

năng lây truyền cao; 52,2% biết tiêm vắc xin sởi có thể phòng được bệnh; 34,0% bà mẹ biết miễn dịch của mẹ truyền cho trẻ có thể bảo vệ trong khoảng 6-9 tháng⁴.

Đồng thời qua nghiên cứu này cũng cho biết vẫn còn nhiều đối tượng tham gia nghiên cứu trả lời không biết về những hiểu biết về bệnh sởi, kiến thức trả lời không biết nhiều nhất là Miễn dịch của mẹ truyền cho trẻ có thể bảo vệ trong khoảng 6-9 tháng chiếm tỷ lệ 27,2%. Trẻ dưới 9 tháng tuổi là trẻ chưa đến tuổi tiêm chủng vắc xin sởi. Vì thông thường trẻ dưới 9 tháng tuổi được bảo vệ bởi kháng thể của mẹ truyền sang con. Do đó, trẻ trong giai đoạn tuổi này có thể bị nhiễm sởi bởi các lý do như: Thứ nhất, nếu bà mẹ của những trẻ này chưa có miễn dịch với sởi (chưa bị sởi, chưa tiêm phòng sởi, hoặc miễn dịch yếu do tiêm vắc xin sởi không đủ đáp ứng) thì trẻ sinh ra sẽ không có miễn dịch sởi; thứ hai là mẹ có miễn dịch sởi nhưng không cho con bú; thứ ba là hệ miễn dịch của trẻ không đủ duy trì nồng độ kháng thể trong thời gian dài. Do đó, ở nhóm trẻ dưới 9 tháng tuổi vẫn gặp mắc sởi với một tỉ lệ nhất định. Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời đóng vai trò quan trọng để ngăn chặn những biến chứng do sởi gây ra, đồng thời có biện pháp cách ly, ngăn chặn việc lây lan thành dịch bệnh. Theo kết quả nghiên cứu giám sát của viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương năm 2013, tỉ lệ trẻ mắc bệnh sởi trong số các trường hợp có sốt phát ban nghi sởi rất cao trên 70%³.

V. KẾT LUẬN

94,2% đã nghe nói về bệnh sởi, chủ yếu từ nguồn thông tin đại chúng. 91% đối tượng biết bệnh sởi có khả năng lây truyền; 85,4% biết bệnh sởi lây theo đường hô hấp và 94,7% đối tượng biết mức độ nguy hiểm của bệnh sởi. Kiến thức phòng chống bệnh sởi của đối tượng nghiên cứu còn ở mức thấp, chỉ có 33,3% đối tượng có kiến thức tốt. Kiến thức thực hành phòng chống bệnh sởi chưa cao, chỉ có 23,8% các đối tượng có kiến thức thực hành tốt về phòng chống bệnh sởi. 18,5% đối tượng tham gia nghiên cứu có tiêm phòng sởi trước khi mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm. Bệnh Sởi, Hà Nội, 2009; 222-8
- WHO.** Weekly Epidemiolgitrường hợp Record. 2009
- Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương:** Tổng kết Tiêm chủng mở rộng năm 2014. Dự án tiêm chủng mở rộng. 2015
- WHO.** Measles Fact sheet 2017 [18/02/2018]. <http://www.who.int/mediacentre/Factsheets/fs286/en/>
- Leuridan E, Hens N, Hutse V, Leven M, Van Damme P.** Early waning of maternal measles antibodies in era of measles elimination: longitudinal study. BMJ, 2010; 340: 1-7. Francis L.Black (1966), "Measles", Springer, tr. 397-398.
- Trung tâm Y tế thị xã Từ Sơn:** Báo cáo tổng kết năm 2018, 2019.
- Đoàn Văn Dương.** Thực trạng dịch sởi, công tác đáp ứng phòng chống dịch và kiến thức, thực hành của bà mẹ về bệnh sởi tại 5 xã của huyện Ngọc Lặc, tỉnh Thanh Hóa năm 2016. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình. 2017
- http://tuson.bacninh.gov.vn**
- Herch BS, Olive JM và CS,** "Meales elimination in the Ameritruường hợp: evolving strategies". JAMA, 1996; 275 (3): 224 - 229.

