

- đa hình thái gen STAT4, IRF5, CDKN1A trong viêm thận lupus. Luận án tiến sĩ y học chuyên ngành Nội Thận - Tiết niệu Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
- Nguyễn Quang Huy.** Khảo sát một số yếu tố miễn dịch và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm thận lupus. Luận văn Thạc sĩ y học chuyên ngành Nội khoa - Trường Đại học Y Hà Nội. 2021
 - Phan Thị Hồng Nhung.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại các biểu hiện thận ở bệnh nhân viêm thận lupus. Luận văn Thạc sĩ y học chuyên ngành Nội khoa - Trường Đại học Y Hà Nội. 2019.
 - Anders HJ, Saxena R, Zhao MH, Parodis I, Salmon JE, Mohan C. Lupus nephritis. Nat Rev Dis Primers.** 2020;6(1):7.
 - Carney EF. Lupus nephritis: Cholesterol accumulation in DCs promotes autoimmunity. Nat Rev Nephrol.** 2017;13(7):383-393. Fu SM, Sung S-SJ, Wang H, Gaskin F. Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes. 2019; Chapter 20(Pathogenesis of Lupus Nephritis):269-293.
 - Kronbichler A, Brezina B, Gauckler P, Quintana LF, Jayne DRW.** Refractory lupus nephritis: When, why and how to treat. *Autoimmun Rev.* 2019;18(5):510-518.
 - Yang Z, Liang Y, Xi W, Zhu Y, Li C, Zhong R.** Association of serum uric acid with lupus nephritis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology international.* 2011;31(6):743-748.

CHỈ ĐỊNH MỔ LẤY THAI CON SO NGUYÊN NHÂN DO THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Nguyễn Việt Hoàng¹, Nguyễn Tuấn Minh², Đặng Thị Minh Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. **Đối tượng nghiên cứu:** Có 450 trường hợp được mổ lấy thai con so đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được lấy vào nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ MLT chung tại BVĐK Đức Giang vẫn còn tương đối cao (47,4%), trong đó MLT con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 50,2% và MLT con so trên tổng số MLT chiếm 27,5%. MLT do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%. Chỉ định MLT về phía thai hay gặp nhất là thai to chiếm 40,2%, tiếp đến là do thai suy 25,8%. Còn một số chỉ định mổ chưa chặt chẽ: MLT do thai to có 13,2% thai dưới 3500g; MLT do suy thai chỉ dựa vào màu sắc nước ối là 56% và nhịp tim thai nhanh trên 169/phút (24%). **Kết luận:** MLT con so nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%. Chỉ định MLT về phía thai hay gặp nhất và còn những trường hợp chưa chặt chẽ đó là thai to chiếm (40,2%), tiếp đến là do thai suy (25,8%).

Từ khóa: Mổ lấy thai, con so, chỉ định mổ.

SUMMARY

INDICATION FOR PRIMARY CESAREAN SECTION CAUSED BY FETUS IN DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: Consider indications for primary cesarean section caused by fetus in Duc Giang General Hospital. **Subjects:** There are 450 cases had a

primary cesarean section who met the inclusion criteria and had no exclusion criteria included in the study. **Methods:** Retrospective cohort study. **Results:** The rate of cesarean delivery in Duc Giang General Hospital is still relatively high (47.4%); in which primary cesarean section compared to the total number of first delivery accounted for 50.2% and primary cesarean section compared to the total number of cesarean sections accounted for 27.5%. Indications for cesarean section caused by fetus accounted for the highest rate of 43.1%. The most common indication caused by the fetus is the large fetus, accounting for 40.2%, followed by fetal failure 25.8%. Some indications for caesarean section are not strict: cesarean section due to large fetus has 13.2% fetus under 3500g; caesarean section due to fetal failure based on amniotic fluid color alone was 56% and fetal heart rate over 169 beats/min (24%). **Conclusion:** Indications for primary cesarean section caused by fetus accounted for the highest rate of 43.1%. Indications for cesarean section caused by the fetus are the most common and there are still cases that are not strict, which is large fetus (40.2%), followed by fetal failure (25.8%).

