

QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ GÚT Ở NGƯỜI CAO TUỔI: THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP

Võ Tam^{1,2,✉}, Tô Hữu Thiện²

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Bệnh viện Trung ương Huế

Bệnh Gút từ lâu được biết là một bệnh lý viêm khớp cục bộ do sự lắng đọng của tinh thể urate tại khớp và mô mềm, ngày nay bệnh gút được xác định là một tình trạng rối loạn chuyển hóa mang tính hệ thống với những tác động sâu rộng đến sức khỏe, đặc biệt ở người cao tuổi. Trong bối cảnh già hóa dân số toàn cầu, đặc biệt ở các nước đang phát triển, gánh nặng của bệnh Gút tạo ra những thách thức mới. Thông qua việc tổng hợp dữ liệu từ y văn, hướng dẫn lâm sàng của các hiệp hội quốc tế (EULAR, ACR), bài báo này tập trung vào phân tích cơ chế bệnh sinh, tính đa dạng về lâm sàng, các bệnh lý đồng mắc, điều trị an toàn và hiệu quả bệnh nhân gout cao tuổi.

Từ khóa: Gút, người cao tuổi, bệnh lý đồng mắc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Gút trong thế kỷ 21 đã trở thành một vấn đề y tế công cộng mang tính toàn cầu, đặc biệt nghiêm trọng ở nhóm đối tượng người cao tuổi.¹ Bản chất của Gút là một bệnh lý viêm khớp vi tinh thể do sự lắng đọng monosodium urate (MSU) tại các khớp, mô mềm và cơ quan nội tạng, hậu quả của tình trạng tăng acid uric máu kéo dài. Mặc dù cơ chế bệnh sinh của Gút đã được hiểu rõ từ vai trò của enzyme xanthine oxidase đến sự kích hoạt phức hợp inflammasome NLRP3 (Hình 1 bên dưới), và các phương pháp điều trị hiệu quả đã sẵn có, tuy nhiên việc quản lý Gút trên lâm sàng vẫn tồn tại những khoảng trống lớn về chất lượng, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân lão khoa. Trong bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra với tốc độ chưa từng có, gánh nặng bệnh tật do Gút gây ra ở người cao tuổi đang gia tăng theo cấp số nhân. Các dữ liệu dịch tễ học mới nhất từ Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (GBD) đã chỉ ra sự gia tăng đáng báo động về

tỷ lệ mắc và tỷ lệ tàn tật ở nhóm tuổi này.¹ Khác với bức tranh lâm sàng điển hình ở người trẻ tuổi với các cơn viêm cấp dữ dội tại ngón chân cái (podagra), Gút ở người cao tuổi hiện diện dưới những hình thái lâm sàng phức tạp, đa dạng và không điển hình. Sự suy giảm chức năng thận sinh lý, tình trạng lão hóa, sự hiện diện của đa bệnh lý đồng mắc đã biến việc quản lý Gút ở người già thành một thách thức lớn.² Việc áp dụng các phác đồ điều trị tiêu chuẩn mà không có sự điều chỉnh cá thể hóa thường dẫn đến những tai biến y khoa nghiêm trọng, từ xuất huyết tiêu hóa do NSAIDs, ngộ độc Colchicine cấp tính, đến một nguy cơ dị ứng allopurinol đặc biệt cao ở quần thể người Châu Á mang gen HLA-B*5801.³ Bài báo cáo này được xây dựng nhằm cung cấp một phân tích chuyên sâu, toàn diện về bối cảnh dịch tễ, cơ chế bệnh sinh đặc thù, các thách thức trong chẩn đoán và chiến lược quản lý tối ưu bệnh Gút ở người cao tuổi. Nội dung bài viết tổng hợp các bằng chứng y học thực chứng mới nhất, đối chiếu giữa các hướng dẫn quốc tế (ACR, EULAR) nhằm đề xuất các giải pháp tiếp cận đa mô thức và an toàn cho nhóm bệnh nhân dễ tổn thương này.^{4,5}

