.4% of moderate increased level. There were more likely being hyperuricemia in male compared to female ($\text{OR}=1.4$, $p=0.28$), aged over 80 years old ($\text{OR}=1.49$, $p=0.37$), smoking and alcohol drinking ($\text{OR}=2.1$, $p=0.13$). Similarly, the prevalence of hyperuricemia was higher in patients with problems regarding metabolic syndromes (overweight, central obesity, dyslipidemia, stage III of hypertension) with $\text{OR}>1$ and $p>0.05$. **Conclusions:** 42% of the elderly with primary

hypertension increased the level of serum uric acid with mean concentration of $538.5 \pm 132.6 \mu\text{mol/L}$. There were no significant relationships between hyperuricemia status and some factors including age, gender, stage of hypertension, medical history (smoking and alcohol drinking), overweight, central obesity, or dyslipidemia.

Keywords: hyperuricemia, primary hypertension, the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng acid uric đang trở thành một nguyên nhân quan trọng đối với các bệnh lý rối loạn chuyển hóa và tim mạch, trong đó có tăng huyết áp (THA) [7]. Nồng độ acid uric huyết thanh được xem là yếu tố tiên lượng độc lập gây nên tình trạng THA, đặc biệt ở người lớn tuổi, thường đi kèm với béo bụng, rối loạn lipid máu [12]. Thực tế, tình trạng THA ở người cao tuổi làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong bởi nhiều biến chứng sức khỏe nguy hiểm như tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận [6].

Tại Việt Nam, THA có xu hướng gia tăng theo tuổi, đặc biệt người cao tuổi chiếm khoảng 62,15% [14]. Yếu tố kinh tế xã hội phát triển nhanh chóng ảnh hưởng đến lối sống, sinh hoạt, kèm với tăng tuổi thọ và tỷ lệ THA nguyên phát. Đồng thời, việc tiêu thụ thực phẩm nhiều thịt, lối sống tĩnh tại và thừa cân béo phì cũng là yếu tố nguy cơ gia tăng acid uric huyết thanh khi già hóa [16]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu cụ thể như sau:

1. Xác định tỷ lệ tăng và giá trị trung bình acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi có THA nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021.

2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán THA nguyên phát có làm xét nghiệm acid uric huyết thanh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2020 đến tháng 02/2021.

THA nguyên phát là tăng huyết áp không xác định được nguyên nhân và được chẩn đoán và phân độ THA theo Hội Tim mạch Việt Nam năm 2018 [3].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính: Gout cấp, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy hô hấp cấp, bệnh lý mạch máu não.

+ Các bệnh lý ác tính: ung thư gan, bạch cầu cấp, bạch cầu kinh, đa hồng cầu.

+ Bệnh nhân sử dụng các loại thuốc ảnh hưởng đến sự sản xuất và bài xuất acid uric như: feburic, probenecid, sulfinpyrazone, salycilat, phenybutazol, acid ascobic, ethambutol, pyrazynamid, allopurinol, thiazid, các thuốc độc tế bào.

+ Bệnh nhân mắc suy thận mạn đang chạy thận nhân tạo.

+ Nghiện rượu, phẫu thuật động mạch cảnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

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

Với n: cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy với mức $\alpha=0,05$ ($Z=1,96$); p là tỷ lệ tăng acid uric

huyết thanh ở bệnh nhân THA nguyên phát là 40,8% [4], d là sai số cho phép 0,08.

Chúng tôi thu thập được 143 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, khám đánh giá lâm sàng: huyết áp, đo vòng bụng, vòng mông, chỉ số khối cơ thể (BMI) và cận lâm sàng: acid uric huyết thanh, mỡ máu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính
- Tăng acid uric huyết thanh: nam $>420 \mu\text{mol/L}$ và nữ $>360 \mu\text{mol/L}$; Trong đó, tăng nhẹ khi trên mức độ bình thường theo giới tính đến $550 \mu\text{mol/L}$; tăng giới hạn cao là $550-900 \mu\text{mol/L}$ và tăng cao khi $>900 \mu\text{mol/L}$.
- Các yếu tố liên quan: phân độ THA, thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị THA, rối loạn mỡ máu (Cholesterol toàn phần $>5,2 \text{ mmol/L}$; HDL-cholesterol $<0,9 \text{ mmol/L}$; LDL-cholesterol $\geq 3,4 \text{ mmol/L}$; Triglycerid $>1,8 \text{ mmol/L}$), BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$, vòng bụng (nam $\geq 90 \text{ cm}$, nữ $\geq 80 \text{ cm}$), tỷ số vòng bụng/vòng mông (VB/VM ≥ 1), tiền sử bản thân (hút thuốc lá, uống rượu, đái tháo đường, bệnh mạch vành) và tiền sử gia đình (THA, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, bệnh tim mạch).

