

trong 1 tháng đầu sau điều trị [7]. Điều này cho thấy cả 2 phương pháp trên đều là những lựa chọn tốt và hiệu quả trong điều trị nhạy cảm ngà, tuy nhiên laser Er,Cr:YSGG cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn so với laser Diode.

## V. KẾT LUẬN

Tất cả các bệnh nhân đều có kết quả điều trị từ khá đến tốt, trong đó bệnh nhân điều trị bằng laser Diode có sự cải thiện mức độ nhạy cảm ngà tốt hơn so với nhóm laser Er,Cr:YSGG ở thời điểm sau 30 phút và 1 tháng điều trị. Ở thời điểm ba tháng sau điều trị hầu hết các bệnh nhân đều hết nhạy cảm ngà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thị Mai Anh, Trịnh Đình Hải, Đinh Diệu Hồng và các cộng sự.** Nhận xét kết quả điều trị nhạy cảm ngà của kem đánh răng sensitive mineral expert by P/S trên công nhân nhà máy Hanvico - Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 511(2):114-117.
2. **Đỗ Thị Thu Hương, Trịnh Đình Hải, Đinh Diệu Hồng và các cộng sự.** Thực trạng nhạy

- cảm ngà trên nhân viên công ty Hanvico - Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 512(1):96-102.
3. **Trần Thanh Trung và Trương Uyên Cường.** Đặc điểm lâm sàng nhạy cảm ngà trên nhóm sinh viên Học viện Quân y. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2023; 48(7):44-52.
  4. **Gholami G.A., Fekrazad R., Esmail-Nejad A., Kalhori K.A.** An evaluation of the occluding effects of Er,Cr:YSGG, Nd:YAG, CO<sub>2</sub> and diode lasers on dentinal tubules: a scanning electron microscope in vitro study. Photomed Laser Surg. 2011; 29(2):115-121.
  5. **Hoshyari N., Zamanian A., Samii A., Mousavi J.** In-vitro comparison of occluding effect of fluoride varnish and diode laser irradiation with fluoride varnish and Er,Cr:YSGG laser irradiation on dentinal tubules of the cervical root area of the tooth. Maedica (Bucur). 2023; 18(2):257-265.
  6. **Kimura Y., Wilder-Smith P., Yonaga K., Matsumoto K.** Treatment of dentine hypersensitivity by lasers: a review. J Clin Periodontol. 2000; 27(10):715-721.
  7. **Pourshahidi S., Ebrahimi H., Mansourian A., Mousavi Y., Kharazifard M.** Comparison of Er,Cr:YSGG and diode laser effects on dentin hypersensitivity: a split-mouth randomized clinical trial. Clin Oral Investig. 2019; 23(11):4051-4058.

## ĐẶC ĐIỂM BIẾN CHỨNG THẬN Ở BỆNH NHÂN GÚT MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Hải Yến<sup>1</sup>, Lưu Thị Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm và mối liên quan biến chứng thận ở bệnh nhân gút mạn tính điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 107 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 có tổn thương thận và/hoặc có bệnh thận mạn đang điều trị tại khoa cơ xương khớp - bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 8/2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu:  $\geq 60\text{ml/ph}/1,73\text{ m}^2$  chiếm 58,9% và  $< 60\text{ml/ph}/1,73\text{ m}^2$  chiếm 41,1%. Trong số đó có 44,9% bệnh thận mạn giai đoạn II, giai đoạn III là 36,4% và chỉ có 4,7% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV. Có 35,5% bệnh nhân có thiếu máu và 43,0% bệnh nhân có creatinin máu tăng và 76,6% bệnh nhân có tăng acid uric máu. Tỷ lệ protein niệu, hồng cầu niệu, protein niệu và/hoặc hồng cầu niệu dương tính lần lượt là 40,2%, 24,3% và 48,6%. Tỷ lệ bệnh nhân gút mạn tính xuất hiện sỏi thận là 9,3%, bất thường hình thái thận là 4,6%. Có sự khác biệt giữa tuổi, giới

với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu với  $p < 0,05$ . Có sự khác biệt giữa đợt viêm/năm với bệnh thận mạn ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Biến chứng thận hay gặp nhất trên bệnh nhân gút mạn tính là bệnh thận mạn giai đoạn II, III. Có sự khác biệt giữa tuổi, giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu. Có sự khác biệt giữa đợt viêm/năm của bệnh nhân gút với bệnh thận mạn có ý nghĩa thống kê.