Keywords: cesarean delivery, indication for cesarean.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tại Việt Nam, mổ lấy thai là phẫu thuật rất phổ cập có thể thực hiện ở tất cả các cơ sở Sản khoa có phòng mổ từ tuyến huyện trở lên để giải quyết những trường hợp không thể đẻ đường âm đạo do nhiều lý do khác nhau. Tuy nhiên nếu tỷ lệ MLT tăng lên sẽ kéo theo cả một hệ lụy nặng nề về lâu dài như: tăng nguy cơ người mẹ mang thai bị rau tiền đạo, rau cài răng lược, chữa sẹo mổ, vỡ TC, nhiễm trùng vết mổ ...

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoàng

Email: nguyenviethoang211@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

Do đó kiểm soát và đưa ra những chỉ định MLT hợp lý đặc biệt ở sản phụ con so là việc làm cần thiết góp phần giảm tỷ lệ MLT nói chung và tỷ lệ MLT ở người con rạ nói riêng.

Tại khoa Sản bệnh viện Đa khoa Đức Giang mỗi năm tiếp nhận 3000- 4000 sản phụ đến sinh. Tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện có xu hướng ngày một tăng, hiện nay dao động Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong khoảng 40-50%. Với mong muốn kiểm soát tốt chỉ định mổ lấy thai, tránh những trường hợp MLT không đúng chỉ định, đặc biệt những chỉ định mổ chưa chặt chẽ ở sản phụ con so, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số chỉ định mổ lấy thai con so nguyên nhân do thai tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Có 450 trường hợp được mổ lấy thai con so trên tổng số 3447 sản phụ vào đẻ (con so là 897 sản phụ) từ tháng 1/1/2020 đến tháng 1/2021.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai chết lưu.
- Những sản phụ mổ đẻ từ nơi khác chuyển tới.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu

α: Mức ý nghĩa thống kê (chọn α = 0,05 tương ứng với độ tin cậy 95%). $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%)

p = 0,58 (là tỷ lệ MLT con so tại bệnh viện Bưu Điện năm 2019¹

q = 1 - p = 0,42

ε = 0,08 (là sai số nghiên cứu ước tính 8%)

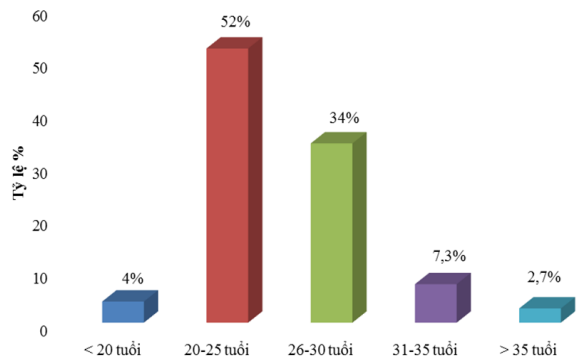
Ước tính cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu n = 434 sản phụ, trong nghiên cứu chúng tôi lấy n = 450.

2.4. Phân tích xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không có bất kỳ sự can thiệp nào trên bệnh nhân, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Bv Phụ sản Trung Ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi của sản phụ mổ lấy thai con so



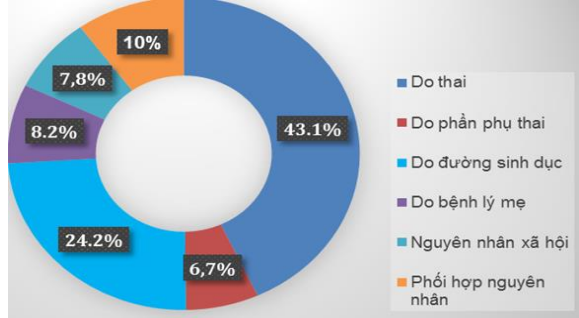
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi sản phụ mổ lấy thai con so

Nhận xét:

- Tỷ lệ mổ lấy thai con so ở nhóm có độ tuổi trung bình từ 20-25 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 234/450 (chiếm 52%).

- Sản phụ trẻ tuổi nhất 16 tuổi, sản phụ lớn tuổi nhất 45 tuổi.

3.2. Phân bố chỉ định MLT con so chung



Biểu đồ 3.2. Chỉ định MLT chung

Nhận xét:

Trong nhóm nguyên nhân MLT chung thì nhóm nguyên nhân do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1% và nhóm do bệnh lý của mẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,2%.

3.3. Chỉ định MLT con so nguyên nhân do thai.

Bảng 3.1. Tỷ lệ MLT con so nguyên nhân do thai.