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

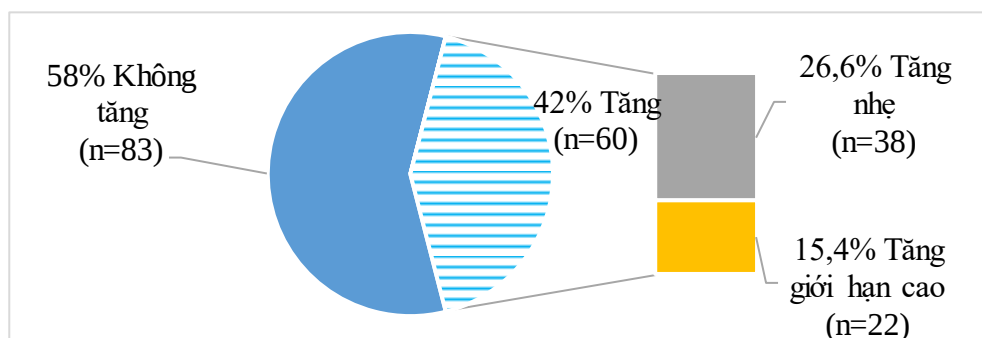
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình hình tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát

Đặc điểm (n=143)		Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)
Nhóm tuổi (73,4 $\pm$ 8,6 tuổi)	60-70 tuổi	22 (38,6)	35 (61,4)	57 (39,9)
	71-80 tuổi	23 (41,8)	32 (58,2)	55 (38,5)
	> 80 tuổi	15 (48,4)	16 (51,6%)	31 (21,7)
Tổng		64 (44,8)	79 (55,2)	143 (100)

Nghiên cứu trên 143 đối tượng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ nhiều hơn nam (55,2% so với 44,8%). Tuổi trung bình là 73,4 $\pm$ 8,6 và chiếm cao nhất nhóm tuổi 60-70 với 39,9%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát

Nồng độ trung bình acid uric huyết thanh của đối tượng là $394,36 \pm 157,59 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát có tình trạng tăng acid uric huyết thanh là 42%, với nồng độ trung bình là $538,5 \pm 132,6 \mu\text{mol/L}$. Trong đó, bệnh nhân có mức tăng nhẹ ($<550 \mu\text{mol/L}$) chiếm 26,6% và tăng giới hạn cao ($550-900 \mu\text{mol/L}$) là 15,4%.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh của bệnh nhân

Bảng 2. Các yếu tố liên quan về tuổi, giới tính và tiền sử bản thân của bệnh nhân

Đặc điểm		Acid uric huyết thanh		OR (95% KTC)	P
		Tăng n (%)	Không tăng n (%)		
Giới tính	Nam	30 (46,9)	34 (53,1)	1,4 (0,73-2,81)	0,28
	Nữ	30 (38,0)	49 (62,0)		
Tuổi	60-70 tuổi	22 (38,6)	35 (61,4)	1	0,72 0,37
	71-80 tuổi	23 (41,8)	32 (58,2)	1,14 (0,53-2,43)	
	> 80 tuổi	15 (48,4)	16 (51,6)	1,49 (0,61-3,60)	
Hút thuốc lá	Có	10 (58,8)	7 (41,2)	2,1 (0,77-6,08)	0,13
	Không	50 (39,7)	76 (60,3)		
Uống rượu	Có	10 (58,8)	7 (41,2)	2,1 (0,77-6,08)	0,13
	Không	50 (39,7)	76 (60,3)		
Đái tháo đường	Có	1 (100)	0 (0)		0,42*
	Không	59 (41,5)	83 (58,5)		
Bệnh mạch vành	Có	12 (41,4)	17 (58,6)	0,97 (0,42-2,22)	0,94
	Không	48 (42,1)	66 (57,9)		

(*) Kiểm định Fisher

Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh nhiều hơn ở nam so với nữ với $p=0,28$ và gia tăng theo tuổi, đặc biệt ở nhóm trên 80 tuổi với $p=0,37$. Kết quả cũng chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng tăng acid uric huyết thanh với tiền sử bệnh nhân có hút thuốc lá, uống rượu, đái tháo đường và bệnh mạch vành.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan về đặc điểm bệnh THA, chỉ số nhân trắc và mỡ máu