**Từ khóa:** Gút, biến chứng thận

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF KIDNEY COMPLICATIONS IN CHRONIC GOUT PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

**Aim:** Describe the characteristics and relationship of kidney complications in chronic gout patients treated at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive study of 107 patients diagnosed with gout according to EULAR/ACR 2015 criteria with kidney damage and/or chronic kidney disease being treated at the musculoskeletal department - Central Hospital. Thai Nguyen from August 2022 to March 2023. **Result:** Glomerular filtration rate in study subjects:  $\geq 60\text{ml/min}/1,73\text{ m}^2$  accounting for 58.9% and  $< 60\text{ml/min}/1,73\text{ m}^2$  accounting for 41.1%. Among them, 44.9% have stage II chronic kidney disease, 36.4% have stage III chronic kidney disease, and only 4.7% have stage IV chronic kidney disease. There were 35.5% of patients

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hải Yến

Email: hoanghaiyen1296@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

with anemia and 43.0% of patients with increased blood creatinine and 76.6% of patients with increased blood uric acid. The rates of proteinuria, hematuria, proteinuria and/or hematuria positive were 40.2%, 24.3% and 48.6%, respectively. The rate of chronic gout patients with kidney stones was 9.3%, and abnormal kidney morphology was 4.6%. There was a difference between age, gender and chronic kidney disease in the study subjects with  $p < 0.05$ . There is a difference between inflammatory episodes/year and chronic kidney disease ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The most common kidney complication in chronic gout patients is stage II and III chronic kidney disease. There are differences between age, gender and chronic kidney disease in research subjects. There is a statistically significant difference between inflammatory episodes/year of gout and chronic kidney disease patients.

**Keywords:** Gout, kidney complications.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Gút là bệnh chuyển hóa do rối loạn chuyển hóa purin dẫn đến tăng nồng độ acid uric trong máu làm lắng đọng tinh thể monosodium urate. Tỷ lệ bệnh gút ngày càng tăng cao ở nhiều quốc gia trên thế giới. Tình trạng bệnh nhân gút mạn tính có tăng acid uric không kiểm soát sẽ gây ra nhiều biến chứng do sự lắng đọng tinh thể urat tại các mô và cơ quan. Tinh thể urat lắng đọng tại tổ chức kẽ của thận gây viêm thận kẽ, lắng đọng trong xoang thận sẽ tạo ra sỏi thận có thể làm tắc đường tiểu, viêm đường tiểu, ứ nước, giãn đài bể thận... lắng đọng trong các ống thận gây viêm thận kẽ và tắc các ống thận làm tổn thương tổ chức nhu mô thận và giảm chức năng thận. Những tổn thương trên thường kết hợp với nhau làm chức năng thận của bệnh nhân gút ngày càng suy giảm. Khi thận bị suy chức năng lại trực tiếp tham gia vào cơ chế sinh bệnh gút, tạo ra vòng xoắn bệnh lý thúc đẩy bệnh gút tiến triển nhanh đến giai đoạn muộn rất khó điều trị. Với những bệnh nhân gút có kèm theo bệnh thận và biến chứng ở thận, việc điều trị gặp khó khăn hơn nhiều những bệnh nhân gút thông thường do khó khăn trong việc kiểm soát nồng độ acid uric trong máu. Do đó, đánh giá tổn thương thận trên bệnh nhân gút là vấn đề rất quan trọng để giúp bác sĩ có kế hoạch điều trị toàn diện cho bệnh nhân giúp tối đa hóa hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Nhận thấy nhu cầu thực tiễn cần thiết nói trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau đây: *Mô tả đặc điểm và mối liên quan biến chứng thận ở bệnh nhân gút mạn tính điều trị tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu: 107 bệnh

