Nghiên cứu gốc

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÓI QUEN ĂN UỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH MẮC GOUT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Thị Oanh, Nguyễn Thị Thúy Nga, Trần Thị Thanh Huyền, Đào Thị Hảo, Nguyễn Thị Hương, Hoàng Thị Hải Yến✉, Nguyễn Thị Thuận

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và thói quen ăn uống của người bệnh gout tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 nhằm hỗ trợ quản lý và định hướng dinh dưỡng trong điều trị.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang từ tháng 1-10 năm 2025 trên 119 bệnh nhân ≥18 tuổi được chẩn đoán gout theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015. Số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn, xử lý bằng Stata 17 với p < 0,05 là mức ý nghĩa thống kê.

Kết quả: Tuổi trung bình 62,1 ± 15; nam giới chiếm 97,4%. Thời gian mắc bệnh trung bình 10,3 ± 7,2 năm, trung bình 4,5 cơn gout cấp/năm. Vị trí tổn thương thường gặp là khớp bàn ngón chân cái (43,7%), khớp gối (43,7%) và cổ chân (38,7%). Các triệu chứng nổi bật gồm sưng (96,6%), đỏ (89,1%), nóng (88,2%) và đau khớp (98,3%). Có 34,5% bệnh nhân xuất hiện hạt tophi, tỷ lệ cao hơn rõ rệt ở nhóm mắc bệnh >10 năm (p < 0,001). Nồng độ acid uric ≥ 480 µmol/L chiếm 38,7%. Các yếu tố khởi phát cơn gout cấp phổ biến nhất là sau bữa ăn nhiều đạm (70,6%). Tăng huyết áp (43,7%) và đái tháo đường (26,1%) là bệnh lý đi kèm thường gặp. Về dinh dưỡng, đa số bệnh nhân gout hạn chế tốt thực phẩm giàu purin (71,5–87,4% ăn ≤3 bữa/tuần hoặc không bao giờ ăn phủ tạng, thịt đỏ, hải sản, măng tây, nấm, đồ lên men) và duy trì cao các thực phẩm khuyến khích (96,6% rau quả, 99,1% tinh bột, 82,5% thịt nạc ≥4 bữa/tuần). Tuy nhiên, 49,1% vẫn dùng rượu, bia hoặc cà phê ≥4 bữa/tuần. Chỉ 37,0% uống đủ ≥2 lít nước/ngày và 7,5% không bao giờ uống đủ.

Kết luận: Bệnh gout chủ yếu gặp ở nam giới trung niên, thường khởi phát tại khớp chi dưới. Hạt tophi có liên quan đáng kể với thời gian mắc bệnh. Thói quen ăn uống của người bệnh đã được điều chỉnh sau mắc gout, tuy nhiên còn chưa hiểu biết đầy đủ.

Từ khoá: *Gout, đặc điểm lâm sàng, thói quen dinh dưỡng.*

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DIETARY HABITS OF GOUT PATIENTS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

ABSTRACT

Aims: To describe the clinical characteristics and dietary habits of gout patients at the 108 Military Central Hospital, thereby supporting management and nutritional guidance in treatment.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 119 patients aged ≥18 years diagnosed with gout according to the ACR/EULAR 2015 criteria, from January to October 2025. Data were collected from medical records and interviews, and subsequently analyzed using Stata 17, with p < 0.05 considered statistically significant.

✉ Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Hải Yến
Email: hoanghaiyen06112000@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/1035
Nhận bài: 3/4/2026 Chỉnh sửa: 7/7/2026
Chấp nhận đăng: 8/7/2026
Công bố online: 26/7/2026

Results: The mean age of the participants was 62.1 ± 15 years and males accounted for 97.4%. Mean disease duration was 10,3 ± 7,2 years, with an average frequency of 4.5 acute gout attacks per year. The most common sites of involvement were the first metatarsophalangeal joint (43.7%), knee (43.7%), and ankle (38.7%). Prominent symptoms included swelling (96.6%), redness (89.1%), warmth (88.2%), and joint pain (98.3%). Tophi were present in 34.5% of the patients and significantly more prevalent in those with a disease duration >10 years ($p < 0.001$). Serum uric acid ≥480 µmol/L was observed in 38.7%. The most common trigger for acute gout attacks was high-protein meals (70.6%). Comorbidities included hypertension (43.7%) and diabetes mellitus (26,1%). Regarding nutrition, most patients effectively restricted high-purine foods (71.5–87.4% consumed ≤3 meals/week or never for offal, red meat, seafood, asparagus/mushrooms/fermented foods) and maintained high intake of recommended foods (96.6% vegetables/fruits, 99.1% starchy foods, 82.5% lean meat ≥4 meals/week). However, 49,1% still consumed alcohol, beer or coffee ≥4 meals/week. and only 37.0% drank ≥2 liters of water/day, with 7.5% never achieving this.

