

6. **Lê Văn Quảng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp chí Y học Việt Nam. 2002:323-326.
7. **Đinh Xuân Cường.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Mô Bệnh Học và Kết Quả Điều Trị Phẫu

Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K. Đại học Y Hà Nội.

8. **Chadwick DR.** Hypocalcaemia and permanent hypoparathyroidism after total/bilateral thyroidectomy in the BAETS Registry. Gland Surg. 2017;6(S1):S69-S74.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG TĂNG ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ BỆNH THẬN MẠN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Bùi Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹, Nguyễn Thị Thu Trang²
Nguyễn Thái Hà Dương², Nguyễn Thị Thuý Mậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tăng acid uric máu và phân tích mối liên quan giữa tăng acid uric với một số yếu tố lâm sàng, sinh hoạt và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 153 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2024. Dữ liệu được thu thập qua khám lâm sàng, khai thác bệnh sử và thực hiện các xét nghiệm sinh hóa máu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng acid uric máu là 68,6%. Tình trạng này có liên quan có ý nghĩa thống kê với giai đoạn bệnh thận mạn, chế độ ăn giàu purin, uống rượu bia, tiền sử gout, thời gian mắc bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp ≥ 10 năm. Một số chỉ số cận lâm sàng như glucose máu, eGFR, ure, triglycerid và hemoglobin có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm tăng và không tăng acid uric. **Kết luận:** Tăng acid uric máu là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn và có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ. Cần được chú trọng tầm soát trong lâm sàng. **Từ khóa:** Acid uric, bệnh thận mạn, đái tháo đường típ 2

SUMMARY

RESEARCH ON HYPERURICEMIA IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2024

Objective: This study aimed to determine the prevalence of hyperuricemia and analyze its association with certain clinical, lifestyle, and laboratory factors in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and chronic kidney disease (CKD). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 153 patients with T2DM and

CKD at the National Hospital of Endocrinology from October to December 2024. Data were collected through clinical examinations, medical history interviews, and blood biochemical tests. **Results:** The prevalence of hyperuricemia was 68.6%. This condition showed statistically significant associations with CKD stages, purine-rich diets, alcohol consumption, a history of gout, and a duration of diabetes or hypertension of 10 years or more. Several laboratory indices, including blood glucose, eGFR, urea, triglycerides, and hemoglobin, significantly differed between the hyperuricemia and non-hyperuricemia groups. **Conclusion:** Hyperuricemia is a common condition among T2DM patients with CKD and is associated with multiple risk factors. Screening for hyperuricemia should be emphasized in clinical practice. **Keywords:** Uric acid, chronic kidney disease, type 2 diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2, một bệnh lý rối loạn chuyển hóa có tính chất mạn tính, đang ghi nhận sự gia tăng nhanh chóng về số ca mắc tại Việt Nam và toàn cầu trong những năm gần đây [1]. Bệnh không chỉ gây tăng glucose máu kéo dài mà còn dẫn đến hàng loạt biến chứng trên nhiều cơ quan, trong đó bệnh thận mạn (chronic kidney disease – CKD) là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất. CKD làm suy giảm chất lượng cuộc sống, tăng gánh nặng điều trị và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến lọc máu chu kỳ ở người bệnh đái tháo đường [2]. Điều đáng lo ngại là bệnh thận mạn thường diễn tiến âm thầm, ít triệu chứng ở giai đoạn đầu, khiến việc phát hiện và can thiệp sớm gặp nhiều khó khăn.