nhân được chẩn đoán mắc bệnh Gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 có tổn thương thận và/hoặc có bệnh thận mạn đang điều trị tại khoa cơ xương khớp-bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015<sup>4</sup>, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn theo KDIGO 2012<sup>7</sup> và/hoặc có tổn thương thận<sup>8</sup>.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thể trả lời câu hỏi.  
- Bệnh nhân phát hiện bệnh thận mạn, sỏi thận, tổn thương thận trước khi bị gút.  
- Bệnh nhân đang chạy thận chu kỳ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp thu thập số liệu: tiến cứu từ tháng 8/2022 đến tháng hết tháng 3/2023.

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích

- Địa điểm: khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**2.2.2. Nội dung nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn sẽ được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, xét nghiệm nước tiểu, siêu âm thận- tiết niệu theo một quy trình thống nhất.

Các chỉ tiêu đánh giá nghiên cứu:

- Lâm sàng:

+ Tuổi:  $\leq 50$ ,  $> 50$ , giới

+ Thời gian mắc bệnh:  $< 10$  năm,  $\geq 10$  năm

+ Số đợt viêm/ năm gần nhất: 1 đợt,  $\geq 2$  đợt

+ Điều trị: điều trị thường xuyên là bệnh nhân tuân thủ điều trị theo đơn thuốc, chế độ điều trị của bác sĩ kể từ khi được chẩn đoán xác định gút

+ Số lượng khớp viêm: 1 khớp,  $\geq 2$  khớp

+ Xuất hiện hạt Tophi: Có, không có hạt tophi toàn thân.

- Cận lâm sàng:

+ Nồng độ HGB đánh giá mức độ thiếu máu: Thiếu máu nhẹ: HGB từ 90 đến 120 g/L, thiếu máu vừa: HGB từ 60 đến dưới 90 g/L, thiếu máu nặng: HGB từ 30 đến dưới 60 g/L, thiếu máu rất nặng: HGB dưới 30 g/L.

+ Bệnh thận mạn tính, ure, creatinin phân loại bệnh thận mạn tính theo tiêu chuẩn KDOGO (2012)<sup>6</sup>, đánh giá ước tính MLCT chia 2 mức  $\geq 60$ ,  $< 60$  ml/phút/  $1,73$  m<sup>2</sup> da

+ Nồng độ Acid uric: Nam - bình thường: 202 – 416  $\mu\text{mol/l}$ , tăng khi  $> 416$   $\mu\text{mol/l}$ . Nữ - bình thường 143 – 399  $\mu\text{mol/l}$ , tăng khi  $> 399$   $\mu\text{mol/l}$

+ Protein niệu (+): > 0,15g/24h , Hồng cầu niệu (+): ≥ 5 hồng cầu/ vi trường

+ Siêu âm thận- tiết niệu tại khoa thăm dò chức năng, được đọc kết quả bởi các bác sĩ chuyên khoa để tìm bất thường giải phẫu và chức năng: Sỏi thận; bất thường hình thái thận (như mô thận tăng âm, khó phân biệt vỏ tủy, teo thận).

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	11	10,3
	> 50	96	89,7
Tuổi trung bình (X ± SD)	66,72 ± 14,5 (min = 29; max = 93)		
Giới	Nam	93	86,9
	Nữ	14	13,1
Tình trạng điều trị	Có điều trị liên tục	7	6,5
	Không điều trị liên tục	100	93,5
Thời gian mắc bệnh	< 10 năm	91	85,0
	≥ 10 năm	16	15,0

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 86,9%. Chủ yếu bệnh nhân ở độ tuổi > 50 tuổi chiếm 89,7 %. Bệnh nhân không điều trị liên tục chiếm 93,5%. Chủ yếu bệnh nhân mắc bệnh gút <10 năm chiếm tỷ lệ 85,0%.

