

giải thích trước PT, tư vấn GDSK. Từ đó có phương pháp tư vấn giáo dục giúp NB đỡ lo lắng cho phù hợp hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Thị Duyên và cộng sự** (2024). Đánh giá mức độ lo lắng trước phẫu thuật của bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108 Clinical Medicine and Pharmacy*. 19(1).
- Obuchowska I, Konopinska J** (2021). Fear and Anxiety Associated with Cataract Surgery Under Local Anesthesia in Adults: A Systematic Review. *PRBM*. Volume 14:781
- Yi H, Lee H** (2022). Intervention to reduce anxiety pre-and post-eye surgery in pediatric patients in South Korea: a preliminary quasi-experimental study. *Children*; 9(1):65.
- Vũ Văn Đầu, Đinh Thị Lê Na, Phạm Thị Thu Hiền**. (2024). Đánh giá hiệu quả của âm nhạc trong giảm lo lắng cho người bệnh trước phẫu thuật tại bệnh viện Mắt tỉnh Ninh Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 538(1).
- Phạm Thị Phương**. (2025). Thực trạng lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật mắt có kế hoạch tại Bệnh viện Mắt tỉnh Nam Định năm. Đề tài cơ sở. Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
- Phạm Thị Ngọc Ánh và cộng sự** (2020). Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng đến sự lo lắng của người bệnh trước phẫu thuật tại khoa ngoại đầu cổ Bệnh viện ung bướu Hà Nội năm 2020. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2022;10:519
- Lê Thị Thủy Linh và cộng sự**. (2025). Lo lắng trước phẫu thuật của người bệnh tại một số khoa hệ ngoại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*;547(2).
- Phạm Thị Loan và cộng sự** (2023). Mức độ lo âu của người bệnh trước phẫu thuật theo kế hoạch tại bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Vinmec Times City năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539(3).

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI BỆNH GÚT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2025

Hoàng Phương Dung¹, Nguyễn Thị Thủy¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT

Bệnh gút là bệnh viêm khớp do vi tinh thể, đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp tái phát, có lắng đọng tinh thể muối urat natri trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu. **Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan với bệnh gút ở nhóm đối tượng nghiên cứu năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích trên 145 bệnh nhân gút đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2025. **Kết quả:** Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến xác định 5 dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng có mối liên quan với số đợt bùng phát (với $p < 0,05$) gồm: tiền sử dùng colchicin, allopurinol, thuốc đông y; mức độ đau, acid uric máu, và tổn thương khớp trên X-quang; Bệnh nhân ở giai đoạn gút mạn có mối liên quan với các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng (với $p < 0,05$), gồm: tiền sử dùng thuốc colchicin, corticoid, allopurinol, febusostat; suy thượng thận, ít tập thể lực, có tổn thương khớp. **Kết luận:** Số đợt bùng phát bệnh gút tăng và giai đoạn gút mạn có mối liên quan với tiền sử dùng một số thuốc điều trị gút, suy thượng thận, ít tập thể lực; acid uric máu cao, có tổn thương khớp do gút.

Từ khóa: bệnh gút, đợt bùng phát bệnh gút, gút cấp, gút mạn.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Phương Dung

Email: hoangphuongdung318@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO GOUT AT NINH BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Gout is a microcrystalline arthritis, characterized by recurrent acute arthritis attacks, with deposition of sodium urate crystals in tissues, caused by increased uric acid in the blood. **Objective:** Describe some factors associated with gout in the study group in 2025. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, with analysis on 145 gout patients who came to Ninh Binh General Hospital for examination and treatment in 2025. **Results:** Multivariate linear regression model identified 5 clinical and paraclinical signs that were associated with the number of flare-ups (with $p < 0.05$), including: history of using colchicine, allopurinol, traditional medicine; pain level, blood uric acid, and joint damage on X-ray; Patients in the chronic gout stage were associated with clinical and paraclinical signs (with $p < 0.05$), including: history of using colchicine, corticosteroids, allopurinol, febusostat; adrenal insufficiency, lack of physical exercise, and joint damage. **Conclusion:** The number of gout flare-ups increased and the chronic gout stage was associated with a history of using certain gout medications, adrenal insufficiency, lack of physical exercise, high blood uric acid, and gouty joint damage. **Keywords:** gout, gout flare-ups, acute gout, chronic gout.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là bệnh viêm khớp do vi tinh thể, đặc trưng bởi những đợt viêm khớp cấp tái phát, có lắng đọng tinh thể muối urat natri trong các mô, gây ra do tăng acid uric trong máu. Tùy

