

ĐẶC ĐIỂM ACID URIC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÈ NHAI

Trần Thị Xuân¹, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}, Trần Thị Tô Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Hoè Nhai. 2. Nhận xét mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 74 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Hoè Nhai từ tháng 11/2024 đến tháng 3/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ các bệnh nhân có tăng acid uric máu là 91,8 % với nồng độ acid uric máu trung bình là $506,3 \pm 99,3$ $\mu\text{mol/L}$. Không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, giới tính, số lần tái sử dụng lại quả lọc, thể tích nước tiểu tồn dư, nồng độ hemoglobin, albumin máu, phospho và PTH. Các biến số gồm: tình trạng tăng huyết áp, chỉ số BMI và số năm lọc máu có liên quan với nồng độ acid uric máu. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ ure, creatinin máu ($r = 0,563$; $r = 0,483$; $p < 0,05$); có tương quan thuận mức độ mạnh giữa URR với tỷ lệ giảm acid uric máu sau lọc ($r = 0,771$). **Kết luận:** Tăng acid uric máu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ và có liên quan mật thiết với chỉ số BMI, số năm lọc máu, nồng độ ure, creatinin máu. Acid uric máu được đào thải hiệu quả thông qua quá trình lọc máu. Do đó, việc xây dựng chế độ dinh dưỡng hợp lý, lựa chọn quả lọc và chế độ lọc máu hiệu quả sẽ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống cho người bệnh.

Từ khóa: Acid uric máu, thận nhân tạo chu kỳ, suy thận mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SERUM URIC ACID AND ASSOCIATED FACTORS IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT HOE NHAI GENERAL HOSPITAL

Objectives: 1. To investigate serum uric acid levels in maintenance hemodialysis patients at Hoe Nhai General Hospital. 2. To evaluate the association between serum uric acid levels and the clinical manifestations as well as paraclinical parameters in these patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 74 maintenance hemodialysis patients at Hoe Nhai General Hospital from November 2024 to March 2025. **Results:** The prevalence of hyperuricemia was 91.8%, with a mean serum uric acid level of $506.3 \pm$

99.3 $\mu\text{mol/L}$. No significant association was found between serum uric acid levels and age, gender, reuse frequency of dialyzers, residual urine volume, hemoglobin, serum albumin, phosphorus, or parathyroid hormone (PTH) levels. However, serum uric acid levels were significantly associated with hypertension status, body mass index (BMI), and the duration of dialysis. A moderate positive correlation was observed between serum uric acid and blood urea nitrogen (BUN) and creatinine levels ($r = 0.563$ and $r = 0.483$, respectively; $p < 0.05$). A strong positive correlation was also found between the urea reduction ratio (URR) and the percentage reduction in serum uric acid after dialysis ($r = 0.771$). **Conclusions:** Hyperuricemia was highly prevalent among maintenance hemodialysis patients and was closely associated with BMI, dialysis duration, and blood levels of urea and creatinine. Serum uric acid was effectively removed through the hemodialysis process. Therefore, optimizing nutritional management, selecting appropriate dialyzers, and ensuring effective dialysis regimens could improve patients' quality of life and longevity. **Keywords:** Serum uric acid, periodic hemodialysis, end-stage chronic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm chuyển hoá cuối cùng của purin và được đào thải chủ yếu qua thận (60- 70%)... Do đó, việc suy giảm chức năng thận sẽ dẫn đến tăng acid uric máu và 40- 80% những bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ có tăng acid uric máu. Ở các bệnh nhân lọc máu chu kỳ, acid uric máu sẽ được loại ra khỏi cơ thể trong quá trình lọc máu với hệ số thanh thải tương tự như ure và trung bình với mỗi lần lọc máu sẽ loại được khoảng 1gram acid uric. Mặc dù có đặc tính chống oxy hóa, acid uric đóng một vai trò quan trọng trong hoạt hóa quá trình viêm, dẫn đến tăng tổng hợp các cytokine gây viêm như interleukin- 1β và các sản phẩm oxy hóa. Acid uric cũng dẫn đến rối loạn chức năng của lớp tế bào nội mô ở thành mạch và gây hoạt hóa hệ thống renin-angiotensin- aldosterone, làm giảm chức năng của thành mạch và rối loạn sự phát triển của lớp tế bào cơ trơn ở thành mạch. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, tình trạng tăng acid uric máu có liên quan chặt chẽ với cơ chế bệnh sinh của các bệnh lý tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Điển hình là các bệnh như: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, rối loạn mỡ máu [1],[2]... và đây chính là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

Tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện đa khoa Hoà Nhai, hiện có gần 170 bệnh nhân được lọc máu chu kì thường xuyên, với nhiều bệnh lí nền khác nhau như: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch và hội chứng chuyển hóa. Việc xác định đặc điểm của nồng độ acid uric máu và tìm hiểu mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân này sẽ là cơ sở để các bác sĩ lâm sàng đưa ra biện pháp điều trị đặc hiệu nhằm điều chỉnh nồng độ acid uric máu giúp giảm nguy cơ tử vong và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1. Khảo sát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân lọc máu chu kì tại Bệnh viện đa khoa Hoà Nhai. 2. Nhận xét mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 74 bệnh nhân lọc máu chu kì tại Bệnh viện đa khoa Hoà Nhai từ tháng 11/2024 đến tháng 3/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** Các bệnh nhân lọc máu chu kỳ có thời gian lọc máu ≥ 03 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính, ác tính, cần chế độ lọc riêng biệt; bệnh nhân đang dùng thuốc hạ acid uric máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân lọc máu chu kỳ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

- **Quy trình thực hiện nghiên cứu:** Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm xét nghiệm, lấy số liệu theo bệnh án nghiên cứu.

- **Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:** Phân loại chỉ số khối cơ thể BMI theo WHO, chẩn đoán tăng huyết áp theo ESC/ESH 2018, chẩn đoán đái tháo đường theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ ADA, phân loại mức độ thiếu máu theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế.

- **Các chỉ số và biến số nghiên cứu:** Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI, số năm lọc máu, số lần sử dụng lại quả lọc, số lượng nước tiểu tồn dư 24h (ngày không lọc máu), các bệnh lý đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường,...), hemoglobin (g/dl), creatinine máu, PTH, albumin, sắt huyết thanh, canxi TP, phospho, ferritin, ure và acid uric máu trước và sau lọc.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 25.0, test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=74)

	Biến số	Giá trị
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	$53,4 \pm 13,7$
	Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất	22 – 85 tuổi
	< 60 tuổi, n (%)	46 (62,2)
	≥ 60 tuổi, n (%)	28 (37,8)
Giới tính	Nam, n (%)	36 (48,7)
	Nữ, n (%)	38 (51,3)
BMI	$\bar{X} \pm SD$	$20,9 \pm 3,1$
	< 18,5, n (%)	14 (18,9)
	18,5- 24,9, n (%)	52 (70,3)
	≥ 25 , n (%)	8 (10,8)
Các bệnh lý đi kèm	Tăng huyết áp, n (%)	62 (83,8)
	Đái tháo đường, n (%)	15 (20,3)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là $53,4 \pm 13,7$ và nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 62,2%. Trong các bệnh lý đi kèm, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (83,8%).

Bảng 3.2. Đặc điểm lọc máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=74)

	Biến số	Giá trị
Thời gian lọc máu	< 5 năm, n (%)	28 (37,8)
	Từ 5 đến < 10 năm, n (%)	16 (21,6)
	≥ 10 năm, n (%)	30 (40,5)
	Thời gian lọc máu trung bình (năm), $\bar{X} \pm SD$	$8,4 \pm 6$
Số lần sử dụng lại quả lọc	Sử dụng lại quả lọc, n (%)	65 (87,8)
	Sử dụng quả lọc 3 lần, n (%)	16 (21,6)
	Sử dụng quả lọc 4 lần, n (%)	44 (59,5)
	Sử dụng quả lọc 6 lần, n (%)	5 (6,8)
Nước tiểu tồn dư	$\geq 500\text{ml}/24\text{h}$, n (%)	8 (10,8)
	< 500ml/24h, n (%)	66 (89,2)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thời gian lọc máu trung bình là $8,4 \pm 6$ năm và chủ yếu các bệnh nhân có thời gian lọc máu dưới 10 năm chiếm tỷ lệ 59,4%. Có 87,8% bệnh nhân sử dụng lại quả lọc. Tỷ lệ bệnh nhân còn nước tiểu tồn dư $\geq 500\text{ml}/24$ giờ chỉ chiếm 10,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về nồng độ acid uric máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=74)