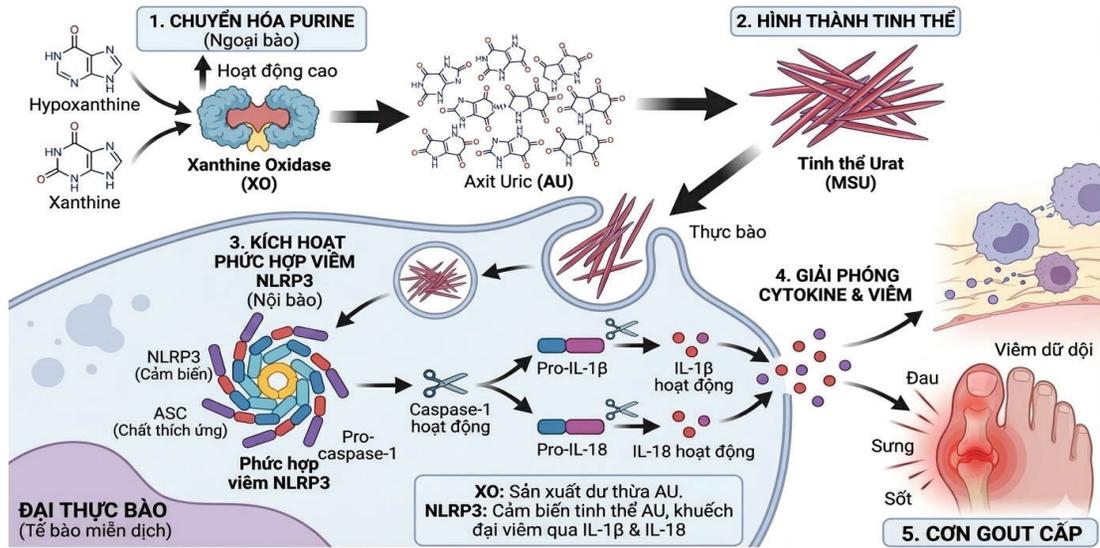
Tác giả liên hệ: Võ Tam

Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Email: vtam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận: 10/12/2025

Ngày được chấp nhận: 14/01/2026



Hình 1. Cơ chế Bệnh sinh Bệnh Gút

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

1. Dịch tễ học bệnh Gút trong thời kì già hóa dân số

Xu hướng toàn cầu

Bệnh Gút hiện đang là dạng bệnh lý viêm khớp phổ biến nhất ở nam giới và đang ngày càng gia tăng ở phụ nữ, đặc biệt nhóm phụ nữ sau mãn kinh.¹ Sự già hóa dân số toàn cầu khiến tỷ lệ mắc bệnh Gút gia tăng nhanh chóng. Theo dữ liệu từ Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease- GBD), số lượng người cao tuổi mắc bệnh Gút tăng từ hơn 5,3 triệu ca năm 1990 lên hơn 15,6 triệu ca vào năm 2019. Thêm vào đó, tỷ lệ hiện mắc và mắc mới của Gút có sự tăng tuyến tính theo tuổi, đạt đỉnh ở nhóm trên 60 tuổi và duy trì ở mức cao đối với nhóm trên 80.¹ Xu hướng gia tăng của bệnh Gút không có dấu hiệu chậm lại, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển và các khu vực có chỉ số nhân khẩu học xã hội (SDI) cao.² Điều này tạo ra áp lực lớn lên hệ thống y tế, đặc biệt trong bối cảnh nguồn lực cho các bệnh lý lão khoa còn hạn chế.

Sự dịch chuyển theo độ tuổi và giới tính

Một trong những đặc điểm nổi bật nhất của

dịch tễ học bệnh lý Gút ở người cao tuổi là sự thay đổi tỷ lệ giới tính. Ở độ tuổi trung niên (40 - 50 tuổi), gút là bệnh lý ưu thế ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ dao động từ 7/1 đến 10/1. Tuy nhiên, sau độ tuổi 65, khoảng cách này thu hẹp đáng kể xuống còn 3/1 hoặc thậm chí thấp hơn ở nhóm tuổi trên 80.³ Hơn thế nữa, tỷ lệ mắc bệnh gút ở phụ nữ tăng mạnh sau tuổi 60 và đạt đỉnh ở độ tuổi 80 trở lên. Nguyên nhân chính là do tác dụng bảo vệ của estrogen ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, giúp tăng cường bài tiết axit uric qua thận. Tuy nhiên, sau khi mãn kinh, nồng độ estrogen suy giảm dẫn đến sự gia tăng nồng độ axit uric huyết thanh ở phụ nữ, tiệm cận với mức của nam giới.³