theo vị trí các tinh thể này tích lũy ở mô nào mà biểu hiện bệnh bởi một hoặc nhiều triệu chứng lâm sàng như viêm khớp và cạnh khớp, cấp và/hoặc mạn tính, hạt tophoy ở mô mềm, bệnh thận do gút và sỏi tiết niệu. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính và gây ra tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể trong đó có những biến chứng có thể gây tử vong.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình là bệnh viện hạng I tuyến tỉnh, bệnh viện vệ tinh của nhiều bệnh viện tuyến trung ương khám chữa bệnh cho nhân dân trong tỉnh và các tỉnh lân cận với nhiều mặt bệnh đa dạng trong đó có bệnh gút. Các nghiên cứu về bệnh nhân mắc bệnh gút từ trước đến nay chủ yếu tập trung ở Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, chưa có nghiên cứu nào về một số yếu tố liên quan với bệnh gút tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Một số yếu tố liên quan với bệnh gút tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2025"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán bệnh Gút theo tiêu chuẩn Bennett Wood 1968 và/hoặc EULAR2015.
- Đối tượng trên 18 tuổi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. **Bệnh nhân đang**

mắc các bệnh lý cấp tính: đột quỵ cấp, suy

thận cấp, xơ gan mất bù, suy tim mất bù, suy hô hấp cấp hoặc bệnh thận mạn giai đoạn cuối.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Cỡ mẫu cho điều tra xác định tỷ lệ của điều tra cắt ngang, n = 137, nhưng thực tế điều tra 145 bệnh nhân. Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án điện tử.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
Thời gian: từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2025

2.4. Công cụ và các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của người bệnh
- Các dấu hiệu lâm sàng
- Các dấu hiệu cận lâm sàng

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu thu được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phương pháp thống kê y học theo phần mềm SPSS20.0. Thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test khi bình phương; T-Test với giá trị OR (95%CI) và giá trị p. Xác định mô hình hồi quy tuyến tính đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 145 bệnh nhân gút và xác định một số yếu tố liên quan:

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh với tiền sử dùng thuốc của ĐTNC (n=145)

| Đợt bùng phát | Có | | Không | | Tổng (Tỷ lệ %) | OR (95%CI) | P |
|------------------------------------|----|---------|-------|---------|----------------|----------------------|--------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | | |
| 1. Tiền sử dùng colchicin | | | | | | | |
| Gút mạn | 29 | 50,9 | 28 | 49,1 | 57 (100) | 2,12 (1,06-4,17) | 0,03 |
| Gút cấp | 29 | 33 | 59 | 67 | 88 (100) | | |
| Tổng | 58 | 40 | 87 | 60 | 145 (100) | | |
| 2. Tiền sử dùng corticoid | | | | | | | |
| Gút mạn | 17 | 29,8 | 40 | 70,2 | 57 (100) | 4,25 (1,69-10,69) | 0,001 |
| Gút cấp | 8 | 9,1 | 80 | 90,9 | 88 (100) | | |
| Tổng | 25 | 17,2 | 120 | 82,8 | 145 (100) | | |
| 3. Tiền sử dùng allopurinol | | | | | | | |
| Gút mạn | 18 | 31,6 | 39 | 68,4 | 57 (100) | 5,34 (2,06-13,85) | 0,0001 |
| Gút cấp | 7 | 8,0 | 91 | 92,0 | 88 (100) | | |
| Tổng | 25 | 17,2 | 120 | 82,8 | 145 (100) | | |
| 4. Tiền sử dùng fehuxostat | | | | | | | |
| Gút mạn | 9 | 15,8 | 48 | 84,2 | 57 (100) | 8,06 (1,67-38,84) | 0,003 |
| Gút cấp | 2 | 2,3 | 86 | 97,7 | 88 (100) | | |
| Tổng | 11 | 7,6 | 134 | 92,4 | 145 (100) | | |

Nhận xét và bàn luận: Giai đoạn bệnh gút (gút cấp và gút mạn) phản ánh mức độ tiến triển của bệnh và thường gắn liền với chiến lược điều trị khác nhau. Ở giai đoạn gút mạn, bệnh nhân thường được chỉ định các thuốc hạ acid uric máu

lâu dài, trong khi ở giai đoạn gút cấp, mục tiêu chủ yếu là kiểm soát viêm và giảm đau. Phần này chúng tôi trình bày mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và việc sử dụng một số thuốc thường gặp trong điều trị gút, bao gồm colchicin,

corticoid, allopurinol và febuxostat.