ĐÁNH GIÁ NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Lệ Mỹ¹, Đặng Thị Việt Hà^{1,2}, Đỗ Gia Tuyên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân viêm thận Lupus và tìm hiểu mối liên quan giữa tăng acid uric máu và một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu trên 117 bệnh nhân viêm thận lupus

điều trị tại Trung tâm Thận – Tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến 08/2021.

Kết quả: 117 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 34.6 ± 1.11 , với tỷ lệ nam/nữ là 1/9.64 và 35.9% bệnh nhân phát hiện bệnh trong 1 tháng. Tỷ lệ tăng acid uric máu chiếm 75.2%, nồng độ trung bình là 463.60 ± 1.03 . Tỷ lệ tăng acid uric ở nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$) nhưng nồng độ acid uric ở 2 giới thì không có sự khác biệt ($p > 0.05$). Các triệu chứng như tràn dịch màng tim (57.7%), tăng huyết áp (56.4%), hội chứng thận hư (57.3%), thiếu máu (87.2%) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tăng acid uric và không tăng acid uric ($p < 0.05$). Trên sinh thiết thận ở 46 bệnh nhân, tỷ lệ class III, IV là 30.6%, 61.1%, nồng độ acid uric trung bình: 415.18 ± 102.025 và 503.76 ± 105.190 , có sự khác

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Tt Thận – tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Mỹ

Email: nguyenthilemy19121995@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2021

Ngày duyệt bài: 29.10.2021

biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.019$. Acid uric có mối tương quan thuận với chỉ số huyết áp tâm thu, tâm trương, áp lực động mạch phổi, creatinine máu, ferritin, anti-ANA, protein niệu với $r = 0.188; 0.210; 0.242, 0.476; 0.265; 0.206; 0.226$ ($p<0.05$) và tương quan nghịch với mức lọc cầu thận, pH niệu, hemoglobin, protein, C3 với $r = -0.457; -0.241; -0.204, -0.261, -0.331$ ($p<0.05$). Acid uric và mức độ hoạt động bệnh dựa trên thang điểm SLEDAI có mối tương quan thuận với với hệ số tương quan $r = 0,388$ ($p<0,001$). Nồng độ acid uric ở những bệnh nhân có tăng áp động mạch phổi $>40\text{mmHg}$ cao hơn không có tăng ALĐMP là $560.1\pm 173.03; 464.3 \pm 131.31$ với $p<0.05$. **Kết luận:** Tăng acid uric gặp ở 75.2% bệnh nhân viêm thận lupus, dự báo tiên triển xấu của viêm thận lupus và các biến chứng của bệnh (mức MLCT thấp hơn, thiếu máu hơn, huyết áp tăng, mức độ hoạt động bệnh SLEDAI cao hơn...). Việc giữ nồng độ acid uric thấp được khuyến cáo giúp tránh các biến chứng trong viêm thận lupus và nồng độ acid uric huyết thanh nên được áp dụng trong thực hành y tế khi đánh giá bệnh nhân VTL.

