

Nghiên cứu cũng tồn tại hạn chế là chỉ được thực hiện tại một cơ sở y tế với số lượng mẫu còn hạn chế nên kết quả chưa đủ để phản ánh cho toàn khu vực. Do vậy, cần có những nghiên cứu lớn hơn và thường xuyên hơn để cập nhật chính xác hơn đặc điểm và xu hướng kháng kháng sinh tại cộng đồng khu vực.

## V. KẾT LUẬN

Gen sinh ESBL là một trong những gen đề kháng thường gặp ở *P. aeruginosa*. Các gen này có thể không biểu hiện nên không được phát hiện bằng các thử nghiệm kiểu hình. Điều này có thể dẫn tới những thất bại trong điều trị và làm lây lan nhanh chóng gen kháng kháng sinh cho các vi khuẩn khác. Do vậy việc kết hợp xác định kiểu gen và kiểu hình đề kháng của vi khuẩn sẽ giúp khảo sát tốt hơn khả năng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn, từ đó giúp nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế (2023).** Báo Cáo Giám Sát Kháng Kháng Sinh Tại Việt Nam Năm 2020 Của Bộ Y Tế, công bố tháng 11/2023.
- Bộ Y tế (2017).** Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm Vi sinh lâm sàng, Nhà xuất bản y học,

Hà Nội.

- A. Peymani et al (2017).** Distribution of blaTEM, blaSHV, and blaCTX-M genes among ESBL-producing *P.aeruginosa* isolated from Qazvin and Tehran hospitals, Iran. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene.* **58:** p. 155-160.
- Hayford Odoi et al (2021).** Prevalence and Phenotypic and Genotypic Resistance Mechanisms of Multidrug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa* Strains Isolated from Clinical, Environmental, and Poultry Litter Samples from the Ashanti Region of Ghana. *Journal of Environmental and Public Health.*
- K. S. M. Azab et al (2021).** Distribution of Extended-Spectrum  $\beta$ -Lactamase (ESBL)-Encoding Genes among Multidrug-Resistant Gram-Negative Pathogens Collected from Three Different Countries. *Antibiotics.* **10(3):** p.247.
- Mojisola C. Hosu et al (2021).** Detection of extended spectrum beta-lactamase genes in *Pseudomonas aeruginosa* isolated from patients in rural Eastern Cape Province, South Africa. *Scientific Reports.* **11(1):** p. 7100.
- M. Castanheira et al(2021).** Extended-spectrum  $\beta$  -lactamases: an update on their characteristics, epidemiology and detection. *JAC-Antimicrobial Resistance.* **3(3):** p.54-58.
- Nicole Roschanski (2014).** Development of a Multiplex Real-Time PCR for the Rapid Detection of the Predominant Beta-Lactamase Genes CTX-M, SHV, TEM and CIT-Type AmpCs in Enterobacteriaceae. *PLoS One.* **9(7).**

# NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP KIỂM SOÁT TĂNG ACID URIC MỨC ĐỘ NHẸ Ở BỆNH NHÂN NAM TĂNG HUYẾT ÁP ĐẾN KHÁM BỆNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ TÂN UYÊN TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023 – 2024

Phạm Thị Ngọc Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Như Nghĩa<sup>2</sup>  
Huỳnh Minh Chín, Lê Nguyễn Đăng Khoa, Huỳnh Anh Phi<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng acid uric là nguyên nhân của các bệnh lắng đọng urate như bệnh viêm khớp gout và bệnh thận mạn. Tăng acid uric có mối liên quan chặt chẽ đến nhiều bệnh lý khác như tăng huyết áp. Tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân tăng huyết áp là một chỉ dẫn sinh học sớm cho tổn thương thận do tăng huyết áp. **Mục tiêu:** 1) Xác định tỷ lệ và mức độ tăng acid uric ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp. 2) Mô tả một số yếu tố liên quan đến tăng