Về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và tiền sử sử dụng colchicin: trong 145 bệnh nhân gút, nhóm gút mạn có tỷ lệ sử dụng colchicin cao hơn đáng kể (50,9%) so với nhóm gút cấp (33,0%), với OR = 2,12 (KTC 95%, 1,06–4,17; p<0,05). Điều này cho thấy colchicin được sử dụng phổ biến hơn ở bệnh nhân gút mạn nhằm dự phòng tái phát trong khi điều trị hạ acid uric. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, khẳng định vai trò kép của colchicin vừa trong cơn cấp vừa trong dự phòng tái phát.

Về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và tiền sử sử dụng corticoid: có 17 bệnh nhân (29,8%) gút mạn có tiền sử dùng corticoid, cao hơn rõ rệt so với nhóm gút cấp (9,1%), với OR = 4,25 (KTC 95%, 1,69–10,69; p<0,001). Điều này phản ánh corticoid được sử dụng nhiều hơn ở bệnh nhân gút mạn, đặc biệt khi tái phát nhiều hoặc có chống chỉ định với NSAIDs hoặc colchicin. Corticoid có hiệu quả nhanh trong giảm viêm nhưng không nên dùng kéo dài do nguy cơ biến chứng chuyển hóa và tim mạch.

Về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và tiền sử sử dụng allopurinol: nhóm gút mạn có tỷ lệ dùng allopurinol cao hơn đáng kể (31,6%) so với nhóm gút cấp (8,0%), với OR = 5,34 (KTC 95%, 2,06–13,85; p<0,001). Allopurinol là thuốc hạ acid uric cơ bản, được dùng lâu dài để ngăn ngừa đợt bùng phát và giảm tái phát. Kết quả phản ánh việc sử dụng hợp lý thuốc hạ urate ở bệnh nhân gút mạn, phù hợp với khuyến cáo của ACR và EULAR.

Về mối liên quan giữa giai đoạn bệnh và tiền sử sử dụng febuxostat: có 9 bệnh nhân (15,8%) gút mạn có tiền sử dùng febuxostat so với 2 bệnh nhân (2,3%) ở nhóm gút cấp, với OR = 8,06 (KTC 95%, 1,67–38,84; p<0,01). Febuxostat là thuốc ức chế xanthine oxidase không phải purin, có hiệu quả hạ acid uric mạnh, thường được dùng khi bệnh nhân không dung nạp hoặc không đáp ứng với allopurinol. Kết quả cho thấy febuxostat được sử dụng chủ yếu ở giai đoạn gút mạn, nơi cần kiểm soát urate máu lâu dài và ngăn tái phát.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh với tiền sử suy thượng thận (n=145)

| Giai đoạn bệnh | Có | | Không | | Tổng (Tỷ lệ %) | OR (95%CI) | P |
|----------------|----|---------|-------|---------|----------------|------------------|--------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | | |
| Gút mạn | 24 | 42,1 | 33 | 57,9 | 57 (100) | 3,84 (1,77-8,36) | 0,0001 |
| Gút cấp | 14 | 15,9 | 74 | 84,1 | 88 (100) | | |
| Tổng | 38 | 26,2 | 107 | 73,8 | 145 (100) | | |

Nhận xét và bàn luận: Kết quả cho thấy suy thượng thận gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân gút mạn, với OR = 3,84 (KTC 95%, 1,77–8,36); p<0,001, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và nguy cơ mắc suy thượng thận ở bệnh nhân gút mạn cao gấp gần 4 lần so với bệnh nhân gút cấp. Điều này gợi ý rằng bệnh gút mạn có thể liên quan đến sự suy giảm chức năng trục hạ

đôi-yên-thượng thận, chủ yếu do việc sử dụng corticoid kéo dài.

