

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH BỆNH UNG THƯ VÒM HỌNG

Phùng Hưng⁽¹⁾, Hoàng Minh Lợi⁽¹⁾, Phan Trọng An⁽²⁾

⁽¹⁾ Trường Đại học Y Dược Huế, ⁽²⁾ Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính trong bệnh ung thư vòm họng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 62 bệnh nhân vào khám và điều trị tại khoa Ung bướu bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5 năm 2009 đến tháng 5 năm 2010. Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và kết quả giải phẫu bệnh mô học chẩn đoán ung thư vòm họng (UTVH). Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Vị trí khối u thành bên (79,03%); kích thước của khối u hay gặp nhất là từ 2-3cm (43,55%); tất cả các khối u đều ngấm thuốc, khối u ngấm thuốc không đồng nhất (90,32%); có tăng sinh mạch máu (79,03%); hoại tử trong u là (14,52 %); biến dạng hố Rosenmuller (70,97%), hẹp bí tắc vòi Eustachian (64,51%), biến dạng hố chân bướm-hàm (56,45%), u lan tràn vào hốc mũi (33,87%); xâm lấn xương nền sọ (14,52%), tiêu thành xoang hàm (12,90%) và tiêu mòm chân bướm hàm (11,29%). **Kết luận:** Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy CLVT là kỹ thuật có nhiều ưu điểm trong việc phát hiện khối u vòm; xác định vị trí, đánh giá tốt xâm lấn các cấu trúc giải phẫu xung quanh vòm họng và đặc biệt có độ nhạy cao trong phát hiện xâm lấn xương và các xoang.

Abstract

A STUDY ON COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Phung Hung, Hoang Minh Loi, Phan Trong An

Objective: This study aims to characterize CT imaging in the diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. **Materials and method:** 62 patients were hospitalized in Hue Central Hospital from May 2009 to May 2010. These patients were passed CT scanner and confirmed the nasopharyngeal carcinoma on pathology result. Cross-sectional study. **Results:** Site of tumor on lateral pharyngeal recess is 79.03%; all tumor enhanced by contrast medium and heterogenous (90,32%); hypervascular (79,03%); intratumoral necrosis (14,52 %); abnormal Rosenmuller fossa (70,97%), Eustachian (64,51%); extending into the pterygomaxillary fossa (56,45%), the nasal cavity (33,87%); skull base erosion (14,52%), invades maxillary sinuses (12,90%), pterygomaxillary process (11,29%). **Conclusion:** Through this study, we found that CT imaging has many advantages in detecting nasopharyngeal tumors, and tumor position. CT technique is also a good assessment for invasive structures of anatomy around the nasopharynx, especially with the high sensitivity in detecting bone and sinuses invasions.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư đầu cổ, đứng hàng thứ 5 trong các bệnh ung thư nói chung. Hay gặp nhất là ung thư biểu mô không biệt hoá chiếm 75-85%. Ở các nước phát triển, bệnh nhân ung thư vòm ít gặp hơn so với ở

Việt Nam, theo thống kê của Bệnh viện K-Hà Nội (1998) thì ung thư vòm họng đứng hàng thứ 5 sau ung thư phổi, tử cung buồng trứng, vú, ung thư gan và là bệnh đứng đầu trong các ung thư vùng đầu, cổ với tỷ lệ 9-10 bệnh nhân/100.000 dân/ năm. Vai trò của Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính trong đánh giá đặc điểm và phân giai đoạn ung thư vòm họng ngày càng quan trọng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu *Khảo sát đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của ung thư vòm và góp phần đánh giá xâm lấn của u.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

62 bệnh nhân vào khám và điều trị tại khoa Ung bướu bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5 năm 2009 đến tháng 5 năm 2010. Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) vòm có tổn thương vòm họng. Kết quả giải phẫu bệnh mô học chẩn đoán Ung thư vòm họng (UTVH).

2.2. Phương pháp và phương tiện nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.
Phương tiện nghiên cứu: Máy cắt lớp vi tính Modern Hispeed Dual GE xoắn ốc 2 lát cắt của Hoa Kỳ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính

3.1.1. Vị trí khối u vòm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Bảng 3.1. Vị trí khối u vòm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Vị trí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thành bên	49	79,03
Thành sau trên	13	20,97
Tổng	62	100

Vị trí của khối u phát hiện trên hình ảnh CLVT chủ yếu là từ thành bên (79,03%).