Đặc điểm (n = 143)		Acid uric huyết thanh		OR (95% KTC)	P
		Tăng n (%)	Không tăng n (%)		
Phân độ THA	Độ I	26 (41,3)	37 (58,7)	1	0,94 0,53
	Độ II	26 (40,6)	38 (59,4)	0,97 (0,48-1,97)	
	Độ III	8 (50,0)	8 (50,0)	1,42 (0,47-4,27)	
Thời gian mắc bệnh	≥ 5 năm	17 (47,2)	19 (52,8)	1,33 (0,62-2,84)	0,45
	< 5 năm	43 (40,2)	64 (59,8)		
Điều trị THA	Không liên tục	53 (42,7)	71 (57,3)	1,28 (0,47-3,47)	0,62
	Liên tục	7 (36,8)	12 (63,2)		
BMI	Thừa cân	31 (46,3)	36 (53,7)	1,39 (0,71-2,71)	0,32
	Bình thường	29 (38,2)	47 (61,8)		
Vòng bụng	Tăng	33 (49,3)	34 (50,7)	1,76 (0,90-3,44)	0,09
	Không tăng	27 (35,5)	49 (64,5)		
VB/VM	Tăng	38 (43,7)	49 (56,3)	1,19 (0,60-2,37)	0,60
	Không tăng	22 (39,2)	34 (60,7)		

Đặc điểm (n = 143)		Acid uric huyết thanh		OR (95% KTC)	P
		Tăng n (%)	Không tăng n (%)		
Cholesterol (n=137)	Tăng	9 (29,0)	22 (71,0)	0,49 (0,20-1,17)	0,10
	Không tăng	48 (45,3)	58 (54,7)		
Triglycerid (n=142)	Tăng	22 (34,9)	41 (65,1)	0,57 (0,29-1,14)	0,11
	Không tăng	38 (48,1)	41 (51,9)		
LDL (n=141)	Tăng	8 (44,4)	10 (55,6)	1,12 (0,41-3,05)	0,81
	Không tăng	51 (41,5)	72 (58,5)		
HDL (n=11)	Giảm	2 (33,3)	4 (66,7)	0,75 (0,06-8,83)	0,65*
	Không giảm	2 (40,0)	3 (60,0)		

(*) Kiểm định Fisher

Về tình trạng bệnh THA, tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh nhiều hơn ở nhóm có phân độ III ($p=0,53$), bệnh nhân có thời gian mắc ≥ 5 năm ($p=0,45$) và điều trị THA không liên tục ($OR=0,62$). Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân thừa cân, tăng vòng bụng cũng như tăng tỉ số vòng bụng/vòng hông đều có nguy cơ tăng acid uric huyết thanh cao hơn so với nhóm bình thường. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Các xét nghiệm mỡ máu chưa được thực hiện đầy đủ ở 143 đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó, kết quả ghi nhận không có sự khác biệt về tình trạng tăng acid uric huyết thanh ở đối tượng có rối loạn mỡ máu và nhóm không có rối loạn mỡ máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát

Tăng huyết áp nguyên phát ở người cao tuổi là một vấn đề sức khỏe phổ biến trong các bệnh lý tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới mắc THA nguyên phát cao hơn nam giới (55,2% so với 44,8%). Độ tuổi trung bình của đối tượng là $73,4 \pm 8,6$ tuổi và nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60-70 tuổi với 39,9%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Hoàng Phương Thủy tại Đà Nẵng ghi nhận nữ chiếm đa số với 58,62%, trung bình tuổi là $72,5 \pm 10,5$, và nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm 52,16% [5]. Bước vào độ tuổi ≥ 60 tuổi, quá trình lão hóa diễn ra nhanh chóng và rõ rệt với sự ưu thế của quá trình dị hóa trong cơ thể. Hậu quả dẫn đến tăng khả năng thoái hóa tế bào, đặc biệt là xơ hóa các cấu trúc mô mạch máu, góp phần cho tình trạng xơ vữa mạch – một nguyên nhân của bệnh lý THA [18].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 42% đối tượng cao tuổi THA nguyên phát có tình trạng tăng acid uric huyết thanh. Một số nghiên cứu thực hiện tại Việt Nam cho kết quả tương đồng với tỷ lệ 42,5% của Phạm Thị Ngọc Thúy [4] và 42,7% của Nguyễn Thị Thúy Hằng [1]. Nồng độ acid uric huyết thanh được xem là yếu tố tiên lượng độc lập cho sự tiến triển THA [12]. Điều này được chứng minh trên mô hình thí nghiệm giảm acid uric huyết thanh giúp làm giảm huyết áp thông qua cơ chế điều hòa hệ renin-angiotension và oxit nitric [13]. Ngoài ra, giá trị nồng độ trung bình ở nhóm tăng acid uric huyết thanh $538,5 \pm 132,6$ $\mu\text{mol/L}$ với chủ yếu tăng ở mức độ nhẹ 26,6%. Nồng độ này cao hơn so với nhóm tuổi từ 40 tuổi trở lên theo kết quả của Phạm Thị Ngọc Thúy với giá trị trung bình là $469 \pm 54,27$ $\mu\text{mol/L}$ [4]. Sự khác biệt có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung là người cao tuổi (từ trên 60 tuổi). Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho rằng ảnh hưởng riêng lẻ của acid uric huyết thanh ở nhóm người trẻ tuổi có thể giảm dần

