

RESULTS OF EDUCATIONAL INTERVENTION IN CONTROL OF HYPERURICEMIA IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS ON HEMODIALYSIS AT CA MAU GENERAL HOSPITAL

Nguyen Nhu Nghia¹, Tran Thi To Quyen², Mai Huynh Ngoc Tan^{1*}

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu street, An Khanh, Ninh Kieu, Can Tho, Vietnam

²Ca Mau General Hospital - 16 Hai Thuong Lan Ong, Ward 6, Ca Mau, Vietnam

Received: 21/11/2023

Revised: 25/12/2023; Accepted: 06/02/2024

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of educational intervention in controlling hyperuricemia in end-stage renal disease (ESRD) patients on hemodialysis.

Subject and method: A longitudinal follow-up study of 211 ESRD patients undergoing hemodialysis at Ca Mau General Hospital from July 2022 to April 2023.

Results: 211 patients participated in the study, mean age was 49.54 ± 12.82 . There were 88.2% of ESRD patients with hyperuricemia. After 3 months of educational intervention, 26.4% of patients achieved their serum UA target; after 6 months, nearly 2/3 of the patients achieved the treatment goal, the effectiveness index increased from 26.4% to 71.4%, $p = 0.001$. The mean UA concentration before intervention was 8.46 ± 1.4 mg/dL, after 3 months was 7.35 ± 1.79 mg/dL and after 6 months was 5.17 ± 2.34 mg/dL, $p = 0.001$. Female gender and the habit of regularly eating purine-rich foods were independently associated with the rate of not reaching UA targets after educational intervention.

Conclusion: The rate of hyperuricemia in ESRD patients was very high, 88.2%. Educational intervention with lifestyle changes in patients undergoing hemodialysis was effective in controlling serum UA.

Keywords: Hyperuricemia, end-stage renal disease, lifestyle changes, Ca Mau.

*Corresponding author

Email address: mhntan@ctump.edu.vn

Phone number: (+84) 974 86 24 24

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.934>



KẾT QUẢ CAN THIỆP TRUYỀN THÔNG TRONG KIỂM SOÁT TĂNG ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU

Nguyễn Như Nghĩa¹, Trần Thị Tố Quyên², Mai Huỳnh Ngọc Tân^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - Số 179 Nguyễn Văn Cừ, An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Cà Mau - Số 16 Hải Thượng Lãn Ông, Phường 6, Cà Mau, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21 tháng 11 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 25 tháng 12 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 06 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp truyền thông trong kiểm soát tăng AU máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) lọc máu chu kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp điều trị theo dõi dọc 211 bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu định kỳ tại bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 07/2022 đến 04/2023.

Kết quả: Có 211 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $49,54 \pm 12,82$. Có 88,2% bệnh nhân bệnh thận mạn tăng AU. Sau 3 tháng can thiệp truyền thông, có 26,4% bệnh nhân đạt mục tiêu AU; sau 6 tháng, gần 2/3 số bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị, chỉ số hiệu quả tăng từ 26,4% lên 71,4%, $p=0,001$. Nồng độ AU trung bình trước can thiệp là $8,46 \pm 1,4$ mg/dL, sau 3 tháng còn $7,35 \pm 1,79$ mg/dL và sau 6 tháng còn $5,17 \pm 2,34$ mg/dL, $p=0,001$. Nữ giới và thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin có liên quan độc lập với tỷ lệ không đạt mục tiêu AU sau can thiệp truyền thông.

Kết luận: Tỷ lệ bệnh nhân BTMGĐC tăng AU rất cao, chiếm 88,2%. Biện pháp can thiệp truyền thông ở bệnh nhân BTM đang lọc máu định kỳ có hiệu quả trong kiểm soát AU máu.

Từ khóa: Tăng acid uric máu, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, thay đổi lối sống, Cà Mau.

