

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Gout tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024

Nguyễn Thu Thùy<sup>1,2</sup>, Lê Thị Quyên<sup>1,2\*</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup> Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

### \*Tác giả liên hệ

Lê Thị Quyên

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 08868616689

Email: [ltquyen@hpmu.edu.vn](mailto:ltquyen@hpmu.edu.vn)

### Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 29/12/2024

Ngày phản biện: 03/01/2025

Ngày duyệt bài: 10/02/2025

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 101 bệnh nhân Gout điều trị tại khoa Nội Cơ Xương Khớp Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1 đến hết tháng 10 năm 2024. Kết quả thu được như sau: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là  $61,76 \pm 13,7$  tuổi, chủ yếu là nhóm từ 60 tuổi đến dưới 80 tuổi chiếm 55,45%, tuổi lớn nhất là 89 tuổi, nhỏ nhất là 24 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu 93,07%. Có 53,5% bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo, chiếm tỷ lệ cao nhất, 24,8% có bệnh thận mạn, 14,9% có béo phì, 26,7% có đái tháo đường và bệnh mạch vành 6,9%. Khởi phát đột ngột cơn gút cấp là 50,5%. Vị trí khởi phát ở nhiều khớp chiếm 31,7%, khớp gối chiếm 28,7%, cổ chân là 15,8%, bàn ngón tay là 2%. Hạt Tophi xuất hiện ở 27,7% bệnh nhân. Uric máu trung bình là  $492,35 \pm 158,54$   $\mu\text{mol/l}$ , thấp nhất là  $124,30$   $\mu\text{mol/l}$ , cao nhất là  $862$   $\mu\text{mol/l}$ . 20,8% bệnh nhân có dấu hiệu đường đôi, tổn thương trên Xquang chiếm 12,9%. Có mối tương quan thuận giữa acid uric máu và ure, creatinin máu với r lần lượt là 0,488 và 0,492 với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Gout, Acid uric máu

### Research on clinical and paraclinical characteristics in Gout patients at Viet Tiep Friendship Hospital in 2024

**ABSTRACT:** A descriptive Cross-sectional study was performed on 101 gout patients, who were treated at Viet Tiep Friendship Hospital from January to the end of October 2024. Results: Average age is  $61.76 \pm 13.70$  years old, group 60 years old to  $< 80$  years old for 55.44%, the oldest age is 89 years old, the youngest is 24 years old. Men account for the majority of 93.07%. Hypertension (53.5%), accounting for the highest rate, chronic kidney disease (24.8%), obesity (14.9%), diabetes (26.7%) and coronary artery disease (6.9%). Sudden onset of acute gout is 50.5%. The onset location in many joints accounting (31.7%), knee joint (28.7%), ankle joint (15.8%), finger and palm joint (2%); Tophi seeds 27.7%. The median plasma uric was  $492.35 \pm 158.54$   $\mu\text{mol/l}$  ( $124.30 - 862.00$   $\mu\text{mol/l}$ ). 20.8% of patients had double line signs, 12.9% had lesions on X-ray. There was a moderate positive correlation between serum uric acid levels with urea ( $r = 0.488$ ;  $p < 0.05$ ) and serum creatinin ( $r = 0.492$ ;  $p < 0.05$ ).

**Keywords:** Gout, Blood uric acid

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Gout là bệnh lý chuyển hóa liên quan đến tăng nồng độ acid uric trong máu, đặc trưng

bởi những đợt viêm khớp cấp hoặc viêm khớp mạn tính do lắng đọng tinh thể mononatri urat trong các khớp và mô liên kết. Trước đây,

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

bệnh Gout được coi như là bệnh của người giàu, tuy nhiên với tình trạng kinh tế xã hội ngày càng phát triển các bữa ăn thừa đạm tăng lên khiến bệnh Gout ngày càng phổ biến hơn. Tỷ lệ mắc Gout trên toàn cầu nói chung là từ 1 – 4%. Từ năm 2007 đến 2008, khoảng 3,9% người Mỹ trưởng thành được chẩn đoán mắc bệnh Gout. Ở các quốc gia phương Tây, tỷ lệ mắc bệnh Gout ở nam giới (3 đến 6%) cao hơn ở nữ giới (1 đến 2%) từ 2 đến 6 lần. Tỷ lệ hiện mắc tăng theo tuổi nhưng ổn định sau 70 tuổi. Ở Việt Nam, tại khoa Nội Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai, bệnh Gout đứng thứ 4 trong 15 bệnh khớp nội trú thường gặp nhất (chiếm tỷ lệ 8%) [1]. Tuy tỷ lệ mắc bệnh Gout ngày càng tăng ở nước ta song bệnh vẫn chưa được nhận biết đầy đủ, ngay cả ở giai đoạn mạn tính vẫn bị chẩn đoán nhầm, điều trị không đúng, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng vận động, thậm chí đến tính mạng bệnh nhân. Vì vậy việc phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán đúng, điều trị