**Bảng 2. Giai đoạn bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu**

Giai đoạn bệnh thận mạn	Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	15	14,0
Giai đoạn II	48	44,9
Giai đoạn III	39	36,4
Giai đoạn IV	5	4,7

**Nhận xét:** Chủ yếu bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn II chiếm 44,9%

**Bảng 3: Đặc điểm mức lọc cầu thận ước tính ở đối tượng nghiên cứu**

Mức lọc cầu thận	Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
< 60	44	41,1
≥ 60	63	58,9

**Nhận xét:** Có 44/107 trường hợp bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính < 60 ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> chiếm 41,1%

**Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm máu ở đối tượng nghiên cứu**

Xét nghiệm máu		Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
HGB	Bình thường	69	64,5
	Thiếu máu	38	35,5
Acid uric	Bình thường	25	23,4
	Tăng	82	76,6
Creatinin	Bình thường	61	57,0
	Tăng	46	43,0

**Nhận xét:** Có 38/107 bệnh nhân thiếu máu chiếm 35,5%. Đa số bệnh nhân có acid uric máu tăng chiếm 76,6%. Hầu hết bệnh nhân có creatinin máu bình thường chiếm 57,0%

**Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm nước tiểu ở đối tượng nghiên cứu**

Xét nghiệm nước tiểu		Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
Protein niệu	(+)	43	40,2
	(-)	64	59,8
Hồng cầu niệu	(+)	26	24,3
	(-)	81	75,7
Protein niệu và/hoặc hồng cầu niệu	(+)	52	48,6
	(-)	55	51,4

**Nhận xét:** 43/107 bệnh nhân có protein niệu dương tính chiếm 40,2%

**Bảng 6. Đặc điểm tổn thương thận trên siêu âm ở đối tượng nghiên cứu**

Siêu âm thận - tiết niệu		Bệnh nhân (n=107)	Tỷ lệ (%)
Sỏi thận	Có	10	9,3
	Không	97	90,7
Bất thường hình thái thận	Có	5	4,6
	Không	107	95,4
Sỏi thận và/hoặc bất thường hình thái thận	Có	14	13,1
	Không	93	86,9

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không có sỏi thận và bất thường hình thái thận trên siêu âm chiếm 86,9%

**Bảng 7. Mối liên quan giữa một số đặc điểm chung của bệnh nhân với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung	Bệnh thận mạn	Giai đoạn I,II		Giai đoạn III,IV		P
		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	≤ 50	11	100	0	0	0,003
	> 50	52	54,2	44	45,8	
Giới	Nam	60	64,5	33	35,5	0,003
	Nữ	3	21,4	11	78,6	
Tình trạng điều trị	Điều trị liên tục	4	57,1	3	42,9	1,000
	Không điều trị liên tục	59	59,0	41	41,0	

Thời gian mắc bệnh	< 10	53	58,2	38	41,8	0,791
	≥ 10	10	62,5	6	37,5	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt giữa tuổi, giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 8. Môi liên quan giữa một số đặc điểm bệnh gút của bệnh nhân với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm bệnh gút	Bệnh thận	Bệnh thận mạn				P
		Giai đoạn I,II		Giai đoạn III,IV		
		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Đợt viêm/năm	1	52	65,0	28	35,0	0,041
	≥2	11	40,7	16	59,3	
Số khớp viêm	1	35	63,6	20	36,4	0,331
	≥2	28	53,8	24	46,2	
Tophi	Có	18	66,7	9	33,3	0,375
	Không	45	56,3	35	43,8	
HGB	Bình thường	51	73,9	18	26,1	0,000
	Thiếu máu	12	31,6	26	68,4	
Acid uric	Bình thường	18	72,0	7	28,0	0,165
	Tăng	45	54,9	37	45,1	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt giữa đặc điểm đợt viêm/năm và Hemoglobin với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi có 107 bệnh nhân trong đó có 93 bệnh nhân nam (86,9%) và 14 bệnh nhân nữ (13,1%), tuổi trung bình là 66,72 ± 14,5, tuổi thấp nhất là 29, tuổi cao nhất là 93. Các đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên > 50 tuổi (89,7%). Đặc điểm nhân trắc các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi giống như được mô tả trong y văn: chủ yếu gặp ở nam giới tuổi trung niên và cũng giống như một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Lưu Thị Bình (2013), đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ nam nữ 10:1, tuổi trung bình là 62,5 ± 13,3 nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi (59,6%), tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi<sup>1</sup>. Nghiên cứu của Thiele và cộng sự (2007) trên 23 bệnh nhân gút có đặc điểm tỷ lệ nam: nữ = 2:1, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 50 tuổi<sup>5</sup>. Đồng thời, đa số bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị gút không liên tục chiếm tỉ lệ 93,5%. Việc điều trị bệnh không liên tục là nguy cơ mất kiểm soát nồng độ acid uric trong máu tạo điều kiện cho bệnh gút tái phát nhiều lần trên năm. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nhỏ hơn 10 năm chiếm 85,0% và thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên chiếm 15%. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Khoa