Ngoài ra, phân tích từ Nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật Toàn cầu (GBD) 2019 chỉ ra rằng tỷ lệ lưu hành bệnh gút tăng dần theo từng nhóm tuổi ở người già: 3.121/100.000 dân ở nhóm 70 - 74 tuổi, tăng lên 3.592/100.000 ở nhóm 80 - 84 tuổi và đạt 3.726/100.000 ở nhóm trên 85 tuổi. Sự gia tăng gánh nặng này (với cách tính thay đổi tỷ lệ phần trăm hàng năm ước tính EAPC - Estimated Annual Percentage Change là 1,17) phản ánh sự tích lũy các yếu tố nguy cơ qua thời gian, bao gồm suy giảm chức

năng thận sinh lý và sự gia tăng sử dụng các thuốc gây tăng axit uric máu.²

2. Sinh lý bệnh Gút trên góc nhìn “lão hóa” (Senescense)

“Lão hóa” thận (Renal Aging)

Cơ chế bệnh sinh cốt lõi của Gút là sự mất cân bằng giữa sản xuất và thanh thải axit uric. Ở người cao tuổi, quá trình “lão hóa” thận diễn ra tự nhiên với sự giảm số lượng nephron chức năng, giảm lưu lượng máu thận và xơ hóa cầu thận.³ Đồng thời, sự thay đổi trong cấu trúc và chức năng của ống lượn gần - nơi diễn ra quá trình tái hấp thu và bài tiết chủ động urate thông qua các kênh vận chuyển như URAT1 (tái hấp thu) và ABCG2, OAT1, OAT3 (bài tiết) - cũng góp phần vào tình trạng tăng axit uric máu, mặc dù cơ chế này vẫn còn đang tiếp tục được nghiên cứu.⁶

Tình trạng viêm mạn tính (Inflammaging)

Hình ảnh “Inflammaging” đại diện cho tình trạng viêm ở mức độ hoạt động thấp, kéo dài dai dẳng, phù hợp trong quá trình lão hóa. Sự hiện diện sẵn có của các cytokine tiền viêm (như IL-1 β , IL-6, TNF- α) trong máu và mô có thể làm giảm ngưỡng kích hoạt của phức hợp viêm NLRP3 inflammasome khi tiếp xúc với tinh thể urate. Điều này giải thích tại sao các cơn Gút cấp ở bệnh nhân cao tuổi có thể khởi phát ở nồng độ urate thấp hơn.

Thuốc (Drug-induced Hyperuricemia)

Việc sử dụng nhiều các loại thuốc khác nhau

là tình trạng thường gặp ở nhóm người cao tuổi do việc điều trị các bệnh lý đồng mắc và các tình trạng rối loạn chuyển hóa đi kèm. Trong số đó, không ít các nhóm thuốc có thể dẫn đến tác dụng phụ tăng acid uric máu, điển hình như các thuốc lợi tiểu (lợi tiểu quai và Thiazide) được sử dụng rộng rãi trong điều trị tăng huyết áp, suy tim, và aspirin liều thấp trong dự phòng huyết khối, và các biến cố tim mạch.

3. Tính đa dạng của triệu chứng lâm sàng

Thể Gút không điển hình

Một trong những thách thức chẩn đoán Gút trên lâm sàng ở người cao tuổi là tính đa khớp (viêm nhiều khớp) và vị trí không điển hình. Gút ở người cao tuổi thường gặp thể đa khớp (polyarticular onset), khởi phát từ từ, tập trung ở các khớp chi trên như khuỷu tay, cổ tay, và các khớp ngón tay, gây dễ nhầm với viêm khớp dạng thấp (RA) hoặc thoái hóa khớp.⁷ Một số bệnh nhân, đặc biệt là phụ nữ dùng lợi tiểu, có thể xuất hiện hạt tophi trên các nốt Heberden/Bouchard ở ngón tay một cách nhanh chóng, đôi khi xuất hiện trước lúc bệnh nhân khởi phát cơn Gút cấp rõ ràng.⁷