Trong nước, Trần T.T.H(2020) ghi nhận tỷ lệ suy thượng thận ở bệnh nhân gút mạn là 28,6%, chủ yếu ở nhóm có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài hoặc tiêm nội khớp nhiều lần. Kết quả của nghiên cứu hiện tại (42,1%) có phần cao hơn, có thể do tỷ lệ sử dụng corticoid ở nhóm nghiên cứu lớn hơn hoặc thời gian bệnh kéo dài hơn.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh với hành vi không tập thể lực (n=145)

| Giai đoạn bệnh | Tập thể lực | | Ít tập thể lực | | Tổng (Tỷ lệ %) | OR (95%CI) | P |
|----------------|-------------|---------|----------------|---------|----------------|------------------|-------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | | |
| Gút cấp | 18 | 20,5 | 70 | 79,5 | 88 (100) | 2,61 (1,30-5,23) | 0,006 |
| Gút mạn | 4 | 7,0 | 53 | 93,0 | 57 (100) | | |
| Tổng | 22 | 15,2 | 123 | 84,8 | 145 (100) | | |

Nhận xét và bàn luận: Tỷ lệ ĐTNC có hành vi không tập thể lực ở nhóm người bệnh gút mạn cao hơn nhóm gút cấp tính, tương ứng 93,0% so với 79,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=2,61 và p<0,01.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước. Theo Dalbeth và cộng sự, 83% bệnh nhân gút mạn có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn khuyến nghị của WHO, trong khi tỷ lệ này ở

bệnh nhân gút cấp là 65%. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Trần MH (2021) cũng ghi nhận 91% bệnh nhân gút mạn có mức độ vận động dưới khuyến cáo, trong khi chỉ 70% nhóm gút cấp rơi vào tình trạng này. Kết quả của chúng tôi (93,0% ở nhóm gút mạn) hoàn toàn tương đồng, khẳng định rằng thiếu vận động là đặc điểm phổ biến ở bệnh nhân gút lâu năm.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh với số đợt bùng phát bệnh gút trong năm (n=145)

| Giai đoạn bệnh | ≤2 đợt | | >2 đợt | | Tổng (Tỷ lệ %) | OR (95%CI) | P |
|----------------|--------|---------|--------|---------|----------------|---------------------|-------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | | |
| Gút cấp | 51 | 58,0 | 37 | 42,0 | 88 (100) | 2,99 (1,48-6,02) | 0,002 |
| Gút mạn | 18 | 31,6 | 39 | 68,4 | 57 (100) | | |
| Tổng | 69 | 47,6 | 76 | 52,4 | 145 (100) | | |

Nhận xét và bàn luận: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân gút mạn có nguy cơ xuất hiện ≥ 2 đợt bùng phát trong năm cao gấp gần 3 lần so với gút cấp, với OR = 2,99 và p<0,01. Điều này phản ánh bản chất tiến triển của bệnh: khi bệnh kéo dài, lượng tinh thể urat tích tụ trong khớp và mô mềm tăng dần, dẫn đến phản ứng viêm tái phát nhiều hơn, mạnh hơn và khó kiểm soát hơn. Ở giai đoạn gút cấp, bệnh nhân thường chỉ có một hoặc vài cơn đầu tiên, còn ở giai đoạn gút mạn, các đợt bùng phát trở nên thường xuyên, liên quan đến cả yếu

tố nội sinh (tải urat cao) lẫn yếu tố ngoại sinh (ăn uống, rượu bia, thuốc, stress...).

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều công trình trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Dalbeth và cộng sự tần suất trung bình của cơn gút cấp ở bệnh nhân gút mạn là 3-5 lần/năm, trong khi ở bệnh nhân mới mắc chỉ khoảng 1-2 lần/năm. Tại Việt Nam, Nguyễn H.T (2021) báo cáo tỷ lệ bệnh nhân gút mạn có ≥ 2 đợt bùng phát trong năm là 70,4%, tương đồng với kết quả của nghiên cứu này là (68,4%).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận với tổn thương khớp do gút trên Xquang (n=145)

| Mức lọc cầu thận | Có | | Không | | Tổng (Tỷ lệ %) | OR (95%CI) | P |
|------------------|----|---------|-------|---------|----------------|---------------------|------|
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | | |
| Suy thận mạn | 32 | 59,3 | 22 | 40,7 | 54 (100) | 2,22 (1,12-4,42) | 0,02 |
| Bình thường | 36 | 39,6 | 55 | 60,4 | 91 (100) | | |
| Tổng | 68 | 46,9 | 77 | 53,1 | 145 (100) | | |

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTNC có tổn thương khớp do gút trên Xquang ở nhóm người bệnh suy thận mạn cao hơn nhóm khác, tương ứng 59,3% so với 39,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với OR=2,22 và p<0,05.