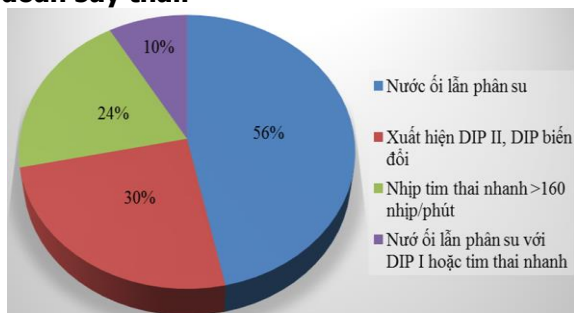
Chỉ định		n	Tỷ lệ (%)
Ngôi bất thường	Ngôi mông	27	13,9
	Ngôi vai	3	1,5
	Ngôi mặt	2	1
	Ngôi trán	3	1,5
Thai to		68	35,2
Suy thai		50	25,8
Đa thai		5	2,6
Thai quá ngày sinh		3	1,5
Đầu không lọt		33	17
Tổng		194	100

Nhận xét:

- Chỉ định MLT do về phía thai hay gặp nhất là thai to chiếm 40,2%

- Có 33 trường hợp mổ vì đầu không lọt chiếm tỷ lệ 17%.

3.4. Dấu hiệu căn cứ trước mổ để chẩn đoán suy thai.



Biểu đồ 3.3. Dấu hiệu căn cứ trước mổ để chẩn đoán suy thai

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy có 50 trường hợp suy thai trong đó nguyên nhân được chỉ định nhiều nhất do màu sắc nước ối chiếm 56% tuy nhiên đây là một dấu hiệu chưa chặt chẽ để đánh giá suy thai.

3.5. Trọng lượng thai được MLT vì thai to.

Bảng 3.2. Trọng lượng thai được MLT vì thai to.

Trọng lượng thai	N	Tỷ lệ
< 3500 gr	9	13,2
3500 - 4000 gr	38	55,6
> 4000 gr	21	31,2
Tổng	68	100

Nhận xét: - Trong số 68 trẻ mổ vì chỉ định thai to có 9 trẻ sau mổ cân nặng thực tế không to.

- Có 55,6% số trẻ được mổ vì thai to cân nặng trong mức 3500-4000 gram.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi của sản ph. Biểu đồ 3.1 nhóm tuổi có tỷ lệ MLT con so cao nhất là 20 - 25 (trung bình từ 23 ± 5,06). Nguyễn Bình An¹ tại Bệnh viện Bư Điện năm 2019, sản phụ có tuổi MLT nhỏ nhất là 16 tuổi và cao nhất là 44 tuổi.

Với nhóm tuổi trẻ dưới 18 và trên 35 là nhóm tuổi nguy cơ trong sản khoa đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ, những sản phụ này nếu kèm theo yếu tố sản khoa khó khăn khác các nhà sản khoa sẽ xem xét việc mổ lấy thai sớm. Tuy nhiên những nhóm tuổi này gặp không nhiều trong nghiên cứu này. Phần lớn sản phụ mổ con so nằm trong lứa tuổi sinh đẻ bình thường, việc tiên lượng cuộc chuyển dạ phụ thuộc vào các yếu tố sản khoa là chính.

4.2. Nhận xét về một số chỉ định mổ lấy thai. Nghiên cứu này thống kê có 25 nguyên nhân MLT được chia thành 6 nhóm chính: nhóm do đường sinh dục mẹ, nhóm do thai, nhóm do

phần phụ của thai, nhóm do bệnh lý của mẹ, nhóm nguyên nhân xã hội và nhóm phối hợp các nguyên nhân (có 405 trường hợp có 1 chỉ định, 45 trường hợp kết hợp nhiều chỉ định) và nhóm nguyên nhân MLT do thai chiếm 43,1%; nhóm nguyên nhân do đường sinh dục chiếm 24,2%; nhóm nguyên nhân do yếu tố xã hội chiếm tới 7,8%; nhóm phối hợp các nguyên nhân chiếm 10%, nhóm do bệnh lý của mẹ chiếm 8,2%; nhóm nguyên nhân do phần phụ thai thấp nhất chiếm 6,7%.

