

được chấp nhận hiện nay ^[10]. Các nghiên cứu này còn nhiều hạn chế như đòi hỏi phải có nghiên cứu có quy mô lớn hơn; về thời gian theo dõi quá ngắn nên việc theo dõi bệnh nhân dài hơn là cần thiết để phát hiện tái phát và củng cố bằng chứng về sự an toàn ung thư học của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tan CTK, Cheah WK, Delbridge L.** “Scarless” (in the neck) endoscopic thyroidectomy (SET): An evidence-based review of published techniques. *World J Surg.* 2008;32(7):1349-1357. doi:10.1007/s00268-008-9555-3.
2. **Kang S-W, Chung WY.** Transaxillary single-incision robotic neck dissection for metastatic thyroid cancer. *Gland Surg.* 2015;4(5):388-396. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2015.06.01.
3. **Lee J, Yun JH, Choi UJ, Kang S-W, Jeong JJ, Chung WY.** Robotic versus Endoscopic Thyroidectomy for Thyroid Cancers: A Multi-Institutional Analysis of Early Postoperative Outcomes and Surgical Learning Curves. *J Oncol.* 2012;2012. doi:10.1155/2012/734541.
4. **Witzel K, von Rahden BHA, Kaminski C, Stein HJ.** Transoral access for endoscopic thyroid resection. *Surg Endosc.* 2008;22(8):1871-1875. doi:10.1007/s00464-007-9734-6.
5. **Karakas E, Steinfeldt T, Gockel A, Mangalo A, Sesterhenn A, Bartsch DK.** Transoral parathyroid surgery--a new alternative or nonsense? *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399(6):741-745. doi:10.1007/s00423-014-1187-5.
6. **Wilhelm T, Metzger A.** Endoscopic minimally invasive thyroidectomy (eMIT): a prospective proof-of-concept study in humans. *World J Surg.* 2011;35(3):543-551. doi:10.1007/s00268-010-0846-0.
7. **Anuwong A.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of

the First 60 Human Cases. *World J Surg.* 2016;40(3):491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1.

8. **Yi JW, Yoon SG, Kim HS, et al.** Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea. *Ann Surg Treat Res.* 2018;95(2):73-79. doi:10.4174/astr.2018.95.2.73.

9. **Ahn J, Yi JW.** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc.* 2020;34(2):861-867. doi:10.1007/s00464-019-06841-8.

10. **Chai YJ, Chung JK, Anuwong A, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma: initial experience of a single surgeon. *Ann Surg Treat Res.* 2017;93(2):70-75. doi:10.4174/astr.2017.93.2.70.

11. **Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh Q-Y.** Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg.* 2018;153(1):21-27. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366.

12. **Chai YJ, Song J, Kang J, et al.** A comparative study of postoperative pain for open thyroidectomy versus bilateral axillo-breast approach robotic thyroidectomy using a self-reporting application for iPad. *Ann Surg Treat Res.* 2016;90(5):239-245. doi:10.4174/astr.2016.90.5.239.

13. **Jitpratoom P, Ketwong K, Sasanakietkul T, Anuwong A.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves' disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. *Gland Surg.* 2016;5(6):546-552. doi:10.21037/g.2016.11.04.

14. **Dionigi G, Bacuzzi A, Lavazza M, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy via vestibular approach: operative steps and video. *Gland Surg.* 2016;5(6):625-627. doi:10.21037/g.2016.12.05.

TĂNG ACID URIC MÁU TRÊN NGƯỜI BỆNH GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

HOÀNG DUY THÁI¹,
HÀ PHAN HẢI AN¹, NGUYỄN THẾ CƯỜNG²
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Hoàng Duy Thái
Email: duythaihoang.md@gmail.com
Ngày nhận: 20/7/2021
Ngày phản biện: 18/8/2021
Ngày duyệt bài: 14/9/2021

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng acid uric máu là tình trạng hay gặp ở người bệnh ghép thận. Acid uric liên quan đến suy giảm chức năng thận ở người bệnh bệnh thận mạn. Ngoài ra, điều trị tăng acid uric máu không triệu chứng trên người bệnh

thận mạn được chứng tỏ là có thể cải thiện chức năng thận.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tăng acid uric và một số đặc điểm liên quan ở người bệnh ghép thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 485 bệnh nhân ghép thận quản lý tại Phòng khám Thận - Ghép tạng - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 5/2020 đến tháng 8/2020.

