

điểm kết thúc lọc máu trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến là xa hơn mốc 24 giờ sau lọc máu nên các xét nghiệm có thay đổi nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân sốt xuất huyết dengue nặng được lọc máu có tổn thương gan nặng, tổn thương thận. Rối loạn điện giải thường gặp nhất là hạ natri, tiếp theo là hạ kali và hạ calci. Thay đổi sinh hóa khác là giảm albumin, tăng bilirubin máu, tăng lactat máu và toan chuyển hóa. Các xét nghiệm NH_3 , urê, creatinine, HCO_3^- cải thiện trong 24 giờ đầu lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Nhân** (2020), "Interleukin 6 trong sốt xuất huyết dengue ở trẻ em", [Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 2].
2. **Nguyễn Đình Qui** (2015), "Đặc điểm rối loạn chức năng các cơ quan ở trẻ sốt xuất huyết dengue nặng tại Khoa Nhiễm - Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/2013 đến tháng 12/2015", [Luận văn Thạc sĩ Y học].
3. **Nguyễn Hà Giang** (2018), "Tổn thương thận cấp ở bệnh nhi sốt xuất huyết dengue", [Luận văn Thạc sĩ Y học].
4. **Nguyễn Minh Tiến** (2017), "Khảo sát thay đổi albumin máu và mối liên quan với tổn thương các cơ quan của trẻ sốt xuất huyết dengue kéo dài tại Khoa hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1", Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 21(4),79-89.
5. **Nguyễn Minh Tiến, Phạm Văn Quang, Phùng Nguyễn Thế Nguyên, và cộng sự** (2016), "Kết quả lọc máu liên tục trong điều trị sốt xuất huyết dengue biến chứng suy đa cơ quan tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ năm 2004-2016", Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 20(4),7-15.
6. **Nguyễn Tô Bảo Toàn** (2019), "Đặc điểm tổn thương các cơ quan và điều trị sốt xuất huyết dengue nặng có sốc tại Khoa Hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 7/2018 đến 6/2019", [Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 2].
7. **Phùng Nguyễn Thế Nguyên**. Theo dõi huyết động trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. Sốc nhiễm khuẩn ở trẻ em: Nhà xuất bản Y Học; 2013. p. 153-70.
8. **K. Laoprasopwattana, P. Pruekprasert, P. Dissaneewate, A. Geater, P. Vachvanichsanong** (2010), "Outcome of dengue hemorrhagic fever-caused acute kidney injury in Thai children", J Pediatr, 157(2),303-9.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NAM MẮC GÚT MẠN TÍNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Phùng Thế Khang¹, Vương Thị Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nam mắc gút mạn tính tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $55,45 \pm 11,68$. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm người bệnh gút mạn tính là $9,87 \pm 2,98$ năm, thấp nhất là 5 năm, cao nhất là 15 năm. Số lượng khớp đau trung bình ở nhóm người bệnh gút mạn tính là $5,33 \pm 2,92$ khớp. Trong đó, khớp hay gặp nhất là khớp bàn ngón chân (66,67%) (đặc biệt là ngón bàn ngón chân cái). Số lượng khớp có hạt tophi trung bình ở nhóm bệnh gút mạn tính là $4,25 \pm 3,98$ khớp. **Kết luận:** Ở bệnh nhân nam mắc gút mạn tính, số lượng khớp đau và số lượng khớp có hạt tophi đều cao, đặc biệt khớp bàn ngón chân cái.

Từ khóa: gút mạn.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS IN MALE PATIENTS WITH CHRONIC Gout AT THE MEDICAL EXAMINATION DEPARTMENT OF HAI DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe clinical characteristics in male patients with chronic gout at the Department of Examination - Hai Duong Provincial General Hospital. **Research subjects and methods:** cross-sectional description, convenience sampling. **Results:** The average age of the study subjects was 55.45 ± 11.68 years. The average duration of disease in the group of people with chronic gout is 9.87 ± 2.98 years, the lowest is 5 years, the highest is 15 years. The average number of painful joints in the group of people with chronic gout is 5.33 ± 2.92 joints. Among them, the most common joint is the metatarsophalangeal joint (66.67%) (especially the big toe). The average number of joints with tophi in the chronic gout group was 4.25 ± 3.98 joints. **Conclusion:** In male patients with chronic gout, the number of painful joints and the number of joints with tophi are both high, especially the big toe joint. **Keywords:** chronic gout.

