

Phần lớn bệnh nhân STPSTMTTG trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị đơn trị liệu hoặc 2 nhóm thuốc, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị đồng thời cả 3 hoặc đủ cả 4 nhóm nền tảng vẫn còn thấp. Nhóm thuốc RASi được sử dụng nhiều nhất, trong khi tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc SGLT2i và chẹn Beta còn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., et al** (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(12), 1123-1133.
2. **Jones, N. R., Roalfe, A. K., Adoki, et al** (2019). Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *European journal of heart failure*, 21(11), 1306-1325.
3. **McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, et al** (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(36), 3599-3726.
4. **Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa** (2021), Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu 2016. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*; 25(2):35-41.
5. **Thái Trường Nhã và cs** (2023), Khảo Sát Sử Dụng Thuốc Trong Điều Trị Suy Tim Phân Suất Tổng Máu Giảm Tại Bệnh Viện Tim Mạch An Giang. http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/2015_13.KS-sat-su-dung-thuoc-trong-dieu-tri-suy-tim-EF-giam-tai--BVTMAG.pdf
6. **Trần Đại Cường** (2024), Khảo Sát Điều Trị Suy Tim Theo Khuyến Cáo Của Hội Tim Châu Âu 2021 Ở Các Mức Phân Suất Tổng Máu Khác Nhau, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 534(1B).
7. **Teng, T. H. K., Tromp, J., et al** (2018). Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study. *The Lancet Global Health*, 6(9), e1008-e1018.
8. **Phan Đình Phong và cs** (2024), Thực Trạng Sử Dụng Các Nhóm Thuốc Nền Tảng Trong Điều Trị Suy Tim Mạn Tính Có Phân Suất Tổng Máu Giảm Tại Khoa Khám Bệnh - Bệnh Viện Bạch Mai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 535(1B).
9. **Greene, S. J., Butler, J., Albert, et al** (2018). Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(4), 351-366.
10. **Brunner-La Rocca, H. P., Linszen, et al** (2019). Contemporary drug treatment of chronic heart failure with reduced ejection fraction: the CHECK-HF registry. *JACC: Heart Failure*, 7(1), 13-21.

NỒNG ĐỘ ACID URIC HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN

Bùi Thị Hồng Châu¹, Lê Thị Xuân Thảo¹, Lâm Vĩnh Niên¹,
Nguyễn Thanh Trâm¹, Trần Quý Phương Thùy²,
Quách Ngọc Tường Vi², Lê Văn Huy Cường³, Nguyễn Đăng Khoa³

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng acid uric máu là tình trạng thường gặp ở bệnh thận mạn tính và cũng có liên quan với tăng huyết áp, bệnh tim mạch và đái tháo đường. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa acid uric máu và các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, gút, đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa ở người bệnh thận mạn còn hạn chế. **Đôi tượng - phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, thu thập số liệu về nồng độ acid uric huyết thanh và các bệnh kèm theo như tăng huyết áp, gút, đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa ở những người có chẩn đoán bệnh thận mạn

(hoặc chỉ số eGFR từ 15-89 mL/phút/1,73m²) đã và đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh và bệnh viện Bà Rịa. **Kết quả:** Đa số người tham gia có eGFR 60 – 89 mL/phút/1,73m², tương ứng giai đoạn 2 của CKD. Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm cao nhất là 70%. Tỷ lệ có gút hoặc MetS chiếm 1/3 dân số nghiên cứu. Nồng độ acid uric huyết thanh có xu hướng tăng dần theo phân nhóm eGFR (p<0,001). Tỷ lệ tăng acid uric máu chiếm đa số ở bệnh gút (p<0,001). Có sự khác biệt về nồng độ acid uric máu ở nhóm tăng huyết áp và gút (p<0,05). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng nồng độ acid uric huyết thanh tăng dần theo giai đoạn bệnh thận mạn, và tăng huyết áp là tình trạng phổ biến ở những người có tăng acid uric máu. **Từ khóa:** acid uric, bệnh mạn tính, bệnh thận mạn.