Trong bối cảnh đó, các yếu tố nguy cơ góp phần thúc đẩy tổn thương thận càng cần được nhận diện đầy đủ và kiểm soát hiệu quả. Một trong những yếu tố ngày càng được quan tâm là tăng acid uric máu – tình trạng có thể vừa là nguyên nhân, vừa là hệ quả của tổn thương thận. Nhiều bằng chứng cho thấy tăng acid uric có thể thúc đẩy stress oxy hóa, gây tổn thương

¹Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Mậu

Email: thuymauhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

nội mô mạch máu, kích hoạt phản ứng viêm và xơ hóa mô kẽ thận. Không những vậy, nồng độ acid uric cao còn liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch và đẩy nhanh tiến trình suy thận ở bệnh nhân đái tháo đường [3, 4]. Mặc dù trước đây acid uric chưa được xếp vào nhóm tiêu chí chính trong đánh giá bệnh thận mạn, nhưng các nghiên cứu gần đây đã khẳng định vai trò độc lập của nó trong bệnh sinh và tiến triển CKD [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về mối liên quan giữa tăng acid uric máu và bệnh thận mạn trên đối tượng đái tháo đường típ 2 vẫn còn hạn chế, đặc biệt trong bối cảnh đối tượng bệnh nhân có xu hướng trẻ hóa và thường kèm theo nhiều bệnh lý nội khoa phối hợp như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid và bệnh gout [5].

Việc xác định tỷ lệ tăng acid uric và các yếu tố liên quan trong nhóm bệnh nhân đặc biệt này không chỉ có giá trị khoa học mà còn mang tính ứng dụng cao trong lâm sàng – giúp sàng lọc sớm, cá thể hóa điều trị và ngăn ngừa biến chứng tiến triển. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đánh giá tình trạng tăng acid uric máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2024*", với hai mục tiêu cụ thể: (1) Xác định tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. (2) Phân tích mối liên quan giữa tăng acid uric máu với một số đặc điểm lâm sàng, sinh hoạt và cận lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đủ 18 tuổi, được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn đang được theo dõi và điều trị tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương, tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu mắc bệnh ngoại khoa, ung thư, viêm nhiễm nặng (viêm phổi, viêm tụy cấp,...) hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 - 12/2024 tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

+ n là cỡ mẫu nghiên cứu, $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy, độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

+ p là tỷ lệ ước tính dựa trên các nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu Đào Bùi Quý Quyền (2021), tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn là 60,2% [6], do đó chọn $p = 0,602$. Giả thiết sai khác về tỷ lệ tăng acid uric ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn trong nghiên cứu với khoảng sai lệch $\varepsilon = 0,15$.

- Áp dụng công thức tính được $n = 113$. Thực tế, chúng tôi chọn được 153 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

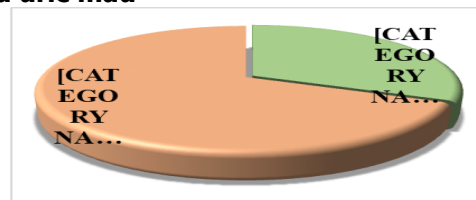
Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua tại hội đồng đạo đức của bệnh viện Nội tiết Trung Ương. Bệnh nhân trước khi tham gia nghiên cứu được thông báo đầy đủ về mục đích và mục tiêu nghiên cứu, cũng như lợi ích và những ảnh hưởng bất lợi có thể gặp của nghiên cứu tới bệnh nhân. Các thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 153 bệnh nhân, có 90 bệnh nhân nam (58,8%) và 63 bệnh nhân nữ (41,2%). Độ tuổi trung bình là $67,53 \pm 11,41$. 124 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi trên 60, chiếm tỷ lệ cao nhất với 81%. Nhóm cân nặng bình thường (BMI từ 18,5 – 22,9 Kg/m²) chiếm 52,3%, tỷ lệ thừa cân (BMI từ 23 – 24,9 Kg/m²) là 19,6% và béo phì (BMI ≥ 25 Kg/m²) là 25,5%. 90,8% bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa lipid, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường và tăng huyết áp trên 10 năm lần lượt là 73,2% và 71,2%. Tỷ lệ hút thuốc và uống rượu bia là 42,5% và 47,7%. 70,6% bệnh nhân ít hoạt động thể lực và 49,7% bệnh nhân có chế độ ăn giàu purin. Tỷ lệ mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3b cao nhất (31,4%), thấp hơn lần lượt là giai đoạn 4 (26,8%), giai đoạn 3a và giai đoạn 5 (18,95%), thấp nhất là giai đoạn 1 + 2 (3,9%).

