

THÔNG BÁO HAI TRƯỜNG HỢP TRONG MỘT GIA ĐÌNH VIÊM NÃO - MÀNG NÃO DO TOXOPLASMA

Lê Thị Thúy Hạnh¹, Đặng Thị Thúy¹, Bùi Vũ Huy²

TÓM TẮT

Bệnh do ký sinh trùng là bệnh còn phổ biến ở các nước đang phát triển, đặc biệt là tại những khu vực có khí hậu nhiệt đới, bao gồm Việt Nam. Trong bài báo này chúng tôi giới thiệu về hai trường hợp mẹ và con cùng nhiễm ký sinh trùng gây viêm não – màng não từ vật nuôi. Thông báo này nhằm cảnh báo sự cần thiết tăng cường công tác giáo dục, nâng cao ý thức và cách phòng chống nhiễm bệnh do ký sinh trùng trong cộng đồng tại Việt Nam.

Từ khóa: Bệnh do ký sinh trùng, viêm não – màng não, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, Toxoplasma, viêm màng não.

SUMMARY

REPORT OF TWO CASES IN A FAMILY WITH TOXOPLASMA MENINGOENCEPHALITIS

Parasitic diseases are still common in developing countries, especially in tropical climates, including Vietnam. In this article, we introduced two cases of mother and child infected with parasites causing meningoencephalitis from cattle. This notice is intended to warn of the need to strengthen education, raise awareness and how to prevent parasitic infections in the community in Vietnam.

Keywords: Parasitic diseases, meningoencephalitis, eosinophilic meningitis, Toxoplasma, meningitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do ký sinh trùng là một nhóm bệnh truyền nhiễm còn rất phổ biến trong cộng đồng, đặc biệt là tại các nước nông nghiệp và có khí hậu nhiệt đới như tại Việt Nam [1]. Bệnh ký sinh trùng thường diễn biến âm thầm, nhưng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng, đặc biệt khi ký sinh trùng xâm nhập các cơ quan như hệ thần kinh trung ương, tim, phổi... Trong các bệnh nhiễm ký sinh trùng, ngoài những ký sinh trùng có vật chủ là con người, cũng có thể có nguồn gốc từ động vật, người mắc bệnh là ngẫu nhiên [1, 2, 3]. Bệnh do ký sinh trùng tuy có thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng nhưng có thể phòng tránh bằng các biện pháp dự phòng, tuy nhiên hiện nay các bệnh này vẫn chưa được

quan tâm đúng mức, phần lớn người bệnh đi khám tại cơ sở y tế khi đã có biến chứng, làm tăng nguy cơ tử vong [3].

Trong các báo cáo trước đây, các ca bệnh nhiễm ký sinh trùng thường được phát hiện là những ca đơn lẻ trong cộng đồng [3]. Trong báo cáo này, chúng tôi thông báo về 2 trường hợp mẹ và con trong cùng 1 gia đình cùng nhiễm ký sinh trùng não – màng não có nguồn gốc từ vật nuôi, phản ánh những thiếu sót trong khâu vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống, đòi hỏi những thay đổi các thói quen trong sinh hoạt và ăn uống hằng ngày của người dân trong cộng đồng. Báo cáo này có thể đóng góp cho các nhà quản lý cần quan tâm hơn nữa khâu giáo dục cộng đồng để giảm nguy cơ, giảm tỷ lệ mắc bệnh và hạn chế các biến chứng nghiêm trọng, bảo vệ sức khỏe cộng đồng một cách toàn diện hơn.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Ca bệnh thứ nhất: Cao Thị T, nữ, 40 tuổi, dân tộc Kinh, nghề nghiệp giáo viên trung học phổ thông. Địa chỉ: Cẩm Quý – Cẩm Thủy – Thanh Hóa. Lý do vào viện: Đau đầu, sốt. Bệnh khởi đầu sốt nóng có gai rét, nhiệt độ cao nhất 38,5 độ C, sốt 1-2 cơn/ngày, thường về chiều. Kèm theo đau đầu vùng trán, thái dương, lan ra sau gáy, thành từng cơn, khoảng 10 - 12 cơn/ngày, mỗi cơn 2-3 phút. Người bệnh có cảm giác cứng cổ, đau mỏi cơ, ho khan, không buồn nôn, không nôn. Ngày thứ 6 của bệnh vào Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Lặc được chẩn đoán: Viêm phổi và điều trị Cefoperazone x 7 ngày. Ngày 13 của bệnh, người bệnh xuất hiện buồn nôn, nôn không liên quan đến bữa ăn, đau đầu tăng và chuyển đến Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, được chẩn đoán: Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan. Sau 3 tuần điều trị được chuyển đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương để theo dõi và điều trị tiếp.