	Biến số	Giá trị
Nồng độ acid uric máu trước lọc ($\mu\text{mol/L}$), $\bar{X} \pm SD$		$506,3 \pm 99,3$
	Tỷ lệ tăng acid uric máu, n (%)	68 (91,8)
Nồng độ acid uric máu sau lọc quả lọc lần 1 ($\mu\text{mol/L}$), $\bar{X} \pm SD$		$126,1 \pm 36,2$

Tỷ lệ URR quả lọc lần 1 (%), $\bar{X} \pm SD$	69,9 $\pm$ 8
Tỷ lệ giảm acid uric máu quả lọc lần 1 (%), $\bar{X} \pm SD$	74,8 $\pm$ 6,6

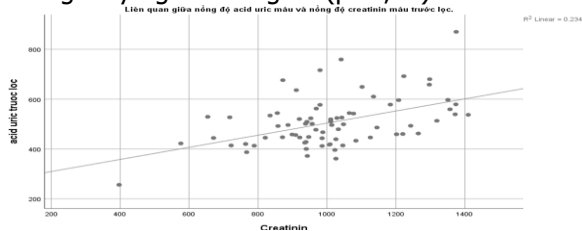
Nhận xét: Các bệnh nhân có nồng độ acid uric máu trung bình trước lọc máu ở mức độ cao (506 $\mu\text{mol/L}$) với tỷ lệ tăng acid uric máu lên tới 91,8%. Tuy nhiên, sau lọc máu với quả lọc lần đầu, nồng độ acid uric máu giảm chỉ còn trung bình 126,1 $\mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ URR và tỷ lệ giảm acid uric máu đều đạt ở mức cao (tương ứng với 69% và 74%).

3.2. Môi tương quan giữa acid uric máu và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa nồng độ acid uric máu và giới tính, tuổi (n=74)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/L}$), $\bar{X} \pm SD$	p
Chung	74	506,3 $\pm$ 99,3	
Giới	Nam	523,5 $\pm$ 101,7	0,15
	Nữ	489,9 $\pm$ 95,4	
Tuổi	<60 tuổi	522 $\pm$ 108,1	0,08
	$\geq$ 60 tuổi	480,4 $\pm$ 77,9	

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trung bình ở thời điểm trước lọc của nhóm bệnh nhân nam giới cao hơn so với nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Nồng độ acid uric máu trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).



Biểu đồ 3.1: Môi liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nồng độ creatinin máu trước lọc

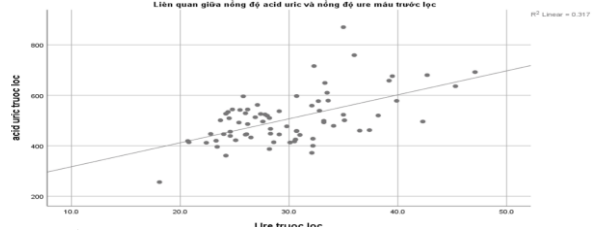
Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: Acid uric trước lọc = 260,793 + 0,243x Creatinin. Creatinin huyết thanh có mối tương quan thuận mức độ trung bình và mạnh với nồng độ acid uric máu trước lọc ($r = 0,483$). ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và các bệnh lý đồng mắc (n=74)

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ bệnh nhân (%)	Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/L}$), $\bar{X} \pm SD$	p
Có tăng huyết áp	62	83,8	494,1 $\pm$ 97,5	0,015
Không tăng huyết áp	12	16,2	569,3 $\pm$ 86,9	

