

- Mức độ TKX nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (33,6%), tiếp đến là TKX trung bình (20,9%) và TKX nặng chiếm 14,5%.

- Tỷ lệ trẻ bị nhược thị là 14,2%, chủ yếu là nhược thị mức độ nhẹ là 7,1%.

- Tỷ lệ trẻ có lệch khúc xạ 2 mắt là 18%, chiếm tỷ lệ cao nhất là lệch cận thị (55,1%).

- Độ sâu tiền phòng nhóm trẻ cận thị ($3,83 \pm 0,25\text{mm}$) cao hơn trẻ bị viễn thị ($3,63 \pm 0,22\text{mm}$). Mắt cận thị có tiền phòng sâu hơn mắt viễn thị.

- Chiều dài trục nhãn cầu mắt cận thị ($25,23 \pm 1,22$) cao hơn mắt viễn thị ($22,47 \pm 1,10$). Mắt cận thị có chiều dài trục nhãn cầu dài, mắt viễn thị có chiều dài trục nhãn cầu ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asare FA, Morjaria P.** Prevalence and distribution of uncorrected refractive error among school children in the Bongo District of Ghana. Lam LT, ed. Cogent Medicine. 2021;8(1):1911414. doi:10.1080/2331205X.2021.1911414
2. **Opubiri I, Adio A, Megbelayin E.** Refractive error pattern of children in South-South Nigeria: A tertiary hospital study. Sky Journal of Medicine and Medical Sciences. 2013;1:10-14.

3. **Pi LH, Chen L, Liu Q, et al.** Prevalence of eye diseases and causes of visual impairment in school-aged children in Western China. J Epidemiol. 2012;22(1):37-44. doi: 10.2188/jea.je20110063
4. **Mittal S, Maitreya A, Dhasmana R.** Clinical profile of refractive errors in children in a tertiary care hospital of Northern India. International Journal of Community Medicine and Public Health. Published online January 1, 2016:1189-1194. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20161382
5. **Alemu DS, Gudeta AD, Ferede AT, Alemu HW.** Prevalence and degrees of myopia and hyperopia at Gondar University Hospital Tertiary Eye Care and Training Center, Northwest Ethiopia. OPTO. 2016;8:85-91. doi:10.2147/OPTO.S116535
6. **Đỗ Thị Quỳnh (2019).** Đánh giá thị lực lập thể ở trẻ em có lệch khúc xạ, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Kadhim YJ, Farhood QK.** Central corneal thickness of Iraqi population in relation to age, gender, refractive errors, and corneal curvature: a hospital-based cross-sectional study. Clin Ophthalmol. 2016;10:2369-2376. doi: 10.2147/OPHTH.S116743
8. **Hosny M, Alio JL, Claramonte P, Attia WH, Perez-Santonja JJ.** Relationship between anterior chamber depth, refractive state, corneal diameter, and axial length. J Refract Surg. 2000;16(3):336-340.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Hạnh Nguyên¹, Đỗ Gia Tuyển², Đặng Thị Việt Hà²,
Nghiêm Trung Dũng³, Dương Đức Hạnh², Phạm Thị Lan Thanh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá rối loạn nồng độ acid uric máu và mối liên quan giữa acid uric máu với các chỉ số ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 195 bệnh nhân ≥ 18 tuổi điều trị tại khoa Nội thận-Tiết niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn III- V chưa được điều trị thay thế. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy nồng độ acid uric trung bình là $500,35 \pm 153,60 \mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ tăng acid uric ở

bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3-5 là 74,4%, tăng acid uric cao nhất ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (80,8%). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với BMI, thời gian mắc bệnh và nồng độ ure máu. Không thấy có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, huyết áp trung bình và các chỉ số cận lâm sàng; không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric máu với biểu hiện gút trên lâm sàng

Từ khóa: Bệnh thận mạn, tăng acid uric máu

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE SERUM ACID URIC CONCENTRATION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT REPLACEMENT THERAPY AT THANH HOA PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objectives: To assessment of the abnormal serum uric acid concentration, the percentage of patients with hyperuricemia and factors related to serum uric acid concentration in patients with chronic kidney disease without replacement therapy at Thanh