3.1.2. Kích thước khối u vòm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Các dấu hiệu chính của UTVH trên CLVT

Tính chất và tiêu chuẩn đánh giá mức độ xâm lấn

- Xâm lấn mô mỡ xung quanh thường có hình ảnh mất tỷ trọng mô mỡ và thay thế bằng cấu trúc xâm lấn tỷ trọng mô mềm sau tiêm ngấm thuốc cản quang mức độ nhiều hoặc vừa, sự mất đối xứng khi đối chiếu với xoang mỡ đối bên nhưng cũng có thể xâm lấn xoang mỡ cả hai bên.

- Xâm lấn hốc mũi hoặc hạ họng thấy cấu trúc khối ngấm thuốc bất thường kèm biến dạng hình thể giải phẫu cắt lớp bình thường các cấu trúc này.

- Xâm lấn xương có hình ảnh phá hủy cấu trúc xương thay thế vào đó là cấu trúc có tỷ trọng mô mềm. Xâm lấn xoang có hình ảnh cấu trúc mô mềm bên trong xoang kèm tiêu

vách xoang.

- Di căn mô mềm hoặc cơ vùng cổ thường có hình ảnh phì đại mô mềm hoặc cơ ngấm thuốc ít hay nhiều.

- Xâm lấn vào mạch máu khối u gắn liền vào mạch máu gây biến dạng hẹp lòng mạch. Huyết khối là hình tăng tỷ trọng trong lòng mạch.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được thống kê và xử lý bằng phần mềm (Excel 2007, MedCalc).

Bảng 3.2. Kích thước khối u vòm trên hình ảnh cắt lớp vi tính

Kích thước khối u	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<1cm	3	4,84
1-2cm	17	27,42
>2-3cm	27	43,55
>3cm	15	24,19
Tổng	62	100

Kích thước của khối u hay gặp nhất trên hình ảnh CLVT là từ 2-3cm chiếm tỷ lệ 43,55%.

3.1.3. Đặc điểm của khối u trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.3. Đặc điểm của khối u trên cắt lớp vi tính

Đặc điểm		Bệnh nhân	
		n	%
Ngấm thuốc cản quang TM	Có	62	100
	Không	0	0
Tổng		62	100
Kiểu ngấm thuốc	Không đồng nhất	47	75,81
	Đồng nhất	6	9,68
	Ngoại biên, có nang dịch	9	14,51
Tổng		62	100
Tăng sinh mạch	Có	49	79,03
	Không	13	20,97
Tổng		62	100

Khối u phát hiện trên hình ảnh CLVT đều ngấm thuốc cản quang ($p < 0,05$), đa số khối u có kiểu ngấm thuốc không đồng nhất (75,81%), có 9/62 trường hợp khối u có kiểu ngấm thuốc ngoại vi và có nang dịch hoại tử trong u (14,51%), tỷ lệ khối u có tăng sinh mạch máu chiếm đa số với 79,03% ($p < 0,05$).

3.1.4. Đặc điểm xâm lấn của khối u

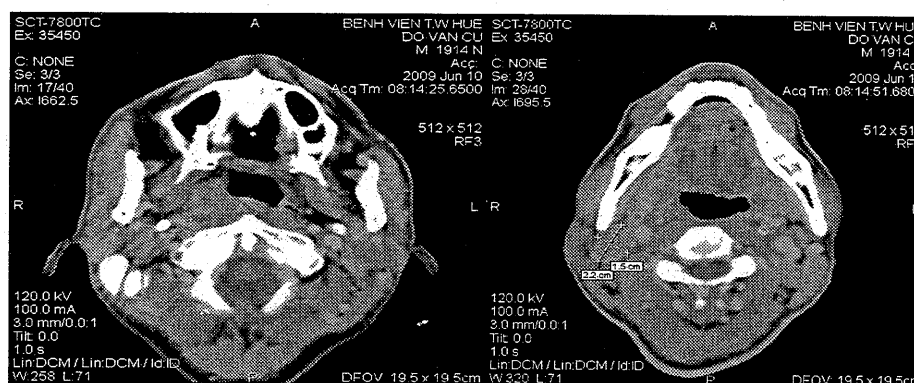
Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương và xâm lấn của khối u