3.1. Tỷ lệ tăng và giá trị trung bình của acid uric máu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tăng acid uric máu của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm nghiên cứu là 68,6% (105 bệnh nhân), tỷ lệ

bệnh nhân có nồng độ acid uric máu bình thường là 31,4% (48 bệnh nhân). Nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm nghiên cứu là $472,34 \pm 133,18 \mu\text{mol/L}$, nồng độ acid uric máu trung bình ở nam và nữ lần lượt là $480,18 \pm 128,13 \mu\text{mol/L}$ và $461,16 \pm 140,35 \mu\text{mol/L}$.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric trên nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Liên quan giữa tuổi, giới, BMI và giai đoạn bệnh với tăng acid uric máu

Đặc điểm		Tăng acid uric máu		p
		Tăng n (%)	Không tăng n (%)	
Giới	Nam	57 (63,3%)	33 (36,7%)	0,092
	Nữ	48 (76,2%)	15 (23,8%)	
Nhóm tuổi	≤ 50	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,217
	51-59	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
	≥ 60	89 (71,8%)	35 (28,2%)	
BMI	<18,5	2 (50%)	2 (50%)	0,062
	18,5-22,9	48 (60%)	32 (40%)	
	23-24,9	24 (80%)	6 (20%)	
	≥ 25	31 (79,5%)	8 (20,5%)	
Giai đoạn bệnh thận mạn	1 + 2	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,036
	3a	15 (51,7%)	14 (48,3%)	
	3b	34 (70,8%)	14 (29,2%)	
	4	33 (80,5%)	8 (19,5%)	
	5	21 (72,4%)	8 (27,6%)	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng acid uric máu cao hơn ở nữ giới, độ tuổi trên 60 và bệnh nhân thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ tăng acid uric máu cao nhất ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 4 và 5 với 80,5% và 72,4%, thấp nhất ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 1 + 2 ($p = 0,036 < 0,05$).

Bảng 3.2. Liên quan giữa thói quen sinh hoạt, bệnh lý với tăng acid uric máu

Đặc điểm		Acid uric máu		p
		Tăng n (%)	Không tăng n (%)	
Chế độ ăn giàu purin	Có	59 (77,6%)	17 (22,4%)	0,017
	Không	46 (59,7%)	31 (40,3%)	
Rượu bia	Có	44 (60,3%)	29 (39,7%)	0,033
	Không	61 (76,3%)	19 (23,8%)	
Hút thuốc	Có	40 (61,5%)	25 (38,5%)	0,104
	Không	65 (73,9%)	23 (26,1%)	
Hoạt động thể lực	Có	28 (62,2%)	17 (37,8%)	0,27
	Không	77 (71,3%)	31 (28,7%)	
Tăng huyết áp	<10 năm	25 (56,8%)	19 (43,2%)	0,045
	≥10 năm	80 (73,4%)	29 (26,6%)	
Đái tháo đường	<10 năm	23 (56,1%)	18 (43,9%)	0,043
	≥10 năm	82 (73,2%)	30 (26,8%)	

RLCH lipid	Có	95 (68,3%)	44 (31,7%)	0,813
	Không	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
Bệnh Gout	Có	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0,00
	Không	63 (57,8%)	46 (42,2%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tăng acid uric máu với thói quen hút thuốc, hoạt động thể lực và tình trạng rối loạn chuyển hoá lipid ($p > 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tăng acid uric máu với chế độ ăn giàu purin, thói quen uống rượu bia, tiền sử mắc bệnh gout, thời gian mắc tăng huyết áp và đái tháo đường trên 10 năm ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Liên quan giữa một số yếu tố cận lâm sàng với tăng acid uric máu