¹Bệnh viện Nội Tiết Thanh Hóa

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Phân hiệu Trường Đại Học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Việt Hà

Email: dangvietha1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

Hoa Provincial General Hospital. **Subjects and methods:** a Cross-sectional description study was performed on 195 patients ≥ 18 years old admitted at Department of Nephro-Urology, Thanh Hoa Provincial General Hospital, diagnosed with stage III-V chronic kidney disease without replacement therapy. **Results:** The average serum uric acid concentration was $500.35 \pm 153.60 \mu\text{mol/L}$. The proportion of patients with hyperuricemia was 74.4%, highest in patients with chronic kidney disease stage 5 (80.8%). **Conclusion:** There was a moderate positive correlation between serum uric acid concentration and BMI, disease duration and serum urea concentration. There was no correlation between serum uric acid concentration and age, mean blood pressure and paraclinical indicators. Patients with hyperuricemia had a risk of clinical gout 2,237 times higher than the group without hyperuricemia (OR: 2,237; 95%CI: 1,034 – 4,838).

Keywords: Chronic kidney disease, hyperuricemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa tiến triển mạn tính qua nhiều năm, là bệnh phổ biến, số lượng gia tăng trên Thế giới và Việt nam. Có rất nhiều yếu tố góp phần thúc đẩy tiến triển của tổn thương thận. Acid uric là một trong những mắt xích tham gia vào vòng xoắn bệnh lý của bệnh thận mạn, vừa góp phần vào quá trình sinh lý bệnh, vừa là hậu quả của quá trình suy thận mạn. Tăng acid uric máu có thể xuất hiện trên bệnh nhân bệnh thận mạn tính do giảm bài tiết acid uric qua nước tiểu, cũng góp phần vào tiến triển bệnh thận mạn tính do giảm tưới máu thận thông qua kích thích tăng sinh các tế bào cơ trơn của các tiểu động mạch đến. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ acid uric trong máu tăng cao có liên quan đến tăng nguy cơ bệnh thận mạn (ở những người không mắc bệnh thận mạn) và giảm chức năng thận nhanh hơn (ở bệnh nhân đã có bệnh thận mạn từ trước). Các nghiên cứu cho thấy nồng độ urat trong huyết thanh tăng cao là yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn, tăng huyết áp, đái tháo đường⁷. Mục tiêu nghiên cứu này nhằm:

1. Khảo sát rối loạn nồng độ của acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn III-V chưa điều trị thay thế ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn acid uric máu ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn III- V chưa điều trị thay thế, tại khoa Nội thận – Tiết niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 3/2021- tháng

10/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: độ tuổi ≥ 18 , được chẩn đoán bệnh thận mạn theo KDOQI (Hội thận học Hoa Kỳ, 2002)².

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: tổn thương thận cấp, bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế, có các bệnh lý cấp tính, bệnh lý ác tính.

2.2. Phương pháp:

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

- **Công thức chọn cỡ mẫu:**

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

$p = 0.85$ là tỉ lệ ước lượng nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn⁸⁷, $d = 0.05$ (5%) là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, Z: Z score tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn, thường

lấy 95%, khi đó $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$

Tính: $n = 1.96^2 * 0.85 * (1 - 0.85) / 0.05^2 = 195$ (bệnh nhân)

- **Các biến số, chỉ số nghiên cứu**

Các bệnh nhân được tìm hiểu thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất. Thông tin chung về đối tượng bao gồm: họ tên, tuổi, giới, chỉ số nhân trắc học (BMI), các thông tin về bệnh tật như ĐTD, gút, lọc máu, tiền sử trước đó để điều trị THA, gút, thiếu máu (nếu có)

2.3. Xử lý số liệu: bằng chương trình SPSS 16.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài được Hội đồng Y đức của bệnh viện thông qua. Thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Đặc điểm theo tuổi và giới: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,82 \pm 15,32$ (năm), trong đó thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 95 tuổi. Bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 50,8%. Tỉ lệ nam/nữ: 1,3/1.