*Tác giả liên hệ

Email: mhntan@ctump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 974 86 24 24

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i2.934>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có nguy cơ xảy ra nhiều biến chứng như: thiếu máu nặng, suy dinh dưỡng, suy tim, loạn dưỡng xương, tăng acid uric (AU) máu,... Trong đó, tăng acid uric vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của quá trình bệnh thận mạn (BTM). Sự lắng đọng của các tinh thể urat trong cơ thể gây nhiều hậu quả khác như: lắng đọng ở khớp gây bệnh Gút, ở thận gây nên sỏi thận và các bệnh lý thận do urat,... Tăng acid uric máu cũng có liên quan nhiều đến tăng huyết áp, hội chứng chuyển hoá, đái tháo đường, bệnh mạch vành,...[1]. Hằng ngày, thận đảm nhận vai trò chính trong bài tiết acid uric, chính vì thế bệnh nhân BTMGĐC có nguy cơ tăng AU cao. Quá trình lọc máu có thể đào thải một phần AU, tuy nhiên hiệu quả còn tùy thuộc vào màng lọc, chế độ lọc, thuốc sử dụng,... Một số nghiên cứu kết luận rằng việc nâng cao hiệu quả lọc máu có thể cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm các biến chứng của bệnh nhân nhưng nó không thể giúp kiểm soát nồng độ AU máu, cần áp dụng các phương thức khác như dùng thuốc hoặc chế độ ăn kiêng đặc biệt hoặc thay đổi lối sống để kiểm soát AU [2]. Hiện nay, việc nghiên cứu về tình trạng tăng AU máu và can thiệp làm giảm acid uric máu ở bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ tại Việt Nam còn rất ít, nhất là ở các tỉnh vùng Đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt là tỉnh Cà Mau. Việc kiểm soát tốt AU máu giúp giảm các nguy cơ xảy ra biến chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân BTM. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả của can thiệp truyền thông trong kiểm soát tăng acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp điều trị theo dõi dọc

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại khoa Nội thận - lọc máu Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, từ tháng 07/2022 đến 04/2023.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Nội thận - lọc máu Bệnh viện Đa khoa Cà Mau.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối trên 3 tháng với mức lọc cầu thận <15ml/phút/1,73m² và đang được

lọc máu bằng một chế độ lọc như nhau: chế độ lọc máu thường quy, thời gian 4 giờ/lần, 3 lần/tuần, cùng được dùng một loại dịch lọc bicarbonate, cùng một loại quả lọc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc các bệnh lý cấp tính như: nhiễm trùng nặng, nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, đột quỵ, xuất huyết tiêu hóa nặng,... Bệnh nhân không giao tiếp được hoặc mắc các bệnh lý rối loạn tâm thần, hoặc đang điều trị bị tử vong hoặc chuyển cơ sở điều trị khác.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu: Tính theo công thức:

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

Trong đó n là cỡ mẫu, α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha=0,05$, $(Z_{1-\alpha/2})^2 = 1,96^2$.

$p=0,85$ là bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có tăng acid uric máu theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn thực hiện trước đó [3]; d là sai số cho phép, chọn $d=0,05$. Thế vào công thức, tính được $n = 195,9$. Thực tế chúng tôi chọn được 211 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được chọn vào nghiên cứu này.

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Các đặc điểm chung: giới tính, tuổi, tiền sử, thời gian lọc máu

- Xác định tỷ lệ tăng acid uric máu khi nồng độ AU >7mg/dl (>420 μ mol/l) ở nam và >6mg/dl (>360 μ mol/l) ở nữ. Mức độ tăng AU:

+ Nhẹ: trên mức bình thường đến dưới 9mg/dl (540 μ mol/l)

+ Trung bình: từ 9mg/dl đến dưới 15mg/dl (540 - 900 μ mol/l)

+ Nặng: ≥ 15 mg/dl (≥ 900 μ mol/l) [4].

- Đánh giá kết quả can thiệp truyền thông sau 3 tháng, 6 tháng: cho bệnh nhân xét nghiệm lại nồng độ AU để so sánh với kết quả ban đầu:

+ Đạt mục tiêu: khi nồng độ AU máu ≤ 360 μ mol/l đối với nữ và ≤ 420 μ mol/l đối với nam.

+ Không đạt mục tiêu: khi nồng độ AU máu >360 μ mol/l đối với nữ và >420 μ mol/l đối với nam.