Tiền sử: Bản thân khỏe mạnh, không có bệnh gì đặc biệt, sinh sống tại khu vực đồi núi, có nuôi chó, gà; xung quanh nhiều gia đình chăn nuôi gia súc, gia cầm, thường xuyên ăn rau sống tự trồng. Tẩy giun định kỳ 6 tháng/lần bằng Mebendazole. Có 2 con, con gái 15 tuổi và con trai 1 tuổi. Cùng thời điểm, con gái có các triệu chứng tương tự.

Khám vào viện: Bệnh nhân không sốt, đau đầu cơn 4-5 cơn/ngày, không phù, không có tổn

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Hạnh

Email: thuyhanh171199@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

thương dưới da. Không buồn nôn, không nôn. Glasgow 15 điểm, gáy cứng (+), vạch màng não (+), Kernig (-), đồng tử 2 bên đều ~ 2mm, phản xạ ánh sáng (+), không liệt khu trú. Phổi thông khí 2 bên tốt, không ran, SpO₂: 99%. Tim nhịp đều T1, T2 rõ, mạch 85 lần/phút, huyết áp 110/70mmHg. Bụng mềm, không có điểm đau khu trú, gan, lách không to. Cận lâm sàng: Công thức máu ngoại vi: Bạch cầu 15,92 G/l, tỉ lệ bạch cầu trung tính 72%, lympho 13,1%, bạch cầu ưa acid 10,1%, bạch cầu mono 3,3%, huyết sắc tố 135 g/l, tiểu cầu 366 G/l. Sinh hóa máu: CRP 0,08 mg/l, Procalcitonin 0,024 ng/l, GOT/GPT: 18/18 IU/l, Creatinin 40 µmol/l. Chọc dịch não tủy: màu sắc đục nhẹ, số lượng bạch cầu 883 TB/mm³, tỉ lệ trung tính 14%, lympho 59%, bạch cầu ưa acid 27%; protein 0,98 g/l, glucose 3,35 mmol/l, Clo 122,8 mmol/l. Kết quả chụp MRI sọ não: Thoái hóa chất trắng hai bán cầu đại não. (xem Hình 1)



Hình 1. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ hai bán cầu đại não (bệnh nhân Cao Thị T)

Kết quả vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn trong máu và dịch não tủy đều âm tính. Xét nghiệm GeneXpert lao và PCR HSV âm tính. Xét nghiệm miễn dịch: Toxoplasma IgG (+), IgM (-) và các kết quả Toxocara, Angiostrogylus cantonensis, Gnathostoma, Strongyloides stercoralis, Angiostrogylus cantonensis, Gnathostoma, Strongyloides stercoralis, Cysticercus cellulosae, Echinococcus granulosus đều âm tính.

Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm não – màng não do Toxoplasma và điều trị Solumedrol, Cotrimoxazol. Sau 37 ngày theo dõi và điều trị, bệnh nhân ổn định hoàn toàn, không có di chứng gì đặc biệt (kết quả chọc dịch não tủy trước khi ra viện: màu sắc trong, số lượng bạch cầu 62 TB/mm³, tỉ lệ bạch cầu trung tính 3%, lympho 95%, bạch cầu ưa acid 0%; protein 0,33 g/l, glucose 4,38 mmol/l, Clo 124,9 mmol/l).