Từ khóa: Tăng acid uric, Viêm thận lupus, mức độ hoạt động, SLEDAI, suy thận

SUMMARY

INVESTIGATING LEVELS OF ACID URIC IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS AND SOME RELATED FACTORS

Objectives: Investigating levels of acid uric in patients with lupus nephritis and the relationship between hyperuricemia and some clinical, subclinical factors in this patient group. **Subjects and methods:** A cross-sectional, retrospective and prospective study on 117 lupus nephritis patients treated in Nephro – Urology and Dialysis Center, Bach Mai hospital from 01/2020 to 08/2021. **Results:** 117 study patients have an average age of 34.6 ± 1.11 , with a male: female ratio of 1:9.64, and 35.9% of patients have detected the disease in 1 month. The rate of hyperuricemia accounted for 75.2%, the average concentration was 463.60 ± 13.03 . The rate of increased uric acid in women was higher than in men, with statistical significance ($p<0.01$) although uric acid levels in the two sexes were not different ($p>0.05$). Symptoms such as pericardial effusion (57.7%), hypertension (56.4%), nephrotic syndrome (57.3%), anemia (87.2%) had a statistically significant difference between the 2 groups of hyperuricemia acid and non-hyperuricemia ($p<0.05$). On kidney biopsies in 46 patients, the rate of class III, IV was 30.6%, 61.1%, average uric acid concentration: 415.18 ± 102.025 and 503.76 ± 105.190 , there was a statistically significant difference with $p=0.019$. Uric acid has a positive correlation with systolic blood pressure, pulmonary arterial pressure, creatinine, ferritin, anti-ANA, proteinuria with $r = 0.188; 0.242; 0.476; 0.265; 0.206; 0.226$ ($p<0.05$) and negatively correlated with glomerular filtration rate, urinary pH, hemoglobin, protein, C3 with $r = -0.457; -0.241; -0.204, -0.261, -0.331$ ($p<0.05$). Uric acid and disease activity levels based on the SLEDAI scale have positively correlated with the correlation coefficient $r =$

0.388 ($p<0.001$). Uric acid levels in patients with pulmonary arterial hypertension $>40\text{mmHg}$ higher than non-pulmonary arterial hypertension: $560.1\pm 173.03; 464.3 \pm 131.31$ with $p<0.05$.

Conclusions: Increased uric acid was found in 75.2% of patients with lupus nephritis, predicting poor progression of lupus nephritis and complications of the disease (lower eGFR, more anemia, increased blood pressure, higher SLEDAI disease activity levels...) Keeping uric acid levels low is recommended to help avoid complications in lupus nephritis and serum uric acid levels should be adopted in medical practice when evaluating patients with lupus nephritis.

Keywords: Hyperuricemia, Lupus nephritis, disease activity index, SLEDAI, CKD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là bệnh tự miễn của tổ chức liên kết gây tổn thương nhiều cơ quan thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Trong đó, tổn thương thận hay Viêm thận lupus (VTL) là một trong những biểu hiện phổ biến và là yếu tố chính cho tiên lượng xấu của bệnh. Theo Okba A.M, đến cuối đời hơn một nửa bệnh nhân SLE (40-85%) sẽ phát triển viêm thận lupus trong đó khoảng 25% tiến triển thành bệnh thận mạn giai đoạn cuối [2]

Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình thoái biến purin, có liên quan chặt chẽ với các bệnh như: Gout, Tăng huyết áp, bệnh tim mạch và bệnh thận. Nghiên cứu của Yang năm 2011 ghi nhận nồng độ acid uric huyết thanh có liên quan độc lập đến sự tiến triển của viêm thận lupus và dự đoán sự phát triển tăng áp động mạch phổi (TADMP) trong tương lai [3]. Tỷ lệ tăng acid uric ở bệnh nhân viêm thận lupus (40,11%)[4] cao hơn bệnh nhân ở giai đoạn bệnh thận mạn (CKD) 1-3 thông thường (23,3%) [5]. Tăng acid uric liên quan đến thiếu máu, biến chứng thần kinh, tăng huyết áp, tăng lipid máu và huyết khối động mạch ở SLE. Việc giữ nồng độ acid uric thấp được khuyến cáo giúp tránh các biến chứng trong SLE [1]. Với những lý do trên, nhằm kiểm soát nồng độ acid uric và các biến chứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Viêm thận Lupus" với 2 mục tiêu chính:

1. Khảo sát nồng độ acid uric máu trên bệnh nhân Viêm thận Lupus tại trung tâm Thận Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2021.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ Acid uric và một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 117 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus theo tiêu chuẩn ACR 2012 tại trung tâm Thận – Tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

2.2 Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống theo SLICC 2012, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận lupus theo ACR 2012, phân loại tổn thương mô bệnh học theo ISN/RPS 2003, đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm SELENA- SLEDAI

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng acid uric được

định nghĩa là nồng độ acid uric huyết thanh lớn hơn 416 μ mol/l (7mg/dl) ở nam giới, phụ nữ sau mãn kinh và lớn hơn 357 μ mol/l(6 ml/dl) ở phụ nữ tiền mãn kinh [6]

2.3 Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu được quản lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