theo thời gian và khi già hóa, tình trạng gia tăng nguy cơ THA có thể do các nguyên nhân khác. Điều này góp phần làm giảm đi mối liên quan giữa acid uric huyết thanh và huyết áp ở người cao tuổi [17].

4.2. Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric ở hai giới lần lượt là 46,9% ở nam và 38% ở nữ. Đồng thời xu hướng gia tăng acid uric huyết thanh theo độ tuổi cũng thể hiện rõ với tỷ lệ tăng cao nhất ở nhóm >80 tuổi (48,4%), kế đến là nhóm 71-80 tuổi (41,8%) và thấp nhất là nhóm 60-70 tuổi (38,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thúy và Deepti với nhận định tỷ lệ tăng acid uric ở nam nhiều hơn nữ [4], [7]. Nam giới có nguy cơ bởi lối sống, thói quen ăn uống và lượng rượu bia tiêu thụ hàng ngày có xu hướng nhiều hơn nữ giới [15]. Sử dụng rượu bia quá mức làm tăng dị hóa các nucleotid có nhân purin trong tế bào, tăng dị hóa ATP thành AMP gây tăng acid uric [8]. Phạm vi đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Thúy từ 40 tuổi trở lên cũng ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric ở người từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số [4]. Khi nghiên cứu về mối quan hệ giữa acid uric huyết thanh và huyết áp theo phân nhóm tuổi (<40, 40-59, ≥ 60 tuổi), Jae Joong Lee và cộng sự nhận thấy mối quan hệ thuận trên quần thể chung; Tuy nhiên, đối tượng người cao tuổi lại không có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê [10]. Tương tự với nhiều kết quả nhận định của nhiều tác giả trên thế giới về độ mạnh của mối quan hệ giữa tăng acid uric và THA ở nhóm tuổi trẻ và giảm dần độ mạnh của mối quan hệ này khi già hóa [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù đối tượng có hành vi có hại cho sức khỏe đều có tỷ lệ tăng acid uric cao hơn so với nhóm không có hành vi này: cụ thể 58,8% ở nhóm hút thuốc lá và 58,8% ở nhóm uống rượu. Tác giả Lê Việt Hoàng và cộng sự ghi nhận một số đối tượng uống rượu bia chiếm 32,2%, liên quan có ý nghĩa thống kê với tăng acid uric huyết thanh [2]. Các yếu tố tiền sử đái tháo đường và bệnh mạch vành ở bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng acid uric huyết thanh ($p>0,05$).

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh theo phân độ THA lần lượt: độ I (41,3%), độ II (40,6%) và độ III (50%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê; tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thúy cho thấy tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh tăng dần theo mức độ tăng THA [4].