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thế Khang
Email: phungthekhanghd@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.01.2024
Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024
Ngày duyệt bài: 29.3.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh lý rối loạn chuyển hóa gây ra bởi tình trạng lắng đọng axit uric ở các mô do tăng nồng độ axit uric máu. Bệnh gút hiện nay có tỷ lệ mắc cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển do chế độ ăn uống không được kiểm soát. Bệnh có xu hướng tăng lên, theo một nghiên cứu ở Anh, tỷ lệ mắc bệnh gút được báo cáo là đã tăng gần gấp đôi trong những năm 1970 và đến khoảng 3 người trên 1000 dân và đang tiếp tục tăng [1]. Ở Hoa Kỳ, khoảng 8,3 triệu người chiếm 3,9% dân số mắc bệnh gút [2]. Bệnh gút gặp chủ yếu ở nam giới, tuổi trung niên, ở nữ giới thường gặp sau mãn kinh và đang có xu hướng trẻ hóa. Mặc dù có sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ở cả 2 giới, song ở những người dưới 65 tuổi, tỉ lệ mắc bệnh ở nam cao gấp 4 lần so với nữ. Tại Việt Nam trong giai đoạn 1978- 1989, tỷ lệ bệnh gút chiếm 1,5% các người bệnh mắc bệnh cơ xương khớp và theo một nghiên cứu về mô hình bệnh tật tại khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991- 2000) thì gút chiếm tỷ lệ 8,57%[3]. Gút được đặc trưng bởi các triệu chứng sưng, nóng, đỏ và đau nhức dữ dội, xảy ra đầu tiên ở các khớp, đặc biệt là khớp ngón chân, bàn chân, khớp ngón tay, khuỷu tay,.... Người bệnh khi thiếu kiến thức, chủ quan, không quyết tâm điều trị thì tần suất cơn gút cấp sẽ dày hơn và dần dần chuyển thành gút mạn tính với các triệu chứng lâm sàng chính là viêm khớp do gút, hạt tophi, bệnh thận do gút. Ở Hải Dương hiện có ít đề tài nghiên cứu về bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nam mắc gút mạn tính tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh nam giới, mắc bệnh gút mạn đến khám bệnh ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nam giới, tuổi ≥ 30 .
- Được bác sĩ chuyên khoa Cơ – xương – khớp chẩn đoán xác định gút theo tiêu chuẩn của Bennet và Wood 1968.
- Gút mạn tính được xác định theo hướng dẫn chẩn đoán gút mạn tính tại Việt Nam khi có ít nhất một trong các tình trạng bệnh lý sau:
 - Có hạt tophi
 - Có bằng chứng về tổn thương xương khớp mạn tính do gút
 - Có tổn thương thận do gút

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bị tâm thần, rối loạn trí nhớ.
- Người cầm dice.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo kiểu mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được được sự cho phép của Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.
- Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được tư vấn, nói rõ mục đích, nội dung, quy trình nghiên cứu và ký đơn tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.
- Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

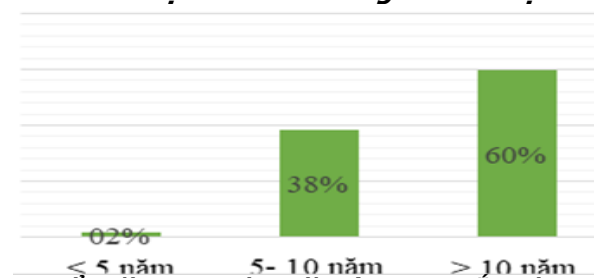
Bảng 3.6. Tuổi trung bình của nhóm người bệnh gút mạn tính và nhóm chứng

Tuổi	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
	55,45 \pm 11,68	40	85

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,45 \pm 11,68 (thấp nhất: 40 tuổi, cao nhất: 85 tuổi).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm người bệnh gút mạn tính

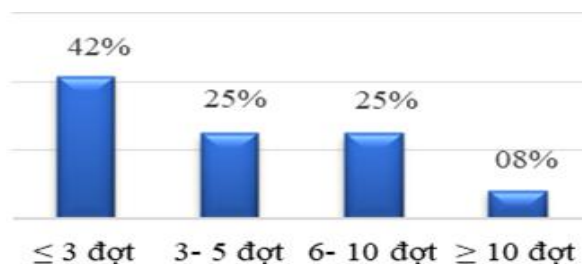
3.2.1. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.2. Phân bố thời gian mắc bệnh của nhóm người bệnh gút mạn tính

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh gút mạn tính có thời gian phát hiện bệnh ngắn nhất là 5 năm, lâu nhất là 15 năm, trong đó chủ yếu có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm (60%). Tỷ lệ người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm là 1,67%, từ 5- 10 năm là 38,33%.

