

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

Bùi Thị Thu Trang¹, Ngô Thị Thanh Hải¹,
Dương Quỳnh Liên¹, Nguyễn Trọng Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. **Đối tượng nghiên cứu:** 80 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, thời gian từ tháng 04/2022 đến tháng 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nồng độ acid uric máu trung bình là $434,51 \pm 136,139$ $\mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ tăng acid uric là 66,25%. Không có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với giới tính, thời gian lọc máu, số lần sử dụng lại quả lọc, BMI, thể tích nước tiểu tồn dư, tình trạng tăng huyết áp, nồng độ hemoglobin, albumin, sắt, ferritin, ure máu. Nồng độ acid uric máu có tương quan nghịch với nồng độ calci máu ($r = -0,374$; $p < 0,05$). Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với nồng độ phospho máu ($r = 0,301$; $p < 0,05$), tích số Ca x P ($r = 0,234$; $p < 0,05$), nồng độ creatinin máu ($r = 0,378$; $p < 0,05$).

Từ khóa: suy thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ, acid uric máu.

SUMMARY

SURVEY OF SERUM URIC ACID AND ITS RELATED FACTORS IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT SAINT PAUL HOSPITAL

Objectives: Research on serum uric acid level and some related factors of hemodialysis patients. **Subjects:** 80 patients underwent hemodialysis at Saint Paul hospital from April, 2022 to August, 2022. **Method:** cross-sectional study. **Results:** Mean serum uric acid level was 434.51 ± 136.139 $\mu\text{mol/l}$. Hyperuricemia ratio was 66.25%. There was no association between serum uric acid concentration with gender, duration of hemodialysis, reuse dialyzer, BMI, residual urine volume, hypertension, blood concentration of hemoglobin, albumin, iron, ferritin, ure. Acid uric levels were negatively correlated with blood calci concentration ($r = -0.374$, $p < 0.05$). Acid uric levels were positively correlated with blood phospho concentration ($r = 0.301$, $p < 0.05$), Ca x P ($r = 0.234$, $p < 0.05$), blood creatinin concentration ($r = 0.378$, $p < 0.05$). **Keywords:** end stage renal disease, hemodialysis, serum acid uric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm thoái hóa cuối cùng của purin và được đào thải chủ yếu qua thận. Khi

suy thận, nồng độ acid uric tăng lên trong máu, đặc biệt với bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Khi acid uric máu tăng cao, các tinh thể mono sodium urat khó tan sẽ tạo thành và kết tinh trong các mô, chủ yếu gây viêm khớp. Gút là bệnh lý kinh điển của tình trạng tăng acid uric máu, nhưng đó chỉ là phần nổi của tảng băng chìm liên quan đến nhiều rối loạn chuyển hóa như béo phì, tình trạng kháng insulin, tăng huyết áp, bệnh mạch vành, xơ vữa mạch máu, albumin niệu, bệnh thận mạn. Acid uric thuộc nhóm chất tan có trọng lượng phân tử nhỏ, được lọc qua màng bán thấm theo cơ chế khuếch tán nhờ sự chênh lệch nồng độ giữa khoang máu và khoang dịch lọc, lọc máu cũng là một biện pháp giúp giảm acid uric máu.

Trên thế giới và Việt Nam đã có những nghiên cứu về tăng acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn nhóm điều trị bảo tồn và nhóm điều trị thay thế. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Khảo sát nồng độ acid uric máu và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 80 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 04/2022 đến tháng 08/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** các bệnh nhân lọc máu chu kỳ có thời gian lọc máu >3tháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân suy thận mạn do gout, các bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính, ác tính, cần lọc máu cấp cứu, cần chế độ lọc riêng biệt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu. Lấy máu xét nghiệm lúc trước lọc của buổi lọc máu đầu tiên trong tuần.

- **Quy trình thực hiện nghiên cứu:** các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn 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, chức năng thận tồn dư, chẩn đoán tăng huyết áp,

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Trang

Email: trangbui0411@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 24.8.2023

phân loại mức độ thiếu máu, phân loại nồng độ acid uric máu.