và dự phòng tích cực cần được đề ra. Hiện đã có các công trình nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Gout song với đời sống xã hội ngày càng tốt lên, tỉ lệ mắc bệnh ngày càng cao và phổ biến nên đặc điểm, tính chất của bệnh cũng có những thay đổi. Cùng với đó việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới theo EULAR/ACR 2015 được áp dụng giúp chẩn đoán sớm và hiệu quả hơn. Chính vì vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu:” Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Gout tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024”.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân mắc bệnh Gout được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. *Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Gút theo ACR/EULAR 2015:*

| Các bước chẩn đoán                                                             | Tiêu chuẩn                                         | Điểm     |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|
| Bước 1: tiêu chuẩn đầu vào                                                     | ≥ 1 đợt sưng đau khớp ngoại vi hay bao thanh dịch  | Có/Không |
| Bước 2: Tiêu chuẩn vàng                                                        | Phát hiện tinh thể urat trong dịch khớp hoặc tophi | Có/Không |
| Bước 3: Nếu không phát hiện được tinh thể urat                                 |                                                    |          |
| <b>Lâm sàng</b>                                                                |                                                    |          |
| <b>Đặc điểm viêm một hay vài khớp</b>                                          | Khớp cổ chân/ khớp giữa bàn chân                   | 1        |
|                                                                                | Khớp bàn ngón chân cái                             | 2        |
| <b>Tính chất đợt viêm cấp</b>                                                  | Không có tính chất                                 | 0        |
| - Đỏ khớp                                                                      | 1 tính chất                                        | 1        |
| - Không chịu được lực ép hoặc sờ vào khớp viêm                                 | 2 tính chất                                        | 2        |
| - Khó khăn khi đi lại hay vận động khớp                                        | 3 tính chất                                        | 3        |
| <b>Đặc điểm thời gian</b> (Có ≥ 2 đợt đau cấp, không đáp ứng thuốc kháng viêm) | Không có đợt đau điển hình                         | 0        |
| - Thời gian đau tối đa < 24h                                                   | Có 1 đợt                                           | 1        |
| - Khởi triệu chứng đau trong vòng 14 ngày                                      | Nhiều đợt tái phát điển hình                       | 2        |

|                                                               |                                                        |                            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| - Khỏi hoàn toàn giữa các đợt cấp                             |                                                        |                            |
| <b>Có hạt tophi</b>                                           | Không                                                  | 0                          |
|                                                               | Có                                                     | 4                          |
| <b>Cận lâm sàng</b>                                           |                                                        |                            |
| <b>Xét nghiệm acid uric máu</b>                               | < 240 $\mu\text{mol/l}$ ( < 4 mg/dl )                  | -4                         |
|                                                               | 240 - < 360 $\mu\text{mol/l}$ ( 4 - < 6 mg/dl )        | 0                          |
|                                                               | 360 - < 480 $\mu\text{mol/l}$ ( 6 - < 8 mg/dl )        | 2                          |
|                                                               | 480 - < 600 $\mu\text{mol/l}$ ( 8 - < 10 mg/dl )       | 3                          |
|                                                               | $\geq 600 \mu\text{mol/l}$ ( $\geq 10 \text{ mg/dl}$ ) | 4                          |
| <b>Xét nghiệm dịch khớp</b>                                   | Không phát hiện tinh thể urat                          | -2                         |
| <b>Chẩn đoán hình ảnh</b>                                     | Có 1 trong 2 triệu chứng                               | 4                          |
| - US: dấu hiệu đường đôi                                      |                                                        |                            |
| - DECT: bắt màu đặc biệt                                      |                                                        |                            |
| <b>Xquang:</b> Hình ảnh bào mòn xương ở bàn tay hoặc bàn chân | Không hoặc không làm                                   | 0                          |
|                                                               | Có hình bào mòn                                        | 4                          |
| <b>Chẩn đoán xác định Gout</b>                                | <b>TỔNG ĐIỂM</b>                                       | <b><math>\geq 8</math></b> |