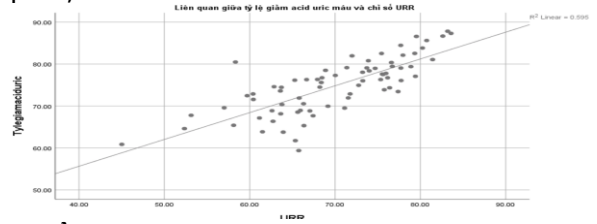
Có đái tháo đường	15	20,3	461,7 $\pm$ 55,8	0,051
Không đái tháo đường	59	79,7	517,6 $\pm$ 104,9	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân không bị tăng huyết áp và đái tháo đường có nồng độ acid uric máu trung bình cao hơn nhiều so với nhóm có tăng huyết áp và đái tháo đường, tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ xảy ra với nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp.



Biểu đồ 3.2. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nồng độ ure máu trước lọc

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trước lọc có mối tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ ure ($r = 0,563$) và creatinine máu ($r = 0,483$), mô hình hồi quy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.3. Liên quan giữa tỷ lệ giảm acid uric máu và chỉ số URR với quả lọc sử dụng lần 1.

Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: Tỷ lệ giảm acid uric = 30,065 + 0,639 x URR

Có mối tương quan thuận mức độ mạnh giữa URR và tỷ lệ giảm nồng độ acid uric máu ($r = 0,771$), mô hình hồi quy tuyến tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Bảng phân tích hồi quy đa biến

Biến	B (Hệ số chưa chuẩn hóa)	Beta (Hệ số chuẩn hóa)	Sig. (p-value)
Hằng số (Constant)	256,5	-	0.008
Số năm lọc máu	4,6	0.277	0.031
BMI	9,428	0.294	0.014
Số lần tái sử dụng quả lọc	-0,479	-0,006	0.96
PTH	0,027	0.161	0.190

Nhận xét: Mô hình có ý nghĩa thống kê tổng thể với $p = 0,015 < 0,05$. Trong 4 biến số độc lập, chỉ 2 biến số có liên quan với nồng độ acid uric máu là: số năm lọc máu và chỉ số BMI. Các biến còn lại không có ảnh hưởng đáng kể trong

mô hình này.

IV. BÀN LUẬN

Tăng acid uric máu là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ, có liên quan đến rối loạn chức năng lớp tế bào nội mô, xơ cứng thành mạch máu và tăng nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ acid uric máu trung bình của bệnh nhân là $506,3 \pm 99,3 \mu\text{mol/l}$, với tỷ lệ bệnh nhân có tăng acid uric máu cao (91,8%). Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Anh Trung (93,2%) [4] và cao hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thu Trang (66,25%) [3]. Theo tiêu chuẩn, tăng acid uric máu được xác định khi $\geq 420 \mu\text{mol/l}$ ở nam và $\geq 360 \mu\text{mol/l}$ ở nữ. Nồng độ acid uric máu ở nam giới thường cao hơn nữ giới do thói quen ăn uống và ảnh hưởng của estrogen làm tăng thải acid uric qua đường niệu ở nữ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ acid uric máu ở nam giới cao hơn nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,146$). Nhóm bệnh nhân có thời gian lọc máu trên 10 năm ghi nhận nồng độ acid uric máu cao hơn nhóm dưới 10 năm. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy thời gian lọc máu có liên quan chặt chẽ với nồng độ acid uric máu.