Các cấu trúc	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Xâm lấn hố chân bướm hàm	35	56,45
Biến dạng hố Rosenmuller	44	70,97
Hẹp, xóa vòm Eustachian	40	64,51
Xâm lấn mạch máu	1	1,61
Lan tràn vào hốc mũi	21	33,87
Di căn Amidan	1	1,61
Lan tràn xuống hạ họng	5	8,06
Tiêu mồm chân bướm hàm	7	11,29

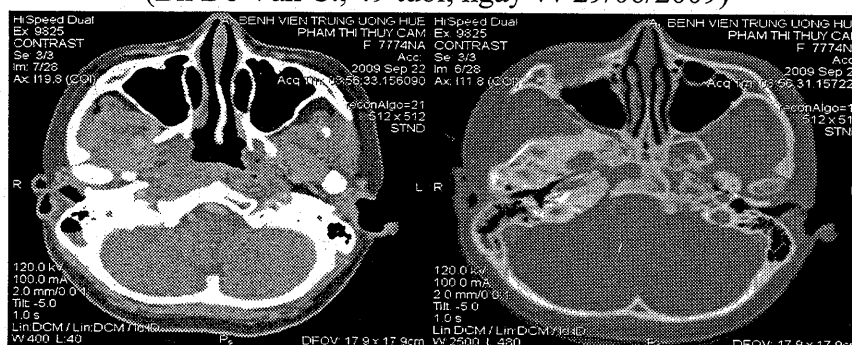
Xâm lấn xoang hàm	8	12,90
Xâm lấn xoang sàng	5	8,06
Tiêu xương nền sọ	9	14,52

Biến dạng hố Rosenmuller gấp là 70,97%, hẹp xóa vòi Eustachian là 64,51%, xâm lấn xóa cấu trúc mỡ hố chân bướm-hàm là 56,45%, hình ảnh u lan tràn vào hốc mũi gấp với tỷ lệ 33,87%, xâm lấn xương hay gấp đó là xương nền sọ là 14,52%: xương bướm 11,29%, xương chẩm là 8,06%, 7/62 trường hợp phát hiện khối u xâm lấn vào lỗ bầu dục và khe ổ mắt trên (vị trí ở cánh lớn xương bướm), tiêu thành xoang hàm là 12,90%, 11,29% (7/62) chỉ có thương tổn một bên, 1,61% (1/62) có thương tổn xoang hàm hai bên, tiêu mỏm chân bướm hàm là 11,29%, 100% tổn thương một bên.