Bảng 3.6. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giữa số đợt bùng phát bệnh gút với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

| Các yếu tố | Hệ số tương quan chưa chuẩn hoá | Hệ số tương quan chuẩn hoá | p | 95,0% CI của HSTQ chưa chuẩn hoá | |
|---|---------------------------------|----------------------------|------|----------------------------------|----------|
| | | | | Nhỏ nhất | Lớn nhất |
| Giá trị hằng số | 3,454 | | ,002 | 1,281 | 5,626 |
| Tuổi (≤60; >60) | ,113 | ,108 | ,273 | -,090 | ,316 |
| Giới | -,267 | -,098 | ,225 | -,701 | ,167 |
| Địa lý (miền núi, đô thị, ven biển) | -,051 | -,067 | ,407 | -,174 | ,071 |
| Giai đoạn gút | -,161 | -,162 | ,159 | -,387 | ,064 |
| Colchicin | -,167 | -,164 | ,052 | -,343 | ,009 |
| NSAIDS | -,087 | -,069 | ,410 | -,294 | ,121 |
| Corticoid | -,164 | -,124 | ,145 | -,385 | ,057 |
| Allopurinol | -,404 | -,306 | ,001 | -,634 | -,174 |
| Fehuxostat | -,327 | -,173 | ,072 | -,684 | ,030 |
| Thuốc đông y | -,261 | -,223 | ,015 | -,471 | -,051 |
| Tăng HA | -,060 | -,060 | ,491 | -,234 | ,113 |
| Thận mạn | ,151 | ,121 | ,176 | -,069 | ,371 |
| Tiểu đường | -,007 | -,006 | ,945 | -,220 | ,205 |
| Rối loạn mỡ máu | -,044 | -,036 | ,663 | -,243 | ,155 |
| Bệnh mạch vành | ,145 | ,098 | ,241 | -,098 | ,388 |
| Tiền sử bố, mẹ, anh chị em ruột | -,068 | -,064 | ,445 | -,245 | ,108 |
| Văn hoá (TH, THCS, THPT; TCCĐ, ĐH, SĐH) | ,059 | ,038 | ,643 | -,194 | ,312 |
| Nghề nghiệp | -,010 | -,034 | ,698 | -,059 | ,040 |
| Uống rượu bia | -,151 | -,150 | ,196 | -,381 | ,079 |

| | | | | | |
|--|-------|-------|------|-------|-------|
| Ít tập thể lực | ,095 | ,068 | ,431 | -,143 | ,332 |
| Chế độ ăn nhiều đạm | ,134 | ,134 | ,186 | -,065 | ,333 |
| Hút thuốc lá, thuốc lào | ,052 | ,049 | ,610 | -,150 | ,254 |
| Chỉ số BMI | -,033 | -,054 | ,501 | -,130 | ,064 |
| Mức độ đau theo thang điểm VAS | ,244 | ,250 | ,002 | ,090 | ,398 |
| Công thức máu bạch cầu | ,006 | ,005 | ,946 | -,161 | ,172 |
| Mức lọc cầu thận (bình thường và suy thận mạn) | -,069 | -,066 | ,475 | -,258 | ,121 |
| Acid uric máu | ,251 | ,225 | ,006 | ,073 | ,429 |
| CRP | ,004 | ,004 | ,966 | -,189 | ,197 |
| Sỏi thận | ,064 | ,042 | ,635 | -,202 | ,330 |
| Gan nhiễm mỡ | ,048 | ,046 | ,571 | -,120 | ,217 |
| Có tổn thương khớp do gút trên hình ảnh Xquang | -,263 | -,262 | ,017 | -,478 | -,047 |

Nhận xét và bàn luận: Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến. (Biến phụ thuộc là số đợt bùng phát bệnh gút)

$R^2 = 0,423$ (test ANOVA $<0,001$)

Công thức sau hiệu chỉnh: Số đợt bùng phát bệnh gút = $3,454 - 0,164 \times \text{colchicin} - 0,306 \times \text{allopurinol} - 0,223 \times \text{thuốc đông y} + 0,250 \times \text{mức độ đau theo thang điểm VAS} + 0,225 \times \text{acid uric máu} - 0,262 \times \text{có tổn thương khớp do gút trên hình ảnh Xquang}$.

Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đa biến được thực hiện nhằm xác định các yếu tố độc lập liên quan đến số đợt bùng phát bệnh gút trong năm. Mô hình bao gồm nhiều biến lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố điều trị. Kết quả cho thấy có 5 yếu tố có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ảnh hưởng đến số lần bùng phát gút, gồm: colchicin, allopurinol, thuốc đông y, acid uric máu, tổn thương khớp do gút trên X-quang.

Các biến khác như giới, giai đoạn bệnh, corticoid, febuxostat, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, hành vi sinh hoạt (rượu bia, hút thuốc, ăn nhiều đạm, tập thể dục...) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Giá trị hằng số (Constant = $3,454$; $p < 0,01$) cho thấy mô hình phù hợp.

Colchicin có hệ số hồi quy âm ($B = -0,164$), cho thấy việc sử dụng colchicin làm giảm số đợt bùng phát gút trong năm. Điều này phù hợp với vai trò dự phòng của colchicin trong kiểm soát cơn gút cấp, đặc biệt trong giai đoạn khởi trị thuốc hạ urat. Nhiều nghiên cứu như của Dalbeth và Richette cũng chứng minh colchicin liều thấp ($0,5-1$ mg/ngày) giảm nguy cơ tái phát tới 70% trong 6 tháng đầu điều trị.

Hệ số âm ($B = -0,404$) và Beta = $-0,306$ chứng tỏ allopurinol là yếu tố bảo vệ mạnh nhất trong mô hình, giúp giảm rõ rệt tần suất bùng phát.

Thuốc này có tác dụng hạ acid uric máu ổn định, làm tan dần các tinh thể urat lắng đọng – nguyên nhân chính gây tái phát. Kết quả phù

hợp với khuyến cáo của ACR (2012) và EULAR (2020), coi allopurinol là thuốc đầu tay trong điều trị duy trì bệnh gút.

B ($-0,223$) cho thấy một số chế phẩm đông y có thể góp phần cải thiện kiểm soát bệnh, có thể do tác dụng lợi niệu nhẹ, chống viêm hoặc hỗ trợ đào thải urat. Tuy nhiên, vì nghiên cứu mang tính quan sát, cần thận trọng khi diễn giải – việc sử dụng không kiểm soát hoặc không chuẩn hóa dược chất có thể gây độc tính thận, gan. Dù vậy, kết quả gợi ý rằng sử dụng đúng cách, thuốc Đông y có thể là biện pháp hỗ trợ hữu ích trong kiểm soát gút mạn.

Hệ số dương ($B = +0,225$) cho thấy nồng độ acid uric máu càng cao, tần suất bùng phát càng lớn. Đây là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng nhất trong mô hình. Khi nồng độ urat > 420 $\mu\text{mol/L}$, khả năng hình thành tinh thể urat tăng mạnh, dễ gây cơn cấp. Điều này phù hợp với các công trình của Choi và Pascual, nhấn mạnh vai trò của kiểm soát urat máu dưới 360 $\mu\text{mol/L}$ để ngăn ngừa tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến xác định 5 dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng có mối liên quan với số đợt bùng phát (với $p < 0,05$) gồm: tiền sử dùng colchicin, allopurinol, thuốc đông y; mức độ đau, acid uric máu, và tổn thương khớp trên X-quang;

Bệnh nhân ở giai đoạn gút mạn có mối liên quan với các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng (với $p < 0,05$), gồm: tiền sử dùng thuốc colchicin, corticoid, allopurinol, febuxostat; suy thận, ít tập thể lực, có tổn thương khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: The National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2008. doi:10.1002/art.30520