Theo giáo sư Đinh Văn Thắng chỉ định MLT được chia thành 5 nhóm chính: Do đường sinh dục, do thai, do phần phụ thai, do bệnh lý mẹ, do yếu tố xã hội², theo Shearer E.L. MLT được chia thành 4 nhóm chính: Tử cung có sẹo mổ cũ, đẻ khó, ngôi mông, suy thai.³ Còn theo Tampakoudis P. các chỉ định MLT con so chia làm 4 nhóm gồm: Đẻ khó, suy thai, ngôi mông, tăng huyết áp trong thai nghén⁴.

4.3. Nhóm chỉ định nguyên nhân do thai. Có 194 trường hợp MLT do thai chiếm 43,1% tổng số, trong đó MLT nguyên nhân do thai to, đứng thứ 2 trong nhóm là nguyên nhân thai suy

- Chỉ định mổ lấy thai do đầu không lọt: MLT vì đầu không lọt chiếm tỷ lệ 17% đứng thứ 3 trong nhóm nguyên nhân MLT do thai và chiếm 3,8% trong tổng số các nguyên nhân mổ lấy thai. Đánh giá một trường hợp đầu không lọt chỉ khi mà CTC mở hết trên 1 giờ trong điều kiện cơ cơ tử cung tốt. Có nhiều nguyên nhân đầu không lọt, nếu cơ cơ thừa yếu cần tăng cơ còn cơ cơ đã phù hợp mà được chẩn đoán là đầu không lọt, đây là chỉ định mổ không bàn cãi, còn nguyên nhân đầu không lọt phần lớn chỉ được xác định trong và sau mổ.

- Chỉ định mổ lấy thai do ngôi thai bất thường: Trong năm 2020 tỷ lệ MLT do ngôi bất thường là 35 trường hợp chiếm 7,8% tổng số MLT, chiếm 17,9% MLT do thai, trong đó ngôi mông chiếm nhiều nhất 27 trường hợp, ngôi vai 3 trường hợp, ngôi trán và ngôi mặt 5 trường hợp. Chỉ định mổ lấy thai do song thai: Trong nghiên cứu có tất cả 5 ca song thai nhưng chỉ có 3 sản phụ có chỉ định MLT. Trong số này có 1 ca song thai nhưng thai một không phải là ngôi đầu, 1 ca song thai 2 ngôi đầu, 1 ca song thai non tháng 36 tuần IVF - OVN có chỉ định mổ. Các trường hợp song thai khác đều xin mổ chủ động. Trong thời gian nghiên cứu cũng không gặp trường hợp nào song thai con so đẻ thường. Song thai là một thai nghén nguy cơ cao đặc biệt với thai thứ 2, việc cân nhắc đảm bảo an toàn

cho mẹ và thai sẽ xem xét mổ lấy thai.

4.4. Chỉ định mổ lấy thai vì thai to. Ở Việt Nam, được gọi là thai to khi trọng lượng \geq 3500g, trước đây có nhiều cách ước lượng trọng lượng thai nhi, hay sử dụng nhất là dựa vào chiều cao tử cung và vòng bụng, cách tính này sai số rất lớn do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thành bụng dày hay mỏng, ối nhiều hay ít, đã vỡ hay chưa. Hiện nay nhờ kỹ thuật siêu âm việc ước tính trọng lượng thai nhi có độ chính xác cao, sai số ít đi. Kết hợp siêu âm, đo chiều cao tử cung và vòng bụng có thể xác định được trọng lượng thai nhi với độ sai lệch của phương pháp này chỉ là \pm 200g. Có thể thấy rằng tỷ lệ các bà mẹ sinh con thai to ngày càng tăng lên một mặt do đời sống kinh tế xã hội ngày càng nâng cao, sự chăm sóc của gia đình với sản phụ được quan tâm hơn do đó số sản phụ có trọng lượng thai to chiếm tỷ lệ ngày càng nhiều.

Tỷ lệ thai to thực sự sau phẫu thuật chiếm 86,8% còn lại 13,2% số trẻ có trọng lượng thai không thật sự to vì vậy chúng ta cần tăng cường công tác thăm khám khi đưa ra chỉ định MLT vì nguyên nhân thai to, nếu trong những trường hợp tiền lượng thai không thật sự to và khung chậu của người mẹ rộng rãi có thể theo dõi chuyển dạ làm nghiệm pháp lọt xem tiến triển ngôi thai với độ mở cổ tử cung. Cần kết hợp nhiều phương pháp xác định trọng lượng thai như lâm sàng, siêu âm thai để đưa ra một ước tính trọng lượng thai một cách chính xác hơn góp phần làm giảm tỷ lệ MLT trong trường hợp thai không to thực sự.