Tỷ lệ tái sử dụng quả lọc trong nghiên cứu chiếm 87,84%. Tuy nhiên, sự khác biệt nồng độ acid uric máu giữa nhóm sử dụng quả lọc một lần và nhóm tái sử dụng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Theo kết quả nhiều nghiên cứu, acid uric máu có những chức năng sinh học khác nhau, cả khả năng gây oxy hóa và chống oxy hóa, phụ thuộc vào các điều kiện sinh lý khác nhau trong cơ thể. Trong điều kiện sinh lý bình thường, acid uric có tác dụng làm giảm các stress oxy hóa trong cơ thể, ngăn cản sự hoạt hóa của các enzyme gây oxy hóa ở lớp tế bào nội mô của thành mạch. Do đó, tình trạng tăng acid uric máu có thể là 1 phản ứng bù trừ của cơ thể với các tổn thương oxy hóa trong quá trình tiến triển của xơ vữa mạch. Tuy nhiên, khi nồng độ acid uric máu tăng quá cao, vượt quá mức độ bão hòa trong máu, sẽ trở thành 1 chất gây oxy hóa và gây viêm mạn tính trong cơ thể. Nghiên cứu ghi nhận nhóm bệnh nhân không mắc tăng huyết áp hoặc đái tháo đường có nồng độ acid uric máu cao hơn nhóm có bệnh lý đi kèm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn [1] và Roozbeh J [5], cho thấy mối liên quan nghịch giữa nồng độ acid uric máu cao và huyết áp tâm thu cao.

Ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ, acid uric máu cũng phản ánh tình trạng dinh dưỡng. Nồng độ

acid uric máu thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI thấp nhất, cho thấy tình trạng dinh dưỡng kém có liên quan đến giảm nồng độ acid uric. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy BMI thấp và giảm albumin máu là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân thận nhân tạo. Nghiên cứu cũng ghi nhận nồng độ acid uric trước lọc có mối tương quan thuận mức độ trung bình đến mạnh với nồng độ ure ($r=0,563$) và creatinin máu ($r=0,483$); trong đó ure có ảnh hưởng lớn hơn creatinin đến acid uric ($\beta=0,438$ và $\beta=0,301$). Đồng thời, tỷ lệ giảm acid uric máu có tương quan thuận mạnh với URR ($r=0,771$). Các kết quả này cho thấy hiệu quả lọc máu của quả lọc lần đầu đạt mục tiêu lý thuyết. Do đó, có thể cân nhắc sử dụng acid uric máu trước và sau lọc như một chỉ số hỗ trợ đánh giá hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các bệnh nhân có tăng acid uric máu là 91,8% với nồng độ acid uric máu trung bình là $506,3 \pm 99,3 \mu\text{mol/l}$. Không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, giới tính, số lần tái sử dụng lại quả lọc, thể tích nước tiểu tồn dư, nồng độ hemoglobin, albumin máu, phospho và PTH.

- Các biến số gồm: Tình trạng tăng huyết áp, chỉ số BMI và số năm lọc máu có liên quan với nồng độ acid uric máu.

- Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ ure, creatinin máu ($r=0,563$; $r=0,483$; $p<0,05$), có tương quan thuận mức độ mạnh giữa URR với tỷ lệ giảm acid uric máu sau lọc ($r=0,771$), mô hình hồi quy tuyến tính có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn VT. Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2).
2. Corry DB, Eslami P, Yamamoto K, Nyby MD, Makino H, Tuck ML. Uric acid stimulates vascular smooth muscle cell proliferation and oxidative stress via the vascular renin-angiotensin system. J Hypertens. 2008;26(2):269–75.
3. Trang BTT, Hải NTT, Liên DQ, Nguyễn HT, Phạm TH. Khảo sát nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(1B).
4. Trung HA. Khảo sát nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;460(2).
5. Khodeir SA, Soliman GA. The relationship between blood pressure level and serum uric acid level in chronic hemodialysis patients. Med J Cairo Univ. 2018;86(Sep):2953–8.