3.1.2. Giai đoạn bệnh thận mạn

- MLCT trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: $19,56 \pm 12,26$ mL/phút/1,73 m², cao nhất là 58 mL/phút/1,73 m², thấp nhất là 5 mL/phút/1,73 m².

- Giai đoạn IV, V chiếm đa số (80,5 %), giai đoạn III chiếm tỷ lệ thấp hơn (19,5%)

3.2. Kết quả nghiên cứu về nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn

3.2.1. Nồng độ acid uric trung bình theo giai đoạn bệnh thận mạn

Bảng 1. Nồng độ acid uric máu theo giai đoạn bệnh thận mạn

	BTM GD III ⁽¹⁾ (n = 38)	BTM GD IV ⁽²⁾ (n = 65)	BTM GD V ⁽³⁾ (n = 92)
Chung cả hai giới (n = 195)	469,71 ± 110,47	487,58 ± 160,87	522,04 ± 153,60
	$p^{1,2} < 0,05, p^{1,3} < 0,05, p^{2,3} > 0,05$		
Nam (n = 111)	485,79 ± 93,08	515,61 ± 165,47	545,06 ± 174,53
Nữ (n = 84)	417,89 ± 148,86	460,40 ± 153,90	494,62 ± 142,22
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05

- Nồng độ acid uric trung bình ở bệnh nhân bệnh thận mạn là 500,35 ± 153,60 µmol/L.

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về nồng độ acid uric giữa các nhóm bệnh thận mạn, tăng ở giai đoạn III và tăng dần ở giai đoạn IV, V.

- Không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ về nồng độ acid uric giữa nam và nữ ở nhóm bệnh thận mạn nói chung và theo giai đoạn bệnh thận.

3.2.2. Nồng độ acid uric máu trung bình theo thời gian mắc bệnh thận mạn

Bảng 2. Nồng độ acid uric máu trung bình theo thời gian mắc bệnh thận mạn

Thời gian mắc bệnh thận mạn (năm)	N	Nồng độ acid uric máu (µmol/L)
≤ 1 (1)	22	378,8 ± 145,78
2 - 3 (2)	90	466,3 ± 130,26
4 - 5 (3)	65	552,29 ± 143,40
> 5 (4)	18	631,61 ± 151,44
p		< 0,05

- Nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn lâu năm (>5 năm) có nồng độ acid uric trung bình cao hơn nhóm bệnh thận mạn dưới 5 năm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.3. Kết quả nghiên cứu về tỷ lệ tăng acid uric máu

3.3.1. Tỷ lệ tăng acid uric máu theo giai đoạn bệnh thận mạn

Bảng 3. Tỷ lệ tăng acid uric máu theo giai đoạn bệnh thận mạn

Giai đoạn bệnh thận mạn	III	IV	V	Chung	p
Tỷ lệ tăng acid uric máu (%)	68,4	69,2	80,8	74,4	> 0,05
Tỷ lệ không tăng acid uric máu (%)	31,6	30,8	19,6	25,6	

- Tỷ lệ tăng acid uric của nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn III, IV, V lần lượt là 68,4%, 69,2% và 80,8%.

- Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ tăng acid uric máu giữa các nhóm bệnh thận mạn với nhau thì chúng tôi nhận thấy:

+ Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng acid uric giữa các giai đoạn III và IV có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

+ Tỷ lệ tăng acid máu khác nhau giữa giai đoạn III, IV so với giai đoạn V, cao nhất ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (80,8%) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.2. Tỷ lệ tăng acid uric máu và biểu hiện gút trên lâm sàng:

Bảng 4. Tỷ lệ tăng acid uric máu và biểu hiện gút trên lâm sàng

	Có biểu hiện Gút	Không có biểu hiện Gút	OR
Tăng acid uric máu (%)	35,9	64,1	2,237 95%CI: 1,034 - 4,838
Không tăng acid uric máu (%)	20,0	80,0	

- Tỷ lệ có biểu hiện gút trên lâm sàng giữa nhóm có và không tăng acid uric máu lần lượt là 35,9% và 20,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nhóm tăng acid uric máu có nguy cơ có biểu hiện gút trên lâm sàng cao gấp 2,237 lần so với nhóm không tăng acid uric máu (OR: 2,237; 95%CI: 1,034 – 4,838).