Conclusion: Gout predominantly affects middle-aged men and commonly involves lower limb joints. Tophi are significantly associated with longer disease duration. Dietary habits have improved post-diagnosis but remain incomplete in terms of knowledge.

***Keywords**: Gout, clinical patterns, nutritional habits.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gout được biết đến là bệnh viêm khớp mạn tính do lắng đọng tinh thể urat monosodium trong khớp và mô quanh khớp, hậu quả của tình trạng tăng acid uric máu kéo dài. Nó được đặc trưng bởi các cơn viêm khớp cấp tái phát, thường khởi phát đột ngột, gây đau dữ dội, sưng nóng đỏ tại khớp — điển hình là khớp bàn ngón chân cái. Nếu không được chẩn đoán và kiểm soát tốt, bệnh có thể tiến triển thành gout mạn tính với tổn thương nhiều khớp, hình thành hạt tophi, và biến chứng thận do lắng đọng urat[1, 2].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Hiệp hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR, 2020), gout là một trong những bệnh viêm khớp phổ biến nhất, ảnh hưởng khoảng 1–4% dân số trưởng thành ở các nước phát triển, với tỷ lệ ngày càng tăng do thay đổi lối sống và chế độ ăn[3]. Một phân tích gộp gần đây trên The Lancet Rheumatology (2023) cho thấy tỷ lệ mắc gout toàn cầu đã tăng hơn 2 lần trong 30 năm, đặc biệt ở nam giới trung niên có chế độ ăn giàu đạm và rượu bia[4].

Tại Việt Nam, theo các báo cáo gần đây, tỷ lệ mắc gout có xu hướng tăng cao và trẻ hóa. Đáng chú ý, phần lớn người bệnh nhập viện khi bệnh đã tiến triển. Điều này phản ánh thực tế rằng đặc điểm lâm sàng của bệnh gout tại Việt Nam đang phức tạp và nặng dần, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và chi phí điều trị.

Bên cạnh yếu tố di truyền, chế độ ăn uống đóng vai trò quan trọng trong khởi phát và tiến triển bệnh. Việc tiêu thụ thường xuyên các thực phẩm giàu purin

như thịt đỏ, hải sản, nội tạng động vật và rượu bia là nguyên nhân phổ biến dẫn đến các cơn gout cấp, trong khi chế độ ăn lành mạnh có thể giúp duy trì acid uric ổn định và giảm tái phát [5, 6]. Tuy nhiên, ở Việt Nam hiện nay, vẫn còn thiếu các nghiên cứu mô tả mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và thói quen ăn uống của người bệnh gout. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và thói quen ăn uống của người bệnh mắc gout tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", với mục đích nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng đặc trưng và thói quen ăn uống của người bệnh gout, qua đó góp phần định hướng quản lý và xây dựng khuyến nghị dinh dưỡng phù hợp trong điều trị bệnh.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Người bệnh mắc gout điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại Khoa Cơ xương khớp – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 1-10 năm 2025.

*Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, nhập viện hoặc điều trị tại Khoa Cơ xương khớp – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, được chẩn đoán xác định bệnh gout theo tiêu chuẩn EULAR 2015. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và chế độ ăn uống. Người bệnh hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ mục tiêu và nội dung.

*Tiêu chuẩn loại trừ : Người bệnh không tỉnh táo, rối loạn nhận thức, rối loạn tâm thần hoặc không đủ khả năng giao tiếp để trả lời phỏng vấn.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được xác định theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}$=1,96 (với mức tin cậy 95%); p là tỷ lệ bệnh nhân gout có đau ở vị trí khớp ngón bàn ngón chân từ nghiên cứu của tác giả Phùng Thế Khang tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương (p = 0,66)[7]; d là sai số cho phép (chọn d = 0,1). Theo công thức tính được n = 87. Trên thực tế chúng tôi đã thu thập được 119 đối tượng nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thỏa mãn điều kiện lựa chọn và điều kiện loại trừ.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn người bệnh. Người bệnh được giải thích mục tiêu nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Nội dung phỏng vấn bao gồm đặc điểm chung, tiền sử bệnh, đặc điểm lâm sàng, thói quen ăn uống, uống nước, sử dụng rượu bia và chế độ sinh hoạt, tập luyện.