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.  
- Bệnh nhân > 18 tuổi  
*Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:*  
- Tuổi < 18 tuổi  
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý: viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến, ung thư xương  
**Địa điểm và thời gian nghiên cứu**  
Thời gian: từ tháng 1/2024 đến tháng 10/2024  
Địa điểm: Khoa Nội Xương Khớp, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.  
**Thiết kế nghiên cứu**  
Nghiên cứu mô tả cắt ngang  
**Cách lấy mẫu**  
Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tích lũy

dẫn trong khoảng thời gian nghiên cứu thu được 101 bệnh nhân.  
Thu thập thông tin nghiên cứu  
- Hỏi bệnh: Tên, tuổi, tiền sử, khởi phát đột ngột, vị trí đau,..  
- Khám BMI, huyết áp, khớp đau.  
- Cận lâm sàng: Acid uric, ure, creatinin, bạch cầu, CRP, siêu âm, Xquang khớp.  
**Phương pháp thu thập số liệu**  
Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh và xét nghiệm theo mẫu bệnh án thống nhất  
Phân tích và sử lý số liệu bằng phần mềm SPS 22.0

## KẾT QUẢ

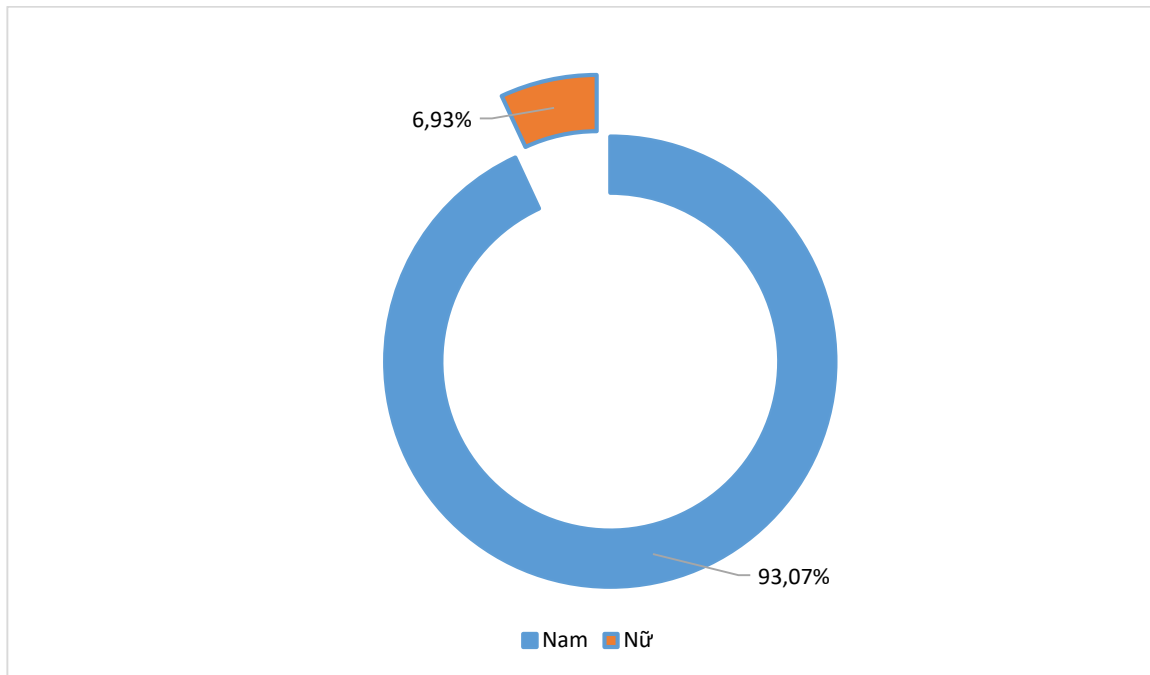
### Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

*Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi*

| Nhóm tuổi | Số bệnh nhân (n = 101) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|------------------------|-----------|
| < 40      | 7                      | 6,93      |
| 40 - < 60 | 31                     | 30,69     |
| 60 - < 80 | 56                     | 55,45     |
| $\geq 80$ | 7                      | 6,93      |
| Tổng      | 101                    | 100,00    |