- **Chỉ số và biến số:** tuổi, giới, thời gian lọc máu, tình trạng sử dụng lại quả lọc, chiều cao, cân nặng, BMI, số lượng nước tiểu 24 giờ (ngày không lọc máu), tình trạng tăng huyết áp, hồng cầu (T/l), hemoglobin (g/l), acid uric ($\mu\text{mol/l}$), albumin (g/l), ure (mmol/l), creatinin ($\mu\text{mol/l}$), sắt ($\mu\text{mol/l}$), ferritin (ng/ml), calci (mmol/l), phospho (mmol/l), tích số Ca x P (mmol²/l²).

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS20.0, test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 80 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là $58,8 \pm 17,05$ tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 26 tuổi, lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Số bệnh nhân ≤ 60 tuổi – trong độ tuổi lao động chiếm 42,3%, đây là gánh nặng cho bản thân bệnh nhân cũng như gia đình và xã hội. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,8%. Số bệnh nhân sử dụng lại quả lọc chiếm 86,25%, số bệnh nhân dùng quả lọc lần 6 chiếm 25%. Thời gian lọc máu dưới 1 năm chiếm 23,75%, ≥ 1 đến 5 năm là 37,5%, ≥ 5 đến 10 năm là 17,5%, ≥ 10 năm là 21,25%, bệnh nhân có thời gian lọc máu lâu nhất là 27 năm.

BMI trung bình là $20,8 \pm 3,12$ kg/m², bệnh nhân có BMI $< 18,5$ chiếm 25%. Tỷ lệ bệnh nhân còn nước tiểu tồn dư ($\geq 500\text{ml}/24\text{h}$) là 31,25%. Số bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 73,75%. Nồng độ hemoglobin trung bình là $92,4 \pm 11,12$ g/l, chủ yếu là thiếu máu mức độ vừa với 61,25%, không có bệnh nhân thiếu máu mức độ rất nặng.

Nồng độ acid uric máu trung bình là $434,51 \pm 136,139$ $\mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ tăng acid uric là 66,25%.

3.2. Nồng độ acid uric máu và một số yếu tố liên quan

Bảng 1: Liên quan giữa acid uric máu và giới tính (n=80)

| Giới tính | Tỷ lệ tăng acid uric máu (%) | Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/l}$) |
|--------------|------------------------------|--|
| Chung (n=80) | 66,25 | $434,51 \pm 136,139$ |
| Nam (n=43) | 58,1 | $438,43 \pm 144,622$ |
| Nữ (n=37) | 75,7 | $429,94 \pm 127,397$ |
| | $p > 0,05$ | $p > 0,05$ |

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trung bình giữa 2 giới là như nhau. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nữ cao hơn ở nam nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2: Liên quan giữa acid uric máu và thời gian lọc máu (n = 80)

| Số năm lọc máu | Số bệnh nhân | Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/l}$) |
|-----------------|---|--|
| < 1 | 19 | $448,40 \pm 195,245$ |
| $\geq 1 - < 5$ | 30 | $434,04 \pm 118,109$ |
| $\geq 5 - < 10$ | 14 | $430,84 \pm 116,527$ |
| ≥ 10 | 17 | $422,82 \pm 109,189$ |
| p | $P_{1-2}, p_{1-3}, p_{1-4}, p_{2-3}, p_{2-4}, p_{3-4} > 0,05$ | |

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu có xu hướng giảm khi thời gian lọc máu kéo dài tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3: Liên quan giữa acid uric máu và số lần sử dụng lại quả lọc (n = 80)

| Sử dụng lại quả lọc | Số bệnh nhân | Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/l}$) |
|---------------------|---|--|
| không | 11 | $457,09 \pm 198,954$ |
| 3 lần | 43 | $436,38 \pm 127,578$ |
| 4 lần | 6 | $350,14 \pm 108,237$ |
| 6 lần | 20 | $443,37 \pm 120,553$ |
| p | $P_{1-2}, p_{1-3}, p_{1-4}, p_{2-3}, p_{2-4}, p_{3-4} > 0,05$ | |

Nhận xét: Không có sự khác biệt về nồng độ acid uric máu giữa nhóm bệnh nhân dùng quả lọc 1 lần và sử dụng lại quả lọc, cũng như ở các nhóm có số lần sử dụng lại quả lọc khác nhau, với $p > 0,05$.