và cộng sự (2019) cho thấy sự trái ngược với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với 45% bệnh nhân mắc bệnh gút dưới 5 năm<sup>2</sup>. So sánh với nghiên cứu của Khim Virak và cộng sự cho thấy sự tương đồng với thời gian mắc bệnh lớn hơn 10 năm là 25,8%<sup>3</sup>.

**4.2. Đặc điểm tổn thương thận của đối tượng nghiên cứu.** Biểu chứng bệnh thận mạn và sỏi thận thường gặp ở bệnh nhân gút. Kết quả nghiên cứu 107 bệnh nhân gút mạn có 58,9% bệnh nhân mức lọc cầu thận ≥ 60ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> và 41,1% bệnh nhân có mức lọc cầu thận < 60ml/ph/1,73 m<sup>2</sup>. Trong số đó có 44,9% bệnh thận mạn giai đoạn II, giai đoạn III là 36,4% và chỉ có 4,7% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV. Có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Việt Khoa và cộng sự (2019) với tỉ lệ bệnh nhân có bệnh thận mạn giai đoạn I, II, III, IV, V lần lượt là 25%, 37,5%, 29,2%, 5,8%, 2,5%<sup>2</sup>. Qua bảng 4, ta thấy có 38/107 bệnh nhân có thiếu máu và 43,0% bệnh nhân có creatinin máu tăng. Ngoài ra một bảng chứng cho thấy tình hình kiểm soát và điều trị bệnh gút chưa tốt ở các đối tượng nghiên cứu đó là có 76,6% bệnh nhân có tăng acid uric máu. Tỷ lệ protein niệu, hồng cầu niệu, protein niệu và/hoặc hồng cầu niệu dương tính lần lượt là 40,2%, 24,3% và 48,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân gút mạn tính xuất hiện sỏi thận là 9,3%, bất thường hình thái thận là 4,6%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Việt Khoa và cộng sự (2019) cho thấy tỉ lệ xuất hiện sỏi thận là 30% và có hình ảnh bất thường về hình thái thận là 19,1%<sup>2</sup>. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác là do kết quả siêu âm có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như chất lượng hình ảnh phụ thuộc vào kỹ năng của người làm siêu âm, đối với bệnh nhân quá cân có thể gặp khó khăn về mặt kỹ thuật trong việc lấy được những hình ảnh, cấu trúc đích rõ ràng. Ở bệnh nhân gút có sự lắng đọng các tinh thể urat ở khe thận, đài bể thận, quá trình này diễn biến trong một thời gian dài tạo sỏi. Sỏi thận là tác nhân gây viêm đài bể thận mạn tính từ đó làm biến đổi hình thái và chức năng thận, bên cạnh đó sự lắng đọng của muối urat ở kẽ, ống thận làm tổn thương cầu thận làm suy giảm chức năng thận từ từ dẫn đến suy thận, ở những bệnh nhân này thận thường teo nhỏ theo thời gian bị bệnh.