3.4. Môi liên quan giữa nồng độ acid uric máu với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng

3.4.1. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu với một số yếu tố lâm sàng

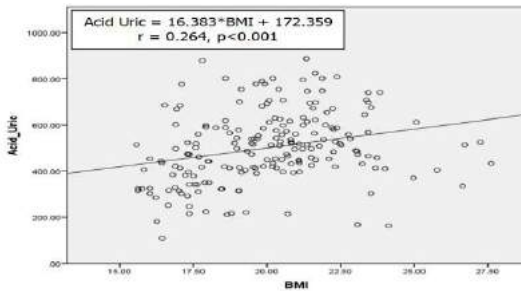
Bảng 5. Tương quan giữa nồng độ acid uric với một số yếu tố lâm sàng

Thông số nghiên cứu	Nồng độ acid uric	
	r	p
Tuổi	0,053	> 0,05
BMI	0,264	< 0,001
Thời gian mắc BTM	0,400	< 0,001
Huyết áp trung bình	- 0,012	> 0,05

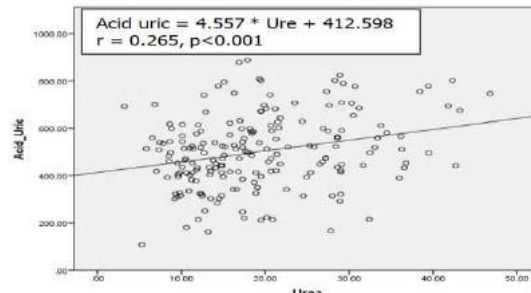
- Không có tương quan giữa nồng độ acid uric với tuổi và huyết áp trung bình ($p > 0,05$).

- Có tương quan đồng biến giữa nồng độ acid uric máu và BMI, với $r = 0,264, p < 0,001$. BMI càng tăng thì nồng độ acid uric máu càng cao.

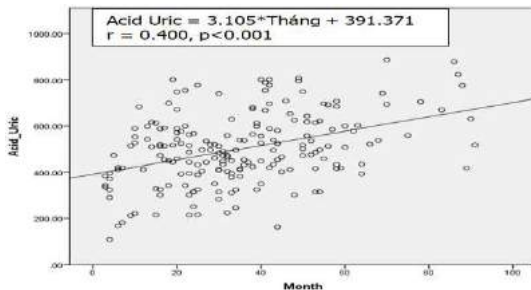
- Có tương quan đồng biến giữa nồng độ acid uric máu và thời gian mắc bệnh thận mạn, với $r = 0,400, p < 0,001$. Thời gian mắc bệnh thận mạn càng lâu thì nồng độ acid uric máu càng cao.



Đồ thị tương quan giữa nồng độ acid uric máu và BMI



Đồ thị tương quan giữa acid uric và ure huyết thanh



Đồ thị tương quan giữa nồng độ acid uric máu và thời gian mắc bệnh thận mạn

3.4.2. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu với một số yếu tố cận lâm sàng

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng tăng acid uric máu với một số yếu tố cận lâm sàng

Chỉ số	Acid uric ($\mu\text{mol/L}$) n = 195	
	r	P
MLCT (mL/phút)	- 0,129	> 0,05
Ure (mmol/L)	0,265	< 0,001
Creatinin ($\mu\text{mol/L}$)	0,104	> 0,05
Protein toàn phần (g/L)	0.045	> 0,05
Albumin máu (g/L)	- 0,042	> 0,05
Glucose máu (mmol/L)	- 0,037	> 0,05
Cholesterol (mmol/L)	0,060	> 0,05
Triglycerid (mmol/L)	0,026	> 0,05
GOT (U/L)	- 0,001	> 0,05
GPT (U/L)	- 0,026	> 0,05
Calci toàn phần (mmol/L)	- 0,062	> 0,05
Phospho (mmol/L)	0,114	> 0,05
PTH (pmol/L)	0,058	> 0,05
Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	- 0,08	> 0,05
Ferritin (ng/ml)	0,240	> 0,05
Hemoglobin (g/L)	0,012	> 0,05