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án. Các thông tin về chẩn đoán bệnh gout, thời gian mắc bệnh, số lần tái phát, vị trí khớp tổn thương, bệnh lý kèm theo và kết quả xét nghiệm acid uric máu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và hệ thống bệnh án điện tử.

Đo chỉ số nhân trắc và kiểm tra số liệu. Cân nặng, chiều cao được đo trực tiếp hoặc ghi nhận từ hồ sơ bệnh án trong lần khám/điều trị hiện tại. Chỉ số BMI được tính theo công thức BMI = cân nặng (kg)/chiều cao² (m²).

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 17. Các biến định tính được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố của biến. Kiểm định Wilcoxon rank-sum được sử dụng để so sánh số năm mắc gout giữa nhóm người bệnh có và không có hạt tophi; mức ý nghĩa thống kê được xác định khi p < 0,05.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi người bệnh được giải thích rõ mục tiêu, nội dung nghiên cứu và đồng ý tham gia. Mọi thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, được bảo mật và không ảnh hưởng đến quá trình khám, điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=119)*

Đặc điểm	Tần số (%)	Đặc điểm	Tần số (%)
Giới tính		Trình độ học vấn	
Nam	116 (97,4%)	Tiểu học	13 (10,9%)
Nữ	3 (2,6%)	Trung học cơ sở	29 (24,4%)
Tuổi, năm	62,1 ± 15	Trung học phổ thông	36 (30,3%)
BMI, kg/m^2	23,1± 2,6	Cao đẳng, đại học	25 (21%)
		Sau đại học	16 (13,4%)

Số liệu trình bày theo tần số (%) ngoại trừ tuổi và BMI trình bày theo trung bình ± độ lệch chuẩn

Theo Bảng 1, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 62,1 ± 15 tuổi. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 23,1 (kg/m^2); Theo đó, những người bệnh có trình độ học vấn nhóm trung học phổ thông cao nhất với 30,3% và cao đẳng, đại học chiếm 21%.

Tỷ lệ mắc gout ở nam giới là 97,4%. Có 11,1% người bệnh không biết mình mắc bệnh gout. Đặc điểm bệnh nhân gout theo phân loại ACR/EULAR 2015 được trình bày ở Bảng 2.

Bảng 2. *Bảng phân mức acid uric theo phân loại gout ACR/EULAR 2015 (n=119)*

Khoảng giá trị (µmol/L)	Tần số (%)	$\bar{X}$ ± SD (µmol/L)
< 240	6 (5,0)	205,3 ± 50,4
240 – < 360	35 (29,4)	308,3 ± 34,9
360 – < 480	32 (26,9)	410,5 ± 33,5
480 – < 600	31 (26,1)	526,4 ± 23,7
≥ 600	15 (12,6)	654,0 ± 65,6

Bảng 3: *Đặc điểm lâm sàng của bệnh gout (n=119)*

Vị trí xuất hiện cơn gout cấp đầu tiên	n (%)	Các triệu chứng của cơn gout cấp	n (%)
Khớp bàn ngón chân	52 (43,7)	Đau các khớp	117 (98,3)
Khớp gối	52 (43,7)	Sưng khớp đau	115 (96,6)
Khớp bàn chân	22 (18,5)	Nóng khớp đau	105 (88,2)
Khớp khuỷ tay	12 (10,1)	Đỏ khớp đau	106 (89,1)
Khớp cổ chân	46 (38,7)	Hạt tophi	41 (34,5)
Khác	11 (9,2)		

Bảng 3 trình bày đặc điểm lâm sàng của bệnh gout ở các đối tượng nghiên cứu. Viêm khớp bàn ngón chân cái và khớp gối cùng có tỉ lệ cao nhất 43,7%, đau khớp cổ chân chiếm 38,7%. Số năm mắc gout trung bình mắc gout là 10,3 ±7,2 và trung bình bị 4,5 ± 3,78 cơn gout cấp/năm.