acid uric ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp và 3) Đánh giá kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric mức độ nhẹ ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích kết hợp can thiệp không nhóm chứng trên 240 bệnh nhân nam trên 18 tuổi được quản lý và điều trị tăng huyết áp tại khoa Khám – Trung tâm Y tế thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Acid uric huyết thanh trung bình của 240 bệnh nhân là  $406,47 \pm 121,29$   $\mu\text{mol/L}$ . Với 54,2% bệnh nhân có acid uric bình thường, 45,8% bệnh nhân có tăng acid uric huyết thanh (35,8% tăng nhẹ và 9,2% tăng giới hạn cao và 0,8% tăng cao). Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh bao gồm: tuổi > 60, có hội chứng chuyển hoá, không hoạt động thể lực, tần suất sử dụng sản phẩm có nồng độ purin cao và trung bình, mỡ động vật  $\geq 3$  lần/tuần, rau xanh, trái cây  $\leq 2$  lần/tuần. Sau 3 tháng can thiệp bằng truyền thông

<sup>1</sup>Trung tâm y tế thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Sở Y tế tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Vân

Email: bsvanbvtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

giáo dục sức khỏe acid huyết thanh trung bình giảm 93,1  $\mu\text{mol/L}$  (KTC: 57,6-128,5),  $p < 0,001$ . Trong đó có 74,4% bệnh nhân nồng độ acid uric giảm về mức bình thường, 12,8% bệnh nhân có acid uric giảm và chưa về bình thường. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy có 45,8% bệnh nhân nam tăng huyết áp có tăng acid uric huyết thanh. Truyền thông giáo dục sức khỏe có hiệu quả trên bệnh nhân có tăng acid uric huyết thanh mức độ nhẹ. **Từ khoá:** acid uric, huyết thanh, tăng huyết áp, truyền thông, yếu tố liên quan

## SUMMARY

### RESEARCH ON THE SITUATION, RELATED FACTORS, AND INTERVENTION RESULTS IN CONTROLLING MILDLY ELEVATED SERUM URIC ACID LEVELS IN MALE HYPERTENSIVE PATIENTS UNDERGOING MEDICAL EXAMINATIONS AT TAN UYEN MEDICAL CENTER, BINH DUONG PROVINCE, 2023 – 2024

**Background:** Elevated uric acid is the cause of urate deposition diseases such as gouty arthritis and chronic kidney disease. Elevated uric acid is closely associated with various other conditions including hypertension. Elevated serum uric acid in hypertensive patients serves as an early biological indicator for hypertension-induced kidney damage. **Objectives:** 1) To determine the prevalence and extent of uric acid elevation in male hypertensive patients over 18 years old. 2) To describe some factors related to uric acid elevation in male hypertensive patients over 18 years old. 3) To evaluate the outcomes of interventions aimed at controlling mildly elevated uric acid levels in male hypertensive patients over 18 years old undergoing medical examinations at Tan Uyen Medical Center, Binh Duong Province, from 2023 to 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional study with combined analysis of intervention without a control group was conducted on 240 male patients over 18 years old who were managed and treated for hypertension at the Outpatient Department - Tan Uyen Medical Center, Binh Duong Province, using a convenient sampling method. **Results:** The mean serum uric acid among the 240 patients was  $406.47 \pm 121.29 \mu\text{mol/L}$ . Of these, 54.2% had normal uric acid levels, while 45.8% had elevated serum uric acid (35.8% mildly elevated, 9.2% borderline high, and 0.8% high). Factors associated with elevated serum uric acid included age  $> 60$ , metabolic syndrome, sedentary lifestyle, frequent consumption of high and moderate purine products,  $\geq 3$  servings/week of animal fat,  $\leq 2$  servings/week of vegetables, and fruits. After a 3-month health education intervention, the mean serum uric acid decreased by  $93.1 \mu\text{mol/L}$  (95% CI: 57.6-128.5),  $p < 0.001$ . Among them, 74.4% of patients normalized their uric acid levels, while 12.8% showed decreased but not normalized levels. **Conclusions:** The study revealed that 45.8% of hypertensive patients had elevated serum uric acid levels. Health education interventions were effective for patients with mildly elevated serum uric acid levels.