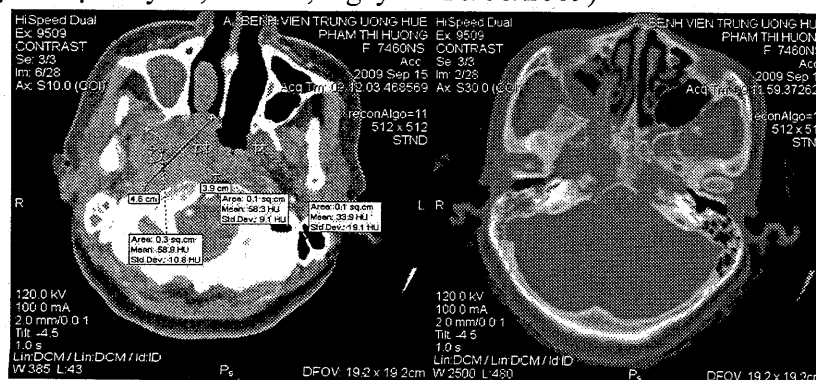
3.2. Một số hình ảnh minh họa



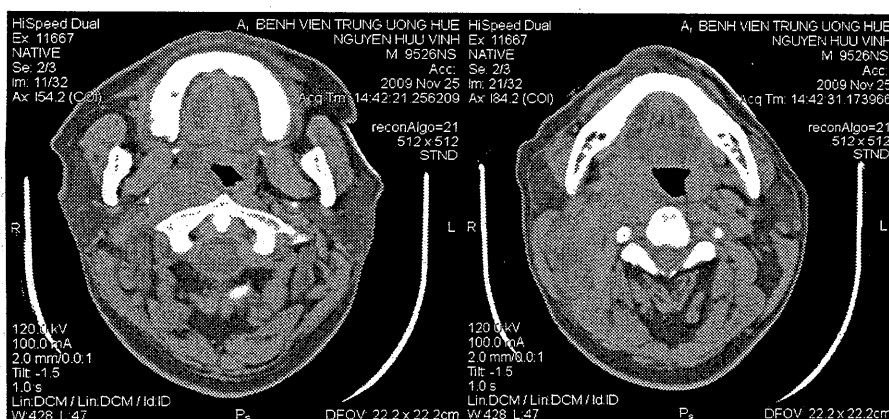
Hình ảnh K vòm thành sau trên xâm lấn sang (P), di căn hạch cổ (P)
(Bn Đỗ Văn C., 49 tuổi, ngày vv 29/06/2009)



K vòm (P) có tiêu xương bán dọc x. chẩm, tiêu cánh lớn x.bướm (P) (bệnh nhân có tê mặt, liệt mặt), (Phạm Thị Thủy C., 16 tuổi, Ngày vv 16/08/2009)



Hình ảnh: CLVT K vòm lớn xâm lấn hốc mũi, xoang hàm, tiêu mỏm CBH, cánh lớn xương bướm (P), bệnh nhân có liệt mặt, sụp mí mắt (BN Phạm Thị H., 31 tuổi, ngày vv 14/09/09)



Hình ảnh: K vòm xâm lấn hạ họng và vùng thái dương (P)
(Bn Nguyễn Hữu V., 55 tuổi, ngày vv 26/11/2009)

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính

4.1.1. Vị trí khối u vòm

Chúng tôi khảo sát cắt lớp vi tính trên 62 bệnh nhân ung thư vòm họng cho thấy (bảng 1): vị trí khối u vòm ở thành bên chiếm đa số với 49/62 trường hợp (79,03%), vị trí thành sau trên chỉ chiếm 20,79% (13/62). Theo Hoe JH và cộng sự nghiên cứu về CLVT ở bệnh nhân UTVH cho thấy đa số khối u xuất phát ở thành bên và chiếm tỷ lệ khoảng 65-80%. Nghiên cứu của Sham JS và cộng sự thì tỷ lệ này là 70-80%. Còn theo Ng SH, Chang TC thì khối u ở thành bên có tỷ lệ là 75-85%. Các kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.2. Kích thước khối u vòm

Xác định kích thước thật của khối u vòm kết hợp với định vị vị trí khối u trên CLVT có vai trò quan trọng trong việc định liều lượng tia và phân bố tia xạ một cách chính xác. Bảng 2 cho thấy kích thước khối u ngấm thuốc như sau: kích thước > 2-3cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,55% (27/62), kích thước từ 1-2cm chiếm tỷ lệ 27,42% (17/62), kích thước > 3cm là 24,19% (15/62) và < 1cm chiếm tỷ lệ thấp với 4,84% (3/62). Như vậy kích thước khối u lớn hơn 2cm chiếm đa số với tỷ lệ 67,74% (42/62) phù hợp với kết quả là đa số bệnh nhân nhập viện đã ở giai đoạn muộn, khối u

khí đó đã lan tràn và thường có kích thước lớn. Theo Ho JH thì kích thước gặp nhiều nhất là từ 2-3cm với tỷ lệ 45%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.3. Đặc điểm hình ảnh khối u vòm

Khảo sát hình ảnh khối u trên cắt lớp vi tính sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, trên bảng 3 cho thấy: Tất cả các khối u vòm đều ngấm thuốc tăng tỷ trọng hơn so với mô mềm xung quanh (62/62). Đa số các khối u vòm có hình ảnh ngấm thuốc không đồng nhất với tỷ lệ là 75,81 (47/62). Có 49/62 trường hợp có hình ảnh khối u tăng sinh mạch máu trên CLVT sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Có 9/62 trường hợp có hình ảnh ngấm thuốc ngoại biên và có ổ hoại tử dạng dịch trong khối u vòm, các trường hợp này đều nằm trong nhóm khối u có kích thước lớn hơn 3cm. Theo tác giả Nguyễn Đình Bảng trong bệnh lý UTVH thì CLVT không những chỉ có vai trò xác định vị trí u mà còn đánh giá mức độ ngấm thuốc đồng nhất hay không và kích thước thật của khối u để phân bố liều lượng tia xạ cho chính xác.