Theo nghiên cứu của Vũ Mạnh Cường, có tới 11,1% các trường hợp chỉ định mổ vì thai to nhưng trọng lượng sơ sinh sau mổ $<$ 3500gr⁵

4.5. Chỉ định mổ lấy thai vì thai suy. Trong nghiên cứu có 50 trường hợp được MLT vì nguyên nhân suy thai chiếm 25,8% trong số các nguyên nhân MLT do thai và chiếm tỷ lệ 11,1% tổng số. Kết quả này tương đương so với nghiên cứu Phạm Thị Thúy ở bệnh viện Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa từ năm 2009 - 2013 tỷ lệ là 26,12%⁶, Vũ Mạnh Cường ở Bệnh viện phụ sản Thái Bình với tỉ lệ 37,2%⁵, Phùng Ngọc Hân ở Bệnh viện Đại Học Y Dược Huế năm 2017 là 57,4%⁷ và cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó của các tác giả tại BVPSTU: Touch Bunlong năm 1999 - 2000 (20,49%)⁸.

Việc sử dụng Monitoring để theo dõi tim thai đã giúp phát hiện sớm các trường hợp suy thai giúp quyết định mổ lấy thai một cách kịp thời tránh những trường hợp đáng tiếc xảy ra cho thai nhi. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy rằng

trong những dấu hiệu MLT nguyên nhân do suy thai thì nguyên nhân dựa vào tình trạng màu sắc nước ối chiếm tỷ lệ cao 56% tổng số, điều này chúng ta cần cân nhắc kỹ hơn trước khi quyết định phẫu thuật vì với những trường hợp ối vỡ lẫn phân xu mà sản phụ mới chuyển dạ giai đoạn Ia, những trường hợp thai già tháng, những trường hợp tiền sản giật, chuyển dạ kéo dài hay mẹ mắc bệnh nội khoa khác nếu tiếp tục theo dõi tiền lượng nguy cơ cao cho mẹ và thai thì phải MLT nhưng trong trường hợp nhịp tim thai trên monitoring vẫn tốt, theo dõi tiến triển cuộc chuyển dạ thuận lợi chúng ta vẫn có thể vừa hồi sức thai và theo dõi chuyển dạ trên monitoring sản khoa để đề đường âm đạo do đó sẽ góp phần làm giảm tỷ lệ MLT. Đối với những trường hợp nhịp tim thai nhanh ($>$ 160 l/ph) nếu đang truyền oxytocin ta sẽ ngừng truyền, theo dõi và kiểm soát nhịp tim thai trên monitoring, cho sản phụ thở oxy hồi sức thai sẽ có nhiều trường hợp nhịp tim thai sẽ trở lại bình thường và những trường hợp này chúng ta có thể theo dõi tiếp chuyển dạ do đó cũng sẽ làm giảm tỷ lệ MLT.

Tác giả Phan Trường Duyệt đã công bố kết quả dương tính giả tình trạng nước ối lẫn phân su nhưng không suy thai thường gặp trong các trường hợp thai đủ tháng, trong quá trình chuyển dạ thai có thiếu oxy tạm thời sau đó đã được hồi phục⁹.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MLT chung tại BVĐK Đức Giang vẫn còn tương đối cao (47,4%), trong đó MLT con so trên tổng số đẻ con so chiếm tỷ lệ 50,2% và MLT con so trên tổng số MLT chiếm 27,5%.