Nhóm bệnh nhân tăng acid uric huyết thanh có thời gian mắc bệnh THA từ trên 5 năm chiếm 47,2% cao hơn so với nhóm dưới 5 năm là 40,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng trên 82 bệnh nhân THA nguyên phát cho thấy có sự liên quan thuận giữa nồng độ tăng acid uric huyết thanh với thời gian phát hiện bệnh THA, phát hiện lần đầu 15,6% dưới 3 năm; 26,82% từ 3-5 năm; >5 năm là 32,92% [1]. Qua đó ghi nhận thời gian bị THA càng lâu, nồng độ acid uric huyết thanh càng tăng. Nghiên cứu của Jingjing Pan tại Trung Quốc cho thấy thời gian mắc bệnh THA càng lâu, bệnh nhân càng tuân thủ điều trị THA nhiều hơn [11]; Do vậy việc kiểm soát acid uric ở bệnh nhân THA có thể hiệu quả hơn; cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân điều trị liên tục là 36,8% so với nhóm không điều trị THA liên tục là 42,7%.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tình trạng thừa cân, béo bụng trung tâm và tăng LDL-cholesterol. Dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê nhưng các nghiên cứu khác trên thế giới đã cho thấy mối liên quan chặt chẽ này. Ngoài ra, tác giả Deepti cũng ghi nhận tăng LDL-cholesterol và tăng Triglycerid máu cũng có tình trạng tăng acid uric huyết thanh cao hơn, với tỷ lệ lần lượt là 86% và 60,3% [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân cao tuổi THA nguyên phát là 42%, với nồng độ acid uric huyết thanh trung bình là $538,5 \pm 132,6 \mu\text{mol/L}$. Tình trạng tăng acid uric huyết thanh chưa ghi nhận có mối liên quan với giới tính, độ tuổi, tình trạng bệnh THA, tiền sử bản thân, chỉ số nhân trắc và rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân cao tuổi. Kiểm tra acid uric huyết thanh vẫn nên là sự lựa chọn phù hợp cho các vấn đề sức khỏe liên quan hội chứng chuyển hóa nói chung ở người cao tuổi có THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thúy Hằng (2011), "Nghiên cứu nồng độ acid uric huyết thanh trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", *Tạp chí Y học Thực hành*, 903 (1), tr. 41-44
2. Lê Việt Hoàng, Phạm Lê Bách (2014), "Đánh giá mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt và tăng acid uric huyết thanh ở một số cán bộ đơn vị "X"", *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108, 91
3. Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam (2018), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2018. Truy cập ngày 20/03/2021 tại địa chỉ website: www.vnha.org.vn.
4. Phạm Thị Ngọc Thúy (2019), "Yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh ở người tăng huyết áp nguyên phát tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ thành ủy Cần Thơ". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* số 18/2019, trang 65-71
5. Hoàng Phương Thủy (2016), "Tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi và các yếu tố liên quan tại phường An Hải Tây, quận Sơn Trà, TP Đà Nẵng", Hội nghị Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2016.
6. Arun Choackalingam (2007), "Impact of world hypertension day", *Can J Cardio* 2007 May 15; 23(7):517-519
7. Deepti A. Lokanath (2014), "Association of Hyperuricemia and Dyslipidemia-A Potent Cardiovascular Risk Factor", *Journal of medical science and clinical research*, Volume 2, Issue 6, page 1261-1269
8. Erick et al (2012), "High plasma uric acid concentration: causes and consequences", *Diabetol Metab Syndr* 2012;4:12
9. Grayson PC et al (2011), "Hyperuricemia and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis". *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63:102-10
10. Jae Joong Lee et al (2015), "Relationship between uric acid and blood pressure in different age groups", *Clinical Hypertension* 21, Article number:14
11. Jingjing Pan et al (2019), Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients, *Medicine (Baltimore)* 2019 Jul;98(27)
12. Kansui Y, et al (2011), "Association of serum uric acid with blood pressure in Japanese men. Cross-sectional study in work-site group". *Circ J*. 2011;75:2827-32
13. Mazzali M et al (2002), "Hyperuricemia induces a primary renal arteriolopathy in rats by a blood pressure-independent mechanism". *Am J Physiol Renal Physiol*. 2002;282:F991-7
14. Nhon Bui Van et al (2019), "Prevalence and risk factors of hypertension in the Vietnamese elderly", *High blood press Cardiovasc Prev*. 2019 Jun;26(3):239-246
15. Richard et al (2009), "Gender and alcohol consumption: Patterns from the multinational genesis project", *Addiction* 2009 Sep;104(9):1487-1500
16. Sooraij Raja et al (2019), "Frequency of hyperuricemia and its risk factors in the adult population", *Cureus* 2019 Mar;11(3)
17. Sundstrom J et al (2005), "Relations of serum uric acid to longitudinal blood pressure tracking and hypertension incidence". *Hypertension*. 2005;45:28-33

18. Tracy R.L, Victor J.T. (2015), “Systemic sclerosis-associated fibrosis: An accelerated aging phenotype?”, *Curr Opin Rheumatol*, 2015 Nov; 27(6):571-6.
(Ngày nhận bài: 13/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 15/06/2021)
-