4.1.4. Đặc điểm khối u vòm xâm lấn

U nguyên phát ở vòm thường tiến triển âm thầm, kín đáo và nhiều khi khối u đã xâm lấn vào nền sọ mà bệnh tích ở vòm vẫn chưa được phát hiện. Vì vậy trong trường hợp này CLVT đóng vai trò quan trọng trong việc khảo

sát hình ảnh gián tiếp của khối u đó là sự xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Hình ảnh biến dạng hố Rosenmuller gặp với tỷ lệ là 70,97% (44/62). Theo tác giả Hoe JH trong nghiên cứu của mình trên 60 bệnh nhân UTVH thì hình ảnh biến dạng hố Rosenmuller trên CLVT gặp đến 100%. Biến dạng hoặc hẹp lỗ hầu vòm tai thường gây triệu chứng ù tai trên lâm sàng. Triệu chứng ù tai mà chúng tôi gặp trên bệnh nhân là 67,74% (42/62), như vậy đối chiếu với tỷ lệ biến dạng hẹp lỗ hầu vòm tai trên CLVT là phù hợp ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của tác giả Chan ATC thuộc trường Đại học Hồng Kông thì tỷ lệ hẹp và biến dạng lỗ hầu vòm tai gặp khoảng 60%. Hình ảnh xóa cấu trúc mỡ, xâm lấn hố chân bướm hàm chúng tôi phát hiện trên hình ảnh CLVT với tỷ lệ là 56,45% (35/62). Theo tác giả Hoe J thì đặc điểm thương tổn này gặp với tỷ lệ là 65%. Khi khối u phát triển lan tràn ra phía trước thường có hình ảnh xâm lấn cửa mũi sau. Hình ảnh thương tổn này trong nghiên cứu của chúng tôi gặp với tỷ lệ là 33,87% (21/62). Theo tác giả Ng SH, Chang TC là 12%. Phát hiện 1/62 trường hợp có xâm lấn bó mạch cảnh bên phải với tỷ lệ 1,61%. Theo Chan JKC thì tỷ lệ này là 16%. Có 1 trường hợp di xâm lấn Amidan trên hình ảnh CLVT (1,61%), tỷ lệ này theo Chan JKC là 2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/62 trường hợp xâm lấn tiêu xương mòm cằm bướm hàm (11,29%). Tác giả Hoe JH nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT ung thư vòm họng thấy rằng tỷ lệ tiêu xương mòm cằm bướm hàm là 11,67%. Khảo sát hình ảnh CLVT nền sọ cửa sổ xương phát hiện có 9/62 trường hợp có khối u xâm lấn xương nền sọ (14,52%).

Trên hình ảnh CLVT, chúng tôi phát hiện 7/62 (11,29%) trường hợp khối u xâm lấn xương bướm, chủ yếu là tổn thương cánh lớn xương bướm: hình ảnh tiêu xương thay thế bằng cấu trúc xâm lấn tỷ trọng mô mềm ngấm thuốc, có hình ảnh xâm lấn vào lỗ bầu dục (tổn