SUMMARY

SERUM URIC ACID CONCENTRATION AND SOME CHRONIC DISEASES IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

Background: Hyperuricemia is a common

¹Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh, ³Bệnh viện Bà Rịa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: ndkhoa.chhs22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

condition in chronic kidney disease and is also associated with hypertension, cardiovascular disease, and diabetes. However, the relationship between serum uric acid and chronic diseases such as hypertension, gout, diabetes, and metabolic syndrome in chronic kidney disease patients is still limited. **Method:** Cross-sectional study, collecting data on serum uric acid and accompanying diseases such as hypertension, gout, diabetes, and metabolic syndrome in chronic kidney disease patients (or with eGFR of 15-89 mL/min/1.73 m²) has been receiving outpatient treatment at Le Van Thinh Hospital and Ba Ria Hospital. **Results:** The majority of participants had eGFR of 60-89 mL/min/1.73 m², corresponding to stage 2 CKD, corresponding to stage 2 CKD. The highest rate of hypertension is 70%. The rate of gout, or MetS, is a third of the study population. Serum uric acid levels tend to gradually increase according to the eGFR subgroup ($p < 0.001$). The rate of hyperuricemia accounts for the majority in gout ($p < 0.001$). There was a difference in serum uric acid levels in the hypertensive and gout groups ($p < 0.05$). **Conclusion:** This study concludes that serum uric acid levels gradually increase with the stages of CKD, and hypertension is a common condition in patients with hyperuricemia. **Keywords:** uric acid, chronic disease, chronic kidney disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric máu là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa purin ở người, được tổng hợp chủ yếu ở gan và cũng được tổng hợp ở các mô khác như ruột non và nội mô mạch máu. Acid uric được sinh tổng hợp hằng ngày và chủ yếu được đào thải ra ngoài qua thận. Bên cạnh đó, thận cũng đảm nhận vai trò quan trọng trong chuyển hóa acid uric của cơ thể.¹ Ở người bệnh thận mạn (CKD), chức năng đào thải acid uric của cầu thận bị suy giảm dẫn đến tăng nồng độ acid uric máu.¹ Tăng acid uric máu là kết quả của việc tăng sản xuất hoặc giảm bài tiết acid uric qua thận. Các nghiên cứu gần đây đã báo cáo tăng acid uric máu không chỉ là yếu tố nguy cơ phát triển bệnh gút và sỏi thận mà còn liên quan đến tăng huyết áp, đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2, béo phì, hội chứng chuyển hóa (MetS), rối loạn chức năng gan, CKD và bệnh tim mạch.¹⁻⁵ Ngoài ra, tăng acid uric máu cũng liên quan đến các yếu tố nguy cơ khác của CKD như tăng huyết áp và hội chứng chuyển hóa (MetS). Tăng acid uric máu vừa là yếu tố nguy cơ, và cũng là yếu tố phát triển thứ phát sau các bệnh lý như: MetS, đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp và CKD.¹⁻⁵ Mỗi liên quan giữa acid uric và CKD có thể là các yếu tố từ hội chứng chuyển hóa (MetS), hay tăng acid uric vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của MetS, và thông qua bệnh đái tháo đường, dẫn đến bệnh lý ở thận.⁶