Bảng 4: Liên quan giữa acid uric máu và BMI (n=80)

| BMI (kg/m ²) | Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/l}$) |
|-----------------------------|--|
| BMI $< 18,5$ | $410,58 \pm 126,268$ |
| $18,5 \leq \text{BMI} < 25$ | $434,78 \pm 134,114$ |
| BMI ≥ 25 | $486,11 \pm 168,259$ |
| p | $P_{1-2}, p_{1-3}, p_{2-3} > 0,05$ |

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu trung bình ở nhóm BMI thừa cân cao hơn nhóm BMI trung bình, ở nhóm BMI trung bình cao hơn nhóm BMI gầy, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5: Liên quan giữa acid uric máu và thể tích nước tiểu tồn dư (n = 80)

| | Acid uric tăng | Acid uric bình thường | Tổng |
|-----------------------------------|----------------|-----------------------|-----------|
| Nước tiểu 24h $< 500\text{ml}$ | 37 (67,3%) | 18 (32,7%) | 55 |
| Nước tiểu 24h $\geq 500\text{ml}$ | 16 (64,0%) | 9 (36,0%) | 25 |
| Tổng | 53 | 27 | 80 |
| | $P > 0,05$ | | |

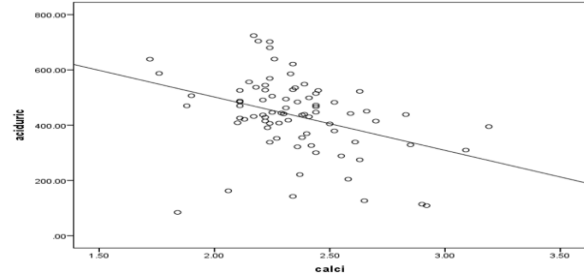
Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric máu ở 2 nhóm nước tiểu 24h $< 500\text{ml}$ và $\geq 500\text{ml}$.

Bảng 6: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và tình trạng tăng huyết áp (n=80)

| | Acid uric tăng | Acid uric bình thường | Tổng |
|---------------------|----------------|-----------------------|-----------|
| Có tăng huyết áp | 38 (64,4%) | 21 (35,6%) | 59 |
| Không tăng huyết áp | 15 (71,4%) | 6 (28,6%) | 21 |
| Tổng | 53 | 27 | 80 |

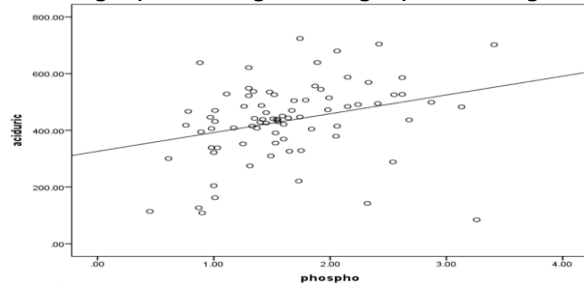
p > 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric máu giữa 2 nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp và không tăng huyết áp với p > 0,05.



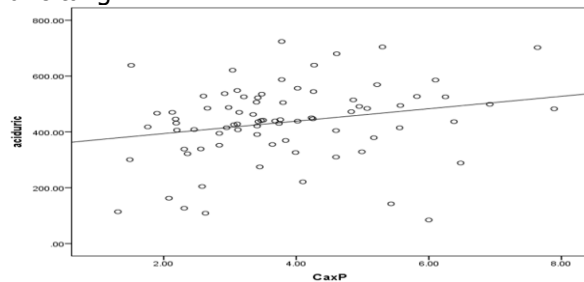
Biểu đồ 1: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nồng độ calci máu (n=80)

Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: acid uric = -192,942 calci + 887,704; r = -0,374; p = 0,001. Nồng độ acid uric máu có tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ calci máu, khi nồng độ calci tăng thì nồng độ acid uric giảm.