- Có tương quan thuận mức độ yếu giữa nồng độ acid uric và nồng độ ure máu, với $r = 0,265$, $p < 0,001$. Nồng độ ure máu càng cao thì nồng độ acid uric máu càng cao.

- Không có tương quan giữa nồng độ acid uric máu với các chỉ số sinh hóa khác: MLCT, creatinin máu, protein toàn phần, albumin, ... ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân

bệnh thận mạn: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 195 bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế ở các giai đoạn khác nhau, acid uric của bệnh nhân dao động từ 150,0 - 886,0 $\mu\text{mol/L}$, acid uric trung bình của các bệnh nhân là: $500,35 \pm 153,60 \mu\text{mol/L}$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền trên 30 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV và 30 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn V cho kết quả nồng độ acid uric máu trung bình ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV là $549,2 \pm 84,7 \mu\text{mol/l}$, ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn V là $653,4 \pm 98,34 \mu\text{mol/l}$; cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi¹.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Văn Tuấn khảo sát nồng độ acid uric trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cho thấy nồng độ acid uric ở nhóm điều trị bảo tồn là $490,0 \pm 131,6 \mu\text{mol/L}$ và ở nhóm điều trị thay thế là $500,28 \pm 95,48 \mu\text{mol/L}$, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê² với $p > 0,05$.

Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Suy giảm chức năng thận, giảm đào thải acid uric qua thận là lý do làm tăng acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn so với người bình thường.

4.2. Tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

Kết quả từ bảng 3 cho thấy trong tổng số 195 bệnh nhân nghiên cứu, có tới 74,4% bệnh nhân có tăng acid uric máu, đây là một tỷ lệ không nhỏ. Tỷ lệ tăng acid uric của nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn III, IV, V lần lượt là 68,4%, 69,2% và 80,8%. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ tăng acid uric máu giữa các giai đoạn III và IV thì chúng tôi nhận thấy: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, cao nhất ở bệnh nhân bệnh thận

mạn giai đoạn cuối (80,8%). So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ tăng acid uric của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn, có tới 85,0% bệnh nhân có tăng acid uric máu², nghiên cứu của Hoàng Danh Tân cho thấy có tới 81,25% bệnh nhân có tăng acid uric máu³. Có lẽ do có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên các bệnh nhân bệnh thận mạn các giai đoạn khác nhau, nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Hoàng Danh Tân thì các đối tượng chủ yếu là bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Như vậy, có thể thấy ở giai đoạn bệnh thận mạn càng nặng thì số lượng bệnh nhân có tăng nồng độ acid uric máu càng tăng và hầu hết bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng acid uric máu.

Tăng acid uric máu cũng gây ảnh hưởng đến một số đặc điểm lâm sàng, chẳng hạn, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tăng acid uric máu có nguy cơ có biểu hiện gút trên lâm sàng cao gấp 2,237 lần so với nhóm không tăng acid uric máu (OR: 2,237; 95%CI: 1,034 – 4,838).

4.3. Liên quan giữa acid uric máu và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

4.3.1. Liên quan giữa tăng acid uric máu với một số yếu tố lâm sàng

Liên quan với thời gian bệnh thận mạn. Bảng 2 cho thấy nồng độ acid uric ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn > 5 năm tăng cao hơn so với nhóm bệnh nhân dưới 5 năm ($p < 0,05$). Khi so sánh mối tương quan tuyến tính, chúng tôi thấy có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa nồng độ acid uric máu với thời gian bệnh thận mạn, $r = 0,4$, $p < 0,001$ (Bảng 5). Có lẽ các bệnh nhân bệnh thận mạn lâu năm thường tuân thủ điều trị tốt hơn, có lối sống và chế độ dinh dưỡng nghiêm ngặt, kết hợp với tái khám và điều chỉnh các rối loạn thường xuyên hơn. Đó là yếu tố giảm thiểu các tình trạng bệnh lý đi kèm, điều chỉnh các biến chứng của bệnh thận mạn, giảm thiểu nguy cơ tăng acid uric.