Mối quan hệ giữa CKD và tăng acid uric,

cũng như tầm quan trọng việc điều trị hạ acid uric huyết thanh ở người bệnh CKD vẫn chưa được thống nhất. Một số báo cáo dịch tễ học cho thấy tăng acid uric máu thường gặp ở người bệnh ĐTĐ típ 2 và tăng huyết áp, đây là những tình trạng gây ra CKD, đồng thời khi có CKD cũng làm giảm bài tiết acid uric qua nước tiểu.^{1,6,7} Tỷ lệ có gút ở người trưởng thành có chức năng thận bình thường là 1% - 2%, và tăng lên 32% ở những người có CKD giai đoạn 4. Tương tự, tỷ lệ có tăng acid uric máu ở những người có chức năng thận bình thường là 11%, và tăng lên 80% ở những người có CKD giai đoạn 4.¹ Mặt khác, trong những người bệnh có gút hoặc có tăng acid uric máu thì tỷ lệ có CKD giai đoạn 2 hoặc cao hơn tương ứng là 70% và 50%.¹ Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã báo cáo về tỷ lệ tăng acid uric máu ở người bệnh thận mạn, điển hình là nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Ánh và cộng sự đã cho thấy nồng độ acid uric máu tăng dần qua các giai đoạn CKD, và có mối tương quan với chức năng thận.⁸ Tình trạng rối loạn acid uric máu ở người bệnh suy thận mạn chưa điều trị thay thế cũng được báo cáo có tăng acid uric máu chủ yếu ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 5 do viêm cầu thận mạn.^{9,10} Nghiên cứu về mối liên quan giữa tăng acid uric máu và CKD sẽ cung cấp thêm cơ sở khoa học về bệnh thận do tăng acid uric. Tuy nhiên, cho đến nay, đánh giá acid uric nhằm tiên lượng các biến chứng bất lợi ở người bệnh thận mạn thì chưa có dữ liệu rõ ràng. Chẩn đoán sớm và điều trị các yếu tố nguy cơ cũng như hạn chế các biến chứng liên quan đến bệnh CKD như bệnh gút, tăng huyết áp, đái tháo đường, hoặc MetS mang lại ý nghĩa quan trọng cho việc giảm thiểu sự tiến triển của CKD,^{1,7} cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm gánh nặng y tế cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán bệnh thận mạn (hoặc có chỉ số eGFR từ 15-89 mL/phút/1,73m²), đã và đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thinh và bệnh viện Bà Rịa từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn vào: người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán bệnh thận mạn (hoặc có chỉ số eGFR từ 15-89 mL/phút/1,73m²), có chỉ định thực hiện xét nghiệm máu (bao gồm xét nghiệm acid uric máu), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: Không thu thập được số liệu về nồng độ acid uric.

Cỡ mẫu. Dựa trên độ chênh lệch nồng độ

acid uric từ các nghiên cứu gần đây: nghiên cứu của Babic và cộng sự¹¹ và Huỳnh Thị Ngọc Ánh và cộng sự⁹, để có khoảng tin cậy 95% (sai lầm loại 1, $\alpha = 0,05$), sai số ước tính chọn 15%, áp dụng công thức ước lượng trung bình, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 186 người.

Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu. Nghiên cứu cắt ngang.

Từ hồ sơ bệnh án và kết quả xét nghiệm, chọn tất cả người bệnh thuộc đối tượng nghiên cứu và thỏa các tiêu chí lựa chọn trong thời gian nghiên cứu, đảm bảo đạt đủ cỡ mẫu tối thiểu. Sử dụng dữ liệu sẵn có từ bệnh án và kết quả xét nghiệm, thu thập các đặc tính chung về tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh thận mạn, loại bệnh kèm (gút, tăng huyết áp, ĐTĐ típ 2, MetS), kết quả xét nghiệm máu các chỉ số acid uric, creatinine, ure, glucose, cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL-c, HDL-c) và micro albumin niệu. Các xét nghiệm chưa được khảo sát trong nghiên cứu sẽ được phân tích từ mẫu huyết thanh ở đợt xét nghiệm máu (có sự đồng thuận bằng văn bản. Theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (năm 2014) thì tăng acid uric máu là khi nồng độ acid uric huyết thanh >7 mg/dL (>420 $\mu\text{mol/L}$) ở nam và >6 mg/dL (>360 $\mu\text{mol/L}$) ở nữ. Người bệnh được chẩn đoán xác định bị bệnh thận mạn dựa vào tiêu chuẩn của Hội thận học quốc gia Hoa Kỳ-2012 (NKF/KDIGO- National Kidney Foundation/Kidney Disease: Improving Global Outcomes). Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội chứng chuyển hóa (MetS) dựa theo NCEP ATP III-2001 (National Cholesterol Education Program - Adult Treatment Panel III - Chương trình Giáo dục Cholesterol Quốc gia Hoa Kỳ) hoặc chẩn đoán từ bệnh án.