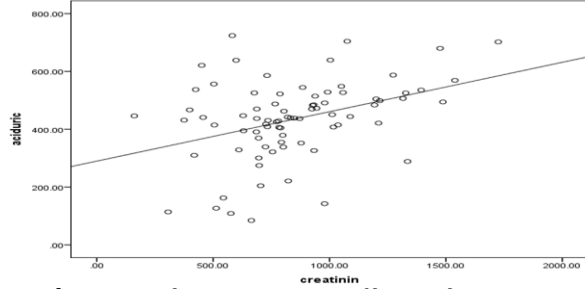
Biểu đồ 2: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nồng độ phospho máu (n=80)

Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: acid uric = 66,29 phospho + 326,037; r = 0,301; p = 0,007. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ phospho máu, khi nồng độ phospho tăng thì nồng độ acid uric tăng.



Biểu đồ 3: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và tích số Ca x P máu (n=80)

Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: acid uric = 22,253 Ca x P + 349,592; r = 0,234; p = 0,037. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ yếu với tích số Ca x P máu, khi tích số Ca x P tăng thì nồng độ acid uric tăng.



Bảng 4: Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nồng độ creatinin máu (n = 80)

Nhận xét: Phương trình hồi quy tuyến tính: acid uric = 0,171 creatinin + 289,721; r = 0,378; p = 0,001. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ creatinin máu, khi nồng độ creatinin tăng thì nồng độ acid uric tăng.

IV. BÀN LUẬN

Trong 80 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ acid uric máu trung bình là 434,51 ± 136,139 μmol/l. Tỷ lệ tăng acid uric là 66,25%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn trên nhóm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ nhận thấy nồng độ acid uric trung bình là 500,28 ± 95,48 μmol/l [1]. Hoàng Danh Tân nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế nhận thấy tỷ lệ tăng acid uric máu ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn V là 75,625% [2]. Như vậy lọc máu cũng là một trong các biện pháp giúp hạ acid uric máu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng acid uric là khác nhau giữa 2 giới: ở nam là 420 μmol/l cao hơn ở nữ là 360 μmol/l. Nồng độ acid uric máu ở nam giới thường cao hơn nữ giới, được giải thích bởi thói quen ăn nhiều đạm và uống rượu của nam giới, bên cạnh đó sự đào thải acid uric qua nước tiểu ở nữ nhiều hơn do lượng estrogen cao hơn. Trong nghiên cứu này, nồng độ acid uric máu trung bình giữa 2 giới là như nhau. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở nữ cao hơn ở nam nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Có thể do ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ, chức năng thận tồn dư thấp, lượng acid uric được đào thải qua nước tiểu là thấp ở cả 2 giới. Hơn nữa, bệnh nhân được giáo dục về chế độ ăn giảm đạm nên không có sự khác biệt về nồng độ

acid uric máu giữa 2 giới.

Bên cạnh các thuốc hạ acid uric máu, lọc máu là một biện pháp hữu hiệu giúp giảm acid uric máu, nhất là khi bệnh nhân được lọc máu đầy đủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ acid uric máu có xu hướng giảm khi thời gian lọc máu kéo dài tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Một nghiên cứu cắt ngang đa trung tâm của Eghlim Nemati và cộng sự trên 1271 bệnh nhân lọc máu chu kỳ cũng nhận thấy không có sự liên quan giữa thời gian lọc máu và nồng độ acid uric máu [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 86,25% bệnh nhân sử dụng lại quả lọc. Không có sự khác biệt về nồng độ acid uric máu giữa nhóm bệnh nhân dùng quả lọc 1 lần và sử dụng lại quả lọc, cũng như ở các nhóm có số lần sử dụng lại quả lọc khác nhau, với $p > 0,05$. Việc sử dụng lại quả lọc bắt nguồn từ lý do chính giúp tiết kiệm chi phí. Tuy nhiên bên cạnh acid uric cần thêm các nghiên cứu về các vấn đề khác liên quan hiệu quả lọc.

Người có BMI cao thường có chế độ ăn đủ năng lượng và dinh dưỡng, thường kèm các bệnh rối loạn chuyển hóa trong đó có tăng acid uric máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ acid máu trung bình ở nhóm BMI thừa cân cao hơn nhóm BMI trung bình, của nhóm BMI trung bình cao hơn nhóm BMI gầy, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Tuấn (2021): không nhận thấy mối tương quan giữa nồng độ acid uric huyết thanh và chỉ số BMI [1].