Bảng 4: *Các yếu tố nguy cơ của bệnh gout (n=119)*

Yếu tố nguy cơ	n (%)	Yếu tố nguy cơ	n (%)
Thời điểm xuất hiện cơn gout cấp		Bệnh lý nền	
Sau bữa ăn nhiều đạm	84 (70,6)	Tăng huyết áp	52 (43,7)
Uống thuốc gây tăng acid uric	8 (6,7)	Đái tháo đường	31 (26,1)
Sau gắng sức	8 (6,7)	Bệnh thận mạn	29 (24,4)
Nhiễm trùng	5 (4,2)	Suy gan	2 (1,7)
Khác	36 (30,3)	Tiền sử gia đình mắc gout	31 (26,1)
Có thói quen tập thể dục	74 (62,2)		

Theo Bảng 4, ở nhóm yếu tố khởi phát cơn gout cấp, sau bữa ăn nhiều đạm là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm 70,6%. Các yếu tố khác bao gồm uống thuốc làm tăng acid uric và sau gắng sức (cùng 6,7%), nhiễm trùng (4,2%) và nguyên nhân khác (30,3%). Về bệnh lý nền, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 43,7%, đái tháo đường 26.1%, bệnh thận mạn 24,4%, và suy gan 1,7%. Có 26,1% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc gout.

Trong thói quen vận động, 62,2% bệnh nhân có tập thể dục thường xuyên, trong khi 37,8% không có thói quen tập luyện.

Bảng 5. *Mô tả số năm số năm mắc gout và tình trạng khớp có hạt tophi (n=119)*

Hạt tophi	n (%)	Median (IQR)	Số năm mắc gout	p
Không	78 (65,5)	5 (3 – 10)	8,1 ±6,3	<0,001*
Có	41 (34,5)	12 (10 -16)	13,5 ± 7,1	

**Wilcoxon rank-sum test*

Theo Bảng 5, người bệnh có thời gian mắc bệnh >10 năm có tình trạng hạt tophi cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 6. *Thói quen ăn uống của người bệnh gout (N=119)*

Thực phẩm, đồ uống	> 7 bữa/tuần n (%)	4-6 bữa/tuần n (%)	1-3 bữa/tuần n (%)	Không bao giờ n (%)
Phủ tạng động vật	3(2,5)	30 (25,2)	51 (42,7)	35 (29,4%)
Thịt đỏ	3 (2,5)	31 (26,1)	69 (58,0)	16 (13,5%)
Măng tây, nấm, đồ lên men	3 (2,5)	12 (10,1)	52 (43,7)	52 (43,7%)
Rượu, bia, café	24 (20,2)	35 (29,4)	41 (35,5)	19 (16,0%)
Hải sản	0 (0,0)	17 (14,3)	70 (58,8)	32 (26,9%)
Thịt nạc	39 (33,8)	58 (48,7)	21 (17,7)	1 (0,8%)
Các loại ngũ cốc	22 (18,5)	41 (34,5)	40 (33,6)	16 (14,5%)
Sữa và các chế phẩm	20 (16,8)	31 (26,1)	60 (50,4)	8 (6,7%)
Rau xanh và hoa quả	98 (82,3)	17 (14,3)	4 (3,4)	0 (0,0%)
Thực phẩm giàu tinh bột	113 (95,0)	5 (4,2)	0 (0,0)	1 (0,9%)
Uống đủ nước	44 (37,0)	35 (29,4)	31 (26,1)	9 (7,5)