Kết quả: Tỉ lệ tăng acid uric máu ở người bệnh sau ghép thận được quản lý tại Phòng khám Thận - Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là 41,24%. Nồng độ trung bình của mức lọc cầu thận (eGFR) giữa hai nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở đối tượng có eGFR < 60 , eGFR trung bình giữa 2 nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khả năng acid uric tăng của nhóm dùng Cyclosporin cao gấp 1,79 lần so với khả năng AU tăng của nhóm không dùng với khoảng 95% CI [1,215 - 2,638].

Kết luận: Cần một nghiên cứu với thiết kế chặt chẽ hơn để đánh giá tác động nhân quả giữa tăng acid uric máu và eGFR ở bệnh nhân sau ghép thận. Triglycerid máu cao hơn ở nhóm tăng acid uric máu có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Từ khóa: Tăng acid uric, ghép thận.

SUMMARY

HYPERURICEMIA IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Hyperuricemia is a common condition in kidney transplant patients. Uric acid is associated with impaired kidney function in patients with chronic kidney disease. In addition, treatment of asymptomatic hyperuricemia in patients with chronic kidney disease has been shown to improve kidney function.

Objectives: Determine the rate of increased uric acid and some related characteristics in kidney transplant patients.

Subjects and research methods: including 485 after kidney transplant patients managed at Kidney - Organ Transplant Clinic - Vietduc University Hospital from May 2020 to August 2020.

Results: The rate of hyperuricemia in patients after kidney transplant was 41.24%. The average concentration of glomerular filtration rate (eGFR) between the two groups of increased uric acid and normal uric acid was statistically significant with $p < 0.05$. In subjects with eGFR < 60 , the mean eGFR between the 2 groups of increased uric acid and normal uric acid was not statistically significant with $p >$

0.05. The likelihood of increased uric acid in the Cyclosporin group was 1.79 times higher than the increase in AU of the no group with about 95% CI [1,215 - 2,638].

Conclusions: A more rigorously designed study is needed to evaluate the causal effect between hyperuricemia and eGFR in after kidney transplant patients. Triglycerides were higher in the hyperuricemia group with statistical significance $p > 0.05$.

Keywords: Hyperuricemia, kidney transplant.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị tối ưu cho người bệnh mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Tỉ lệ tăng acid uric máu ở người bệnh ghép thận được ghi nhận trong phạm vi từ 15% đến 52% tùy vào từng nghiên cứu tỉ lệ này theo KDIGO có thể lên đến 80% [1]. Vai trò của acid uric trong tiến triển của thận ghép đến giờ vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Rất khó để chứng minh rằng tăng acid uric máu là một nguyên nhân trực tiếp dẫn đến tiến triển bệnh thận vì acid uric được lọc và bài tiết qua thận, do đó khi chức năng thận suy giảm thường kết hợp với tăng nồng độ acid uric máu. Chúng tôi dự định tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tỉ lệ tăng acid uric và các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng tăng acid uric ở nhóm bệnh nhân sau ghép thận.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ 485 bệnh nhân sau ghép thận được quản lý tại Phòng khám Thận - Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

+ Tuổi từ 18 trở lên.

+ Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

Người bệnh ghép nhiều hơn 1 cơ quan.

3. Thu thập và xử lý số liệu

Các thông tin của bệnh nhân được thu thập vào hồ sơ quản lý ngoại trú của bệnh nhân. Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Chúng tôi sử dụng định nghĩa về tăng acid uric của KDIGO1: Tăng acid uric khi nồng độ acid uric $> 420 \mu\text{mol/l}$ đối với nam và $> 360 \mu\text{mol/l}$ đối với nữ. Chia làm 2 nhóm acid uric bình thường và acid uric tăng để so sánh.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu theo giới và tuổi

Yếu tố		Tổng (n = 485)	Acid uric bình thường (n = 285)	Acid uric tăng (n = 200)	p
Giới	Nam	357 (100,0%)	215 (60,2%)	142 (39,8%)	0,275
	Nữ	128 (100,0%)	70 (54,7%)	58 (45,3%)	
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)		42,42 $\pm 11,67$	42,80 $\pm 11,38$	41,89 $\pm 12,08$	0,285

Tỉ lệ tăng acid uric máu ở người bệnh sau ghép thận là 41,24%. Tỉ lệ tăng acid uric máu ở hai giới nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuổi trung bình giữa 2 nhóm acid uric bình thường và acid uric tăng là khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 2. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và creatinin, eGFR