**Keywords:** uric acid, serum, hypertension, health education, related factors

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng acid uric là nguyên nhân của các bệnh lắng đọng urate như bệnh viêm khớp gout và bệnh thận mạn [1] [2]. Tỷ lệ hiện mắc bệnh gout trên toàn thế giới dao động từ 0,1% đến xấp xỉ 10% [2], trong khi đó tỷ lệ tăng acid uric có thể lên đến 18% trong dân số [2]. Tăng acid uric là một trong những yếu tố đã được chứng minh làm gia tăng kết cục tim mạch, cũng như là yếu tố dự báo độc lập cho diễn tiến của bệnh thận mạn.

Tăng acid uric có mối liên quan chặt chẽ đến nhiều bệnh lý khác như tăng huyết áp. Một số nghiên cứu cho thấy vai trò của acid uric huyết thanh trong bệnh lý tim mạch nói chung và tăng huyết áp nói riêng [3]. Tăng acid uric huyết thanh ở bệnh nhân tăng huyết áp là một chỉ dẫn sinh học sớm cho tổn thương thận do tăng huyết áp [4], và cũng liên quan với béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Xét nghiệm acid uric huyết thanh đã được sử dụng như xét nghiệm thường quy ở bệnh nhân tăng huyết áp nhằm chọn lọc thuốc điều trị và theo dõi tác dụng phụ của thuốc điều trị trong tiên lượng bệnh tăng huyết áp. Tuy vậy, ở Việt Nam, các nghiên cứu về acid uric huyết thanh và bệnh tăng huyết áp vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố liên quan và kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric mức độ nhẹ ở bệnh nhân nam tăng huyết áp đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2023 – 2024" với các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Xác định tỷ lệ và mức độ tăng acid uric ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2023 – 2024.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2023 – 2024.

3. Đánh giá kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric mức độ nhẹ ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi tăng huyết áp đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế Tân Uyên, tỉnh Bình Dương năm 2023 – 2024.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân nam trên 18 tuổi được quản lý và điều trị tăng huyết áp tại khoa Khám – Trung tâm Y tế thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Mục tiêu 1 và 2: Bệnh nhân nam trên 18 tuổi, đã được chẩn đoán tăng huyết áp, đang được quản lý và điều

trị ngoại trú tại khoa Khám của Trung tâm Y tế thành phố Tân Uyên, tỉnh Bình Dương.

Chẩn đoán tăng huyết áp theo Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022: huyết áp tâm thu (HATT) > 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr)  $\geq$  90 mmHg hoặc đang điều trị thuốc hạ áp hằng ngày hoặc có ít nhất 2 lần được bác sĩ chẩn đoán là THA [5].

Có chỉ định làm xét nghiệm acid uric huyết thanh.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Mục tiêu 3: Bệnh nhân tăng acid uric mức độ nhẹ theo tiêu chuẩn Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ năm 2015: acid uric huyết thanh từ 420  $\mu$ mol/l đến 550 $\mu$ mol/L [6] và đồng ý tham gia can thiệp.

### 2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có bệnh kèm theo: đợt gout cấp, nghiện rượu, ung thư, các bệnh lý thận hoặc đang chạy thận nhân tạo, xơ gan, ung thư, bạch cầu cấp, đái tháo đường tuyp 1.

Bệnh lý cấp tính: suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy hô hấp cấp, bệnh lý mạch máu não, có nguy cơ ảnh hưởng nồng độ acid uric huyết thanh.