Xét nghiệm acid uric và các chỉ số xét nghiệm máu khác được thực hiện trên máy phân tích sinh hóa tự động AU 480 hoặc AU680 của hãng Beckman Coulter bằng phương pháp so màu. Tất cả chỉ số xét nghiệm đều được đảm bảo các tiêu chí nội và ngoại kiểm.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức của trường Đại học TP. Hồ Chí Minh (quyết định số 1235/HĐĐĐ-ĐHYD vào ngày 11/12/2023 và số 35/HĐĐĐ-ĐHYD vào ngày 02/01/2024).

Xử lý và phân tích số liệu. Phân tích số liệu bằng STATA 16.0. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối bình thường) hoặc trung vị với khoảng tứ vị (phân phối bị lệch). Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Phép kiểm chi bình phương (hoặc Fisher) để xác định sự khác biệt về tỉ lệ giữa hai nhóm. Phép kiểm T-test để xác định sự khác biệt về

trung bình giữa hai nhóm. Hệ số tương quan Pearson để xác định mối tương quan giữa các biến số định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

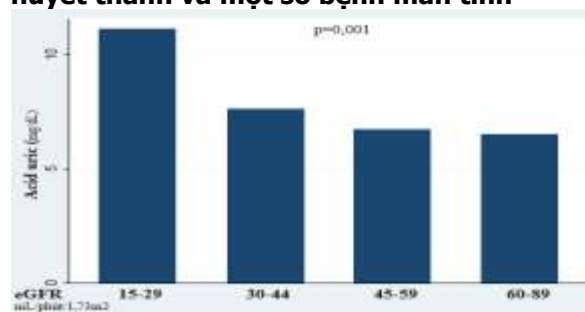
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các đặc tính chung của mẫu nghiên cứu. Tổng cộng có 267 người bệnh với eGFR < 90 mL/phút/1,73m² thỏa các tiêu chí chọn mẫu. Các đặc điểm cơ bản được trình bày trong Bảng 1, trong đó, nam giới chiếm đa số và tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $65,1 \pm 12,0$ tuổi. Dựa trên chỉ số eGFR, phân nhóm 60 – 89 mL/phút/1,73m² tương ứng bệnh thận mạn giai đoạn 2 chiếm tỉ lệ cao nhất ($>75\%$). Hơn 2/3 dân số nghiên cứu có tăng huyết áp. Tỉ lệ có bệnh đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa (MetS) lần lượt là 42,3% và 30,0%.

Bảng 1. Các đặc tính của mẫu nghiên cứu (n=267)

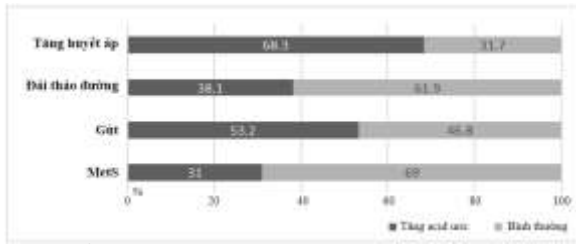
Đặc tính	Tần số n(%)
Giới tính	
Nam	170 (63,7)
Nữ	97 (36,3)
Tuổi (trung bình \pm độ lệch chuẩn)	65,1 \pm 12,0
Creatinin (mg/dL)	1,05 \pm 0,22
eGFR (mL/phút/1,73m²)	
60 – 89	201 (75,3)
45 – 59	51 (19,1)
30 – 44	14 (5,2)
15 – 29	1 (0,4)
Tăng huyết áp (Có)	187 (70,0)
Đái tháo đường (Có)	113 (42,3)
Gút (Có)	90 (33,7)
MetS (Có)	80 (30,0)

Sự liên quan giữa nồng độ acid uric huyết thanh và một số bệnh mãn tính



Biểu đồ 1: Nồng độ acid uric theo phân nhóm eGFR (n=267)

Qua Biểu đồ 1 cho thấy giá trị trung vị của nồng độ acid uric huyết thanh tăng dần theo giai đoạn bệnh thận mạn, tương ứng khi phân nhóm eGFR với giá trị càng giảm thì nồng độ acid uric huyết thanh càng tăng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$).