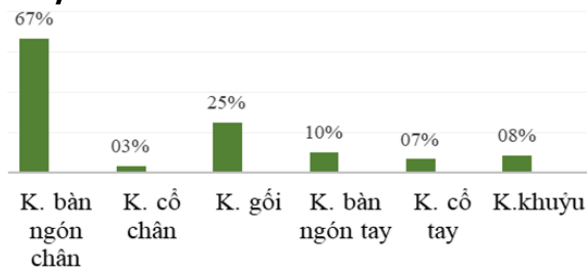
3.2.2. Đặc điểm về số đợt viêm khớp cấp tính trên 1 năm



Biểu đồ 3.3. Phân bố số đợt viêm khớp/năm của nhóm người bệnh gút mạn tính

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh gút mạn tính có số đợt viêm cấp tính dưới 3 lần/năm là 41,67%; từ 3-5 lần/năm là 25%; từ 6-10 lần /năm là 25%; trên 10 lần/năm là 8,33%.

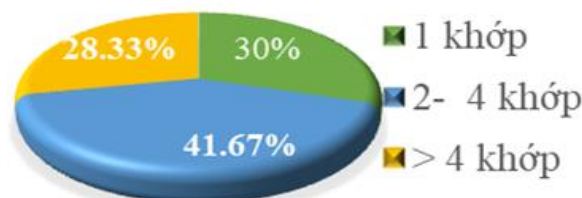
3.2.3. Đặc điểm về số lượng, vị trí các khớp đau



Biểu đồ 3.4. Phân bố vị trí các khớp đau ở người bệnh gút mạn tính

Nhận xét: Số lượng khớp đau trung bình ở nhóm người bệnh gút mạn tính là $5,33 \pm 2,92$ khớp. Trong đó, khớp hay gặp nhất là khớp bàn ngón chân (66,67%) (đặc biệt là ngón chân cái).

3.2.4. Đặc điểm số lượng, vị trí hạt tophi trên lâm sàng



Biểu đồ 3.5. Số lượng khớp có hạt tophi ở người bệnh gút mạn tính

Nhận xét: Số lượng khớp có hạt tophi trung bình ở nhóm bệnh gút mạn tính là $4,25 \pm 3,98$ khớp. Trong đó, chủ yếu có từ 2 - 4 khớp có hạt tophi (chiếm 41,67 %).

3.2.5. Yếu tố nguy cơ và các bệnh lý đi kèm

Bảng 3.7. Yếu tố nguy cơ và các bệnh lý đi kèm ở người bệnh gút mạn tính

Thông số		Số bệnh nhân (n=60)	Tỷ lệ %
Yếu tố	Lạm dụng rượu bia	44	73,33
	Thói quen hút thuốc	25	41,67

nguy cơ	Thừa cân, béo phì	35	58,3
	Gia đình có người mắc bệnh gút	12	20
	Rối loạn mỡ máu	50	83,33
Bệnh kèm theo	Suy thận	4	6,7
	Tăng huyết áp	26	43,3
	Suy tim	1	1,67