Bệnh nhân đã dùng trong 10 ngày trước thu thập các loại thuốc ảnh hưởng đến sự sản xuất và bài xuất acid uric như: feburic, probenecid, sulfipyrazol, salicylat, phenylbutazol, acid ascobid, ethambutol, pyrazynamid, allopurinol,...

Bệnh nhân tâm thần, câm điếc, chậm phát triển tâm thần,...

### 2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: khoa Khám, Trung tâm Y tế thành phố Tân Uyên,

Thời gian nghiên cứu: tháng 5 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mục tiêu 1 và 2: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

Mục tiêu 3: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng

**2.2.2. Cỡ mẫu.** Mục tiêu 1 và 2: Sử dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ, với d là sai số cho

phép = 0,07,  $\alpha=0,05$ ,  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1,96$ ,  $p=0,5$  (do chưa có nghiên cứu thực hiện khảo sát trên bệnh nhân nam có tăng huyết áp, do đó, chúng tôi chọn  $p=0,5$  để có cỡ mẫu lớn nhất). Cỡ mẫu tối thiểu phải thu là 196 bệnh nhân. Dự trừ hao hụt 20%, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết phải thu là 236 bệnh nhân, thực tế chúng tôi thu thập được 240 bệnh.

Mục tiêu 3: Tất cả bệnh nhân có tăng acid uric mức độ nhẹ.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

### 2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: nhóm tuổi, nghề nghiệp, dân tộc, học vấn, kinh tế, bệnh tăng huyết áp (phân độ, thời gian bệnh, điều trị).

Tỷ lệ và mức độ tăng acid uric máu: Dựa vào tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ năm 2015(tăng acid uric huyết thanh khi nồng độ acid uric huyết thanh ở nam >420 $\mu$ mol/L, mức độ (nhẹ: 420 - 550 $\mu$ mol/L), giới hạn cao (550-900 $\mu$ mol/L), cao (trên 900 $\mu$ mol/L).

Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh: tuổi, hội chứng chuyển hoá (dựa vào tiêu chuẩn NCEP ATP III), chế độ ăn (thói quen sử dụng thực phẩm có nồng độ nhân purin cao, trung bình, mỡ động vật, dầu thực vật, rau xanh, trái cây), hoạt động thể lực.

Kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric mức độ nhẹ: với phương pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khoẻ về hậu quả của tăng acid uric huyết thanh, lời khuyên về thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt trong thời gian 3 tháng. Hiệu quả can thiệp được đánh giá thông qua so sánh trung bình acid uric, tỷ lệ acid uric về mức bình thường, tỷ lệ acid uric giảm so với trước can thiệp.

**2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu.** Biến số định tính, phân loại được mô tả bằng tần số, phần trăm.

Biến số định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định Chi-bình phương dùng để so sánh hai tỷ lệ. Các số liệu của biến liên tục sử dụng t-test ghép cặp cho so sánh trước sau.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	$\leq 60$	136	56,7
	$> 60$	104	43,3
Nghề nghiệp	Tay chân	181	75,4
	Trí óc	59	24,6
Kinh tế	Nghèo	8	3,3
	Không nghèo	231	96,3
Dân tộc	Kinh	230	95,8
	Khác	10	4,2
Học vấn	Từ cấp 2 trở xuống	152	63,3
	Cấp 3 trở lên	88	36,7
Phân độ tăng huyết áp	Độ 1	209	87,1
	Độ 2	29	12,1
	Độ 3	2	0,8

Thời gian THA	< 5 năm	87	36,3
	≥ 5 năm	153	63,7
Điều trị THA	Liên tục	203	84,6
	Không	37	15,4

**Nhận xét:** Nghiên cứu trên 240 bệnh nhân tăng huyết áp, trong đó có 43,3% bệnh nhân trên 60 tuổi. Hầu hết bệnh nhân là lao động chân tay với 75,4%, kinh tế gia đình không nghèo với 96,3%, học vấn từ cấp 2 trở xuống với 63,3%. Về tăng huyết áp, đa số bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 với 87,1%, 0,8% bệnh nhân có tăng huyết áp độ 3. Phần lớn bệnh nhân có thời gian tăng huyết áp từ 5 năm trở lên với 63,7% và điều trị huyết áp tăng liên tục.