Chức năng thận tồn dư giúp đào thải một số chất hòa tan trong đó có acid uric qua đường nước tiểu và được phán ánh gián tiếp thông qua thể tích nước tiểu tồn dư. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric máu ở 2 nhóm nước tiểu 24h $< 500\text{ml}$ và $\geq 500\text{ml}$. Hoàng Anh Trung nghiên cứu 369 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ nhận thấy acid uric tăng chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nước tiểu 24h $< 500\text{ml}$ (OR = 2,65; $p < 0,05$) [4]. Có sự khác nhau giữa 2 nghiên cứu có thể do số lượng bệnh nhân chưa đủ nhiều, cần làm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ hơn mối tương quan này.

Các bệnh nhân tăng huyết áp thường đi kèm các rối loạn chuyển hóa trong đó có tăng acid uric máu. Theo Nguyễn Văn Tuấn (2021): có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ acid uric máu và chỉ số huyết áp tối đa ($r = 0,423$; $p < 0,01$) và huyết áp trung bình ($r = 0,321$; $p <$

$0,01$) [1]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric máu giữa 2 nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp và không tăng huyết áp. Điều này có thể lý giải do một số thuốc có tác dụng tăng thải acid uric máu là yếu tố gây nhiễu khi so sánh, như amlodipine, losartan, nhóm statin – là các thuốc bệnh nhân suy thận mạn hay sử dụng để điều trị các bệnh đồng mắc tăng huyết áp và rối loạn lipid máu.

Rối loạn calci, phospho hay gặp bệnh nhân lọc máu chu kỳ, nhất là khi xuất hiện cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân lọc máu lâu năm. Giảm calci, tăng phospho, tăng acid uric máu là các đặc điểm sinh hóa hay gặp ở bệnh nhân lọc máu, phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Từ việc nồng độ acid uric máu có mối liên quan với nồng độ calci và phospho máu, ta có thể suy ra kiểm soát tốt calci, phospho cũng góp phần làm giảm acid uric máu. Jay P. Garg và cộng sự tiến hành thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh 2 nhóm thuốc cùng có tác dụng hạ phospho máu là sevelamer và nhóm gặp phospho chứa calci, nhận thấy cả 2 nhóm này đều có tác dụng làm hạ acid uric máu, trong đó sevelamer có hiệu quả hạ acid uric cao hơn nhóm gặp phospho chứa calci ($-0,64\text{ mg/dl}$ so với $-0,26\text{ mg/dl}$; $p = 0,03$) [6].

Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ creatinin máu. Điều này phù hợp vì acid uric và creatinin đều là các phân tử nhỏ được lọc qua màng bán thấm theo cơ chế khuếch tán. Creatinin là chỉ số đánh giá chức năng thận ổn định hơn so với ure. Nghiên cứu của Hoàng Anh Trung cũng cho kết quả tương tự chúng tôi với $r = 0,41$; $p < 0,01$ [4]. Zhihui Ding và cộng sự theo dõi trên 222 bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ ≥ 60 tuổi cho thấy: tỷ lệ acid uric huyết thanh/ creatinin huyết thanh cao hơn có liên quan độc lập với nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn (HR: 1,292; 95% CI: 1,013-1,048; $p = 0,039$) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan tuyến tính giữa nồng độ acid uric máu và hemoglobin, albumin, sắt, ferritin, ure. Có thể giải thích điều này bởi một số lý do sau. Các bệnh nhân lọc máu chu kỳ thường gặp thiếu máu phải truyền khối hồng cầu làm tăng nồng độ hemoglobin. Albumin được bệnh nhân bổ sung theo đường uống, đường truyền. Bệnh nhân bệnh thận mạn hay gặp thiếu máu thiếu sắt, nhưng cũng là nhóm đối tượng được bổ sung sắt qua thuốc sắt uống, thuốc sắt truyền và truyền khối hồng cầu. Ferritin liên quan nhiều