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh gút mạn tính được nghiên cứu, tỷ lệ các yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ cao. Trong các yếu tố nguy cơ, rối loạn mỡ máu chiếm 83,33%; tiếp đến là lạm dụng rượu bia chiếm 73,33%; thói quen hút thuốc chiếm 41,67%. Trong các bệnh lý đi kèm với bệnh gút, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,3%; tiếp đến là suy thận chiếm 6,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu. 60 người bệnh nam mắc bệnh gút mạn tính mà chúng tôi nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $55,45 \pm 11,68$ tuổi. Năm 2020, Tạ Đăng Quang nghiên cứu độc tính và tác dụng điều trị của viên nang cứng tam diệu gia vị trên người bệnh gút mạn tính thấy tuổi trung bình $53,73 \pm 13,82$ tuổi, nam giới chiếm 93,75% [4]. Nghiên cứu của Phạm Ngọc Trung và Nguyễn Thị Ngọc Lan (2009) về đặc điểm siêu âm khớp bàn ngón chân I ở bệnh viện Bạch Mai thấy tuổi trung bình là $55,8 \pm 12,2$ tuổi. Cũng theo Perez-Ruiz và Fernando khi nghiên cứu ảnh hưởng của liệu pháp giảm urat đến tốc độ giảm kích thước của hạt tophi trong bệnh gút mạn tính (2002), nhóm người bệnh có tuổi trung bình là $57,8 \pm 12,8$ tuổi, trong đó nam giới chiếm 95,23% [5]. Như vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trong và ngoài nước khác, chủ yếu gặp ở lứa tuổi trung niên và nam giới. Điều này phù hợp với dịch tễ học bệnh gút mạn tính, bệnh gặp ở nam giới với tỷ lệ cao và xảy ra ở độ tuổi trung niên, có thể do liên quan đến thói quen ăn uống và tiêu thụ nhiều rượu bia.

4.2. Đặc điểm về lâm sàng của nhóm người bệnh gút mạn tính. Thời gian mắc bệnh được tính từ khi khởi phát các triệu chứng cho tới thời điểm nghiên cứu. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm người bệnh gút mạn tính là $9,87 \pm 2,98$ năm, thấp nhất là 5 năm, cao nhất là 15 năm. Chúng tôi ghi nhận có 1 người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, còn đa phần các đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trên 10 năm (60%). Điều này phù hợp với tính chất của bệnh: diễn biến mạn tính, tiến triển từng đợt và nặng dần theo thời gian. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của

Lê Thị Viên năm 2006 trên đối tượng người bệnh gút mạn, thời gian mắc bệnh trung bình là $9,56 \pm 6,1$ năm, nhưng so với nghiên cứu của Anneman và cộng sự (2008) thấy thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm người bệnh gút ở Anh và Đức lần lượt là $6,75 \pm 5,56$ năm và $5,62 \pm 2,38$ năm thì nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Có sự khác nhau về kết quả là do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám và điều trị nội trú tại tuyến trung ương nên hầu hết các đối tượng là người bệnh gút mạn tính với thời gian mắc bệnh kéo dài.

Trong nhóm người bệnh nghiên cứu, số người bệnh có số khớp viêm ≤ 5 lần/năm chiếm tỷ lệ nhiều (66,7%), số người bệnh có số khớp viêm > 5 chiếm tỷ lệ ít hơn (33,3%), nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Phan Thị Minh Nhâm có 47,6% người bệnh viêm từ 4 khớp trở lên. Số lượng khớp đau trung bình ở nhóm người bệnh gút mạn tính là $5,33 \pm 2,92$ khớp. Trong đó, khớp hay gặp nhất là khớp bàn ngón chân (66,67%) (đặc biệt là ngón chân cái), tiếp đến là khớp gối, khớp bàn ngón tay, khớp khuỷu và khớp cổ tay ít gặp hơn.

100% người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có hạt tophi, điều này phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút mạn tính ở Việt Nam. Số lượng khớp có hạt tophi trung bình ở nhóm bệnh là $4,25 \pm 3,98$ khớp, trong đó, chủ yếu có từ 2 - 4 khớp có hạt tophi (chiếm 41,67%). Vị trí hạt tophi chúng tôi ghi nhận hay gặp nhất là ở khớp bàn ngón chân cái, khớp cổ chân, khớp bàn ngón tay, khớp cổ tay, khớp khuỷu. Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Phạm Hoài Thu cũng cho thấy tỷ lệ hạt tophi hay gặp nhất ở khớp bàn ngón chân I, sau đó đến khớp cổ chân [6] hoặc nghiên cứu của Trần Huyền Trang cũng cho kết quả tương tự.