**3.2. Tỷ lệ và mức độ tăng acid uric huyết thanh**

**Bảng 2. Mức độ tăng acid uric huyết thanh**

	Tần số	Tỷ lệ
Acid uric huyết thanh	Trung bình: 406,47, ĐLC: 121,29	

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh**

**Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh**

Đặc điểm	Acid uric		OR (KTC 95%)	p	
	Tăng	Không			
Nhóm tuổi	> 60	60 (57,7)	44 (42,3)	2,3 (1,4-4,0)	<b>0,001</b>
	≤ 60	50 (36,8)	86 (63,2)		
Hội chứng chuyển hóa	Có	89 (49,7)	90 (50,3)	1,9 (1,0-3,4)	<b>0,038</b>
	Không	21 (34,4)	40 (65,6)		
Hoạt động thể lực	Không	78 (59,1)	54 (40,9)	3,4 (1,9-6,1)	<b>&lt;0,001</b>
	Có	32 (29,6)	76 (70,4)		
Sản phẩm có nồng độ nhân purin cao	≥ 3 lần/tuần	15 (68,2)	7 (31,8)	2,8 (1,1-7,7)	<b>0,027</b>
	≤ 2 lần/tuần	95 (43,6)	123 (56,4)		
Sản phẩm có nồng độ nhân purin trung bình	≥ 3 lần/tuần	46 (63,9)	26 (36,1)	2,9 (1,6-5,1)	<b>&lt;0,001</b>
	≤ 2 lần/tuần	64 (38,1)	104 (61,9)		
Sử dụng mỡ động vật	≥ 3 lần/tuần	7 (87,5)	1 (12,5)	8,8 (1,1-72,4)	<b>0,025*</b>
	≤ 2 lần/tuần	103 (44,4)	129 (55,6)		
Sử dụng rau xanh, trái cây	≥ 3 lần/tuần	72 (41,9)	100 (58,1)	0,6 (0,3-1,0)	<b>0,049</b>
	≤ 2 lần/tuần	38 (55,9)	30 (44,1)		

**Nhận xét:** Nghiên cứu cho thấy có liên quan giữa nhóm tuổi, hội chứng chuyển hoá, hoạt động thể lực, tần suất sử dụng sản phẩm có nồng độ purin cao và trung bình, mỡ động vật, rau xanh, trái cây và nồng độ acid uric huyết thanh với p<0,05.

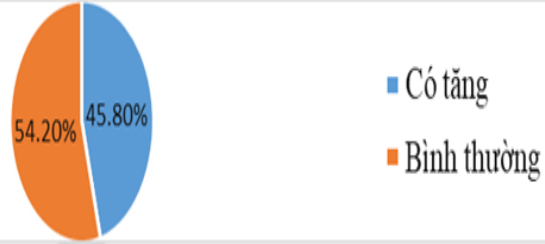
**3.4. Kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric huyết thanh mức độ nhẹ**

**Bảng 4. Tỷ lệ giảm acid uric máu sau can thiệp**

Acid uric huyết thanh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có giảm trở về bình thường	64	74,4

Bình thường	130	54,2
Tăng nhẹ	86	35,8
Tăng giới hạn cao	22	9,2
Tăng cao	2	0,8
<b>Tổng</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Acid uric trung bình là 406,47 ±121,29 μmol/L. Trong đó, có 54,2% bệnh nhân có acid uric bình thường, 35,8% tăng nhẹ và 9,2% tăng giới hạn cao.