Ca bệnh thứ hai: Lê Thanh H, nữ, 15 tuổi, học sinh lớp 9, là con gái của bệnh nhân Cao Thị T, ở cùng địa chỉ trên. Tiền sử bản thân: Phát triển thể chất - tinh thần - vận động bình thường theo lứa tuổi. Chưa phát hiện bệnh lý mạn tính. Thường xuyên ăn rau sống do nhà tự trồng, không ăn thịt sống. Được tẩy giun định kì 6 tháng/lần bằng Mebendazole.

Lý do vào viện: Đau đầu, sốt. Trẻ nhập viện ngày thứ 15 của bệnh với các triệu chứng tương tự như của người mẹ. Khởi đầu sốt nóng từng cơn, 2-3 cơn/ngày, nhiệt độ cao nhất 39 độ C, kèm theo đau đầu âm ỉ có lúc trở thành cơn, mỗi cơn 2-3 phút. Trẻ có cảm giác đau mỗi người, không buồn nôn, không nôn và táo bón. Ngày thứ 4 của bệnh, trẻ vào Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Lặc, được chẩn đoán: Viêm phổi kẽ, theo dõi nhiễm khuẩn huyết điều trị kháng sinh (không rõ loại) trong 7 ngày. Ngày thứ 9, trẻ buồn nôn và nôn, đau đầu và mệt tăng dần. Ngày 15 của bệnh, trẻ vào Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được chẩn đoán: Viêm màng não, điều trị bằng Ceftriaxon 2g/24h và chuyển Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương điều trị. Khám vào Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương: Sốt 38,5 độ C. Da, niêm mạc hồng, không phù, không có tổn thương dưới da. Đau đầu từng cơn, buồn nôn, không nôn, Glasgow 15 điểm, gáy cứng (+), vạch màng não (+), Kernig (+), đồng tử 2 bên đều ~ 2mm, phản xạ ánh sáng (+), không liệt khu trú. Phổi thông khí 2 bên đều, không ran, SpO₂: 99%. Tim nhịp đều T1, T2 rõ, mạch 100 lần/phút, huyết áp: 110/70mmHg, bụng mềm, không có điểm đau khu trú, gan, lách không sờ thấy.

Cận lâm sàng: Công thức máu ngoại vi: Bạch cầu 8,73 G/l, tỉ lệ bạch cầu trung tính 52%, lympho 24,4%, bạch cầu ưa acid 16,4%, bạch cầu mono 4,7%, huyết sắc tố 117 g/l, tiểu cầu 303 G/l. Sinh hóa máu: CRP 0,12 mg/l, GOT/GPT 14/15 IU/l, Ure/Creatinin 3,7/72 µmol/l. Chọc dịch não tủy: màu sắc đục nhẹ, số lượng bạch cầu 791 TB/mm³, tỉ lệ trung tính 5%, lympho 85%, bạch cầu ưa acid 10%; protein 0,53 g/l, glucose 1,95 mmol/l, Clo 122,2 mmol/l. Kết quả chụp cắt lớp vi tính và MRI sọ não chưa phát hiện bất thường.

Kết quả vi sinh: nuôi cấy vi khuẩn trong máu và dịch não tủy đều âm tính. Xét nghiệm PCR lao và PCR HSV đều âm tính. Xét nghiệm miễn dịch: Toxoplasma IgG (+), IgM (-), Toxocara IgG (+), Trichinella spiralis IgG (+), các kết quả Angiostrogylus cantonensis, Cysticercus cellulosae, Echinococcus granulosus, Fasciola, Paragonimus, Schistosoma đều âm tính.

Bệnh nhân được chẩn đoán Viêm não – màng não do Toxoplasma, chưa loại trừ viêm màng não mủ. Trẻ được điều trị Solumedrol kết hợp với kháng sinh. Sau 48h điều trị, kết quả chọc dịch não tủy lần 2: màu sắc đục nhẹ, số lượng bạch cầu 655 TB/mm³, tỉ lệ trung tính 5%, lympho 70%, bạch cầu ưa acid 20%; protein 0,67 g/l, glucose 4,1 mmol/l, Clo 126,5 mmol/l. Sau 36 ngày theo dõi và điều trị, bệnh

nhân ổn định hoàn toàn, không có di chứng gì đặc biệt (kết quả chọc dịch não tủy trước khi ra viện: màu sắc trong, số lượng bạch cầu 50 TB/mm³, tỉ lệ bạch cầu trung tính 5%, lympho 95%, bạch cầu ưa acid 0%; protein 0,45 g/l, glucose 3,64 mmol/l, Clo 125,4 mmol/l).