+ Tính chỉ số hiệu quả can thiệp bằng công thức:

$$\text{CSHQ (\%)} = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

trong đó: p_1 là tỷ lệ tăng AU trước can thiệp, p_2 là tỷ lệ tăng AU sau can thiệp.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Tất cả bệnh nhân BTM tăng AU nhẹ và trung bình sẽ được tư vấn chế độ dinh dưỡng, các biện pháp hạn chế yếu tố gây tăng AU và tăng cường các biện pháp giảm AU. Bệnh nhân tăng AU nặng sẽ được điều trị bằng thuốc (allopurinol, febuxostat) nhưng không phân tích kết quả.

- Bác sĩ sẽ trực tiếp thăm khám, tính nhu cầu dinh dưỡng cho từng bệnh nhân, đảm bảo nhu cầu protein hằng ngày khoảng 1,2g/kg/ngày, trong đó có khoảng 50% protein từ động vật, lựa chọn các nguồn nhập protein như sau:

+ Không nên ăn quá 100g/ngày các loại thực phẩm có purin rất cao như: gan động vật, cá khô, thịt khô, cá ngừ, cá mòi, ruốc, tép bạc, hoặc không ăn quá 200g/ngày các loại thịt, cá tươi.

+ Ăn nhiều các loại thực phẩm ít purin như: ngũ cốc (gạo,

bánh mì, bắp, khoai, mì sợi, bún,...), đậu nành, trứng, sữa, phô mai, trái cây, rau (trừ cần tây, rau chân vịt) [5].

+ Hạn chế bia rượu, uống ít hơn 15g ethanol/ngày (1 lon bia 330ml, 50ml rượu đế 30%). Không uống các loại nước ngọt, đồ uống nhiều đường.

+ Khuyến khích bệnh nhân gia tăng tập luyện thể dục, hạn chế ngồi một chỗ hàng giờ, tăng cường đi bộ, làm vườn, chạy xe đạp, tập dưỡng sinh,... mỗi ngày ít nhất 30 phút. Duy trì để trở thành thói quen hàng ngày.

- Bệnh nhân được phát tờ rơi truyền thông (về các biện pháp kiểm soát AU để xem ở nhà), và được bác sĩ nhắc nhở về chế độ dinh dưỡng vào mỗi lần lọc máu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua, số 22.366.HV/PCT/HĐĐĐ ngày 09/8/2022.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

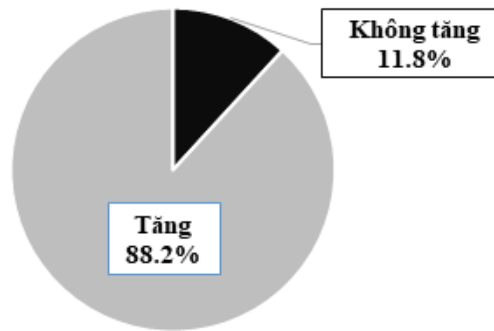
Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Giới tính	Nam	105	49,8
		Nữ	106	50,2
2	Nhóm tuổi	<60	164	77,7
		≥60	47	22,3
3	Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)		49,54 ± 12,82 (19 – 80 tuổi)	
4	BMI trung bình (kg/m ²)		22,03±2,67	
5	Thời gian lọc máu		5,34 ± 3,466 (1 – 18 năm)	
6	Tăng huyết áp	Có	190 (90)	
		Không	21 (10)	
7	Đái tháo đường	Có	78 (37)	
		Không	133 (63)	
8	Ăn nhiều thực phẩm giàu purin	Có	153	72,5
		Không	58	27,5
9	Ure (mg/dl)		164,87±41,62	
10	Creatinin (mg/dl)		11,09±3,24	
11	eGFR (ml/phút/1,73m ²)		5,49±2,41	

Nhận xét: Bệnh nhân nam và nữ chiếm tỷ lệ tương đương nhau, đa số bệnh nhân dưới 60 tuổi với tuổi trung bình là $49,54 \pm 12,82$. BMI trung bình của bệnh nhân nghiên cứu trong giới hạn bình thường. Có 90% bệnh nhân tăng huyết áp và hơn 1/3 bệnh nhân có đái

tháo đường đi kèm. Gần 3/4 bệnh nhân trong nghiên cứu có thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin. Các chỉ số ure, creatinin đều ở mức cao, giá trị eGFR thấp $< 15 \text{ml/phút}/1,73 \text{m}^2$.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ tăng acid uric máu trước can thiệp



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn tăng AU cao, chiếm 88,2%.