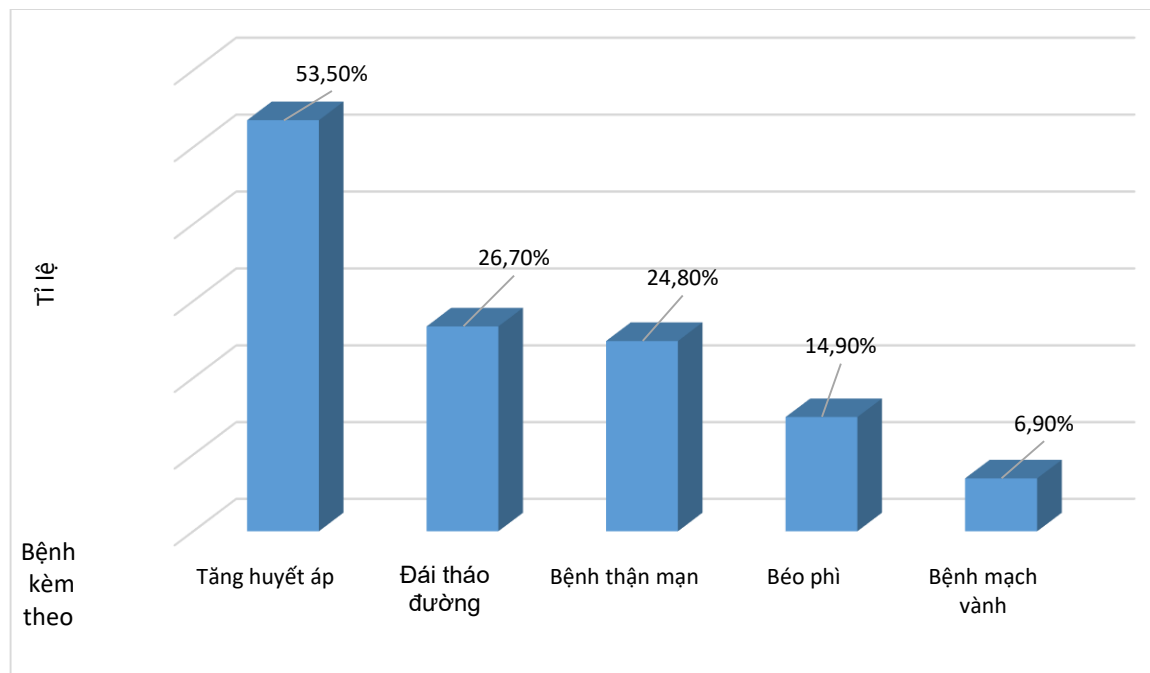
**Tuổi trung bình: 61,76  $\pm$  13,7 tuổi; nhỏ nhất 24 tuổi; lớn nhất 89 tuổi.**

Nhận xét: Tuổi trung bình:  $61,76 \pm 13,7$  tuổi; nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 89 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 60 tuổi đến < 80 tuổi.



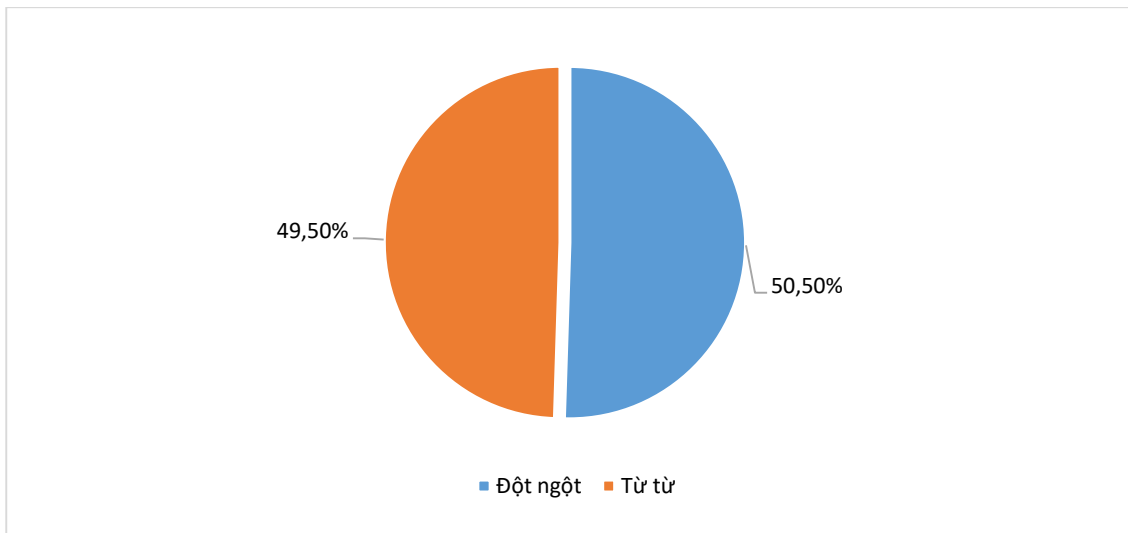
**Hình 1.** Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu với 93,07%.



**Hình 2.** Các bệnh kèm theo Gout trên các đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,5%. Chỉ 6,9% bệnh nhân có bệnh mạch vành kèm theo.