Thể Gout diễn tiến âm thầm

Cơn Gút cấp ở người cao tuổi được mô tả diễn tiến một cách âm ỉ, kéo dài, ít sưng nóng đỏ rầm rộ, tuy nhiên ít đáp ứng với điều trị cắt cơn thông thường, từ đó gây suy giảm chức năng vận động, gây cứng khớp, biến dạng khớp, và làm gia tăng nguy cơ té ngã.⁶

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh lý Gút người cao tuổi

Đặc điểm	Người trung niên	Người cao tuổi
Tính chất khớp	Đơn khớp (90%)	Đa khớp (60 - 70%)
Khớp thường gặp	Ngón cái, mắt cá chân	Khớp chi trên, đa khớp
Tần suất cơn cấp	Cao, rõ rệt	Thấp, âm thầm
Tỷ lệ tophi	20 - 30%	50 - 70%
Phân bố giới	Nam >> Nữ (9:1)	Nam > Nữ (3:1)

Gút và bệnh lý đồng mắc ở người cao tuổi (Gout Comorbidome)

Bệnh thận mạn (Chronic Kidney Disease)

Bệnh thận mạn là bệnh lý đồng mắc phổ biến và mang lại nhiều thách thức trong quản lí Gút khi vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả trong quá trình phát triển bệnh lý. Khoảng 24% bệnh nhân Gút có bệnh thận mạn từ giai đoạn 3 - 5 (eGFR < 60 ml/phút/1,73m²), tỷ lệ này còn gia tăng ở nhóm người cao tuổi.⁸ Suy giảm chức năng thận ảnh hưởng đến khả năng bài tiết thuốc, tăng nguy cơ tích lũy độc tính bao gồm:

Colchicine: Ở bệnh nhân suy thận nặng (eGFR < 30 ml/phút), liều Colchicine cần giảm 50% hoặc kéo giãn khoảng cách dùng.

Allopurinol: Đào thải chủ yếu qua thận. Do đó, ở bệnh nhân bệnh thận mạn, khởi trị với thấp (50mg hoặc 1,5 mg/mL eGFR) và tăng liều thận trọng.

NSAIDs: Có nguy cơ gây suy thận cấp, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn tiềm ẩn, chưa được tầm soát. Chống chỉ định tuyệt đối NSAIDs ở CKD giai đoạn 4 - 5.

Bệnh lý tim mạch

Tăng acid uric máu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tử vong do tim mạch và suy tim.⁹ Việc sử dụng NSAIDs và Corticoid trong điều trị cơn Gút cấp cần được cân nhắc, đặc biệt trên bệnh nhân suy tim. Ngoài ra, Tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp do tinh thể urat kích hoạt được cho là yếu tố thúc đẩy xơ vữa động mạch và bất ổn mảng xơ vữa.⁸ Việc kiểm soát Gút được xem là một phần chiến lược cải thiện rủi ro tim mạch.

Thiếu cơ (Sarcopenia) và tình trạng suy kiệt (Frailty)

Tình trạng suy kiệt là một khía cạnh cần được quan tâm ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Nhiều nghiên cứu lớn chỉ ra mối tương quan giữa tình trạng suy kiệt và bệnh lý Gút người cao tuổi⁹: Đau khớp mạn tính, viêm hệ thống, hạn chế vận động dẫn đến teo cơ, thúc đẩy quá trình dị hóa và suy kiệt.

Sa sút trí tuệ (Dementia)

Hiện nay, mối quan hệ giữa nồng độ Acid uric máu và tình trạng sa sút trí tuệ vẫn là một chủ đề tranh cãi lớn. Nhiều nghiên cứu, phân tích gộp chỉ ra rằng nồng độ acid uric cao trong máu có thể làm giảm nguy cơ khởi phát Alzheimer và Parkinson.¹⁰ Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng nồng độ acid uric cao làm tăng nguy cơ sa sút trí tuệ thông qua tổn thương mạch máu không hồi phục (Vascular Dementia).¹¹ Từ đó, việc tối ưu hóa nồng độ Acid uric máu ở người cao tuổi giúp cân bằng tính an toàn tim mạch và bảo vệ thần kinh.