III. BÀN LUẬN

Trong cả hai trường hợp bệnh nói trên, mẹ và con, đều nhập viện vào ngày thứ 13 và ngày thứ 15 của bệnh với các triệu chứng và dấu hiệu: Sốt dai dẳng, nhiệt độ cao nhất của mẹ là 38,5 độ C và của con là 39 độ C, sốt thành từng cơn, kèm theo các biểu hiện của hội chứng não – màng não, như đau đầu, nôn và buồn nôn, gáy cứng, vạch màng não (con có dấu hiệu Kernig), nhưng không liệt khu trú. Ngoài ra không phát hiện được các tổn thương khác. Các dấu hiệu và triệu chứng đã gợi ý bệnh cảnh nhiễm trùng não – màng não [4]. Trên kết quả xét nghiệm máu ngoại vi, số lượng bạch cầu của người con ở ngưỡng bình thường (8,73 G/l), mặc dù của người mẹ tăng cao (15,92 G/l), điều đáng chú ý là tỉ lệ bạch cầu ưa acid tăng cao ở cả 2 mẹ con (13,1% - 16,4%). Các chỉ số nhiễm trùng khác như CRP, Procalcitonin của người mẹ và con đều ở ngưỡng bình thường (CRP 0,08 mg/l - 0,12 mg/l, procalcitonin của mẹ là 0,024 ng/l), xét nghiệm chức năng gan và thận của mẹ và con đều ở ngưỡng bình thường. Kết quả chọc dịch não tủy của mẹ và con đều cho thấy, dịch não tủy có màu sắc đục nhẹ, số lượng bạch cầu tăng cao (791 - 833 tế bào/mm³), protein tăng nhẹ (0,53 g/l - 0,98 g/l). Đặc biệt ở cả 2 mẹ con đều có tình trạng tăng bạch cầu ưa acid trong dịch não tủy (10% - 27%). Từ kết quả đánh giá lâm sàng và xét nghiệm, chúng tôi xác định ở cả 2 bệnh nhân đều mắc bệnh viêm não – màng não tăng bạch cầu ái toan [4]. Để tìm căn nguyên gây bệnh, chúng tôi đã tiến hành cấy vi khuẩn trong máu và dịch não tủy ở mẹ và con, kết quả đều âm tính. Chúng tôi đã tiến hành loại trừ các căn nguyên gây viêm màng não bán cấp như, vi khuẩn lao (bằng xét nghiệm PCR ở con và GeneXpert ở mẹ) đều âm tính, HSV cũng được loại trừ bằng xét nghiệm PCR âm tính. Để tìm hiểu các căn nguyên gây bệnh khác, chúng tôi đã làm xét nghiệm miễn dịch bán tự động dựa trên bệnh phẩm máu cho cả 2 mẹ con bằng máy xét nghiệm DAW50TF seri 21030117 và bộ hóa chất ELISA Kit của New Life Diagnostics LLC đều có xuất xứ từ Mỹ. Kết quả ở cả mẹ và con đều cho thấy Toxoplasma IgG dương tính, nhưng IgM âm tính. Ngoài ra, ở con Toxocara và Trichinella spiralis cũng dương tính. Như vậy từ

các kết quả xét nghiệm trên, chúng tôi đã loại trừ các bệnh do vi khuẩn, lao, virus Herpes và một số loại ký sinh trùng thường gặp khác. Trong cả hai trường hợp này, chúng tôi xác định cả hai mẹ con đều nhiễm Toxoplasma mạn tính vì có kết quả IgG (+), nhưng IgM (-) [5]. Kết quả chụp MRI ở mẹ (xem Hình 1) cũng cho thấy tổn thương não chất trắng phù hợp với nhiễm Toxoplasma [6]. Tuy nhiên ở người con chưa rõ tổn thương trên 2 bán cầu đại não.