Biểu đồ 2: Tăng acid uric máu mô tả ở nhóm có tăng huyết áp, đái tháo đường, gút và MetS (n=267).

Tăng acid uric máu chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm tăng huyết áp, và thấp nhất ở nhóm có MetS (Biểu đồ 2). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu chỉ tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ tăng acid uric máu với bệnh gút ($p < 0,001$), không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ tăng acid uric máu với các bệnh còn lại.

Bảng 2: Nồng độ acid uric huyết thanh và một số bệnh mãn tính (n=267)

	Nồng độ acid uric	p
Tăng huyết áp		
Có (n=187)	6,6 (5,5-7,6)	0,2
Không (n=80)	6,7 (6,0-7,5)	
Đái tháo đường		
Có (n=113)	6,2 (5,4-7,4)	0,01
Không (n=154)	6,7 (6,0-7,8)	
Gút		
Có (n=90)	8,3 (6,7-9,0)	<0,001
Không (n=177)	6,3 (5,4-6,9)	
MetS (Có)		
Có (n=80)	6,7 (5,8-7,8)	0,5
Không (n=187)	6,6 (5,6-7,5)	

Kết quả ở Bảng 2 ghi nhận sự khác biệt giá trị trung vị của nồng độ acid uric huyết thanh với một số bệnh mãn tính thường gặp ở đối tượng nghiên cứu, cụ thể, người có bệnh ĐTD thì nồng độ acid uric huyết thanh thấp hơn người không có bệnh ($p = 0,01$), và người có bệnh gút thì nồng độ acid uric huyết thanh cao hơn người không có bệnh ($p < 0,001$). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ acid uric huyết thanh với tăng huyết áp và hội chứng chuyển hóa (MetS).

Bảng 3: Sự liên quan giữa nồng độ acid uric và các chỉ số cận lâm sàng ở eGFR <60 mL/phút/1,73m² (n=67)

	r	p
Ure	0,28	0,06
Glucose (mmol/L)	0,2	0,1
Cholesterol TP (mg/dL)	0,002	0,9
HDL-C (mg/dL)	-0,02	0,8
LDL-C (mg/dL)	-0,006	0,9

Triglyceride (mg/dL)	-0,03	0,8
GOT (U/L)	-0,12	0,4
GPT (U/L)	-0,06	0,6
Micro albumin niệu (mg/L)	-0,01	0,9

Ở nhóm người bệnh có chẩn đoán bệnh thận mạn (hoặc chỉ số eGFR <60 mL/phút/1,73m²), các số liệu ở bảng 3 cho thấy không có sự tương quan giữa acid uric máu với các chỉ số xét nghiệm máu và micro albumin niệu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, bệnh thận mạn giai đoạn 3-4 tương ứng eGFR <60 mL/phút/1,73m² chiếm khoảng 25% nhưng tỉ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường, gút và MetS có tỉ lệ cao hơn đáng kể. Bệnh thận mạn không chỉ gây nên tổn thương thận, suy giảm chức năng thận mà còn tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch, ĐTD típ 2, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa và rối loạn hệ thống miễn dịch.¹⁻⁷ Như vậy, cho dù là nguyên nhân hay hậu quả thì mối liên quan giữa CKD với đái tháo đường, tăng huyết áp, hay rối loạn chuyển hóa đều dẫn đến kết cục bất lợi cho người bệnh nếu không có những can thiệp điều trị phù hợp.