Các yếu tố nguy cơ đi kèm với bệnh gút, hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là rối loạn mỡ máu 83,33%, lạm dụng rượu bia chiếm 73,33%; thừa cân béo phì 58,3%, thói quen hút thuốc 41,67%, gia đình có người mắc bệnh gút chiếm 20%. Các bệnh lý đi kèm với bệnh gút hay gặp nhất là tăng huyết áp 43,3%, sau đó đến suy thận 6,7%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Nhung (2014) khi khảo sát các bệnh lý kèm theo ở người bệnh gút, thấy tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid ở nhóm người bệnh gút mạn tính là 73,6%, nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hiền (2013) tỷ lệ này là 78,6% [7], hoặc theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan trên 60 người bệnh gút, 85% người bệnh có rối loạn chuyển hóa lipid.

Các tác giả cho rằng chuyển hóa của axit uric sinh ra các gốc tự do, nồng độ axit uric càng cao các gốc tự do sinh ra càng nhiều. Trong đó, gốc tự do là một trong những nguyên nhân gây tăng LDL trong máu. Tinahones (1997) thấy rằng bệnh gút còn bị ảnh hưởng bởi chế độ ăn, hàm lượng calo trong từng bữa, ngoài ra còn có các mối liên quan với di truyền, hóa sinh, dinh dưỡng,... nên nồng độ lipid máu ở người bệnh gút thường cao. Đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người bệnh gút chủ yếu là tăng triglycerid, giảm HDL, tăng nhẹ cholesterol, tăng hoặc không tăng LDL [8]. Trong các rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng triglycerid được coi là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh gút và các tác giả đã tìm ra mối tương quan của nồng độ triglycerid và axit uric máu.

Lạm dụng rượu bia khi nam giới uống trên 3 đơn vị rượu/ ngày và nữ giới uống trên 2 đơn vị rượu/ ngày, kéo dài trên 5 năm. Một đơn vị rượu tương đương với: $\frac{3}{4}$ chai/ lon bia 330ml (5%), 1 ly rượu vang 100 ml (13,5%), 1 cốc bia hơi 330ml hoặc 1 chén rượu mạnh 30ml (40%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 73,33% người bệnh lạm dụng rượu bia. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hoài Thu là 63,33% [6], hoặc một số nghiên cứu khác trong nước dao động từ 65-75%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Mijiyawa là 83,12%. Lin KC và cộng sự trong nghiên cứu điều tra về tỷ lệ mới mắc bệnh gút và sự tác động giữa nồng độ axit uric máu với các yếu tố nguy cơ, đã đưa ra kết luận tỷ lệ mắc mới tích lũy sau 5 năm của bệnh gút là 18,83% và sử dụng rượu quá mức là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất mặc dù axit uric máu $< 8\text{mg/dl}$. Uống rượu bia không chỉ làm tăng sản xuất urat mà còn làm giảm đào thải urat qua thận dẫn đến tăng axit uric máu. Thậm chí ngay cả khi bị bệnh, nếu người bệnh vẫn tiếp tục uống nhiều rượu bia thì việc điều trị sẽ ít hiệu quả do axit uric ức chế tác dụng của thuốc hạ axit uric máu. Thói quen hút thuốc lá: Coi là có thói quen hút thuốc nếu người bệnh hút ≥ 20 điếu/ ngày, thời gian hút kéo dài ≥ 5 năm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41,67% người bệnh có thói quen hút thuốc lá, tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hiền (2013) là 51,33% [7]. 20% người bệnh có người trong gia đình mắc bệnh gút, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Viên là 23,5%⁹⁵, nhưng cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Phương Lan là 7,2%⁹⁶ và của Tạ Diệu Yên là 8,1%. Các tác giả đều cho rằng yếu tố gia đình là một trong các yếu tố nguy cơ của bệnh gút, vì ngoài do yếu tố gen và di truyền, còn có thể do

thói quen sinh hoạt và chế độ ăn uống giống nhau trong gia đình.