Liên quan với BMI. Marie Doualla và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 200 bệnh nhân bệnh thận mạn do tăng huyết áp cho thấy nồng độ acid uric huyết thanh tương quan thuận với chỉ số BMI ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu⁴. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, có mối tương quan đồng biến rất yếu giữa nồng độ acid uric máu và BMI, với $r = 0,264$, $p < 0,001$. BMI càng tăng thì nồng độ acid uric máu càng cao. Lý giải cho mối liên quan này, theo tác giả de Oliveira E. P. chỉ số BMI có liên quan đến tăng đề kháng insulin, tăng sản xuất leptin, và cả hai đều làm giảm đào

thải acid uric qua thận⁶.

Liên quan với huyết áp. Tăng huyết áp gây tăng nồng độ acid uric do giảm dòng máu tới thận dẫn đến tăng hấp thu urat, thiếu máu mô làm giảm bài tiết urat ở ống lượn gần đồng thời làm tăng tổng hợp uric. Nguyễn Văn Tuấn nghiên cứu trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cho thấy có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ acid uric huyết thanh với chỉ số huyết áp tối đa ($r = 0,423$, $p < 0,001$) và huyết áp trung bình ($r = 0,321$, $p < 0,001$)⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa giữa huyết áp trung bình với nồng độ acid uric máu (bảng 5). Không loại trừ được ảnh hưởng của các thuốc bệnh nhân đã và đang được dùng lên huyết áp và lên nồng độ acid uric máu của bệnh nhân có thể là yếu tố nhiễu khi so sánh.

4.3.2. Liên quan giữa acid uric máu và một số yếu tố cận lâm sàng

Liên quan với ure, creatinin huyết tương và mức lọc cầu thận. Wang H. và cộng sự nghiên cứu trên 39736 người khỏe mạnh ở Trung Quốc cho thấy có mối liên quan thuận, khá chặt giữa nồng độ acid uric máu với nồng độ creatinin máu ($r = 0,547$, $p < 0,001$)⁸. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nồng độ acid uric máu có mối tương quan thuận mức độ yếu với nồng độ ure máu ($r = 0,265$, $p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

- Mức lọc cầu thận giai đoạn III chiếm 19,5%, Giai đoạn IV, V chiếm 80,5%.
- Nồng độ acid uric giữa các nhóm bệnh thận mạn tăng ở giai đoạn III và tăng dần giai đoạn IV, V.
- Nhóm bệnh nhân mắc bệnh thận mạn > 5 năm có nồng độ acid uric cao hơn nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn < 5 năm.
- Tỷ lệ acid uric máu tăng cao nhất ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (80,8%).
- Nhóm tăng acid uric máu có nguy cơ có biểu hiện gout cao gấp 2,237 lần so với nhóm không tăng acid uric
- BMI càng tăng thì nồng độ acid uric máu càng cao.
- Nồng độ ure máu càng cao thì nồng độ acid uric máu càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Huyền (2008), Nghiên cứu nồng độ beta2 microglobulin huyết thanh và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn vừa và

- nặng, Luận văn Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Văn Tuấn** (2021). Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Tạp Chí Học Việt Nam, 504(2), 147–151.
 - 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 tốt nghiệp Bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - Doualla M., Halle M.P., Moutchia J. và cộng sự.** (2018). Determinants of hyperuricemia in non-dialysed chronic kidney disease patients in three hospitals in Cameroon. BMC Nephrol, 19(1), 169.
 - National Kidney Foundation** (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found, 39(2 Suppl 1), S1-26.
 - De Oliveira E.P. và Burini R.C.** (2012). High plasma uric acid concentration: causes and consequences. Diabetol Metab Syndr, 4, 12.
 - Bellomo G., Venanzi S., Verdura C. và cộng sự.** (2010). Association of uric acid with change in kidney function in healthy normotensive individuals. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found, 56(2), 264–272.
 - Wang H., Wang L., Xie R. và cộng sự.** (2014). Association of Serum Uric Acid with Body Mass Index: A Cross-Sectional Study from Jiangsu Province, China. Iran J Public Health, 43(11), 1503–1509.