**Hình 1. Tỷ lệ tăng acid uric huyết thanh**

**Nhận xét:** Có 45,8% bệnh nhân có tăng acid uric huyết thanh.

Có giảm nhưng chưa trở về bình thường	11	12,8
Không giảm	11	12,8

**Nhận xét:** Sau 3 tháng can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khoẻ, trong 86 bệnh nhân có acid uric huyết thanh tăng nhẹ ban đầu, có 74,4% bệnh nhân nồng độ acid uric giảm về mức bình thường, 12,8% bệnh nhân có acid uric giảm và chưa về bình thường.

**Bảng 5. Nồng độ acid uric sau can thiệp**

Acid uric huyết thanh	TB±ĐLC	Trung bình sự khác biệt	KTC 95%	p
-----------------------	--------	-------------------------	---------	---

Trước can thiệp	473,1±38,2	93,1	57,6-128,5	<0,001
Sau can thiệp	380,0±166,1			

\*: Paired-Sample T-Test

**Nhận xét:** Sau can thiệp acid huyết thanh trung bình giảm 93,1  $\mu\text{mol/L}$  (KTC: 57,6-128,5). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ và mức độ tăng acid uric huyết thanh.** Tăng acid uric máu có thể do tăng tổng hợp hoặc cung cấp quá mức các thực phẩm giàu nhân purin hoặc giảm đào thải acid uric qua thận. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 240 bệnh nhân nam tăng huyết áp, có 45,8% bệnh nhân có tăng acid uric huyết thanh trong đó có 35,8% tăng nhẹ và 9,2% tăng giới hạn cao, 0,8% bệnh nhân tăng rất cao. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Tú được thực hiện trên các bệnh nhân nam đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với 41,4% bệnh nhân có tăng acid uric [7]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý được thực hiện tại Bạch Mai với 36,5% bệnh nhân tăng acid uric máu [8]. Tác giả Jie Wu và cộng sự (2017) khi nghiên cứu trên 22983 người trưởng thành Trung Quốc thấy tỷ lệ tăng acid uric máu là 13,0% [9]. Tỷ lệ tăng acid uric máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trong và ngoài nước trên, có thể lý giải do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, về giới tính đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt về vùng miền, về phong tục tập quán ăn uống của mỗi dân tộc. Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nam giới, có tăng huyết áp - một yếu tố quan trọng trong tiêu chuẩn đánh giá rối loạn chuyển hoá.

**4.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh.** Bệnh nhân > 60 tuổi có tỷ lệ tăng acid uric cao gấp 2,3 lần (KTC 95%: 1,4-4,0) so với bệnh nhân  $\leq 60$  tuổi. Điều này có thể giải thích do tuổi càng cao thì độ lọc cầu thận càng giảm dần do đó nồng độ acid uric máu có thể tăng lên.

Hội chứng chuyển hoá là một nhóm các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn NCEP ATP III để xác định tình trạng rối loạn chuyển hoá của bệnh nhân. Qua đó, cho thấy bệnh nhân có hội chứng chuyển hoá có tỷ lệ tăng acid uric cao gấp 1,9 lần (KTC 95%: 1,0-3,4) so với bệnh nhân không có hội chứng chuyển hoá. Kết quả này tương tự

với nghiên cứu của Phạm Văn Tú, ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như rối loạn lipid máu, rối loạn glucose máu lúc đói, tăng huyết áp thì tỷ lệ tăng acid uric máu cao hơn so với nhóm còn lại [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng chuyển hoá và tăng acid uric huyết thanh [8]. Nghiên cứu của S. Kubo được thực hiện tại Nhật Bản cũng có kết quả tương tự [10].