Tính tương tác thuốc

Việc sử dụng nhiều nhóm thuốc là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi. Colchicine được chuyển hóa trực tiếp thông qua enzyme CYP3A4, do đó việc sử dụng đồng thời với các nhóm thuốc ức chế enzyme trên làm tăng nồng độ Colchicine trong máu, gây ngộ độc (thần kinh cơ, suy tủy, suy đa tạng, vv). Cần nhắc kỹ lưỡng khi khởi trị Colchicine trong điều trị Gút ở nhóm bệnh nhân này.

4. Điều trị Gút: Tối ưu hóa và An toàn**Quản lí cơn Gút cấp**

Việc lựa chọn thuốc điều trị cơn Gút cấp ở người cao tuổi bị hạn chế do chức năng thận và các bệnh lý đồng mắc.¹²

- Colchicine: Chiến lược an toàn với liều lượng thấp.

Được xem là lựa chọn “cổ điển” trong điều trị cơn Gút cấp, tuy nhiên Colchicine có khoảng điều trị hẹp và độc tính gia tăng khi chức năng thận suy giảm hoặc sử dụng đồng thời cùng các thuốc ức chế P-glycoprotein và chuyển hóa qua enzyme CYP3A4. Việc điều chỉnh liều tránh dẫn đến bệnh cơ thần kinh hoặc suy đa tạng, đặc biệt trên nhóm đối tượng “nhạy cảm”, có nguy cơ cao như người cao tuổi.

Bảng 2. Liều Colchicine khuyến cáo trên chức năng thận

	Khuyến cáo Liều Colchicine	Cơ sở lý luận & Lưu ý
Chức năng thận bình thường	Cấp: 1 mg ngay lập tức, sau 1h dùng 0,6mg. Dự phòng: 0,5mg 1 - 2 lần/ngày.	Liều chuẩn hóa theo ACR/EULAR/BSR. ^{4,5}
Bệnh thận mạn (eGFR 30 - 60 ml/phút)	Cấp: Liều nạp tương tự, nhưng thận trọng khi lặp lại. Dự phòng: 0,3 - 0,5 mg/ngày.	Giảm thanh thải làm tăng nguy cơ tích lũy.
Suy thận nặng (eGFR < 30 ml/phút)	Tránh nếu có thể. Nếu dùng: Liều đơn 0,3mg, không lặp lại trong 2 tuần.	Nguy cơ độc tính rất cao.
Đang lọc máu (Dialysis)	Chống chỉ định (thường quy). Hoặc liều đơn 0,5mg, không lặp lại trong 2 tuần.	Colchicine không lọc được qua màng lọc. Nguy cơ bệnh cơ thần kinh cao.

- Corticosteroids: Lựa chọn thay thế an toàn.

Đối với bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý tim mạch/ thận, việc sử dụng Corticosteroids toàn thân hoặc nội khớp trong quản lý cơn Gút cấp thường an toàn hơn so với NSAIDs hoặc Colchicine. Lưu ý thời gian sử dụng ngắn ngày, và nguy cơ mất ổn định đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường, nguy cơ mê sảng và mất ngủ cũng nên được quan tâm.⁴

- NSAIDs: Chống chỉ định tương đối trên nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Mặc dù mang hiệu quả cao trong điều trị cơn Gút cấp, NSAIDs là nhóm thuốc nguy cơ rất cao ở nhóm người cao tuổi do nguy cơ xuất huyết tiêu hóa, suy thận cấp, gây giữ nước dẫn đến suy tim mất bù, và tăng huyết áp. Trong

trường hợp bắt buộc, dùng liều thấp nhất ngắn ngày, và ưu tiên lựa chọn nhóm ức chế chọn lọc COX-2.⁵

- Thuốc ức chế Interleukine-1 (IL-1): Giải pháp mới cho bệnh nhân Gút.

Thuốc ức chế IL-1 (Anakinra, Canakinumab) mở ra lựa chọn mới ở nhóm bệnh nhân Gút kháng trị. Thông qua ức chế trực tiếp con đường hoạt hóa viêm do NLRP3, từ đó làm giảm nhanh chóng tình trạng viêm do Gút gây nên. Tuy nhiên, chi phí cao cũng như nguy cơ nhiễm trùng nghiêm trọng chính là rào cản lớn trong việc lựa chọn nhóm thuốc này, đặc biệt ở các nước khu vực thu nhập thấp và trung bình (Low and Middle-Income Countries).