KHẢO SÁT KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM UACR Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Bùi Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Minh Nguyệt¹,
Trần Thị Hải Hà¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kết quả xét nghiệm uACR ở bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** - 257 bệnh nhân tăng huyết áp không có bệnh tiểu đường đồng mắc, đủ tiêu chuẩn lựa chọn. - Nam giới có 175 trường hợp chiếm 68.1%. - Bệnh nhân có độ tuổi trung bình 76.35 ± 7.521 , tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 48. - Creatinine máu trung bình 95.2 ± 20.62 (umol/l), bệnh nhân có chỉ số creatinine máu cao nhất là 138.8 (umol/l), bệnh nhân có chỉ số creatinine thấp nhất là 11.9 (umol/l). - uACR trung bình là 51.7 ± 175.6 , bệnh nhân có kết quả xét nghiệm uACR cao nhất là 1480.4 mg/g, bệnh nhân có kết quả xét nghiệm uACR thấp nhất là 0.6 mg/g. - Trong 257 đối tượng nghiên cứu có 55 trường hợp có kết quả xét nghiệm uACR ≥ 30 mg/g, chiếm 21.4%. **Kết luận:** Xét nghiệm uACR là cần thiết trong sàng lọc sớm tổn thương thận ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Từ khóa: uACR, eGFR, tăng huyết áp, bệnh thận mạn

SUMMARY

SURVEY ON uACR TEST RESULTS IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE EXAMINATION DEPARTMENT – HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: Survey on uACR test results in hypertensive patients at the Examination Department - Huu Nghi Hospital. **Method:** Cross - sectional descriptive study. **Results:** 257 hypertensive patients without concomitant diabetes met the selection criteria. - Men had 175 cases, accounting for 68.1%. - Patients have an average age of 76.35 ± 7.521 , the oldest age is 95, the lowest age is 48. - Average blood creatinine is 95.2 ± 20.62 (umol/l), the patient has the highest blood creatinine index of 138.8 (umol/l), the patient has the lowest creatinine index of 11.9 (umol/l). - The average uACR is 51.7 ± 175.6 , the patient with the highest uACR test result is 1480.4 mg/g, the patient with the lowest uACR test result is 0.6 mg/g. - In 257 study subjects, there were 55 cases with uACR test results ≥ 30 mg/g, accounting for 21.4%. **Conclusion:** uACR testing is essential in early screening for kidney damage in hypertensive patients.

Keywords: uACR, eGFR, hypertension, CKD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Mỹ Lệ

Email: bsbuiimyle@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

Tăng huyết áp là một trong những bệnh lý mạn tính phổ biến nhất trên thế giới, gây ra gánh nặng lớn cho hệ thống y tế và cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tăng huyết áp ảnh hưởng đến hơn 1,2 tỷ người toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các biến chứng tim mạch, đột quỵ và tổn thương cơ quan đích như thận. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc tăng huyết áp ngày càng gia tăng, đặc biệt ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi, kéo theo hệ lụy về suy giảm chất lượng cuộc sống và tăng chi phí điều trị [1].

Xét nghiệm tỷ lệ albumin niệu trên creatinine niệu (uACR) là một chỉ số quan trọng trong đánh giá tổn thương bệnh thận giai đoạn sớm, đặc biệt ở bệnh nhân tăng huyết áp. uACR phản ánh lượng albumin bị rò rỉ qua màng lọc cầu thận, một dấu hiệu cho thấy sự suy giảm chức năng hàng rào lọc của thận do ảnh hưởng của tăng huyết áp kéo dài. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) và Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC), giá trị uACR ≥ 30 mg/g được xem là bất thường, báo hiệu tình trạng albumin niệu vi lượng hoặc đại lượng - yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn và biến cố tim mạch [2, 3].

Ở bệnh nhân tăng huyết áp, việc định lượng uACR không chỉ giúp phát hiện sớm tổn thương thận mà còn hỗ trợ phân tầng nguy cơ, từ đó điều chỉnh phác đồ điều trị để bảo vệ cơ quan đích. Tuy nhiên thực tế lâm sàng cho thấy các bác sĩ chưa chú trọng tầm soát uACR định kỳ, dẫn đến việc bỏ sót các trường hợp tổn thương thận tiềm ẩn. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về việc nâng cao nhận thức và thực hành xét nghiệm uACR trong quy trình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp, nhất tại các khoa khám bệnh nơi tiếp cận đối tượng bệnh nhân ban đầu, đa dạng và quy mô lớn [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp khám tại Khoa Khám bệnh, Bv Hữu Nghị trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân có bệnh đái tháo đường đồng mắc.

- Bệnh nhân đã phát hiện bệnh thận mạn trước đó.