Chỉ số	n	Tổng ($\bar{X} \pm$ SD)	Acid uric bình thường ($\bar{X} \pm$ SD)	Acid uric tăng ($\bar{X} \pm$ SD)	p
Creatinin	485	119,02 \pm 58,97	107,86 \pm 38,66	134,93 \pm 76,75	0,000
eGFR	485	80,22 \pm 25,00	85,74 \pm 23,68	72,35 \pm 24,78	0,000
eGFR ≥ 60	351	92,86 \pm 14,93	95,24 \pm 15,29	88,49 \pm 13,23	0,000
eGFR <60	134	47,12 \pm 12,75	48,56 \pm 10,08	46,01 \pm 14,43	0,499

Nhận xét: Nồng độ trung bình của Creatinin, eGFR giữa hai nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ở đối tượng có eGFR ≥ 60 , eGFR trung bình giữa hai nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ở đối tượng có eGFR < 60 , eGFR trung bình giữa 2 nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và lipid máu

Nồng độ (mmol/l)	n	Tổng ($\bar{X} \pm$ SD)	Acid uric bình thường ($\bar{X} \pm$ SD)	Acid uric tăng ($\bar{X} \pm$ SD)	p
Cholesterol toàn phần	339	4,99 \pm 1,23	4,92 \pm 1,06	5,11 \pm 1,46	0,572
HDL	310	1,37 $\pm 0,43$	1,43 \pm 0,47	1,28 \pm 0,32	0,697
LDL	310	2,62 \pm 0,77	2,52 \pm 0,63	2,79 \pm 0,94	0,117
Triglycerid	339	2,29 \pm	1,99 \pm	2,77 \pm	0,015

		1,65	1,01	2,28	
--	--	------	------	------	--

Nhận xét: Nồng độ trung bình của Triglycerid, nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nồng độ trung bình của Cholesterol toàn phần, HDL, LDL, giữa 2 nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa acid uric máu và các thuốc ức chế miễn dịch

Thuốc	Tổng (có/ không)	Acid uric bình thường (có/ không)	Acid uric tăng (có/ không)	p
MMF/MPA	433/52	255/30	178/22	0,868
Tacrolimus	319/166	197/88	122/78	0,063
Cyclosporin	153/332	75/210	78/122	0,003
Everolimus	40/445	20/265	20/102	0,240

Nhận xét: Tỉ lệ acid uric tăng ở đối tượng có và không có sử dụng Cyclosporin tương ứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khả năng acid uric tăng của nhóm dùng Cyclosporin cao gấp 1,79 lần so với khả năng acid uric tăng của nhóm không dùng với khoảng 95% CI [1,215 - 2,638].

BÀN LUẬN

1. Nồng độ acid uric máu và mức lọc cầu thận

Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch giữa eGFR và nồng độ acid uric máu. Bệnh nhân có eGFR càng thấp thì nồng độ acid uric máu càng cao. Đỗ Gia Tuyên ghi nhận 75,625% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 tăng acid uric máu, trong khi tỷ lệ tăng acid uric máu ở bệnh thận mạn giai đoạn 4, 3, 2 chỉ có 3,125%, 1,875% và 0,625%^[2]. Tại thận, acid uric được lọc hoàn toàn qua cầu thận, bài tiết và hấp thu ở ống thận. Sau ghép thận hệ thống bài tiết và hấp thu của thận vẫn còn bảo tồn, do đó tình trạng tăng acid uric không cao, nhưng khả năng bài tiết và hấp thu không còn ổn định dẫn tới tăng acid uric máu. Acid uric được lọc hoàn toàn ở cầu thận đồng thời bài tiết và tái hấp thu ở ống thận. Vì vậy khi eGFR suy giảm sẽ làm tăng nồng độ acid uric trong máu của bệnh nhân, điều đó có thể giải thích cho việc ở nhóm bệnh nhân eGFR < 60 , không có sự khác biệt giữa eGFR trung bình giữa 2 nhóm acid uric tăng và acid uric bình thường.

2. Tăng acid uric máu và rối loạn lipid máu

Nồng độ trung bình của Triglycerid, acid uric tăng cao hơn nhóm acid uric bình thường. Kết quả này tương đồng với Yu và cộng sự năm 2010. Sự kết hợp giữa tăng acid uric máu và tăng triglycerid máu đã được xác định chắc

chấn. Tác giả Yu tiến hành nghiên cứu trên 7403 đối tượng có độ tuổi từ 20 trở lên tại vùng Phật Sơn của tỉnh Quảng Đông năm 2010 cho thấy các rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tăng acid uric máu [3]. Các rối loạn lipid cũng là biểu hiện trong hội chứng chuyển hoá có thể gặp trên đối tượng mắc bệnh thận mạn sau ghép thận. Hội chứng chuyển hoá là một tập hợp những rối loạn về chuyển hóa làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu của Saggiani F và Dilati S (1986) cho thấy 31,2% bệnh nhân có tăng lipid máu kèm theo tăng acid uric máu. Phần lớn bệnh nhân có nồng độ triglycerides > 2,3 μ mol/L thường có nồng độ acid uric máu tăng [4].