Bảng 3. Lựa chọn điều trị Gút cấp ở người cao tuổi

Thuốc	Chỉ định & Lợi ích	Nguy cơ & Lưu ý ở người cao tuổi
Corticosteroids (Prednisolone)	Lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân suy thận, suy tim, hoặc có tiền sử xuất huyết tiêu hóa. Hiệu quả tương đương NSAIDs.	Tăng đường huyết (thận trọng ở ĐTĐ), mê sảng (delirium), tăng huyết áp, giữ nước. Nên dùng ngắn ngày (3 - 5 ngày), liều trung bình (30 - 35 mg/ngày). Tiêm nội khớp (Triamcinolone) là giải pháp tối ưu nếu chỉ viêm 1 - 2 khớp lớn để tránh tác dụng toàn thân.

Thuốc	Chỉ định & Lợi ích	Nguy cơ & Lưu ý ở người cao tuổi
Colchicine	Hiệu quả cao nếu dùng sớm (< 24h).	Độc tính cao ở người suy thận/gan. Liều thấp (Low-dose regimen): 1,2mg ngay lập tức, sau đó 0.6mg sau 1 giờ (tổng 1.8mg).
NSAIDs (Naproxen, Celecoxib)	Chỉ dùng khi không có chống chỉ định tim mạch, thận, tiêu hóa.	Nguy cơ suy thận cấp, loét dạ dày, biến cố tim mạch. Dùng liều thấp nhất có hiệu quả, thời gian ngắn nhất.
Thuốc ức chế IL-1 (Anakinra, Canakinumab)	Dùng cho các trường hợp kháng trị hoặc chống chỉ định với 3 nhóm trên.	Nguy cơ nhiễm trùng. Chi phí cao.

Điều trị hạ Acid uric máu

Đưa nồng độ Acid uric huyết thanh về mục tiêu < 360 $\mu\text{mol/L}$ nhằm thúc đẩy việc hòa tan tinh thể urat nằm trong chiến lược điều trị dài hạn tuân theo nguyên tắc điều trị theo mục tiêu (Treat – to – Target) theo EULAR/ACR.^{4,5} Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc sử dụng thuốc.

- Allopurinol: Lựa chọn đầu tay.

Việc sử dụng Allopurinol ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt có tình trạng suy thận mức độ trung bình đến nặng cần được cá thể hóa, sàng lọc gene (HLA-B*5801), và tuân theo chiến lược “start low, go slow” theo khuyến cáo ACR.⁴ Cụ thể, Bắt đầu với liều thấp (≤ 100 mg/ngày, hoặc 50 mg/ngày nếu suy thận CKD giai đoạn ≥ 3), và tăng liều mỗi 2 - 4 tuần đến khi đạt được mục tiêu điều trị.

- Febuxostat: Lựa chọn thay thế an toàn.

Nhờ việc chuyển hóa chủ yếu qua gan, ít phụ thuộc chức năng thận, Febuxostat được sử dụng mà không điều chỉnh liều ở bệnh nhân suy thận mức độ nhẹ- trung bình. Đây là lựa chọn tốt cho bệnh nhân không dung nạp Allopurinol hoặc có HLA-B*5801 dương tính. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh cãi về tính an toàn tim mạch của Febuxostat ở bệnh nhân cao

tuổi.²

- Nhóm Uricosuric: hiệu quả mang lại ở nhóm bệnh nhân cao tuổi còn hạn chế.

- Pegloticase:

Pegloticase được chỉ định ở nhóm bệnh nhân Gút mạn tính, kháng trị (Refractory Gout), có hạt tophi lan tỏa, hủy khớp. Do tính sinh miễn dịch cao, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, việc phối hợp Pegloticase và Methotrexate mang lại hiệu quả bền vững và giảm nguy cơ phản ứng kháng thuốc (ADA), mở ra hy vọng cải thiện tiên lượng tàn phế ở bệnh nhân Gút cao tuổi.¹³

5. SGLT2i và thuốc hạ áp: Lợi ích kép trong quản lý Gút

Ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt là nhóm đa bệnh lý, việc lựa chọn thuốc điều trị “thông minh”, bao gồm hiệu quả Urate là một chiến lược quan trọng trong việc theo dõi, quản lý, và điều trị Gút. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, SGLT2i có tác dụng hạ acid uric máu thông qua cơ chế tăng bài tiết urate qua nước tiểu.¹⁴ Ngoài ra, thuốc ức chế thụ thể Angiotensine II, đặc biệt Losartan, có tác dụng tăng thải urate qua thận thông qua ức chế URAT1.¹⁵ Vì vậy, việc lựa chọn thuốc hiệu quả, hợp lý giúp tối ưu hóa lợi ích trên nhóm bệnh nhân cao tuổi.