MLT do thai chiếm tỷ lệ cao nhất 43,1%. Chỉ định MLT về phía thai hay gặp nhất là thai to chiếm 40,2%, tiếp đến là do thai suy 25,8%

Còn một số chỉ định mổ chưa chặt chẽ: MLT do thai to có 13,2% thai dưới 3500g; MLT do suy thai chỉ dựa vào màu sắc nước ối là 56% và nhịp tim thai nhanh trên 169/phút (24%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Bình An.** Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Bưu điện, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
- Đinh Văn Thăng.** Những chỉ định MLT. Thủ thuật và phẫu thuật sản khoa. Nhà xuất bản y học. 1973; 123- 150.
- Shearer E.L.** cesarean section: medical benefits and costs. Soc-Sci Med 1993 Nov. 37(10): p. 1223-31.
- Tampakoudis P, et al.** cesarean section rates and indications in Greece: data from a 24 year period in a teaching hospital. In Exp Obstet

- Gynecol, 2004; 31(4): 289-292.
5. **Vũ Mạnh Cường.** Nghiên cứu về chỉ định và biến chứng mổ lấy thai con so tại Bệnh viện phụ sản Thái Bình, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y khoa Hà Nội. 2016.
 6. **Phạm Thị Thúy.** nghiên cứu phẫu thuật lấy thai ở sản phụ con so tại bệnh viện đa khoa huyện Lang Chánh, tỉnh Thanh Hóa trong 5 năm 2009 - 2013, Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường ĐHY Hà Nội. 2014.
 7. **Phùng Ngọc Hân.** Chỉ định mổ lấy thai con so tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. Tạp chí phụ sản, tập 15, số 1, 2017;41-46.
 8. **Touch Bunlong.** Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ con so tại viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong hai năm 1999-2000, luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2001.
 9. **Phan Trường Duyệt.** Các phương pháp thăm dò trong sản khoa. NXB y học.1993.

KẾT QUẢ KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT BẰNG FEBUXOSTAT

Trần Kim Sơn¹, Ngô Hoàng Toàn¹, Huỳnh Thanh Bình¹, Võ Tấn Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu bằng Febuxostat trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân tăng acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021. **Kết quả:** Sau 8 tuần điều trị bằng febuxostat 40mg, acid uric máu giảm từ 528,5 μ mol/L trước điều trị xuống 302,5 μ mol/L. Sau điều trị 8 tuần đủ với liều 40mg hay 80mg của febuxostat đều làm giảm acid uric máu có ý nghĩa thống kê và tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng từ 67,6% ở tuần thứ 4 lên 97,1% ở tuần thứ 8, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). **Kết luận:** Febuxostat giúp kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Từ khóa:** tăng huyết áp, febuxostat, acid uric máu

SUMMARY

RESULTS OF CONTROL OF BLOOD ACID URIC LEVELS BY FEBUXOSTAT IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION

Objective: Evaluation of the results of blood uric acid control by febuxostat in patients with primary hypertension. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 32 patients with hyperuricemia in primary hypertensive patients at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2020 and 2021. **Results:** After 8 weeks of treatment with febuxostat 40mg, blood uric acid levels decreased from 528.5 mol/L before treatment to 302.5 mol/L. After 8 weeks of treatment, whether with a dose of 40mg or 80mg of febuxostat, there was a statistically significant reduction in blood acid uric and the rate of

reaching the treatment goal increased from 67.6% at week 4 to 97.1% at week 8 ($p=0.002$). **Conclusion:** Febuxostat helps control uric acid levels in primary hypertensive patients with hyperuricemia. **Keywords:** hypertension, febuxostat, blood uric acid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Febuxostat là một thuốc ức chế xanthine oxidase chọn lọc, không purin. Quá trình ức chế xanthine oxidase góp phần làm giảm các phản ứng oxy hóa từ đó tác động vào quá trình làm giảm tăng huyết áp (THA). Ngoài ra, febuxostat còn giúp cải thiện chức năng nội mô ở bệnh nhân đái tháo đường, hút thuốc lá, những người có nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao có tăng acid uric máu [2], [9]. Trên thế giới đã có những công trình nghiên cứu về hiệu quả của một số thuốc điều trị tăng acid uric máu trên tăng huyết áp, trong đó có thuốc febuxostat. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy febuxostat kiểm soát nồng độ acid uric máu và huyết áp hiệu quả hơn so với allopurinol [1], [3], [6]. Ở Việt Nam hiện chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của febuxostat trong điều trị tăng acid uric máu trên bệnh nhân tăng huyết áp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nghiên cứu kết quả kiểm soát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bằng Febuxostat.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát ≥ 40 tuổi và có tăng acid uric máu đến khám và điều trị tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát từ 40 tuổi trở lên. Chẩn đoán tăng huyết áp theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2018, THA khi huyết áp

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Sơn

Email: tkson@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022