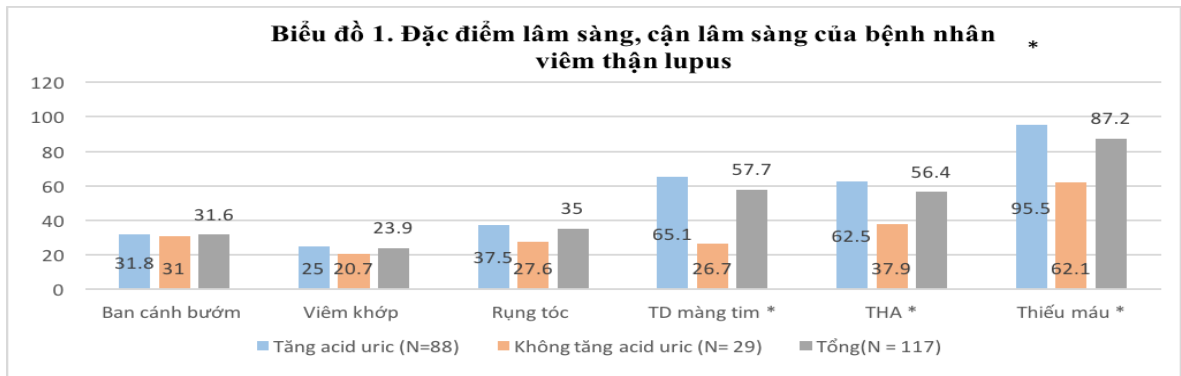
Trong số 117 bệnh nhân nghiên cứu, có 90,6% (n=106) bệnh nhân nữ, trong đó có 10 người có thai. Độ tuổi trung bình 34.6 \pm 1.11, tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi lớn nhất là 72, độ tuổi từ 20 đến 49 chiếm 81.2%. Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình là 33.9 \pm 4.6 tháng, có đến 35.9% bệnh nhân được chẩn đoán trong vòng 1 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm giới tính và nồng độ acid uric

Giới	Acid uric	Tăng Acid uric	Ko tăng Acid uric	P-value
Nam	448.5 \pm 151.67	5(45.5%)	6(54.5%)	0.016
Nữ	465.2 \pm 140.57	83(78.3%)	23(21.7%)	
Tổng	463.6 \pm 13.03	88(75.2%)	29(26.8%)	
p = 0.710				

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trung bình là 463.60 \pm 13.03, trong đó 75,2% bệnh nhân có tăng acid uric. Tỷ lệ tăng acid uric ở nữ giới (78.3%) cao hơn ở nam giới (45.5%) có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p=0.016). Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ acid uric giữa 2 nhóm, p = 0.710.

2. Môi liên quan giữa nồng độ acid uric và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng



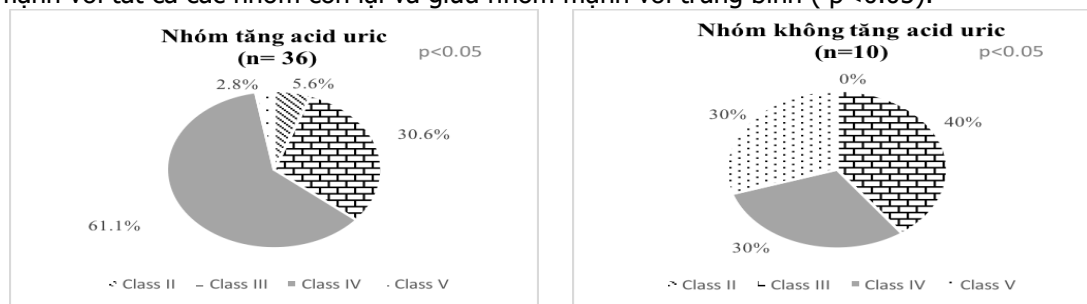
Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ban cánh bướm (31.6%), rụng tóc (35.0%), sưng đau khớp (23.9%). Tỷ lệ các triệu chứng này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tăng acid uric và không tăng acid uric. Trong nhóm bệnh nhân có tăng acid uric, tràn dịch màng tim (63.1%), tăng huyết áp (62.5%), hội chứng thận hư (65.9%), đặc biệt tỷ lệ thiếu máu lên tới 95.5% và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm không tăng acid uric.