3. Acid uric máu và thuốc ức chế miễn dịch

Tăng acid uric máu đã được chứng minh là có liên quan đến thuốc ức chế calcineurin, nhất là đối với cyclosporin. Kết quả của chúng tôi chỉ ra sử dụng cyclosporin khiến khả năng tăng acid uric máu tăng 1,79 lần so với không dùng với khoảng 95% CI [1,215 – 2,638]. Hiện nay phác đồ điều trị duy trì sau ghép thận ở hầu hết các trung tâm chất gồm: ức chế calcineurin (cyclosporin/tacrolimus) và chất kháng chuyển hóa (azathioprin/mycophenolat mofetil/natri mycophenolat) và/hoặc corticoid. Trong đó ức chế calcineurin là thuốc trọng tâm của hầu hết phác đồ. Phác đồ dựa trên Tacrolimus hiện đang là phác đồ chính tại hầu hết các chương trình ghép thận ở Hoa Kỳ, hơn 85% người nhận ghép sử dụng phác đồ ức chế miễn dịch duy trì có tacrolimus [5]. Điều này phần lớn là do tacrolimus ngăn ngừa thải ghép cấp tính vượt trội hơn so với cyclosporin [6].

KẾT LUẬN

Tỉ lệ tăng acid uric máu ở người bệnh sau ghép thận được quản lý tại Phòng khám Thận - Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là 41,24%. Cần một nghiên cứu với thiết kế chặt chẽ hơn để đánh giá tác động nhân quả giữa tăng acid uric máu và eGFR ở bệnh nhân sau ghép thận. Triglycerid máu cao hơn ở nhóm tăng acid uric máu có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Sử dụng cyclosporin khiến khả năng tăng acid uric máu tăng 1,79 lần so với không dùng với khoảng 95% CI [1,215 - 2,638].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Group KDIGO**. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. Am J Transplant. 2009;9(3):151-155.
2. **Đỗ Gia Tuyên**. Tình trạng rối loạn acid uric máu ở bệnh nhân suy thận chưa điều trị thay thế. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2016;101(3):143-150.
3. **Yu JW, Yang TG, Diao WX, et al**. Epidemiological study on hyperuricemia and gout in Foshan areas, Guangdong province. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2010;31(8):860-862.
4. **Saggiani F, Pilati S, Targher G, Branzi P, Muggeo M, Bonora E**. Serum uric acid and related factors in 500 hospitalized subjects. Metabolism. 1996;45(12):1557-1561.
5. **Matas AJ, Smith JM, Skeans MA, et al**. OPTN/SRTR 2012 Annual Data Report: kidney. Am J Transplant. 2014;14(1):11-44.
6. **Almeida CC, Silveira MR, de Araújo VE, et al**. Safety of immunosuppressive drugs used as maintenance therapy in kidney transplantation: a systematic review and meta-analysis Pharmaceuticals (Basel). 2013;6(10):1170–1194.

THÔNG BÁO MỘT TRƯỜNG HỢP TỤ MÁU THÀNH TÁ TRÀNG SAU VIÊM TỤY CẤP

NGUYỄN XUÂN HÙNG¹, NGUYỄN XUÂN HÒA¹, QUÁCH VĂN KIÊN¹
PHẠM QUANG THẮNG², ĐỖ ĐỨC MINH², PHẠM QUANG THÁI²

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
²Bác sĩ Nội trú Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tụ máu trong thành tá tràng là một bệnh lý hiếm gặp, thường do nguyên nhân chấn thương hoặc các rối loạn đông máu, các

nguyên nhân hiếm gặp hơn có thể do tình trạng viêm tụy hoặc do can thiệp sinh thiết vùng tá tràng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng tụ máu thành tá tràng sau đợt cấp viêm tụy mạn và điếm lại một số điếm trong chỉ định điều trị.

Bản luận: Nguyên nhân chấn thương gây đưng dập, tụ máu thành tá tràng chiếm hơn 70% các trường hợp [2], và sau các bệnh rối loạn đông

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Xuân Hòa
Email: drhoanguyenxuan@gmail.com
Ngày nhận: 24/7/2021
Ngày phân biện: 16/8/2021
Ngày duyệt bài: 06/9/2021