Trong các bệnh lý đi kèm với gút, hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là tăng huyết áp chiếm 43,3%. Ở Việt Nam, trong nghiên cứu của Đinh Thị Thu Hiền (2013) tỷ lệ này là 42,48% [7], Nguyễn Bá Khanh là 57,8%, Đặng Thị Hồng Hoa là 40,4%. Theo nghiên cứu của Amenman và cộng sự (2008) ở Anh và Đức, tỷ lệ tăng huyết áp trên người bệnh gút lần lượt là 17,5% và 18,5%. Qua các nghiên cứu đều thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người bệnh gút khá cao, như vậy bệnh gút có mối liên quan nhất định với tình trạng tăng huyết áp. Gần đây nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng chỉ số axit uric tăng cao ở người bệnh gút có thể là yếu tố nguy cơ độc lập với tăng huyết áp, mặc dù axit uric cao chỉ là một hậu quả của bệnh gút, nhưng qua theo dõi người ta nhận thấy nồng độ axit uric cao luôn đi trước sự phát triển của tăng huyết áp. Bên cạnh đó, các bằng chứng trên thử nghiệm và lâm sàng đã ủng hộ khả năng cho rằng tăng axit uric máu kéo theo tăng nguy cơ tương đối đối với tiến triển của tăng huyết áp trong 5 năm.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $55,45 \pm 11,68$. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm người bệnh gút mạn tính là $9,87 \pm 2,98$ năm, thấp nhất là 5 năm, cao nhất là 15 năm. Số lượng khớp đau trung bình ở nhóm người bệnh gút mạn tính là $5,33 \pm 2,92$ khớp. Trong đó, khớp hay gặp nhất là khớp bàn ngón

chân (66,67%) (đặc biệt là ngón chân cái). Số lượng khớp có hạt tophi trung bình ở nhóm bệnh gút mạn tính là $4,25 \pm 3,98$ khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Harris C. M, Lloyd D. C, Lewis J. The prevalence and prophylaxis of gout in England. Journal of clinical epidemiology. 1995; 48(9): 1153-1158.
2. Chen-Xu M, Yokose C, Rai S. K et al. Contemporary prevalence of gout and hyperuricemia in the United States and decadal trends: the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2016. Arthritis & Rheumatology. 2019; 71(6): 991-999.
3. Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền. Đánh giá tình hình bệnh khớp tại Khoa cơ xương khớp-Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991–2000). Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3. 2000: 263-267.
4. Tạ Đăng Quang. Nghiên cứu độc tính và tác dụng điều trị bệnh gút mạn tính của viên nang cứng tam diệu gia vị trên thực nghiệm và lâm sàng. 2020.
5. Perez-Ruiz F, Calabozo M, Pijoan J. I et al. Effect of urate-lowering therapy on the velocity of size reduction of tophi in chronic gout. Arthritis Care & Research. 2002; 47(4): 356-360.
6. Phạm Hoài Thu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm khớp cổ chân trong bệnh gút. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội. 2010.
7. Đinh Thị Thu Hiền. Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút. Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2013.
8. Liang J, Jiang Y, Huang Y et al. The comparison of dyslipidemia and serum uric acid in patients with gout and asymptomatic hyperuricemia: a cross-sectional study. Lipids in health and disease. 2020; 19(1): 1-7

TỶ LỆ TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT LÚC ĐỐI VÀ LIPID MÁU Ở NGƯỜI ĐẾN KHÁM SỨC KHOẺ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Khuất Tuấn Anh¹, Trần Nhật Phương Anh¹, Nguyễn Hoàng Thanh Trúc¹,
Nguyễn Phương Thảo¹, Ngô Thị Bình Minh¹, Nguyễn Thị Bằng Sương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát tỷ lệ hiện mắc các yếu tố nguy cơ bệnh không lây trong cộng đồng là cần thiết trong chiến lược phòng ngừa bệnh không lây tại Việt Nam. Nghiên cứu thực hiện nhằm cung cấp thông tin đóng góp vào các chiến lược kiểm soát yếu tố nguy cơ

chuyển hoá của bệnh không lây trong cộng đồng. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ trung bình đường huyết lúc đói, lipid trong máu (cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, và triglycerid) và tỷ lệ người có bất thường đường huyết lúc đói và lipid máu trên người đến khám sức khoẻ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021. Phân tích sự khác nhau giữa giới và các nhóm tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 1001 người trưởng thành từ 18 tuổi đến khám sức khoẻ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, có thực hiện xét nghiệm định lượng đường huyết lúc đói, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C và triglycerid. Dữ liệu về tuổi, giới tính cũng được thu thập. Kết quả được lưu trữ và phân tích bằng phần mềm STATA. **Kết quả:** Trong nhóm đối

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Khuất Tuấn Anh

Email: anh.kt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024