Bảng 2. Môi liên quan giữa nồng độ acid uric và mức độ hoạt động bệnh tính theo thang điểm SLEDAI

Mức độ hoạt động (điểm SLEDAI)	Acid uric (n=115)	Tăng acid uric (n =86)	Ko tăng acid uric (n =28)	P-value
Điểm SLEDAI	18.46 \pm 4.817	19.79 \pm 3.659	14.39 \pm 5.672	0.000 r=0.388
Mức độ nhẹ (1-5)	285.50 \pm 57.276	0 (0%)	2(6.9%)	0.000
Mức độ trung bình(6-10)	281.17 \pm 69.947	0(0%)	6(20.7%)	

Mức độ mạnh (11-19)	452.90±123.408	44(50.0%)	13(44.8%)
Mức độ rất mạnh (> 20)	503.21±145.235	44(50.0%)	8(27.6%)

Nhận xét: Điểm SLEDAI trung bình của nhóm nghiên cứu là 18.46±4.817; giữa nhóm bệnh nhân có tăng acid uric và không tăng acid uric sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.001. Nồng độ acid uric và mức độ hoạt động bệnh dựa trên thang điểm SLEDAI có mối tương quan tuyến tính đồng biến r =0,388 (p=0.000). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric ở nhóm hoạt động rất mạnh với tất cả các nhóm còn lại và giữa nhóm mạnh với trung bình (p<0.05).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các nhóm mô bệnh học thận giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm thận lupus có tăng acid uric và không tăng acid uric

Nhận xét: Trong 46 bệnh nhân được sinh thiết thận, 78.3% bệnh nhân có tăng nồng độ acid uric và 21.7% bệnh nhân không tăng acid uric. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mô bệnh học giữa 2 nhóm tăng acid uric và không tăng acid uric(p<0,05). Ở nhóm các bệnh nhân tăng acid uric tỷ lệ class III, IV chiếm ưu thế với 30.6% và 61.1%. Nồng độ acid uric trung bình cũng có sự khác biệt giữa các nhóm mô bệnh học, cụ thể là có sự khác biệt giữa class III và class IV nồng độ trung bình: 415.18±102.025 và 503.76±105.190 (p = 0.019)

Bảng 3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số yếu tố cận lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng	Tăng Acid uric (n =88)	Không tăng Acid uric (n =29)	p-value	Hệ số tương quan (r)
BMI	20.4±2.40	20.4±3.08	0.929	0.054(p=0.567)
HATT	140.9±22.79	130.4±23.57	0.031	0.199(p=0.031)
Creatinin	128.5±49.19	96.0±50.20	0.001	0.476(p=0.000)
MLCT	58.8±31.26	81.4±30.96	0.001	-0.457(p=0.000)
Protein niệu	7.0±6.00	4.7±5.88	0.002	0.226(p= 0.014)
pH niệu	6.1±0.84	6.5±0.65	0.006	-0.241(p=0.009)
Hemoglobin	93.4±15.76	108.3±21. 57	0.000	-0.204(p=0.028)
Glucose	5.4±1.45	5.4±1.05	0.431	-0.048(p=0.660)
Protein	51.4±9.95	55.9±10.53	0.060	-0.272(p=0.005)
Albumin	23.6±5.4	26.4±6.27	0.019	-0.131(p=0.159)
Calci TP	1.9±0.13	2.0±0.20	0.040	-0.091(p=0.387)
Ferritin	835.5±822.16	842.5±831.34	0.762	0.265(p=0.023)
C3	0.48±0.212	0.74±0.234	0.000	-0.331(p=0.000)
C4	0.11±0.086	0.16±0.112	0.010	-0.138(p=0.149)
Anti ANA	7.2±2.66	4.9±2.95	0.000	0.206(p=0.030)
Anti-dsDNA	96.7±58.63	76.9±70.32	0.054	0.102(p=0.283)
ALĐMP	34.35±10.37	34.40±13.60	0.700	0.242(p=0.037)