Bảng 6 trình bày thói quen ăn uống của người bị bệnh gout. Phần lớn người bệnh hạn chế các thực phẩm giàu purin như phủ tạng động vật (42,7% ăn 1–3 bữa/tuần, 29,4% không bao giờ sử dụng), thịt đỏ (58,0% ăn 1–3 bữa/tuần, 13,5% không bao giờ sử dụng), măng tây, nấm và đồ lên men (43,7% không bao giờ sử dụng và 43,7% ăn 1–3 bữa/tuần), hải sản (58,8% ăn 1–3 bữa/tuần và 26,9% không bao giờ sử dụng). Ngược lại, rượu, bia, cà phê vẫn được tiêu thụ khá thường xuyên với 20,2% sử dụng trên 7 lần/tuần và 29,4% sử dụng 4–6 lần/tuần. Đối với các thực phẩm được khuyến khích, thịt nạc được tiêu thụ thường xuyên với 33,8% người bệnh sử dụng trên 7 bữa/tuần và 48,7% sử dụng 4–6 bữa/tuần. Rau xanh và hoa quả có tỷ lệ sử dụng cao nhất, với 82,3% người bệnh sử dụng trên 7 bữa/tuần. Thực phẩm giàu tinh bột cũng được tiêu thụ thường xuyên, với 95,0% người bệnh sử dụng trên 7 bữa/tuần. Đối với các loại ngũ cốc, tỷ lệ sử dụng 4–6 bữa/tuần là 34,5%, trong khi sữa và các chế phẩm từ sữa được sử dụng chủ yếu ở mức 1–3 bữa/tuần (50,4%). Tuy nhiên, việc uống đủ 2 lít nước mỗi ngày chưa phổ biến, chỉ có 37,3% người bệnh thực hiện trên 7 ngày/tuần, 29.4% thực hiện 4–6 ngày/tuần, 26,1% thực hiện 1–3 ngày/tuần và 7,5% không bao giờ thực hiện.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân gout có tuổi trung bình là 62,1 ±15 tuổi, trong đó hầu hết là nam giới bị gout chiếm tỷ lệ 97.4%. Kết quả này phù hợp với y văn cũng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy tại Bệnh viên Đa khoa Nghệ An 2024 [8]. Điều này có thể giải thích được vì ở độ tuổi càng cao tích lũy tổn thương thận kèm theo lối sống nguy cơ cao ở nam giới. Ngoài ra, chúng tôi cũng đã chỉ ra BMI trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 23.1± 2.6 kg/m2 tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Tiến (23.1± 2.8)[9]. Đây cũng là mức BMI được đánh giá là thừa cân đối với người châu Á. Nó được biết đến là 1

trong những yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa trong đó có bệnh Gout. Lý do thừa cân làm tăng nguy cơ mắc gout do tăng sản xuất và giảm bài tiết acid uric: mô mỡ (đặc biệt nội tạng) làm tăng hoạt tính xanthine oxidase, đẩy mạnh chuyển hóa purin thành acid uric; đồng thời, kháng insulin ở người béo phì khiến thận tái hấp thu nhiều urat hơn (qua URAT1, GLUT9), giảm thải trừ. Ngoài ra, mỡ thừa tiết leptin, IL-6, kích hoạt viêm, dễ gây cơn gout cấp [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân biết mình đã mắc bệnh gout chiến 89%. Đối tượng có số năm mắc bệnh gout là 10.3 ± 7.2 và có số cơn gout cấp 4.5 lần/năm. Số cơn Gout cấp thấp hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thành Tiến tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pon [9], điều này có thể giải thích do có đến gần 90% bệnh nhân của chúng tôi đã biết mắc bệnh gout và chủ động điều chỉnh chế độ ăn và dùng thuốc. Nghiên cứu cũng đã nghi nhận, trong đợt gout cấp, vị trí xuất hiện gặp ở khớp ngón chân, khớp gối đều là 43.7%, sau đó đến khớp cổ chân 38.7%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước và y văn [8, 11].

Triệu chứng lâm sàng tại các đợt viêm cấp trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết người bệnh có triệu chứng điển hình của viêm khớp như sưng, nóng, đỏ, đau các khớp. Có 41 người bệnh chiếm 34,5% có hạt Tophi tại khớp. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phan Thị Thanh Bình và theo các triệu chứng lâm sàng hay gặp của bệnh Gout theo tiêu chuẩn EULAR/ARC 2015 [11].

Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm không có hạt tophi là 8,1 ± 6,3 năm. Nhóm có hạt tophi có thời gian mắc bệnh trung bình 13,5 ± 7,1 năm. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm diễn tiến tự nhiên của gout trong y văn: thời gian mắc bệnh càng dài, thì khả năng có hạt tophil càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân ghi nhận cơn gout cấp xuất hiện sau bữa ăn nhiều đạm (70.6%). Điều đó là do khi chế độ ăn giàu purin từ thịt đỏ, hải sản, nội tạng làm tăng sản xuất acid uric nội sinh và thúc đẩy kết tinh tinh thể urat tại khớp. Các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới cũng ghi nhận tần suất yếu tố này ở mức cao tương tự, cho thấy thói quen ăn uống vẫn là yếu tố khởi phát chủ đạo của bệnh gout. Điều này nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp dinh dưỡng trong dự phòng tái phát cơn gout cấp. Bên cạnh đó, 26,1% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc gout, phản ánh ảnh hưởng của yếu tố di truyền, và ảnh hưởng của lối sống và thói quen ăn uống từ gia đình[12]. Về bệnh lý nền, bệnh nhân gout trong nghiên cứu có tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất (43,7%), tiếp theo là đái tháo đường (26,1%) và bệnh thận mạn (24,4%). Đây đều là các thành tố của hội chứng chuyển hóa, vốn được ghi nhận có mối liên quan hai chiều với tăng acid uric máu: tăng đề kháng insulin làm giảm đào thải acid uric ở thận, trong khi lắng đọng urat ở mô thận có thể làm suy giảm chức năng thận theo thời gian. Kết quả của chúng tôi phù hợp với y văn khi cho thấy gout là bệnh lý đi kèm nguy cơ tim mạch cao, cần được quản lý đa yếu tố thay vì chỉ tập trung điều trị cơn cấp [13,14,15].