3.2. Kết quả can thiệp truyền thông đối với tăng acid uric máu

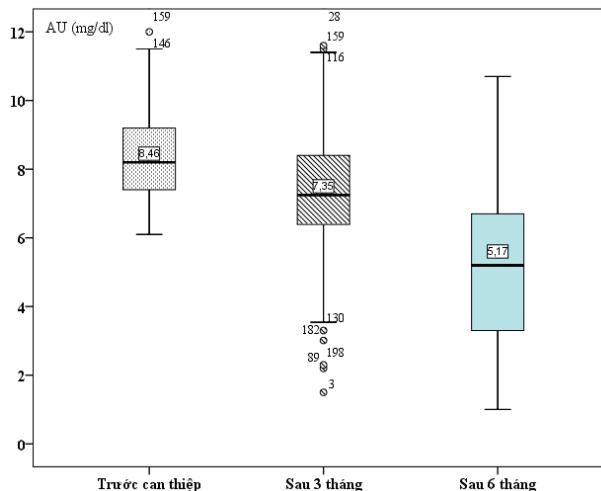
Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu acid uric máu sau can thiệp

Mục tiêu acid uric	Trước can thiệp (T0)		Sau 3 tháng (T3)		Sau 6 tháng (T6)		CSHQ	p
	n	%	n	%	n	%		
Đạt	0	0	48	26,4	130	71,4	T3: 26,4% T6: 71,4%	$P_{(T3-T0)} = 0,001$ $P_{(T6-T0)} = 0,001$
Không đạt	182	100	134	73,6	52	28,6		

Nhận xét: Sau 3 tháng can thiệp truyền thông, có 26,4% bệnh nhân đạt mục tiêu acid uric máu; sau 6 tháng, gần

2/3 số bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị, chỉ số hiệu quả tăng lên 71,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Biểu đồ 2. Nồng độ acid uric máu trước và sau can thiệp truyền thông



Nhận xét: Trước can thiệp, nồng độ AU trung bình của bệnh nhân là $8,46 \pm 1,4$ mg/dL, sau 3 tháng giảm còn $7,35 \pm 1,79$ mg/dL và sau 6 tháng còn $5,17 \pm 2,34$ mg/dL. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Mức độ tăng acid uric máu trước và sau can thiệp

Mức độ tăng acid uric	Trước can thiệp		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Không tăng	0	0	48	26,4	130	71,4
Nhẹ	127	69,8	103	56,6	42	23,1
Trung bình	55	30,2	31	17,0	10	5,5
Tổng	182	100	182	100	182	100

Nhận xét: Trước can thiệp tất cả bệnh nhân đều có tăng acid uric mức độ nhẹ hoặc trung bình, sau 3 tháng có 71,4% bệnh nhân không tăng acid uric, chỉ có 5,5% tăng trung bình. Sau 6 tháng 26,4% bệnh nhân không tăng acid uric.

Bảng 4. Hồi quy logistic một số yếu tố ảnh hưởng đến mục tiêu AU sau can thiệp

Yếu tố	Sau 3 tháng			Sau 6 tháng		
	Hệ số hồi quy	p	OR (CI 95%)	Hệ số hồi quy	p	OR (CI 95%)
Giới (nam)	-0,82	0,03	0,44 (0,21-0,92)	-1,37	0,001	0,26 (0,11-0,57)
Ăn thực phẩm giàu purin (có)	2,21	0,001	8,44 (2,75-25,8)	2,28	0,001	9,76 (3,04-31,3)
BMI	0,045	0,53		0,07	0,31	
Tăng huyết áp (có)	-20,43	0,99		-0,29	0,66	

Nhận xét: Yếu tố giới tính và thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin có ảnh hưởng độc lập với tỷ lệ không đạt mục tiêu acid uric máu sau can thiệp truyền thông. Các yếu tố khác như hút thuốc lá, tăng huyết áp không có ảnh hưởng đến mục tiêu acid uric máu sau can thiệp.