thương dây thần kinh hàm dưới (V3)) và khe ổ mắt trên (tổn thương thần kinh vận nhãn (III), thần kinh ròng rọc (IV), nhánh mắt (V1), thần kinh vận nhãn ngoài (VI). Theo Ong CK và Chong VFH thì tỷ lệ xâm lấn xương nền sọ nghiên cứu phát hiện được trên CLVT 12%. Theo Ng SH tỷ lệ xâm lấn xoang bướm trong UTVH là 12-18%. Theo Chan JKC và cộng sự thì tổn thương xương bướm, xoang bướm gặp với tỷ lệ 38%, bản dốc gặp với 41%. Về hình ảnh tổn thương các xoang thì chúng tôi thấy rằng: có 8/62 trường hợp có hình ảnh tiêu vách và xâm lấn xoang hàm (12,90%) và 5/62 trường hợp tổn thương xoang sàng (8,06%). Tác giả Ng SH và cộng sự đánh giá về sự xâm lấn của khối u vòm trên CLVT cho kết quả tổn thương xoang hàm gặp với tỷ lệ 4,5-12% và xoang sàng là 4,5-9%. Theo Võ Tấn hình ảnh khối u xâm lấn xoang cần phân biệt với viêm xoang, hình ảnh xâm lấn thường có đặc điểm tiêu xương vách xoang mà trong viêm xoang thường không có). So sánh với các kết quả nghiên cứu của tác giả Chan JKC thấy tỷ lệ các thương tổn cao hơn chúng tôi rất nhiều nguyên nhân có thể do mẫu nghiên cứu ở đây lớn và phương tiện nghiên cứu sử dụng là CHT có khả năng đánh giá xâm lấn xương giai đoạn sớm tốt hơn CLVT, đặc biệt là xâm lấn tủy xương.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy trong bệnh ung thư vòm họng vị trí khối u ở thành bên chiếm đa số (79,03%), kích thước khối u hay gặp là lớn hơn 2cm (67,74%), tất cả các khối u vòm đều ngấm thuốc và chủ yếu là ngấm thuốc không đồng nhất (75,81%), 79,03% có tăng sinh mạch máu trên CLVT. Về đặc điểm lan tràn và xâm lấn hay gặp là: biến dạng hố Rosenmuller (70,97%), hẹp bất tắc lỗ hầu vòm tai (64,51%), xóa cấu trúc mỡ ở hố chân bướm hàm 56,45%. Xâm lấn xương hay gặp đó là xương nền sọ (14,52%):