**4.3. Môi liên quan giữa một số đặc điểm với biến chứng thận ở đối tượng nghiên cứu.** Có sự liên quan giữa tuổi với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu với p < 0,05, cụ thể là tỉ lệ bệnh thận mạn giai đoạn III,IV tập trung

chủ yếu ở nhóm bệnh nhân > 50 tuổi. Điều đó chứng minh, tuổi càng cao đối tượng nghiên cứu càng có nguy cơ tổn thương thận nặng nề.

Qua bảng 7, cho thấy có sự liên quan giữa giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu, cụ thể tỉ lệ bệnh nhân nữ có bệnh thận mạn giai đoạn III,IV (78,6%) cao hơn nhiều lần so với nhóm bệnh nhân nam (35,5%). Chứng tỏ, bệnh nhân nữ mắc bệnh gút có khả năng tổn thương thận thận nhiều hơn bệnh nhân nam.

Có sự khác biệt giữa số đợt viêm/năm với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, cụ thể là tỉ lệ bệnh thận mạn giai đoạn III,IV ở nhóm bệnh nhân có từ 2 đợt viêm/năm trở lên (59,3%) cao hơn so với nhóm có một đợt viêm/năm (35,0%). Điều đó chứng minh, càng tái phát nhiều đợt viêm/năm thì nguy cơ tổn thương thận của bệnh thận càng tăng.

Qua nghiên cứu, không phát hiện mối liên quan giữa biến chứng sỏi thận hay tổn thương thận qua xét nghiệm nước tiểu với các đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu:  $\geq 60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$  chiếm 58,9% và  $< 60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$  chiếm 41,1%. Trong số đó có 44,9% bệnh thận mạn giai đoạn II, giai đoạn III là 36,4% và chỉ có 4,7% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV. Có 35,5% bệnh nhân có thiếu máu và 43,0% bệnh nhân có creatinin máu tăng và 76,6% bệnh nhân có tăng acid uric máu. Tỉ lệ protein niệu, hồng cầu niệu, protein niệu và/hoặc hồng cầu niệu dương tính lần lượt là 40,2%, 24,3% và 48,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân gút mạn tính xuất hiện sỏi thận là 9,3%, bất thường hình thái thận là

4,6%. Có sự khác biệt giữa tuổi, giới với bệnh thận mạn ở đối tượng nghiên cứu với  $p < 0,05$ . Có sự khác biệt giữa đợt viêm/năm với bệnh thận mạn ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt giữa biến chứng sỏi thận hay tổn thương thận qua xét nghiệm nước tiểu với các đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bình, Lưu Thị và Anh, Võ Thị Ngọc** (2014), "Tình trạng tăng huyết áp trên các bệnh nhân gút tại bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên", Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 68, tr. 183.
2. **Khoa, Nguyễn Việt, Nghi, Trần Hồng và Anh, Bùi Hoàng** (2019), "Biến chứng sỏi thận và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân gút", Tạp chí y dược lâm sàng 108. 14(5).
3. **Virak, Khim, Trang, Trần Huyền và Hùng, Nguyễn Văn** (2023), "Nhận xét đặc điểm hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút tại bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam. 531, tr. 283-287.
4. **Neogi, T. và các cộng sự.** (2015), "2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative", Ann Rheum Dis. 74(10), tr. 1789-98.
5. **Thiele, R. G. và Schlesinger, N.** (2007), "Diagnosis of gout by ultrasound", Rheumatology (Oxford). 46(7), tr. 1116-21.
6. **Nephrology, International society of** (2012), KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, Kidney International Supplements.
7. **Nephrology, International society of** (2012), "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International Supplements.
8. **Ostermann, M. và các cộng sự.** (2020), "Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference", Kidney Int. 98(2), tr. 294-309.

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN GÂY KÍN THÂN XƯƠNG CÁNH TAY ĐƯỢC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VIS KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh<sup>1</sup>, Nguyễn Tường Anh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Anh Kiệt<sup>1</sup>, Trần Hoàng Anh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh  
Email: ntcanh@vttu.edu.vn  
Ngày nhận bài: 20.5.2024  
Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024  
Ngày duyệt bài: 8.8.2024

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân gây kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 48 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vis khóa ở khoa Ngoại chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2019