4. BÀN LUẬN

Tăng AU ở bệnh nhân BTM do nhiều cơ chế phối hợp gây nên, như do giảm thải AU qua nước tiểu, do tình trạng tăng tái hấp thu tại ống thận, do thuốc, ... Ở bệnh nhân BTMGĐC, AU trong máu phần lớn không được thận bài xuất mà chỉ được thải bỏ qua quá trình lọc máu. Tuy nhiên, quá trình lọc máu ngắt quãng cách ngày, thậm chí 2 ngày không thể thải bỏ tốt AU trong cơ thể

[6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân BTMGĐC tăng acid uric máu chiếm tỷ lệ cao, lên tới 88,2%. Tác giả Nguyễn Văn Tuấn ghi nhận tỷ lệ tăng AU ở bệnh nhân BTMGĐC điều trị bảo tồn là 83,3%, ở nhóm điều trị thay thế thận là 86,7% [3]. Farya Moon cũng ghi nhận có 76,7% bệnh nhân BTM lọc máu định kỳ tăng AU máu [7]. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Cà Mau, là khu vực nhiều sông nước nổi tiếng với nhiều loại thực phẩm như cá khô, tôm khô, cá biển, cua biển, ... Đây là những nguồn thực phẩm chứa tổng lượng purin rất cao, nên có thể những loại thực phẩm này được bệnh nhân thường xuyên sử dụng. Kết quả bảng 1 cho thấy có 72,5% bệnh nhân sử dụng nhiều thực phẩm giàu purin. Do đó, việc kiểm soát lối sống, điều chỉnh chế độ ăn để kiểm soát AU là rất quan trọng.

Trong thực tế lâm sàng, ngoài vấn đề điều trị bằng thuốc thì chế độ điều trị không dùng thuốc (bao gồm hướng dẫn chế độ ăn uống hợp lý, chế độ tập luyện và vận động thích hợp...) đóng vai trò quan trọng không kém ở nhiều bệnh lý, trong đó có tăng AU. Sau 3 tháng can thiệp truyền thông tư vấn về thay đổi lối sống, có 26,4% bệnh nhân đạt mục tiêu AU, còn lại 73,6% bệnh nhân không đạt mục tiêu. Chỉ số hiệu quả là 26,4%. Sau 6 tháng, gần 2/3 số bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị. Ngoài ra, khi phân tích về sự thay đổi của nồng độ AU, biểu đồ 2 cho thấy nồng độ AU máu trước can thiệp là $8,46 \pm 1,4$ mg/dL, sau 3 tháng giảm còn $7,35 \pm 1,79$ mg/dL và sau 6 tháng còn $5,17 \pm 2,34$ mg/dL. Tác giả Trịnh Kiến Trung nghiên cứu về hiệu quả can thiệp bằng thay đổi lối sống ghi nhận tỷ lệ tăng AU sau can thiệp thấp hơn trước can thiệp (23,1% so với 55,4%; $p < 0,001$). Nồng độ trung bình AU sau can thiệp cũng thấp hơn trước can thiệp ($325,25 \pm 88,76$ $\mu\text{mol/l}$ so với $377,77 \pm 116,75$ $\mu\text{mol/l}$; $p < 0,01$) [8]. Khi phân tích về mức độ tăng AU sau can thiệp truyền thông, kết quả cho thấy từ 100% bệnh nhân đều có tăng AU mức độ nhẹ hoặc trung bình trước can thiệp, sau 3 tháng có 26,4% bệnh nhân không tăng AU. Sau 6 tháng 71,4% bệnh nhân không tăng AU, 23,1% tăng mức độ nhẹ và chỉ còn 5,5% tăng trung bình. Như vậy, chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân BTMGĐC, bên cạnh việc lọc máu định kỳ, việc can thiệp tư vấn về thay đổi lối sống liên quan đến tăng AU là có hiệu quả. Phần lớn bệnh nhân không chỉ giảm nồng độ AU mà còn đạt được mục tiêu AU về bình thường sau 6 tháng. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả khác trước đó.