Nhận xét: Acid uric máu có mối tương quan tuyến tính đồng biến với huyết áp tâm thu, creatinin máu, ferritin, protein niệu với r =0.199; 0.476; 0.265; 0.226 (p<0.05) và có mối tương quan nghịch với MLCT, pH niệu, hemoglobin, protein, C3 với r = -0.457; -0.241; -0.204; -0.272; -0.331 (p<0.05). Acid uric có tương quan thuận với anti-ANA r=0.206(p=0.03) nhưng không tương quan với yếu tố miễn dịch đặc hiệu

anti-dsDNA. Các chỉ số như albumin, calci máu, C4 không có tương quan với acid uric nhưng lại khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tăng và không tăng acid uric với p<0.05.

ALĐMP và acid uric máu có tương quan đồng biến nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa ở 2 nhóm tăng và không tăng acid uric. Khi phân tích ALĐMP thành 2 nhóm tăng ALĐMP ≥40mmHg và không tăng ALĐMP <40mmHg thì nồng độ

acid uric máu trung bình của 2 nhóm là 560.1 ± 173.03 và 464.3 ± 131.31 , có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.018 < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34.6 ± 1.11 , chủ yếu xảy ra ở nữ giới trong độ tuổi sinh đẻ với tỷ lệ nam/nữ là 1/9.64. Tỷ lệ tăng acid uric ở nữ giới cao hơn nam giới ($p < 0.01$) nhưng nồng độ acid uric ở 2 giới nam và nữ thì không có sự khác biệt $p > 0.05$ [Bảng 1]. Do tăng acid uric ở phụ nữ tiền mãn kinh xác định khi nồng độ acid uric $> 357 \mu\text{mol/l}$ trong khi ở nam giới $> 416 \mu\text{mol/l}$.

Tràn dịch màng tim, tăng huyết áp, hội chứng thận hư và đặc biệt là thiếu máu đều chiếm tỷ lệ cao $> 60\%$ tương tự nghiên cứu của tác giả Nghiêm Trung Dũng [7]. Đặc biệt có sự khác biệt giữa 2 nhóm tăng acid uric và không tăng acid uric ở các triệu chứng này với $p < 0.05$ [Biểu đồ 2]

Tỷ lệ tăng acid uric ở nghiên cứu chúng tôi là $75,2\%$ với nồng độ trung bình là 463.60 ± 13.03 . Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều các nghiên cứu khác khi tăng acid uric được phát hiện ở $16,1\%$ bệnh nhân SLE và bệnh nhân viêm thận lupus ở giai đoạn CKD1-3 là $40,11\%$ [5]. Nồng độ creatinine tăng cao và MLCT thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tăng acid uric máu so với nhóm không tăng acid uric ($p < 0,01$). Chúng tôi thấy rằng, giai đoạn CKD có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tăng acid uric, đặc biệt cao hơn trên bệnh nhân viêm thận lupus, điều này cũng đã được chứng minh trước đây qua nghiên cứu năm 2017 của Liu [5]. Mức độ tăng của acid uric có liên quan đến chức năng của cầu thận và ống thận bị suy yếu. MLCT giảm dần, tăng khả năng tái hấp thu ở ống, suy giảm chức năng của ống đều làm nặng thêm tình trạng tăng acid uric [5]. Như vậy tăng acid uric có mối liên quan chặt chẽ với bệnh thận mạn, không chỉ là hậu quả của suy thận, mà còn là nguyên nhân của tổn thương thận. Vì vậy trên lâm sàng, cần đánh giá và điều trị tăng acid uric trên bệnh nhân viêm thận lupus để hạn chế tổn thương và duy trì chức năng thận.

Trong số 46 bệnh nhân được sinh thiết thận của nghiên cứu có 78.3% bệnh nhân có tăng nồng độ acid uric. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tăng acid uric ở class III, IV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các class II, V, VI ($p < 0.05$) [Biểu đồ 3]. Nồng độ acid uric trung bình cũng có sự khác biệt giữa 2 class này. Điều này hoàn toàn phù hợp khi mà class III và IV là 2 nhóm tổn thương thận nặng và thường gặp trên lâm sàng.