Tăng acid uric thường xuất hiện ở khoảng 60% người bệnh thận mạn.¹ Tăng acid uric thường gặp ở bệnh thận mạn có thể do tăng acid uric thường gặp ở bệnh ĐTD típ 2 và tăng huyết áp, là những yếu tố dẫn đến CKD. Bên cạnh đó, CKD làm suy giảm chức năng lọc của cầu thận, giảm đào thải acid uric qua thận, từ đó dẫn đến tăng acid uric. Mặt khác, tăng acid uric máu do tăng tổng hợp, giảm đào thải acid uric hoặc kết hợp cả hai, dẫn đến lắng đọng các tinh thể urat ở khớp và các mô khác như bả thận, ống thận dẫn đến tổn thương thận như sỏi thận, viêm thận kẽ, xơ hóa cầu thận, và cũng là yếu tố góp phần thúc đẩy hoặc tiến triển suy thận mạn, tăng huyết áp.¹ Kết quả nghiên cứu cũng chứng minh nồng độ acid uric tăng dần theo giai đoạn của CKD và tỉ lệ nghịch với chỉ số eGFR. Tuy nhiên, vai trò của acid uric trong CKD vẫn chưa rõ ràng với nhiều báo cáo trái chiều từ các nhà nghiên cứu lâm sàng. Một số báo cáo đồng thuận về ảnh hưởng của acid uric như một chất trung gian quan trọng của CKD, và acid uric huyết thanh tăng cao được xem là yếu tố dự báo sự phát triển của CKD.^{1,7} Thực tế lâm sàng cho thấy khi người bệnh có CKD thì nồng độ acid uric tăng cao thường không dự đoán độc lập sự tiến triển của CKD.⁷

Khi khảo sát nồng độ acid uric ở nhóm có tăng huyết áp, ĐTD, gút và MetS, nghiên cứu hiện tại chỉ ghi nhận có sự khác biệt nồng độ

acid uric ở nhóm ĐTD và nhóm có gút. Đối với nhóm có gút, giá trị trung vị của nồng độ acid uric cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại, kết quả này tương đồng với các công bố trước đây.^{6,12} Tăng acid uric máu và bệnh gút là những yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến sự tiến triển của CKD, và việc điều trị các tình trạng này có thể mang lại lợi ích lâm sàng. Đái tháo đường được xem yếu tố nguy cơ đáng ngại đối với bệnh thận, đặc biệt là bệnh thận đái tháo đường. Trong nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh có ĐTD chiếm khoảng 42%, nhưng giá trị trung vị của nồng độ acid uric ở nhóm này thấp hơn so với nhóm không có bệnh. Có khoảng 20% đến 40% người bệnh đái tháo đường sẽ có nguy cơ tiến triển bệnh thận đái tháo đường, là diễn tiến lâm sàng luôn được quan tâm. Sinh lý bệnh của bệnh thận đái tháo đường được đặc trưng bởi sự hiện diện của tình trạng tăng glucose máu mãn tính, dẫn đến tổn thương tiến triển của hệ thống vi mạch thận.^{1,7} Ngoài ra, chuyển hóa lipid kém ở những người có nồng độ acid uric cao có thể dẫn đến tăng nồng độ insulin lúc đói và sau ăn, tăng CRP, chỉ số kháng insulin ở gan, giảm độ lọc cầu thận và độ nhạy insulin của cơ xương.¹³ Sự khác biệt nồng độ acid uric huyết thanh ở nhóm có ĐTD và nhóm không ĐTD có thể là do hiệu quả của điều trị để dự phòng biến cố bất lợi ở người bệnh CKD có đái tháo đường, và phần lớn dân số nghiên cứu là nam giới. Giới tính có tác động chính đến nhiều khía cạnh của bệnh thận mạn, bao gồm tỉ lệ mắc, mô hình bệnh tật, quyết định điều trị và kết quả lâm sàng.^{8,14} Nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Ánh và cộng sự trên nhóm người bệnh CKD cũng cho thấy nồng độ acid uric ở nam giới cao hơn đáng kể so với nữ giới.⁶

Tăng huyết áp và bệnh thận mạn thường tồn tại đồng thời và mối quan hệ giữa hai trạng thái sinh lý - bệnh lý này là song phương. Huyết áp cao kéo dài có thể đẩy nhanh quá trình tiến triển của CKD, và ngược lại sự giảm dần eGFR có thể cản trở việc kiểm soát tăng huyết áp.²⁻⁵ Mối liên quan giữa tăng acid uric huyết thanh và tăng huyết áp chưa có bằng chứng rõ ràng. Các nghiên cứu ngẫu nhiên Mendel cho thấy urat huyết thanh có thể không phải là yếu tố gây tăng huyết áp, mặc dù nó làm tăng nguy cơ đột tử do bệnh tim và bệnh mạch máu do ĐTD.^{2,3} Bên cạnh đó, những thay đổi về nồng độ acid uric trong dịch cơ thể phản ánh trạng thái chuyển hóa, khả năng miễn dịch và các chức năng khác trong cơ thể. Nếu nồng độ acid uric trong máu vượt quá mức bình thường, dịch cơ thể sẽ có tính acid, ảnh hưởng đến các tế bào, dẫn đến các bệnh lý về chuyển hóa. Tăng acid