Đối với thói quen vận động, có 1/3 người bệnh nhân không tập luyện thường xuyên. Trong khi đó nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tập thể dục giúp cải thiện quá trình trao đổi chất, tăng tốc độ lưu thông máu, làm chậm và giảm lắng đọng urat trong xương và khớp, ngăn cản quá trình chuyển hóa urat huyết thanh cao thành bệnh gout. Do đó, việc tư vấn thay đổi lối sống đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh lâu dài [16].

Về thói quen ăn uống, nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh đã có ý thức

hạn chế các thực phẩm giàu purin - yếu tố nguy cơ khởi phát hoặc làm nặng thêm tình trạng tăng acid uric máu. Cụ thể, 42,7 % người bệnh chỉ ăn phủ tạng động vật 1–3 bữa/tuần và 29,4% hoàn toàn không sử dụng; tương tự, 58,0 % hạn chế thịt đỏ ở mức 1–3 bữa/tuần và 13.5 % không dùng. Măng tây, nấm và các thực phẩm lên men – đây là nhóm thực phẩm có hàm lượng purin trung bình, nó cũng được đa số người bệnh hạn chế (43,7% không dùng, 43,7 % ăn 1–3 bữa/tuần). Thêm vào đó, hải sản – thường là nguồn thực phẩm giàu purin, được tiêu thụ thấp (58.8 % ăn 1–3 bữa/tuần, 26,9 % không dùng). Qua đó cho thấy ý thức kiểm soát thực phẩm giàu purin ở người bệnh gout là tương đối tốt, phù hợp với các khuyến nghị dinh dưỡng hiện hành [17].

Tuy nhiên, thói quen tiêu thụ đồ uống kích thích như rượu, bia và cà phê vẫn còn phổ biến, với 20,2 % dùng hằng ngày và 29,4 % dùng 4–6 lần/tuần. Điều này là đáng lưu ý, vì rượu (đặc biệt là bia) có thể làm tăng tổng hợp purin nội sinh, giảm thải acid uric và dễ khởi phát cơn gout cấp, và nó được cho là loại thực phẩm không nên dùng với người mắc gout [18].

Ngược lại, nhóm thực phẩm được khuyến khích sử dụng như thịt nạc, rau xanh, hoa quả, ngũ cốc và sữa có tỷ lệ tiêu thụ cao, phản ánh sự tuân thủ khá tốt với hướng dẫn dinh dưỡng. Đáng chú ý, 82,3 % người bệnh ăn rau xanh và hoa quả hằng ngày, 95,0 % dùng thực phẩm giàu tinh bột hằng ngày và 82.5 % ăn thịt nạc ≥4 bữa/tuần. Sữa và chế phẩm từ sữa - nguồn protein ít purin, giúp tăng thải urat – cũng được tiêu thụ thường xuyên (50,4 % ăn 1–3 bữa/tuần) tương ứng với dữ liệu cho thấy sản phẩm từ sữa ít béo có khả năng giảm uric acid và nguy cơ gout [19]. Nhưng thói quen uống đủ nước – yếu tố hỗ trợ bài tiết acid uric – vẫn chưa được duy trì đều đặn, khi chỉ 37,0 % người bệnh đạt mức uống ≥2 lít/ngày và 7,5% hầu như không uống đủ. Điều này có thể làm giảm hiệu quả thải urat qua thận, tăng nguy cơ hình thành sỏi urat hoặc tái phát cơn gout cấp. Nhiều khuyến cáo cho rằng, người bệnh gout nên uống khoảng 2.000-3.000 mL nước/ngày để hỗ trợ thải uric và giảm tần suất tái phát.