Chúng tôi đã tiến hành tìm hiểu các yếu tố dịch tễ và đường lây truyền ký sinh trùng của hai bệnh nhân này. Chúng tôi chưa tìm thấy các điều tra dịch tễ về các bệnh ký sinh trùng lây nhiễm từ động vật sang người tại Thanh Hóa. Về đường lây truyền, bà mẹ cho biết gia đình không ăn đồ sống và tẩy giun định kỳ bằng Mebendazole 6 tháng/lần (mẹ là giáo viên Trung học phổ thông, có kiến thức). Tuy nhiên, trong gia đình nuôi nhiều gia súc, gia cầm như chó, lợn, gà. Mặc dù các thành viên trong gia đình không có thói quen chơi với chó mèo, nhưng thường dùng phân gia súc để bón rau và thường xuyên ăn rau sống do gia đình tự trồng. Chúng tôi cho rằng, đây là đường lây truyền các ký sinh trùng từ vật nuôi (Toxoplasma ở cả mẹ và con và Toxocara, Trichinella spiralis ở con). Đây là vấn đề cần phải quan tâm. Các thói quen trong sinh hoạt và ăn uống của người dân, cần phải được khắc phục để giảm các nguy cơ lây truyền các mầm bệnh trong cộng đồng.

Ở cả 2 bệnh nhân sau khi đã chẩn đoán xác định bệnh, chúng tôi đã điều trị bằng Methylprednisolon và Sulfamethoxazol, Trimethoprim và tiến hành theo dõi nội trú 4 tuần. Kết quả cho thấy các triệu chứng dần ổn định và không có biến chứng gì đặc biệt. Kết quả theo dõi 3 tháng tiếp theo cả 2 mẹ con đều ổn định hoàn toàn.

Toxoplasma có vật chủ là mèo, sau khi con người ăn phải nang trứng, hoặc mô chứa nang Toxoplasma, thể hoạt động được phóng thích và lan truyền trong cơ thể người nhiễm. Sau giai đoạn nhiễm trùng cấp tính sẽ được tiếp theo bởi sự phát triển phản ứng miễn dịch bảo vệ, từ đó hình thành nang trong các mô tại nhiều cơ quan, thường gặp nhất ở cơ xương, cơ tim, não và mắt [5, 7]. Toxocara có vật chủ chính là chó, mèo. Bệnh do Toxocara gây ra 2 hội chứng chính: ấu trùng di chuyển ở nội tạng (gây ra các triệu chứng khác nhau tùy thuộc vào cơ quan bị nhiễm) và ấu trùng di chuyển ở mắt (thường gây triệu chứng nhẹ, hoặc có thể dẫn đến thị lực suy giảm, hoặc mất thị lực) [8]. Trichinella có nhiều vật chủ khác nhau (gồm động vật có vú, chim và bò sát), trong

đó lợn, chó, ngựa, cáo ... là những nguồn lây nhiễm chính cho con người. Người bị nhiễm Trichinella do ăn thịt động vật bị nhiễm bệnh chưa chế biến kỹ, hoặc chưa qua xử lý, thường là lợn. Ấu trùng bám vào ruột non, xâm nhập niêm mạc và trưởng thành, sinh sản tạo ra ấu trùng. Các ấu trùng di chuyển theo mạch máu, hệ bạch huyết và tạo kén trong các tế bào cơ vân. Triệu chứng thường bắt đầu với sự kích thích hệ tiêu hóa, sau đó có thể gây phù nề quanh hốc mắt, đau cơ, sốt và tăng bạch cầu ái toan [8].

Theo ý kiến của chúng tôi, cả 2 mẹ con ở cùng một gia đình và có tác phong sinh hoạt tương tự. Mặc dù ở người con xét nghiệm Toxocara (+), Trichinella spiralis (+) nhưng ở người mẹ chưa được phát hiện, có thể liên quan đến tình trạng đáp ứng miễn dịch. Xét nghiệm Toxoplasma IgG (+), Toxoplasma IgM (-) ở cả hai mẹ con, đồng thời ở con các xét nghiệm Toxocara IgG (+), Trichinella spiralis IgG (+) cho thấy tình trạng nhiễm ký sinh trùng đã xảy ra trong một thời gian dài [5, 7, 8].