**4.3. Kết quả can thiệp kiểm soát tăng acid uric huyết thanh mức độ nhẹ.** Đối với bệnh nhân tăng mức độ nhẹ, chúng tôi thực hiện một chương trình truyền thông giáo dục sức khoẻ trong 3 tháng. Sau 3 tháng, chúng tôi tiến hành đánh giá lại nồng độ acid uric huyết thanh. Chúng tôi ghi nhận, acid huyết thanh trung bình giảm 93,1  $\mu\text{mol/L}$  (KTC: 57,6-128,5),  $p < 0,001$ . Trong đó có 74,4% bệnh nhân nồng độ acid uric giảm về mức bình thường, 12,8% bệnh nhân có acid uric giảm và chưa về bình thường. Tình trạng tăng acid uric huyết thanh có mối liên quan mật thiết đến chế độ ăn đã được nhiều nghiên cứu chứng minh. Mặc dù hầu hết acid uric trong cơ thể có nguồn gốc từ sự chuyển hóa purin nội sinh nhưng chế độ ăn thực phẩm purin nguồn gốc động vật có thể gây tăng acid uric huyết thanh, bởi vì trên 50% purin của ARN và 20% purin của ADN có nguồn gốc từ thức ăn, với 3 tháng can thiệp bằng biện pháp không dùng thuốc ở nam giới >40 tuổi có tăng acid uric máu: Nồng độ trung bình acid uric máu giảm từ 557,02 = 60,2  $\mu\text{mol/L}$  xuống còn 370,42  $\pm$  53,4  $\mu\text{mol/L}$ . Nghiên cứu thử nghiệm đánh giá chế độ ăn Địa Trung Hải cũng giúp giảm và kiểm soát tốt nồng độ acid uric trong huyết thanh ở bệnh nhân tăng acid uric không triệu chứng [12]. Như vậy, tư vấn chế độ ăn cho người tăng acid uric huyết thanh và bệnh nhân gút dựa trên các thực phẩm sẵn có ở Việt Nam đã có hiệu quả đến thay đổi khẩu phần, cách lựa chọn thực phẩm có thể thay đổi về nồng độ acid uric huyết thanh.

#### V. KẾT LUẬN

Acid uric huyết thanh trung bình của 240 bệnh nhân là 406,47  $\pm$  121,29  $\mu\text{mol/L}$ . Với 54,2% bệnh nhân có acid uric bình thường, 45,8% bệnh nhân có tăng acid uric huyết thanh (35,8% tăng nhẹ và 9,2% tăng giới hạn cao và 0,8% tăng cao). Các yếu tố liên quan đến tăng acid uric huyết thanh bao gồm: tuổi > 60, có hội chứng chuyển hoá, không hoạt động thể lực, tần suất sử dụng sản phẩm có nồng độ purin cao và trung bình, mỡ động vật  $\geq 3$  lần/tuần, rau xanh, trái cây  $\leq 2$  lần/tuần.

Sau 3 tháng can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khoẻ, acid huyết thanh trung bình giảm 93,1  $\mu\text{mol/L}$  (KTC: 57,6-128,5),  $p < 0,001$ . Trong đó có 74,4% bệnh nhân nồng độ acid uric giảm về mức bình thường, 12,8% bệnh nhân có acid uric giảm và chưa về bình thường.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhu, Y., B.J. Pandya, and H.K. Choi, Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008. *Am J Med*, 2012. **125**(7): p. 679-687.e1.
2. Dehlin, M., L. Jacobsson, and E. Roddy, Global epidemiology of gout: prevalence,

- incidence, treatment patterns and risk factors. *Nat Rev Rheumatol*, 2020. **16**(7): p. 380-390.
3. Teng, G.G., et al., Serum urate levels and consumption of common beverages and alcohol among Chinese in Singapore. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2013. **65**(9): p. 1432-40.
  4. Saito, Y., et al., Uric acid and cardiovascular disease: A clinical review. *J Cardiol*, 2021. **78**(1): p. 51-57.
  5. Hội Tim mạch học Việt Nam, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022. 2022.
  6. Yi, K., et al., Adherence to DASH Dietary Pattern and Its Association with Incident Hyperuricemia Risk: A Prospective Study in Chinese Community Residents. *Nutrients*, 2022. **14**(22).