Chỉ số	Acid uric máu		P
	Tăng ($\bar{X} \pm SD$)	Không tăng ($\bar{X} \pm SD$)	
RBC	$3,98 \pm 0,71$	$4,24 \pm 0,77$	0,04
Hb	$116,68 \pm 21,41$	$125,67 \pm 23,02$	0,02
HbA1c (%)	$8,25 \pm 1,81$	$8,68 \pm 1,94$	0,193
Glucose máu	$10,21 \pm 5,02$	$12,4 \pm 5,75$	0,018
Triglycerid	$3,13 \pm 2,78$	$2,06 \pm 1,07$	0,001
Cholesterol	$4,17 \pm 1,47$	$4,4 \pm 1,56$	0,385
HDL-C	$1,05 \pm 0,3$	$1,17 \pm 0,28$	0,02
LDL-C	$2,23 \pm 1$	$2,7 \pm 1,16$	0,011
Ure	$17,63 \pm 9,57$	$13,86 \pm 7,66$	0,018
Creatinine	$241,54 \pm 145,98$	$213,46 \pm 159,53$	0,285
GOT	$39,11 \pm 61,52$	$29,45 \pm 15,31$	0,287
GPT	$42,37 \pm 86,29$	$32,23 \pm 34,32$	0,434
eGFR	$29,58 \pm 14,66$	$38,31 \pm 19,54$	0,007

Nhận xét: Glucose máu, HDL-C, LDL-C, mức lọc cầu thận, hồng cầu, hemoglobin trung bình ở nhóm tăng acid uric máu thấp hơn so với nhóm không tăng; triglycerid, ure trung bình ở nhóm tăng acid uric máu cao hơn so với nhóm không tăng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về HbA1c, cholesterol, creatinine, GOT, GPT trung bình giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn là 68,6%, tương đương với kết quả của Đào Bùi Quý Quyền (2021) [6] và Wan-Chun Liu et al. (2012) [7]. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với dân số chung và cũng cao hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ mắc đái tháo đường không có tổn thương thận. Điều này khẳng định rằng tăng acid uric máu không chỉ là hậu quả của giảm chức năng lọc thận, mà còn có thể đóng vai trò trong việc thúc đẩy tổn thương thận tiến triển ở

bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Nhận định này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế và trong nước, đặc biệt là nghiên cứu của Mauer và Doria (2018) đã nêu rõ vai trò tiên lượng của acid uric đối với tiến triển bệnh thận mạn ở người đái tháo đường [2].

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric ở nữ giới cao hơn nam giới nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (76,2% với 63,3%, $p = 0,092 > 0,05$). Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu ghi nhận tăng acid uric máu có liên quan đến giới tính, trong đó, nam giới thường có tỷ lệ tăng acid uric máu cao hơn nữ giới [8]. Acid uric thường tăng cao hơn ở nam giới do liên quan đến chế độ ăn nhiều đạm (thịt đỏ, hải sản,...), lạm dụng rượu bia. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do phần lớn là bệnh nhân nam lớn tuổi, tỷ lệ uống rượu bia không cao. Hơn nữa, hầu hết bệnh nhân nữ đều trên 60 tuổi, đây là độ tuổi mãn kinh có tình trạng rối loạn nội tiết tố, 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, gây tăng acid uric trong máu. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm tuổi trên 60 cao hơn nhóm tuổi dưới 50 và nhóm tuổi 51 – 59, không ghi nhận mối liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng tăng acid uric máu, $p = 0,217$. Nghiên cứu của Mai Huỳnh Ngọc Tân (2019) [5] có kết quả tương đồng với tỷ lệ tăng acid uric máu cao nhất ở nhóm tuổi trên 60 (76,6%), $p = 0,58 > 0,05$. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho thấy có mối liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng tăng acid uric máu ($p < 0,05$) [8]. Sự khác biệt có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu chưa đủ lớn, phân bố bệnh nhân giữa các nhóm tuổi không đều nên không có sự khác biệt. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng acid uric máu tăng dần theo giai đoạn của bệnh thận mạn, tỷ lệ tăng acid uric máu cao nhất ở giai đoạn 4, điều này tương đồng với nghiên cứu của Đào Bùi Quý Quyền (2021) cũng ghi nhận có mối liên quan giữa tỷ lệ tăng acid uric với giai đoạn bệnh thận mạn ($p < 0,001$) [6]. Có thể nói, so với một số nghiên cứu trong nước như của Đào Bùi Quý Quyền (2021) và Mai Huỳnh Ngọc Tân (2019), kết quả của chúng tôi có sự tương đồng về tỷ lệ tăng acid uric và các yếu tố liên quan [5, 6]. Tuy nhiên, một số yếu tố như tuổi, giới tính, BMI, hút thuốc, hoạt động thể lực và rối loạn lipid máu không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa trong nghiên cứu này, điều này cũng phù hợp với một số báo cáo gần đây cho rằng vai trò của các yếu tố nhân khẩu học ngày càng giảm khi kiểm soát bệnh lý được cải thiện.

Nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng acid uric và một số yếu tố lâm sàng và sinh hoạt như: chế độ ăn giàu purin, uống rượu bia, tiền sử bệnh gout, thời gian mắc tăng huyết áp và đái tháo đường trên 10 năm. Đây là những yếu tố có thể điều chỉnh được trong thực hành, và điều này mở ra tiềm năng trong kiểm soát và dự phòng tăng acid uric máu thông qua thay đổi lối sống. Kết quả trên phù hợp với nhận định từ nghiên cứu của Nguyễn Việt Thu Trang (2022) về ảnh hưởng của lối sống đến acid uric máu ở bệnh nhân đái tháo đường [1].

Mặt khác, mối liên quan giữa tăng acid uric và giai đoạn bệnh thận mạn cũng được thể hiện rõ, khi tỷ lệ tăng acid uric tăng dần theo mức độ suy giảm eGFR. Điều này nhất quán với nghiên cứu của Wan-Chun Liu và cộng sự (2012), trong đó acid uric máu tăng rõ rệt ở các giai đoạn CKD tiến triển [7]. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận một số chỉ số sinh hóa có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm như glucose máu, triglycerid, ure và hemoglobin, cho thấy mối liên hệ giữa rối loạn chuyển hóa và tăng acid uric máu.

Nhìn chung, nghiên cứu cho thấy tăng acid uric máu là một tình trạng phổ biến, có liên quan chặt chẽ với nhiều yếu tố chuyển hóa, lối sống và tiến triển của bệnh thận mạn. Việc sàng lọc và can thiệp sớm để kiểm soát acid uric cần được xem là một phần trong chiến lược toàn diện nhằm cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tăng acid uric máu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn, với tỷ lệ lên đến 68,6%. Tình trạng này có mối liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh thận mạn, chế độ ăn giàu purin, thói quen uống rượu bia, tiền sử bệnh gout, thời gian mắc đái tháo đường và tăng huyết áp trên 10 năm. Ngoài ra, các chỉ số cận lâm sàng như glucose máu, lipid máu, ure, eGFR cũng có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm tăng và không tăng acid uric. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của việc tầm soát tăng acid uric ở bệnh nhân có bệnh thận mạn trên nền đái tháo đường típ 2 để đưa ra các can thiệp kịp thời, góp phần làm chậm tiến triển bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trang N. V. T., Toàn N. H., & Phương V. M.** (2022). Nghiên cứu tình hình tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (46), 34–40.