Kết quả phân tích hồi quy logistic một số yếu tố liên quan đến không đạt mục tiêu AU sau 3 tháng và 6 tháng can thiệp truyền thông cho thấy nam giới có liên quan nghịch với tỷ lệ không đạt mục tiêu acid uric máu, có nghĩa là nữ giới có tỷ lệ không đạt mục tiêu acid uric cao hơn. Ngoài ra, thói quen ăn nhiều thực phẩm giàu purin vẫn là liên quan độc lập với tỷ lệ không đạt mục tiêu AU sau can thiệp truyền thông. Các yếu tố khác như BMI, tăng huyết áp không có ảnh hưởng đến mục tiêu acid uric máu sau can thiệp. Như vậy, bệnh nhân nữ và bệnh nhân ăn nhiều thực phẩm giàu purin cần được các bác sĩ lâm sàng theo dõi, tư vấn điều trị chặt chẽ hơn. Trong trường hợp không đạt được mục tiêu acid

uric máu sau thời gian dài thay đổi lối sống hoặc có các biến chứng khác của tăng acid uric máu như gút, sỏi niệu, đau khớp,... cần phối hợp thêm các biện pháp sử dụng thuốc để kiểm soát nồng độ AU.

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế ở việc không định lượng được chính xác nồng độ purin trong thực phẩm hằng ngày của bệnh nhân mà chỉ đánh giá chủ quan thông qua thông tin bệnh nhân cung cấp về chế độ ăn hằng ngày, do đó có thể không tránh khỏi bị sai số hệ thống. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng không thể kiểm soát chính xác, chặt chẽ chế độ ăn hằng ngày và các thói quen khác như uống rượu bia, hút thuốc lá... của bệnh nhân mà chỉ có thể nhắc nhở bệnh nhân về chế độ dinh dưỡng vào mỗi lần lọc máu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân BTMGĐC tăng AU rất cao, chiếm 88,2%. Sau khi can thiệp truyền thông bằng biện pháp thay đổi lối sống như hạn chế thực phẩm giàu purin, hạn chế rượu bia ở bệnh nhân BTM đang lọc máu định kỳ, đa số bệnh nhân giảm được AU, đạt mục tiêu điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Davide G, Livia F, Giovambattista D et al., Chronic hyperuricemia, uric acid deposit and cardiovascular risk, *Curr Pharm Des*, 19(13), 2013, 2432-2438.
- [2] Eghlim N, Arezoo K, Behzad E et al., The relationship between dialysis adequacy and serum uric acid in dialysis patients; a cross-sectional multi-center study in Iranian hemodialysis centers, *J Renal Inj Prev*, 6(2), 2017, 142-147.
- [3] Nguyễn Văn Tuấn, Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 504(2), 2021, 147-151.
- [4] Nguyễn Vĩnh Ngọc, Bệnh Gút; Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 2009, trang 187-210.
- [5] Kiyoko K, Yasuo A, Tomoko F et al., Total



- purine and purine base content of common foodstuffs for facilitating nutritional therapy for gout and hyperuricemia. *Biol. Pharm. Bull*, 37(5), 2014, 709–721.
- [6] Adam MZ, Juan JC, Melanie W et al., Serum Uric Acid and Mortality Risk Among Hemodialysis Patients, *Kidney International Reports*, 5: 1196–1206, 2020.
- [7] Farya M, Sarfraz A, Muhammad YY et al., Prevalence of Hyperuricemia in Thrice Weekly Maintenance Hemodialysis Patients, *Pak J Kidney Dis*, 6(3), 2022, 10-14.
- [8] Trịnh Kiến Trung, Nghiên cứu nồng độ acid uric máu, bệnh gút và hội chứng chuyển hóa ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Cần Thơ, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội, 2015.