uric huyết thanh được báo cáo có mối quan hệ nhân quả và tuyến tính với tỉ lệ mắc MetS.⁴ Nghiên cứu của Norvik và cộng sự⁵ cho thấy nồng độ acid uric tăng cao có liên quan đến các thành phần của MetS, chẳng hạn như tăng triglyceride máu, kháng insulin, huyết áp cao và cholesterol lipoprotein tỉ trọng cao thấp. Tác động của MetS đối với CKD là phức tạp và chưa có báo cáo cụ thể. CKD được xem là một bệnh tiến triển phổ biến trong quá trình mà MetS vừa là yếu tố bị tác động và yếu tố góp phần gây ra. Như vậy, mặc dù nghiên cứu tìm thấy chứng cứ về sự gia tăng tỉ lệ tăng acid uric máu ở nhóm có tăng huyết áp và gút, cũng như sự khác biệt về nồng độ acid uric máu ở nhóm có bệnh ĐTD và gút, kết quả này có nhiều điểm tương đồng với các nghiên cứu đã công bố, tuy nhiên, có thể do nghiên cứu là cắt ngang, cỡ mẫu hạn chế và chưa kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng khác như bệnh đồng mắc, loại thuốc hoặc phác đồ đang điều trị nên chưa đủ cơ sở để xác định sự liên quan giữa acid uric với những bệnh mạn tính này và các chỉ số cận lâm sàng khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy rằng nồng độ acid uric huyết thanh tăng dần theo giai đoạn bệnh thận mạn và tăng huyết áp là tình trạng phổ biến ở những người có tăng acid uric máu. Mối liên quan giữa acid uric máu với các bệnh mạn tính thường gặp ở người bệnh mạn nên được củng cố thêm từ các nghiên cứu lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Johnson RJ, Sanchez Lozada LG, Lanasp MA, et al.** Uric Acid and Chronic Kidney Disease: Still More to Do. *Kidney International Reports*. 2023; 8(2): 229-239.
2. **Ku E, Lee BJ, Wei J, et al.** Hypertension in CKD: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis*. 2019;74(1):120-131.
3. **Sanchez-Lozada LG, Rodriguez-Iturbe B, Kelley EE, et al.** Uric Acid and Hypertension: An Update With Recommendations. *Am J Hypertens*. 2020;33(7):583-594.
4. **Liu N, Xu H, Sun Q, et al.** The Role of Oxidative Stress in Hyperuricemia and Xanthine Oxidoreductase (XOR) Inhibitors. *Oxid Med Cell Longev*. 2021; 2021: 1470380. doi:10.1155/2021/1470380.
5. **Norvik JV, Storhaug HM, Ytrehus K, et al.** Overweight modifies the longitudinal association between uric acid and some components of the metabolic syndrome: The Tromsø Study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2016;16:85. doi:10.1186/s12872-016-0265-8.
6. **Goldberg A, Garcia-Arroyo F, Sasai F, et al.** Mini Review: Reappraisal of Uric Acid in Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol*. 2021;52(10-11):837-844.
7. **Pugliese G, Penno G, Natali A, et al.** Diabetic kidney disease: new clinical and therapeutic