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HẠT XƠ DÂY THANH Ở TRẺ EM

Nguyễn Hữu Trung¹, Phạm Thị Bích Đào², Vũ Thị Phương Thảo³, Nguyễn Thị Hằng³, Nguyễn Thị Bích⁴, Mai Thị Mai Phương²

TÓM TẮT

Hạt xơ dây thanh (HXDT) là một trong các bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành Tai – Mũi – Họng. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ mắc HXDT ở độ tuổi đi học là từ 17-30%.¹ Mắc HXDT có thể dẫn tới rối loạn chất lượng giọng nói, ảnh hưởng và làm trở ngại trực tiếp cho trẻ trong quá trình học tập và sinh hoạt, gây tâm lý không tốt cũng như gây khó khăn trong hòa nhập xã hội². Chính vì vậy việc hiểu rõ về bệnh học cũng như điều trị HXDT là hết sức quan trọng, làm giảm các tác động tiêu cực tới đời sống, tâm sinh lý cũng như khả năng học tập ở trẻ em. Có nhiều phương pháp điều trị HXDT ở trẻ: điều trị nội khoa, luyện giọng, phẫu thuật, thậm chí có những quan điểm cho rằng việc điều trị HXDT ở trẻ là không cần thiết, các HXDT này có thể tự biến mất sau tuổi dậy thì... Việc chọn phương pháp điều trị và thời gian trị liệu được quyết định tùy theo nhu cầu, độ tuổi, sự tuân thủ và phản ứng của bệnh nhi với phương pháp đó. Việc theo dõi và điều trị HXDT ở trẻ em là một thách thức vì phương pháp và thời gian điều trị phải được lựa chọn riêng cho từng trẻ. Qua nghiên cứu tổng quan về các phương pháp điều trị HXDT chúng tôi thu thập được 20 bài báo đủ tiêu chuẩn nghiên cứu đặt ra. Trong đó có 15 bài báo đề cập tới điều trị bằng

trị liệu giọng nói trực tiếp hoặc gián tiếp, có 03 bài báo đề cập tới việc điều trị bằng phẫu thuật, 02 bài báo theo dõi tới sau tuổi dậy thì mà không can thiệp gì và không tìm thấy bài báo nào về điều trị bằng Corticoid

Từ khóa: hạt xơ dây thanh trẻ em, trị liệu giọng

SUMMARY

OVERVIEW: TREATMENT METHODS OF VOCAL FOLD NODULES IN CHILDREN

Vocal fold nodules (VNFs) is a common disease in the Ear - Nose – Throat department. Many studies show that the rate of children with VNFs in school age ranges from 17-30%. Having VNFs can lead to voice disorder, this directly affecting to children in learning and living, causing psychological impact as well as social communication. Therefore, it is very important to understanding the pathology, treatment VNFs in children. This reduces negative effects on life, psychophysiology and learning. There are many methods of treatment in children: medicine, voice therapy, corticoid therapy, surgery, even in some studies, treatment was not necessary, VNFs may disappear after adolescent... The method and time of therapy is according to the child's requirements, age, compliance and their co-operation. Treatment should be individualized and it is a challenge. We collected 20 articles that met the research criteria through an overview study on treatment methods of VNFs in children. There are 15 articles refer to direct or indirect voice therapy, three articles with surgery method and two articles follow children with VNFs to post-pubertal with do nothing. And we did not find any article used corticoid therapy to treat for children with VNFs.

Keywords: vocal fold nodules in child, voice therapy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bộ môn Tai Mũi Họng Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: trungtkhd91@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023