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THUỐC ARV VÀ SỮA THAY THẾ TRONG DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Trần Quang Hiền<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hiện nay, chưa có công trình nào nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá hiệu quả thuốc ARV và sữa thay thế trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Đề tài nhằm đánh giá hiệu quả của việc can thiệp thuốc ARV và sữa thay thế trong phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại tỉnh An Giang. **Đối tượng, phương pháp:** Đối tượng là những phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến khám thai và sinh con tại tỉnh An Giang từ ngày 01/8/2008 đến 31/12/2010, Trẻ sơ sinh và các bà mẹ được phát hiện nhiễm HIV nói trên và ở các vùng lân cận được quản lý và theo dõi lây truyền HIV từ mẹ sang con tại các cơ sở y tế trong tỉnh An Giang. **Kết quả:** Khi mẹ không được dùng ARV nguy cơ con bị nhiễm HIV tăng lên 7,5 lần, sự gia tăng tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con này có ý nghĩa thống kê. Mẹ không dùng ARV trước và/hoặc trong khi sinh cho thấy tỷ lệ con bị nhiễm HIV khá cao, chiếm 35,71%. Trong trường hợp mẹ chỉ dùng NVP trong chuyển dạ, tỷ lệ con bị nhiễm HIV là 11,11%; tương tự mẹ chỉ dùng AZT + 3TC + NVP trong chuyển dạ, tỷ lệ con bị nhiễm HIV là 6,45%. Đặc biệt khi mẹ dùng phác đồ AZT từ tuần 28 thai kỳ tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con chỉ còn 3,13%, trường hợp mẹ được có chỉ định phác đồ để điều trị HIV chúng tôi chưa ghi nhận được con bị nhiễm HIV. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con tỷ lệ nghịch với thời gian sử dụng thuốc của mẹ. Việc dùng sữa thay thế đã ngăn được hầu hết các trường hợp lây truyền qua HIV do bú sữa mẹ. **Kết luận:** Bà mẹ nhiễm HIV không được dùng thuốc ARV để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang

con cho thấy nguy cơ con bị nhiễm HIV tăng lên gấp 7,5 lần so với nhóm có dùng thuốc. Bú sữa thay thế hoàn toàn trong 06 tháng đầu cho thấy rất có giá trị trong phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

**Keywords:** Thuốc ARV, sữa thay thế, lây truyền HIV, mẹ sang con

#### SUMMARY

#### INITIAL ASSESSMENT OF THE TREATMENT EFFECTIVENESS OF ARV DRUGS AND REPLACEMENT MILK IN THE PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD HIV TRANSMISSION

**Introduction:** Currently, there are no studies in Vietnam evaluating the effectiveness of ARV drugs and substitute milk in preventing mother-to-child transmission of HIV. This study aims to evaluate the effectiveness of ARV drug intervention and substitute milk in preventing mother-to-child transmission of HIV in An Giang province. **Materials and Methods:** The subjects are pregnant women with HIV who came for prenatal care and childbirth in An Giang province from August 1, 2008, to December 31, 2010. Newborns and mothers diagnosed with HIV mentioned above and in neighboring areas are managed and monitored for mother-to-child HIV transmission at healthcare facilities in An Giang province. **Results:** When the mother does not use ARV, the risk of the child contracting HIV increases by 7.5 times, and this increase in the rate of mother-to-child HIV transmission is statistically significant. Mothers who do not use ARV before and/or during childbirth show a fairly high rate of HIV transmission to their children, accounting for 35.71%. In cases where the mother only uses NVP during labor, the rate of HIV transmission to the child is 11.11%; similarly, if the mother only uses AZT + 3TC + NVP during labor, the rate of HIV transmission to the child is 6.45%. Notably, when the mother uses the AZT regimen from the 28th week of pregnancy, the rate of mother-to-

<sup>1</sup>Sở Y tế tỉnh An Giang

<sup>2</sup>Bệnh viện Sản Nhi tỉnh An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Hiền

Email: tranquanghienag@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024