- issues. Joint position statement of the Italian Diabetes Society and the Italian Society of Nephrology on "The natural history of diabetic kidney disease and treatment of hyperglycemia in patients with type 2 diabetes and impaired renal function". *J Nephrol.* 2020; 33(1): 9-35.
8. **Huỳnh Thị Ngọc Anh, Lê Thị Thúy, Hồ Thị Tuyết Thu 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.* 2022; 509(2): 242-246.
9. **Đỗ Gia Tuyền, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Thị An Thủy.** Tình trạng rối loạn Acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2016;101(3):143-150.
10. **Lê Hạnh Nguyên, Đỗ Gia Tuyền, Đặng Thị Việt Hà 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.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ TỪ SƠN, TỈNH BẮC NINH NĂM 2024

Nguyễn Thị Trang¹, Nguyễn Quỳnh Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Từ Sơn năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định tính kết hợp định lượng, sử dụng bộ công cụ WHOQOL-BREF mô tả chất lượng cuộc sống của 190 người bệnh đái tháo đường típ 2 từ 18 tuổi trở lên, điều trị ngoại trú; **Kết quả:** Những người tuổi dưới 65, có gia đình đầy đủ vợ chồng, sống cùng gia đình, có điều kiện kinh tế khá giả, không mắc các bệnh kèm theo là những yếu tố ảnh hưởng tích cực tới chất lượng cuộc sống của người bệnh đái tháo đường trong nghiên cứu. Ngoài ra nghiên cứu còn chỉ ra các yếu tố thuộc về cơ sở y tế có ảnh hưởng tiêu cực tới chất lượng cuộc sống của người bệnh như: thời gian chờ đợi quá dài; thiếu thuốc, vật tư cung cấp cho người bệnh. Khuyến nghị bác sỹ điều trị cần quan tâm hơn và có những tư vấn, hỗ trợ điều trị cụ thể đối với những người bệnh cao tuổi (≥ 65 tuổi), không có gia đình hoặc đã ly hôn/goá, sống một mình, tình trạng kinh tế kém, có nhiều bệnh kèm theo. Cơ sở y tế cần có những biện pháp cụ thể hơn nữa để giảm thời gian chờ đợi của người bệnh, có phương án khắc phục triệt để tình trạng thiếu thuốc, vật tư cung cấp cho người bệnh.

Từ khoá: chất lượng cuộc sống, đái tháo đường, yếu tố ảnh hưởng, trung tâm y tế thành phố Từ Sơn.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF TYPE 2 DIABETES OUTPATIENTS AT TU SON CITY MEDICAL CENTER, BAC NINH PROVINCE, IN 2024

¹Trung tâm Y tế thành phố Từ Sơn

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trang

Email: mph2230083@studenthup.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

Objective: To explore several factors affecting the quality of life of type 2 diabetes outpatients at Tu Son City Medical Center in 2024. **Research Methodology:** A cross-sectional descriptive study, combining both qualitative and quantitative methods, was conducted using the WHOQOL-BREF tool to assess the quality of life of 190 type 2 diabetes outpatients aged 18 and older. **Results and Recommendation:** Factors positively influencing the quality of life of diabetic patients in the study included being under 65 years old, having a full family (spouse), living with family members, having a stable financial condition, and not having comorbid diseases. Additionally, the study identified several healthcare-related factors negatively affecting patients' quality of life, such as long waiting times and shortages of medications and medical supplies. The study recommends that treating physicians pay more attention to and offer specific consultation and treatment support for elderly patients (≥ 65 years old), those without a family or who are divorced/widowed, those living alone, patients with poor financial conditions, and those with multiple comorbidities. The healthcare facility should implement more specific measures to reduce patients' waiting times and address the medication and supply shortages.

Keywords: quality of life, diabetes, influencing factors, Tu Son City Medical Center.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng cuộc sống (CLCS) là một khía cạnh quan trọng đối với người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), CLCS kém dẫn đến việc giảm bớt sự tự chăm sóc, điều này dẫn đến việc kiểm soát đường huyết kém hơn, tăng nguy cơ mắc các biến chứng và làm tình trạng bệnh trở nên trầm trọng hơn (1). Các kết quả nghiên cứu CLCS của người bệnh ĐTĐ tại Việt Nam và trên thế giới đã chỉ ra: Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng việc làm, thời gian mắc bệnh, có bệnh đi kèm, phương pháp điều trị, tuân thủ điều trị... là những yếu tố liên quan đến