IV. KẾT LUẬN

Trong bài báo này, chúng tôi giới thiệu về một cặp mẹ con trong cùng một gia đình, mặc dù có kiến thức cao (mẹ là giáo viên trung học phổ thông) nhưng vẫn nhiễm các loài ký sinh trùng từ động vật. Điều này đòi hỏi ngành Y tế cần tăng cường truyền thông giáo dục, không chỉ phòng các bệnh lây truyền qua đường hô hấp mà còn cần tăng cường hướng dẫn vệ sinh cá nhân và an toàn thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Sốt Rét - Ký sinh trùng - Côn trùng

Thành phố Hồ Chí Minh (2022). Tình trạng nhiễm ký sinh trùng đường ruột tại một số cộng đồng người dân tộc thiểu số. Truy cập ngày: 11/02/2025. <https://www.impehcm.org.vn/noi-dung/tin-y-te/tinh-trang-nhiem-ky-sinh-trung-duong-ruot-tai-mot-so-cong-dong-nguoi-dan-toc-thieu-so.html?utm>

- Bùi Hoàng M, Nguyễn Thị Hồng Y, Nguyễn Ngọc T, cs** (2024). Khảo sát tỉ lệ huyết thanh dương tính với ấu trùng Toxocara canis và một số yếu tố liên quan ở người đến xét nghiệm tại bệnh viện đa khoa Hòa Hảo – Medic Cần Thơ năm 2023. Tạp Chí Y học Việt Nam. 540 (2): 324 – 328
- Nguyễn Kim Thư, Đặng Thị Bích** (2020). Báo cáo hai trường hợp nhiễm giun xoắn nặng điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (12/2017). Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 3(31): 47 – 51
- Bùi Vũ Huy** (2020). Bệnh viêm màng não nhiễm khuẩn (Viêm màng não mủ). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- MSD** (2022). Bệnh do Toxoplasma. Truy cập ngày 11/02/2025 <https://www.msmanuals.com/vi/professional/b%E1%BB%87nh-truy%E1%BB%81n-nhi%E1%BB%85m/k%C3%BD-sinh-tr%C3%B9ng-%C4%91%C6%A1n-b%C3%A0o-ngo%C3%A0i-ru%E1%BB%99t/b%E1%BB%87nh-do-toxoplasma?query=toxoplasma,%20b%E1%BB%87nh>
- Marra, Christina M** (2018). Central nervous system infection with Toxoplasma gondii. Handbook of Clinical Neurology, Vol. 152, edited by Brew, Bruce James. Publisher: Elsevier. Chapter 9, Pages: 117-122
- Bruno Gottstein, Edoardo Pozio, Karsten Nöckler** (2009). Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control of Trichinellosis. Clin Microbiol Rev. 22(1):127-145.
- MSD** (2022). Tuyến trùng (Giun tròn). Truy cập ngày 11/02/2025. <https://www.msmanuals.com/vi/professional/b%E1%BB%87nh-truy%E1%BB%81n-nhi%E1%BB%85m/tuy%E1%BA%BFn-tr%C3%B9ng-giun-tr%C3%B2n>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ ĐẠM NIỆU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Văn Nhựt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm acid uric máu và mối liên quan với mức độ đạm niệu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025. Kết thúc theo dõi, ghi

nhận có 83 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được mời vào tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ 57,8%, tuổi trung bình là $58,20 \pm 8,52$. Nồng độ acid uric máu trung bình là $287,93 \pm 153,72 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ tăng acid uric máu là 30,1%. Các yếu tố gồm tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu, tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng với OR lần lượt là $OR=7,12$; $OR=2,08$ và $OR=4,45$. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát khá cao với khoảng 30,0% trường hợp. Tăng acid uric máu, huyết áp tâm thu và tiền sử đái tháo đường là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tiểu đạm mức độ nặng.

Từ khóa: Tăng huyết áp nguyên phát, mức độ đạm niệu, tăng acid uric máu.

**Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nhựt

Email: Drnguyennhut@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025