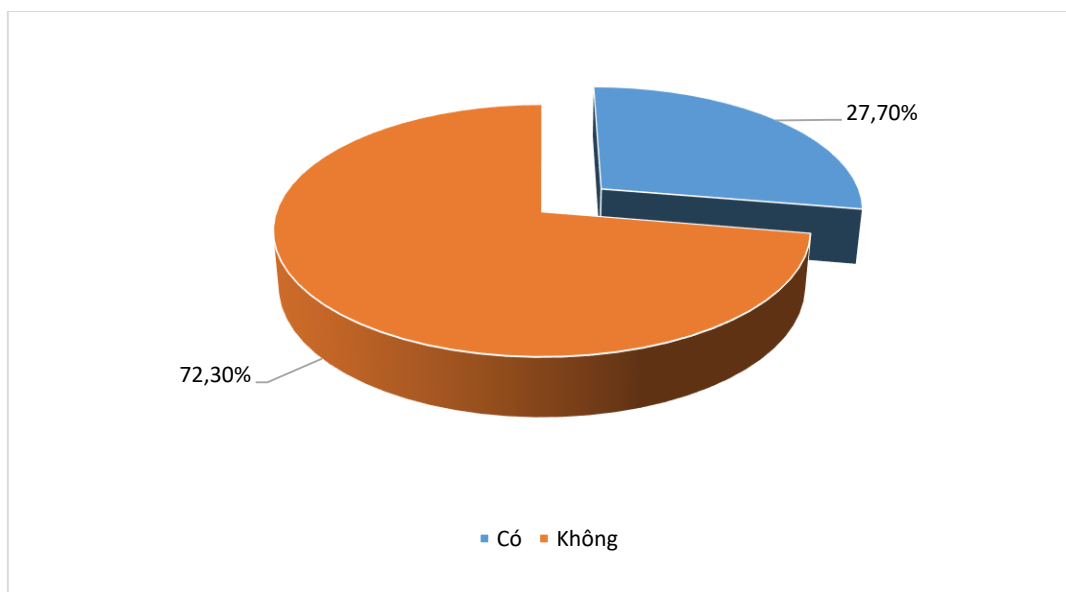
**Hình 2.** Khởi phát bệnh trên các đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Có 50,5 % trường hợp khởi phát đột đau cấp tính.

**Bảng 2.** Vị trí khởi phát đau của các đối tượng nghiên cứu:

| Vị trí            | Số bệnh nhân (n = 101) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|------------------------|-----------|
| Bàn ngón chân cái | 10                     | 9,90      |
| Bàn ngón tay      | 2                      | 2,00      |
| Cổ chân           | 16                     | 15,80     |
| Cổ tay            | 5                      | 5,00      |
| Gối               | 29                     | 28,70     |
| Khuỷu             | 7                      | 6,90      |
| Nhiều khớp        | 32                     | 31,70     |
| Tổng              | 101                    | 100,00    |

Nhận xét: Có 31,7 % bệnh nhân khởi phát đau nhiều khớp, sau đó đến khớp gối với 28,7%, bàn ngón chân cái có 9,9% bệnh nhân.



**Hình 4.** Hạt Tophi trên các đối tượng nghiên cứu

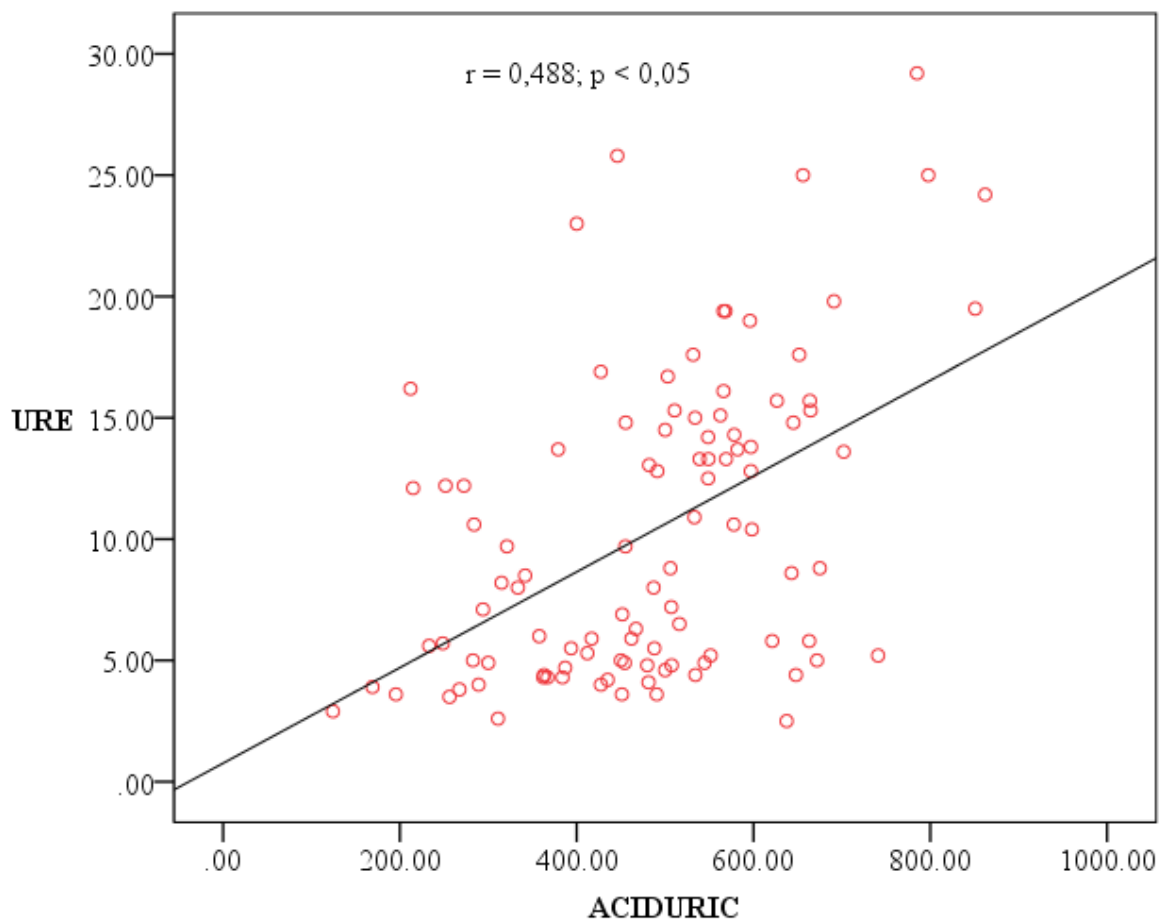
Nhận xét: Có 27,7% bệnh nhân có hạt Tophi.

### Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3.** Dấu hiệu đường đôi và tổn thương trên Xquang

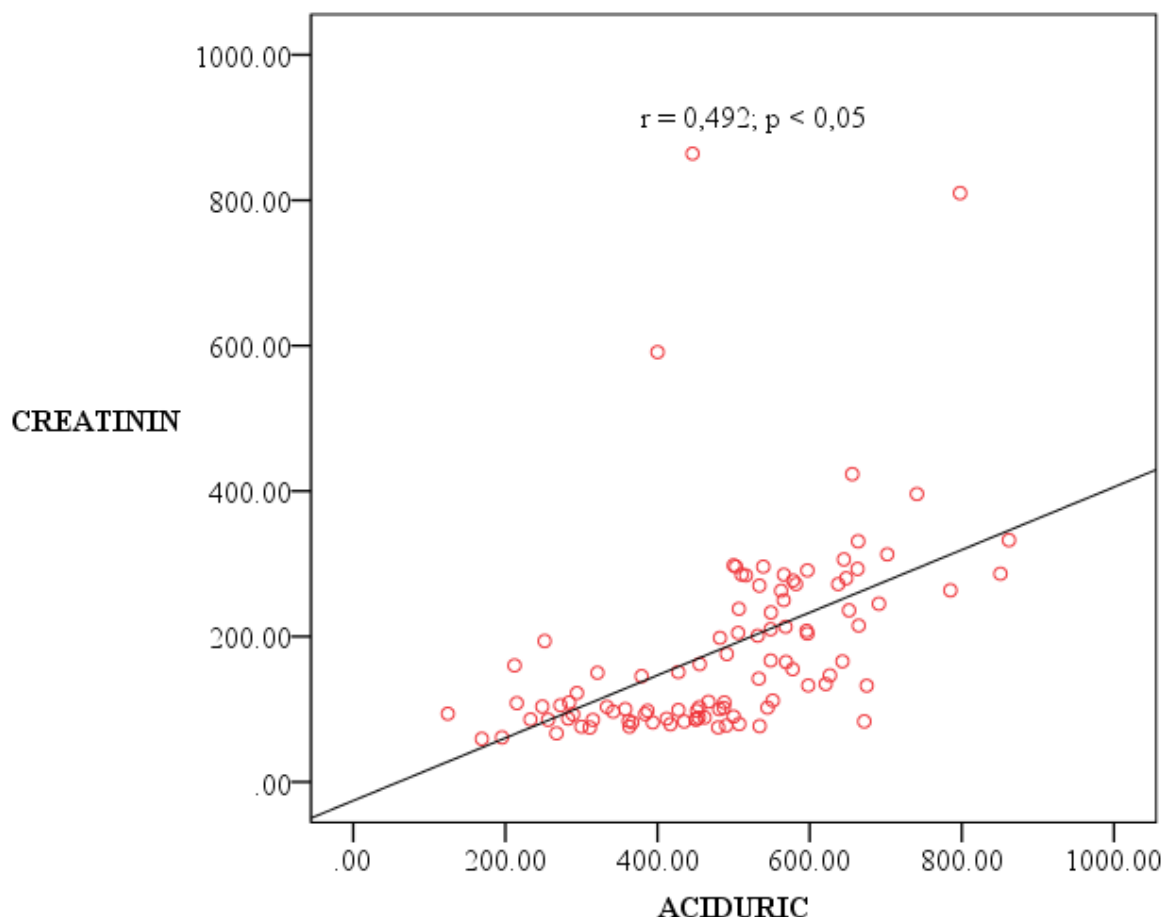
| Đặc điểm cận lâm sàng  | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|------------------|-----------|
| Dấu hiệu đường đôi     | 21               | 20,80     |
| Tổn thương trên xquang | 13               | 12,90     |

Nhận xét: Có 20,8% bệnh nhân có dấu hiệu đường đôi trên siêu âm. 12,9% bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương trên Xquang.