- Zhang Q, Gong H, Lin C, et al.** The prevalence of gout and hyperuricemia in middle-aged and elderly people in Tibet Autonomous Region, China: A preliminary study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(2): e18542. doi:10.1097/MD.00000000000018542
- Liu HH, Li JJ.** Aging and dyslipidemia: A review of potential mechanisms. *Ageing Research Reviews*. 2015;19:43-52. doi:10.1016/j.arr.2014.12.001
- Cox P, Gupta S, Zhao SS, Hughes DM.** The incidence and prevalence of cardiovascular diseases in gout: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2021;41(7):1209-1219. doi:10.1007/s00296-021-04876-6
- FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al.** 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(6):744-760. doi:10.1002/acr.24180
- Wortmann RL.** Gout and hyperuricemia. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14(3):281-286. doi:10.1097/00002281-200205000-00015
- Nguyễn TTH.** Đánh giá tỷ lệ suy thận ở bệnh nhân gút mạn có tiền sử dùng corticoid kéo dài tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. In: *Luận Văn Thạc Sĩ y Học*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Trần MH.** Đặc Điểm Hoạt Động Thể Lực và Chế Độ Sinh Hoạt ở Bệnh Nhân Gút Điều Trị Tại Bệnh Viện Bạch Mai Năm 2021. *Luận văn Thạc sĩ Y học*; 2021.

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ CĂN NGUYÊN VI KHUẨN CỦA NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở TRẺ EM 2 THÁNG ĐẾN 15 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI PHÒNG

Vũ Văn Quang¹, Nguyễn Thị Ly^{1,2}, Nguyễn Ngọc Sáng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, dịch tễ học và căn nguyên vi khuẩn của nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** 202 trẻ từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán NKTN tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng từ 10/2022 đến 9/2024, nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ NKTN chiếm 40,5% tổng số bệnh lý thận - tiết niệu. Trẻ từ 2-24 tháng chiếm 42,1%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam (1/1,5). Bệnh xuất hiện quanh năm, nhiều nhất vào mùa hè. Triệu chứng thường gặp: sốt (75,2%), tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu. Hẹp bao quy đầu gặp ở 19,8% bé trai. Xét nghiệm: 100% bạch cầu niệu dương tính, 72,3% hồng cầu niệu. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính 39,1%, chủ yếu là *E. coli* (75,9%), tiếp theo là *E. faecalis*, *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*, *S. epidermidis* và *P. aeruginosa*. Vi khuẩn kháng nhiều kháng sinh thường dùng như ampicillin, cephalosporin thế hệ 3, quinolon nhưng còn nhạy với carbapenem, amikacin. **Kết luận:** NKTN là bệnh lý hay gặp ở trẻ nhỏ, nhất là bé gái dưới 2 tuổi. Tác nhân chủ yếu là *E. coli*. Kháng thuốc cao, cần lưu ý khi điều trị. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn tiết niệu, vi khuẩn, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND BACTERIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF URINARY TRACT INFECTIONS IN

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bác sĩ Nội trú Nhi

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Quang

Email: vvquang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 15 YEARS AT HAI PHONG PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, bacteriological, and antibiotic resistance characteristics of urinary tract infections (UTIs) in children aged 2 months to 15 years at Hai Phong Pediatric Hospital. **Subjects and Methods:** 202 pediatric UTI patients treated from October 1, 2022 to September 30, 2024. Cross-sectional study. **Results:** UTIs accounted for 40.5% of kidney and urinary tract cases (202/499). Children aged 2-24 months were most common (42.1%). Girls were more affected than boys (ratio 1:1.5). Cases occurred year-round, peaking from May to July. Main symptoms were fever (75.2%), dysuria (18.8%), frequent urination (23.8%), cloudy urine (10.4%), and hematuria (16.3%). Phimosi was found in 19.8% of boys. All patients had positive urinary leukocytes; nitrite positive in 23.8%; red blood cells in 72.3%; proteinuria in 55.4%. Positive urine cultures were found in 39.1%: *E. coli* (75.9%), *E. faecalis* (13.9%), *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*, *S. epidermidis*, and *P. aeruginosa*. Most bacteria were resistant to ampicillin, cephalosporins, and quinolones but sensitive to carbapenems and amikacin. **Conclusion:** UTIs are common in young children, especially girls under 2 years old. *E. coli* is the main pathogen. Resistance to common antibiotics is high; carbapenems and amikacin remain effective.

Keywords: Urinary tract infection, antibiotic resistance, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong ba bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em, chỉ đứng sau nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hoá [1]. Người ta ước tính rằng, tỷ lệ mắc NKTN hàng năm là 3%, trong đó 7% trẻ gái và 2% trẻ trai trước 6 tuổi có ít nhất 1 lần NKTN có triệu chứng