trong đó tiêu xương bướm 11,29%, xương (12,90%) và tiêu môm chân bướm hàm chằm là 8,06%; tiêu thành xoang hàm (11,29%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Bảng (2008), “Ung thư vòm họng”, *Bài giảng Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, trang 265-292.
2. Võ Tấn (2007), “Ung thư vòm mũi họng”, *Tai mũi họng thực hành*, Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, trang 316-324.
3. Chan ATC, Teo PML and Johnson PJ (2004), Nasopharyngeal Cancer, *Head and Neck Cancer*, Kluwer Academic Publishers, pp.275-290.
4. Chan JKC, Pilch BZ, Kuo TT, Wenig BM, Lee AWM (2005), Tumours of the nasopharynx: Introduction, *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*, AIRC Press, pp.83-84.
5. Chan JKC., Bray F, McCarron P, Foo W, Lee AWM, Yip T, Kuo TT, Pilch BZ, Wenig BM, Huang D, Lo KW, Zeng YX, Jia WH (2005), Nasopharyngeal carcinoma, *Pathology and Genetic of Head and Neck Tumours*, AIRC Press, pp.85-96.
6. Chong VFH (2003), The skull base in oncologic imaging, *Cancer Imaging*, 4(1), pp.5-6.
7. Chong VFH (2006), Neoplasms of the nasopharynx, *Head and neck cancer imaging*, Springer Berlin Heidelberg, pp.143-160.
8. Chong VFH, Fan YF, Khoo JBK (1998), Computed tomographic and Magnetic resonance imaging findings in paranasal sinus involvement in nasopharyngeal carcinoma, *Annals Academy of Medicine Singapore*, 27(6), pp.800-804.
9. Ho JH (1985), Nasopharyngeal Carcinoma, *The western journal of medicine*, 143(1), pp.70-73.
10. Hoe JH (1989), CT of Nasopharyngeal Carcinoma: significance of widening of the preoccipital soft tissue on axial scans, *AJR*, 153(4), pp.867-872.
11. Ng SH, Chang TC, Ko SF, Yen PS, Wan YL, Tang LM, Tsai MH (1997), Nasopharyngeal carcinoma: MRI and CT assessment, *Neuroradiology*, 39(10), pp.741-746.
12. Ong CK, Chong VFH (2010), Imaging in the diagnosis and staging of carcinoma of nasopharynx, *Nasopharyngeal cancer multidisciplinary management*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp.81-94.
13. Sham JS, Cheung YK, Choy D, Chan FL and Leong L (1991), Nasopharyngeal carcinoma: CT evaluation of patterns of tumor spread, *AJNR*, 12(2), pp.265-270.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ ACID URIC HUYẾT THANH TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thị Thủy Hằng
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá nồng độ acid uric huyết thanh góp phần tìm hiểu biến chứng của tăng huyết áp (THA) trên thận cũng như xác định mối liên quan giữa acid uric trong máu với một số yếu tố liên quan trên bệnh THA. Mục tiêu: (1) Xác định nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân THA nguyên phát (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan ở bệnh THA với nồng độ acid uric huyết thanh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 82 bệnh nhân, tuổi trung bình $62,24 \pm 2,30$, được chẩn đoán THA nguyên phát dựa vào tiêu chuẩn và phân độ theo WHO/ISH (2004) được thăm khám, đo HA, điện tâm đồ, định lượng nồng độ acid uric huyết thanh, các thông số lipid, chức năng thận. **Kết quả:** Nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân THA là $382,2 \pm 24,5 \mu\text{mol/l}$ trong đó nam giới là $404,7 \pm 27,3 \mu\text{mol/l}$, nữ giới là $330,8 \pm 48,0 \mu\text{mol/l}$. Tương quan thuận giữa nồng độ acid uric và mức độ THA ($r = 0,23$; $n = 82$, $p < 0,05$), với thời gian phát hiện tăng huyết áp ($r = 0,21$; $n = 82$; $p < 0,05$), với chức năng thận ($r = 0,35$; $n = 82$; $p < 0,01$), với chỉ số khối cơ thể ($r = 0,42$; $n = 82$; $p < 0,001$), với triglycerid và cholesterol (r tương ứng là 0,51 và 0,38) còn tương quan nghịch với HDL - cholesterol ($r = -0,47$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Nồng độ acid uric huyết thanh liên quan chặt chẽ mức độ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân tăng huyết áp. **Từ khóa:** Nồng độ acid uric huyết thanh, bệnh tăng huyết áp.

Abstract

A STUDY ON SERUM URIC ACID CONCENTRATION IN ESSENTIAL HYPERTENSIVE PATIENTS

Nguyễn Thị Thủy Hằng

Background : Evaluation of serum uric acid concentration contribute to understanding the complications of hypertension on the kidney as well as determination the relationship between levels of uric acid in the blood with a number of factors involved in essential hypertensives. **Objectives:** (1) Determination of serum uric acid concentration in essential hypertension. (2) Survey a number of involved hypertensives factors with serum uric acid concentration. **Materials and method:** 82 patients, the mean age: $62,24 \pm 2,30$ years old, was diagnosed with essential hypertension is based on the criteria and classified of WHO/ISH (2004), blood pressure measurement, ECG, quantitative serum uric acid concentration, serum lipid profile, renal function. **Results:** The results showed that serum uric acid concentration in hypertensives was $382,2 \pm 24,5 \mu\text{mol/l}$ which is $404,7 \pm 27,3 \mu\text{mol / l}$ in men, and emales $330,8 \pm 48,0 \mu\text{mol / l}$ in women. There were significant correlation between blood levels of uric acid with hypertensive levels ($r = 0,23$, $n = 82$, $p < 0,05$) with time detection of hypertension ($r = 0,21$, $n = 82$; $p < 0,05$), with renal function ($r = 0,35$, $n = 82$, $p < 0,01$), with body mass index ($r = 0,42$, $n = 82$, $p < 0,001$), with triglyceride and cholesterol ($r = 0,51$ and $0,38$, respectively) also reverse correlated with HDL - cholesterol ($r = -0,47$, $p < 0,001$). **Conclusion:** The concentration of serum uric acid closely related with hypertensive levels and a number of factors involved in hypertensive patients. **Key words :** Serum uric acid concentration, essential hypertension.