Trên thực tế, tăng acid uric đã được chứng minh là gây tăng huyết áp thông qua một chuỗi các sự kiện bao gồm giảm nitric oxide synthase, kích hoạt hệ thống angiotensin renin (RASS) và giảm tưới máu thận, dẫn đến tăng sức cản mạch máu hệ thống, dẫn đến natri muộn tăng huyết áp nhạy cảm. Điều quan trọng là, mỗi tác dụng này đều được cải thiện bằng liệu pháp hạ thấp nồng độ acid uric [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ acid uric có tương quan nghịch với C3 [Bảng 3], phù hợp với nghiên cứu trước đây [3],[5]. Giải thích cho điều này có thể là acid uric tăng cao trong VTL có thể kích hoạt C3 thông qua các con đường cổ điển và thay thế [3]. Sự lắng đọng của các sản phẩm kích hoạt bổ sung, lần lượt, làm nặng thêm tổn thương mô thận và sự phát triển của VTL.

Từ kết quả của Bảng 3, nồng độ acid uric có tương quan với nồng độ anti-ANA, hemoglobin, protein máu, calci huyết thanh, protein niệu. Kết quả này giống với nghiên cứu trước đây của Liu [5] và Okba [2], các chỉ số này đều có liên quan chặt chẽ với mức độ hoạt động của viêm thận lupus đã được chứng minh trong nghiên cứu của Nghiêm Trung Dũng [7]. Mức độ hoạt động bệnh trung bình của bệnh (tính theo thang điểm SLEDAI) ở nhóm tăng acid uric cao hơn nhóm không tăng acid uric $p < 0.001$ [Bảng 2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân tăng acid uric chỉ có mức độ hoạt động bệnh là mạnh (50%) và rất mạnh (50%), không có viêm thận lupus hoạt động nhẹ và trung bình. Kết quả có mối liên quan thuận giữa nồng độ acid uric và mức độ hoạt động bệnh (theo SLEDAI) với hệ số tương quan $r = 0.388$, $p < 0.001$ tương tự như nghiên cứu của Okba và cộng sự [2]. pH niệu có tương quan nghịch biến với nồng độ acid uric. Khi pH nước tiểu toan < 7.0 , thường gặp giảm thải urat ở ống thận do các acid hữu cơ bị tích lũy sẽ cạnh tranh với urat khi thải qua ống thận.

ALĐMP và acid uric máu có mối tương quan đồng biến và acid uric cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân bị tăng ALĐMP ($> 40 \text{mmHg}$) so với những người không tăng ALĐMP với với nồng độ trung bình 560.06 ± 173.034 và 464.25 ± 131.308 ($p < 0.05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Kim năm 2015, người đã cho rằng áp lực động mạch phổi trong SLE hoạt động có thể thiết lập môi trường thuận lợi để tạo acid uric và với việc sử dụng điểm cắt là $6,5 \text{mg/dL}$ ($= 464 \mu\text{mol/l}$), acid uric có độ chính xác hợp lý để dự đoán sự hiện diện của tăng ALĐMP ở bệnh nhân SLE nhiều như NT-proBNP [8].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tăng acid uric gặp ở 75.2% các bệnh nhân viêm thận lupus, dự báo tiên triển xấu của viêm thận lupus và các biến chứng của bệnh (như mức MLCT thấp hơn, thiếu máu hơn, huyết áp tăng, mức độ hoạt động bệnh SLEDAI cao hơn...). Việc giữ nồng độ acid uric thấp được khuyến cáo giúp tránh các biến chứng trong VTL và nồng độ acid uric huyết thanh nên được áp dụng trong thực hành y tế khi đánh giá bệnh nhân VTL. Mong rằng sau nghiên cứu này, việc đánh giá và điều trị tăng acid uric trên bệnh nhân viêm thận lupus sẽ được quan tâm và có thêm các nghiên cứu tìm hiểu sâu, đánh giá vai trò cuối cùng của tăng acid uric máu trong cơ chế bệnh sinh của viêm thận lupus và ý nghĩa của việc phát hiện sớm và điều trị tăng acid uric máu để cải thiện kết cục lâm sàng của viêm thận lupus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elera-Fitzcarrald C., Reátegui-Sokolova C., Gamboa-Cardenas R.V. và cộng sự. (2020). Serum uric acid is associated with damage in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus Sci Med*, **7**(1).
2. Okba A.M., Amin M.M., và Reyad M.A.E.-D. & M.A. (2019). Hyperuricemia as an independent