yếu tố như sắt huyết thanh, truyền máu, tình trạng viêm nhiễm. Ure máu liên quan nhiều yếu tố như hàm lượng đạm trong chế độ ăn, khối lượng cơ, chức năng gan. Bệnh nhân lọc máu chu kỳ thường gặp suy giảm khối cơ do cơ chế bệnh sinh và chế độ ăn hạn chế đạm theo hướng dẫn nhân viên y tế. Sự tương quan này cũng có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Theo S. M. Kurt. Lee và cộng sự, acid uric máu có tương quan đồng biến với albumin máu ($r = 0,35$; $p < 0,001$), và có kết luận nồng độ acid uric máu thấp là một yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh nhân lọc máu với gánh nặng bệnh đồng mắc cao và nồng độ albumin máu thấp [5]. Theo Hoàng Anh Trung, nồng độ acid uric máu có tương quan thuận với ferritin máu ($r = 0,23$; $p < 0,01$) [4].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ acid uric máu trung bình là $434,51 \pm 136,139 \mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ tăng acid uric là 66,25%.

Không có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với giới tính, thời gian lọc máu, số lần sử dụng lại quả lọc, BMI, thể tích nước tiểu tồn dư, tình trạng tăng huyết áp, nồng độ hemoglobin, albumin, sắt, ferritin, ure máu.

Nồng độ acid uric máu có tương quan nghịch mức độ trung bình với nồng độ calci máu ($r = -0,374$; $p < 0,05$).

Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ phospho máu ($r = 0,301$; $p < 0,05$), mức độ yếu với tích số Ca x P ($r = 0,234$; $p < 0,05$), mức độ trung bình với

nồng độ creatinin máu ($r = 0,378$; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn (2021), "Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối," Tạp chí Y học Việt Nam, số 504, trang 147.
2. Hoàng Danh Tân (2015), "Nhận xét tình trạng rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế tại khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai," Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
3. Eghlim Nemati, Behzad Einollahi, et al (2017), "The relationship between dialysis adequacy and serum uric acid in dialysis patient, a cross - sectional multi - center study in Iranian hemodialysis centers," J Renal Inj Prev, vol. 6(2), pp. 142-147.
4. Hoàng Anh Trung (2017), "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, số 460.
5. S. M. Kurt Lee, Thomas J Winters, et al (2009), "Low serum uric acid level is a risk factor for death in incident hemodialysis patients," Am J Nephrol, vol. 29(2), pp. 79-85.
6. Jay P. Garg, Andrew Blair, et al (2005), "Effects of sevelamer and calcium-based phosphate binders on uric acid concentrations in patients undergoing hemodialysis: A randomized clinical trial," Arthritis and Rheumatology, vol. 52, no. 1, pp. 290-295.
7. Zhihui Ding, Chunlei Yao & Liubao Gu (2022), "The association between the serum uric acid to creatinine ratio and all-cause mortality in elderly hemodialysis patients," BMC Nephrology, vol. 23 (177).

KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Thắng², Lê Chính Đại², Nguyễn Công Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại bệnh viện K. Đánh giá kết quả hoá xạ trị đồng thời phác đồ Etoposide - Cisplatin kết hợp kỹ thuật xạ điều biến liều trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** 45 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn

khu trú điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời Etoposide-Cisplatin và xạ điều biến liều tại bệnh viện K từ 06/2018 đến tháng 6/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả có theo dõi dọc **Kết quả:** đặc điểm nhóm nghiên cứu: Độ tuổi trung bình là $61,3 \pm 6,4$, tỉ lệ nam chiếm 95,6%, bệnh nhân được lựa chọn có thể trạng tốt với 25 (55,6%) trong 45 bệnh nhân ECOG 0. Giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn IIIB chiếm 46,7%. Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 cho thấy tỉ lệ đáp ứng toàn bộ, một phần tương ứng là 51,6%, 40,0%. Thời gian trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 12 tháng là 61,1%. Độc tính: Có 33,3% bệnh nhân viêm phổi, 37,7% bệnh nhân viêm thực quản, trong đó chỉ độ I,II. Độc tính huyết học, hạ bạch cầu là hay gặp nhất với tỷ lệ 73,3%; hạ bạch cầu độ III và IV gặp 42,2%. Độc tính trên gan thận, nôn mửa mỗi ít gặp, chỉ ở độ I,

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thắng

Email: thangtls1215@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023