V. KẾT LUẬN

Bệnh gout chủ yếu gặp ở nam giới trung niên, thường khởi phát tại khớp chi dưới. Hạt tophi có liên quan đáng kể với thời gian mắc bệnh. Thói quen ăn uống của người bệnh đã được điều chỉnh sau mắc gout, tuy nhiên còn chưa hiểu biết đầy đủ.

Tài liệu tham khảo

1. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. Lancet (London, England). 2016;388(10055):2039-52. doi:10.1016/s0140-6736(16)00346-9.
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. Hà Nội Nhà xuất bản Y học; 2016.
3. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castaneda J, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout. 2020;79(1):31-8. doi:10.1136/annrheumdis-2019-215315.
4. Cross M, Ong KL, Culbreth GT, Steinmetz JD, Cousin E, Lenox H, et al. Global, regional, and national burden of gout, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. 2024;6(8):e507-e17.
5. Choi HK, Curhan GJB. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study.

2008;336(7639):309-12. doi:10.1136/bmj.39449.819271.BE.

6. Zhu Y, Pandya BJ, Choi HKJA, Rheumatism. Prevalence of gout and hyperuricemia in the US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2008. 2011;63(10):3136-41. doi:10.1002/art.30520.
7. Khang PT, Duyên VT. 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. Tạp chí y học Việt Nam. 2024;537(2). doi:10.51298/vmj.v537i2.9265.
8. Thúy NT, Thủy NTP, Trang TTH, Thủy NTT. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí y học Việt Nam. 2024;544(3). doi:10.51298/vmj.v544i3.12005.
9. Tiến NT, Phan TBH, Nguyễn NT, Nguyễn THL, Ninh NT. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân gút tại Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn năm 2020-2021. Tạp chí nghiên cứu y học. 2021;146(10):104-12. doi:10.52852/tcncyh.v146i10.357.
10. Battelli MG, Bortolotti M, Polito L, Bolognesi AJBeBA-MBoD. The role of xanthine oxidoreductase and uric acid in metabolic syndrome. 2018;1864(8):2557-65. doi:10.1016/j.bbadis.2018.05.003.
11. Phan Thị Thanh Bình NVH, Trần Huyền Trang. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân gout theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015. Tạp chí Nội khoa Việt Nam. 2017(Số đặc biệt, tháng 5/2017):8-15.
12. Kim KH, Choi IA, Kim HJ, Swan H, Kazmi SZ, Hong G, et al. Familial Risk of Gout and Interaction With Obesity and Alcohol Consumption: A Population-Based Cohort Study in Korea. 2023;75(9):1955-66. doi:10.1002/acr.25095.
13. Du L, Zong Y, Li H, Wang Q, Xie L, Yang B, et al. Hyperuricemia and its related diseases: mechanisms and advances in therapy. 2024;9(1):212.
14. Perez-Ruiz F, Aniel-Quiroga MA, Herrero-Beites AM, Chinchilla SP, Erauskin GG, Merriman TJRi. Renal clearance of uric acid is linked to insulin resistance and lower excretion of sodium in gout patients. 2015;35(9):1519-24.
15. Andrés MJG, Urate,, Disease CD. Gout and cardiovascular disease: mechanisms, risk estimations, and the impact of therapies. 2023;1(3):152-66. doi:10.3390/gucdd1030014.
16. Jablonski K, Young NA, Henry C, Caution K, Kalyanasundaram A, Okafor I, et al. Physical activity prevents acute inflammation in a gout model by downregulation of TLR2 on circulating neutrophils as well as inhibition of serum CXCL1 and is associated with decreased pain and inflammation in gout patients. 2020;15(10):e0237520. doi:10.1371/journal.pone.0237520.
17. Danve A, Sehra ST, Neogi TJBp, rheumatology rC. Role of diet in hyperuricemia and gout. 2021;35(4):101723. doi:10.1016/j.berh.2021.101723.
18. Kakutani-Hatayama M, Kadoya M, Okazaki H, Kurajoh M, Shoji T, Koyama H, et al. Nonpharmacological management of gout and hyperuricemia: hints for better lifestyle. 2017;11(4):321-9.
19. Mena-Sánchez G, Babio N, Becerra-Tomás N, Martínez-González MÁ, Díaz-López A, Corella D, et al. Association between dairy product consumption and hyperuricemia in an elderly population with metabolic syndrome. 2020;30(2):214-22. doi:10.1016/j.numecd.2019.09.023.