2. **Mauer, M., & Doria, A.** (2018). Uric Acid and Diabetic Nephropathy Risk. *Contributions to Nephrology*, 192, 103–109. <https://doi.org/10.1159/000484284>
3. **Guo, L.-P., Wang, Q., Pan, Y., Wang, Y.-L., Zhang, Z.-J., Hu, C.,... Liu, J.-Y.** (2020). A retrospective cross-sectional study of the associated factors of hyperuricemia in patients with chronic kidney disease. *The Journal of International Medical Research*, 48(6), 0300060520919224. <https://doi.org/10.1177/0300060520919224>
4. **Barman, Z., Hasan, M., Miah, R., Mou, A. D., Hafsa, J. M., Trisha, A. D.,... Ali, N.** (2023). Association between hyperuricemia and chronic kidney disease: a cross-sectional study in Bangladeshi adults. *BMC endocrine disorders*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01304-7>
5. **Mai, H. N. T.** (2019). 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*, (19), 1–8.
6. **Đào B. Q. Q., Bùi H. H., & Lê V. T.** (2021). Khảo sát nồng độ acid uric huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i2.751>
7. **Liu, W.-C., Hung, C.-C., Chen, S.-C., Yeh, S.-M., Lin, M.-Y., Chiu, Y.-W.,... Chen, H.-C.** (2012). Association of hyperuricemia with renal outcomes, cardiovascular disease, and mortality. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 7(4), 541–548. <https://doi.org/10.2215/CJN.09420911>
8. **Trưởng L. X., Châu B. T. H., Thuận H. T. B., & Huyền G. T. M.** (2016). Khảo sát mối tương quan giữa acid uric huyết và bệnh đái tháo đường type 2. *Nghiên cứu Y học, Y học TP. Hồ Chí Minh*, (1).

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 BẰNG BỘ CÂU HỎI FACT-HEP

Nguyễn Văn Diệu¹, Nguyễn Quốc Việt¹, Sầm Đức Anh¹,
Nguyễn Quang Tùng¹, Phan Huy Tâm¹,
Nguyễn Ngọc Khánh², Nguyễn Xuân Khải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025 bằng bộ câu hỏi FACT-Hep. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu tiền cứu trên 66 BN UTBMTBG đến khám và được điều trị hoặc theo dõi định kỳ tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu tiền cứu trên 66 BN UTBMTBG đến khám và được điều trị hoặc theo dõi định kỳ tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh: $63,35 \pm 10,37$ tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 10/1; Tổng điểm FACT-Hep là $143,71 \pm 16,20$ điểm. Đa số BN (56,1%) có CLCS tốt, trong khi số BN có CLCS chưa tốt là 29/66 BN (43,9%). Tuổi, chỉ số tiểu cầu và kích thước u có ảnh hưởng đến CLCS của BN UTBMTBG. **Kết luận:** Điểm trung bình CLCS của BN UTBMTBG trong nghiên cứu là $143,71 \pm 16,20$ điểm. Hầu hết BN UTBMTBG trong nghiên cứu có CLCS tốt (56,1%). Phân tích đa biến ghi nhận 3 yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến CLCS của BN UTBMTBG là tuổi, chỉ số tiểu cầu và kích thước u. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của

việc theo dõi và kiểm soát các yếu tố trên nhằm nâng cao CLCS của BN UTBMTBG. **Từ khóa:** Ung thư biểu mô tế bào gan, chất lượng cuộc sống, FACT-Hep.

SUMMARY

ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS TREATED AT MILITARY HOSPITAL 103 BY USING THE FACT-Hep QUESTIONNAIRE

Objectives: To assess the quality of life (QOL) of patients with hepatocellular carcinoma (HCC) treated at Military Hospital 103 from May 2024 to May 2025 using the FACT-Hep questionnaire. To study some factors related to QOL of HCC patients treated at Military Hospital 103 from May 2024 to May 2025. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, collecting prospective data on 66 HCC patients who came for examination and were treated or periodically monitored at Military Hospital 103 from May 2024 to May 2025. **Results:** Average age of patients: $63,35 \pm 10,37$ years old; male/female ratio: 10/1; The total FACT-Hep score was $143,71 \pm 16,20$ points. The majority of patients (56,1%) had good QOL, while the number of patients with poor QOL was 29/66 (43,9%). Age, platelet index and tumor size concentration affect the QOL of HCC patients. **Conclusion:** The average QOL of HCC patients in the study was $143,71 \pm 16,20$ points. Most patients have good QOL (56,1%). Multivariate analysis showed that 3 factors were statistically significantly related to the QOL of HCC patients: age, platelet index and tumor size. These results emphasize the importance of

¹Học viện Quân y

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Khải

Email: drxuankhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025