- predictor and prognostic factor in the development of lupus nephritis. *Int J Clin Rheumatol*, **14**(3), 91.
3. Yang Z., Liang Y., Xi W. và cộng sự. (2011). Association of serum uric acid with lupus nephritis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int*, **31**(6), 743–748.
 4. Tsumuraya Y., Hirayama T., Tozuka E. và cộng sự. (2015). Impact of hyperuricaemia on the chronic kidney disease-associated risk factors in a community-based population. *Nephrol Carlton Vic*, **20**(6), 399–404.
 5. Liu S., Gong Y., Ren H. và cộng sự. (2017). The prevalence, subtypes and associated factors of hyperuricemia in lupus nephritis patients at chronic kidney disease stages 1–3. *Oncotarget*, **8**(34), 57099–57108.
 6. Chizyński K. và Rózycka M. (2005). [Hyperuricemia]. *Pol Merkur Lek Organ Pol Tow Lek*, **19** (113), 693–696.
 7. Nghiên Trung Dũng (2018). Nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động, tổn thương mô bệnh học và tính đa hình thái gen STAT4; IRF5; CDKN1A trong viêm thận lupus. Luận Văn Y Học, <<https://luanvanyhoc.com/nguyen-cuu-danh-gia-muc-do-hoat-dong-ton-thuong-mo-benh-hoc-va-tinh-da-hinh-thai-gen-stat4-irf5-cdkn1a-trong-viem-than-lupus/>>, accessed: 04/10/2021.
 8. Kim K.-J., Baek I.-W., Park Y.-J. và cộng sự. (2015). High levels of uric acid in systemic lupus erythematosus is associated with pulmonary hypertension. *Int J Rheum Dis*, **18**(5), 524–532.

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP BỆNH NHÂN BỊ HỘI CHỨNG BOSMA HIẾM GẶP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Nhân một trường hợp bệnh nhân nữ 29 tuổi với chẩn đoán hội chứng BOSMA: tật không có mũi, kèm theo mắt nhỏ 2 bên, thị lực giảm, mất khứu giác, thở qua miệng, nói giọng không rõ và khẩu cái mềm ngắn, hàm trên kém phát triển. Các cấu trúc xoang cạnh mũi không phát triển (cốt hóa xương toàn bộ). Đây là một hội chứng hiếm gặp trên thế giới cũng như tại Việt Nam, hội chứng này có 3 đặc điểm chính: tật không mũi, kém phát triển các xoang cạnh mũi; tật mắt nhỏ và kém phát triển hệ thống sinh sản. Nhân trường hợp hiếm gặp này nhằm giới thiệu đến Bác sĩ Tai Mũi Họng hội chứng BOSMA.

Từ khóa: hội chứng Bosma, dị tật mũi bẩm sinh, tật không mũi

SUMMARY

A CASE REPORT: BOSMA ARHINIA MICROPHTHALMIA SYNDROME AT CHO RAY HOSPITAL

There is a female patient with 29 year's old. She have BOSMA syndrome from her child. She has congenital arhinia, both eyes microphthalmia syndrome, loss vision, breath by mouth, voice by mouth, high-arched or cleft palate, hypoplastic maxilla. The paranasal sinus is calcificated and not growth. This syndrome is rarely happen in the world as well as Vietnam. It is defined by three major features: arhinia and complete absence of the paranasal sinus; eye defects, and absent sexual maturation. This case report represent BOSMA syndrome to help ENT physician to understand this ones.

Keywords: BOSMA syndrome, congenital arhinia syndrome, arhinia.

I. GIỚI THIỆU

Hội chứng Bosma là hội chứng được mô tả rất hiếm gặp được biểu hiện bởi tập hợp các dấu hiệu đặc trưng bởi tật không mũi bẩm sinh kèm

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2021

Ngày duyệt bài: 29.10.2021