**Hình 5.** Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và ure máu

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu và ure máu có mối tương quan thuận  $r = 0,488$  với  $p < 0,05$ .



**Hình 6.** Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và creatinin máu

Nhận xét: Nồng độ uric máu có tương quan thuận với creatinin máu  $r = 0,492$  với  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là  $61,76 \pm 13,7$  tuổi, nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 89 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 60 tuổi đến < 80 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần đối tượng có tuổi trên 40 tuổi, điều này phù hợp với nghiên cứu của Trần Minh Anh và Abhishek, tuổi trung bình ( $62,2 \pm 11,3$  tuổi). Giới nữ chỉ chiếm 6,93% trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi tỷ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thành Tiến và cộng sự là 28,8% [1]. Điều này có thể được giải thích do sự khác biệt về tỉ lệ giới tính trong hai nghiên cứu. Trong nghiên cứu của

chúng tôi có 6,93% đối tượng là nữ giới. Nam giới đạt mức độ urat huyết thanh cao nhất trong khoảng thời gian dậy thì. Tuy nhiên, phụ nữ vẫn tồn tại mức urat huyết thanh từ thấp đến trung bình trong hầu hết tuổi trưởng thành và không đạt mức urat tối đa cho tới khi sau mãn kinh do tác động của estrogen và progesterone lên quá trình thanh thải urat ở thận. Vì vậy, tuổi trung bình khởi phát bệnh Gout ở nữ giới thường muộn hơn 10 năm so với nam giới [2].

Về đặc điểm lâm sàng, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,5%, chỉ 6,9% bệnh nhân có bệnh mạch vành kèm theo. Như vậy, các bệnh của hội chứng chuyển hóa có liên quan mật thiết đến sự tăng acid uric nói chung và bệnh Gout nói riêng. Trên thực tế, đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra sự liên

quan giữa tăng acid uric và hội chứng chuyển hóa, glucose máu, lipid máu. Nhóm bệnh nhân có khởi phát cơn Gout cấp đột ngột và nhóm khởi phát đau từ từ gần như có tỷ lệ tương đồng nhau. Điều này cũng cho thấy rằng đặc điểm lâm sàng của Gout ngày càng biến đổi đa dạng. Bên cạnh đó, 31,7 % bệnh nhân khởi phát đau nhiều khớp, sau đó đến khớp gối với 28,7%, bàn ngón chân cái có 9,9% và 27,7% bệnh nhân có hạt Tophi. Như vậy, ngoài thoái hóa khớp hay các bệnh lý khớp miễn dịch thì Gout cũng là một căn nguyên gây đau nhiều khớp. Và y văn kinh điển về cơn đau của Gout cấp tại bàn ngón chân cái dường như không còn phù hợp.

#### **Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu**

Về đặc điểm cận lâm sàng, uric máu trung bình là  $492,35 \pm 158,54 \mu\text{mol/l}$ , thấp nhất là  $124,3 \mu\text{mol/l}$ , cao nhất là  $862 \mu\text{mol/l}$ . 20,8% bệnh nhân có dấu hiệu đường đôi, tổn thương trên Xquang chiếm 12,9%.

Có mối tương quan thuận giữa acid uric máu và ure, creatinin máu với r lần lượt là 0,488 và 0,492 với  $p < 0.05$ . Wang H. và cộng sự nghiên cứu trên 39736 người khỏe mạnh ở Trung Quốc cho thấy có mối liên quan thuận, khá chặt giữa nồng độ acid uric máu với nồng độ creatinin máu  $r = 0,576$ ,  $p < 0,001$  [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nồng độ acid uric máu có mối tương quan thuận mức độ trung bình. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền trên 30 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV và 30 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn V cho kết quả nồng độ acid uric máu trung bình ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV là  $549,2 \pm 84,7$ ; ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn V là  $653,4 \pm 98,34 \mu\text{mol/l}$ ; cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Văn Tuấn khảo sát nồng độ acid uric trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cho thấy nồng độ

acid uric ở nhóm điều trị bảo tồn là  $490,0 \pm 131,6 \mu\text{mol/L}$  và ở nhóm điều trị thay thế là  $500,28 \pm 95,48 \mu\text{mol/L}$ , nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$  [3]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Sự giảm chức năng thận, giảm đào thải acid uric qua thận là lý do làm tăng acid uric máu ở bệnh nhân suy thận mạn so với người bình thường. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ tăng acid uric máu giữa các giai đoạn III và IV thì chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ , cao nhất ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (80,8%). So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ tăng acid uric của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn, có tới 85% bệnh nhân có tăng acid uric máu, nghiên cứu của Hoàng Danh Tân cho thấy có tới 81,25% bệnh nhân có tăng acid uric máu [8]. Có lẽ do có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành bệnh nhân bệnh thận mạn các giai đoạn khác nhau, nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Hoàng Danh Tân thì các đối tượng chủ yếu là bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Như vậy, có thể thấy ở giai đoạn bệnh thận mạn càng nặng thì số lượng bệnh nhân có tăng nồng độ acid uric máu càng tăng và hầu hết bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng acid uric máu. Tăng acid uric máu cũng gây ảnh hưởng đến một số đặc điểm lâm sàng [4, 5], trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tăng acid uric máu có nguy cơ có biểu hiện cao gấp 2,237 lần so với nhóm không tăng acid.

Nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và một số yếu tố khác như huyết áp tâm thu, trung bình và BMI. Nghiên cứu của Lê Hạnh Nguyên và cộng sự còn thấy rằng, có mối tương quan đồng biến rất yếu giữa nồng độ acid uric máu và BMI, với  $r = 0,264$ ,  $p < 0,001$ . BMI càng tăng thì nồng độ acid uric máu càng cao [6].

Lý giải cho mối liên quan này, theo tác giả Oliveira E. P, chỉ số BMI có liên quan đến tăng đề kháng insulin, tăng sản xuất leptin, và cả hai đều làm giảm đào thải acid uric qua thận [7]. Tăng huyết áp gây tăng nồng độ acid uric do giảm dòng máu tới thận dẫn đến tăng hấp thu urat, thiếu máu mô làm giảm bài tiết urat ở ống lượn gần đồng thời làm tăng tổng hợp uric [8, 9]. Nguyễn Văn Tuấn nghiên cứu trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cho thấy có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ acid uric huyết thanh với chỉ số huyết áp tối đa ( $r = 0,423$ ,  $p < 0,001$ ) và huyết áp trung bình ( $r = 0,321$ ,  $p < 0,001$ ) [1, 9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa giữa huyết áp trung bình với nồng độ acid uric máu.

### KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là  $61,76 \pm 13,7$  tuổi, nhóm từ 60 tuổi đến < 80 tuổi chiếm 55,45%. Nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu 93,07%. Có 53,5% bệnh nhân có tăng huyết áp kèm theo, 24,8% có bệnh thận mạn, 14,9% có béo phì, 26,7% có đái tháo đường và bệnh mạch vành 6,9%. Khởi phát đột ngột 50,5%. Vị trí khởi phát ở nhiều khớp chiếm 31,7%, khớp gối chiếm 28,7%, cổ chân là 15,8%, bàn ngón tay là 2%; hạt Tophi xuất hiện ở 27,7% bệnh nhân. Uric máu trung bình là  $492,35 \pm 158,54 \mu\text{mol/l}$ , thấp nhất là  $124,3 \mu\text{mol/l}$ , cao nhất là  $862 \mu\text{mol/l}$ . 20,8% bệnh nhân có dấu hiệu đường đôi, tổn thương trên xquang chiếm 12,9%, có mối tương quan thuận giữa acid uric máu và ure, creatinin máu với  $r$  lần lượt là 0,488 và 0,492 với  $p < 0,05$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Tiến. Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân Gút tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tạp chí y Học Việt Nam. 2021;146(10):104-112.
2. Bùi quý Quyền. Khảo sát nồng độ acid uric huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2

3. A. Sculler. Gout. Rev Med Interne. 2020;41(6):396-403.
4. K. Ashiq. A comprehensive review on gout: The epidemiological trends, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and treatment. J Pak Med Assoc. 2021;71(4):1234-1238.
5. J. F. Baker, H. R. Schumacher. Update on gout and hyperuricemia. Int J Clin Pract. 2010;64(3):371-337.
6. F. Perez-Ruiz, N. Dalbeth. Gout. Rheum Dis Clin North Am. 2019;45(4):583-591.
7. Lê Hạnh Nguyên. Đánh giá rối loạn nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;523(1):134 - 139.
8. Hoàng Danh Tân, Nguyễn Văn Tuấn. Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Tạp chí y học Việt Nam. 2021;504(2):147-151.
9. Kiều Hồng Nhung. Tình trạng tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đại học y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;152(4):16-23.