6. Dinh dưỡng và Lối sống

Một sai lầm phổ biến và nghiêm trọng trong

quản lí Gút ở bệnh nhân cao tuổi là áp dụng chế độ ăn giảm đạm purine. Việc kiêng khem quá mức có thể gây tình trạng suy dinh dưỡng, suy kiệt và thiếu cơ, do đó cần kiểm soát lượng purine nạp vào một cách hợp lí. Điểm nghịch lý ở đây đó là người cao tuổi cần lượng protein cao hơn người trẻ tuổi để duy trì khối cơ và chức năng vận động ổn định. Vì vậy, thay vì áp dụng chế độ ăn nghèo purine, cần tập trung chuyển đổi sang các nguồn protein “thân thiện” với Gút, áp dụng chế độ ăn DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) hoặc Địa Trung Hải (Mediterranean) tập trung

vào nguồn thực vật, chất béo tốt, kèm hạn chế thịt đỏ trong điều kiện cho phép. Ngoài ra việc kiểm soát lượng nước và các chất vi lượng cũng đóng vai trò quan trọng trong quản lí Gút ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt nhóm bệnh nhân có suy tim kèm theo. Thêm vào đó, việc tăng cường vận động, nâng cao lối sống lành mạnh giúp cải thiện tình trạng cứng khớp, teo cơ, và hạn chế vận động thường gặp ở bệnh nhân Gút, đồng thời nâng cao sức khỏe tim mạch, kiểm soát cân nặng, và giảm đề kháng insulin ở nhóm đối tượng nguy cơ cao người cao tuổi.¹⁶

Bảng 4. Lựa chọn và Chuyển đổi Thuốc hạ áp ở Bệnh nhân Gút

Nhóm Thuốc	Tác động lên Acid Uric	Nguy cơ Gout	Khuyến cáo Lâm sàng
Losartan (ARB)	Giảm	Giảm	Lựa chọn ưu tiên
Chẹn Kênh Canxi	Trung tính / Giảm nhẹ	Giảm/Trung tính	Lựa chọn Phối hợp Ưu tiên. Tăng thải urate
Ức chế Men chuyển (ACEi)	Trung tính	Trung tính	An toàn để sử dụng.
Chẹn Beta	Tăng	Tăng	Trừ khi có chỉ định tim mạch bắt buộc
Lợi tiểu Thiazide	Tăng đáng kể	Nguy cơ Cao	Cân nhắc Ngưng/Chuyển đổi sang Losartan/CCB nếu kiểm soát HA cho phép.
Lợi tiểu Quai	Tăng đáng kể	Nguy cơ Cao	Dùng liều thấp nhất có hiệu quả

III. KẾT LUẬN

Quản lí Gút ở người cao tuổi đòi hỏi một cách tiếp cận toàn diện, cá thể hóa và đa chuyên khoa. Mục tiêu không chỉ là hạ acid uric máu mà còn là bảo vệ chức năng thận, tim mạch và duy trì chức năng vận động. Cần chuyển dịch từ tư duy “chữa triệu chứng đau khớp” sang tư duy “quản lí bệnh chuyển hóa mạn tính toàn diện”. Hiểu biết về cơ chế sinh bệnh, cơ chế tương tác giữa các bệnh lí đồng mắc, sự lão hóa, tính

tương tác thuốc, sẽ mang lại điều trị, dự phòng có hiệu quả tối ưu, cải thiện kết cục lâm sàng, nâng cao chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân gút cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yang Y, Liu Z. The changing burden of gout in adults aged 70 and above based on the global burden of disease 2019. *Front Public Health*. 2025;13:1455726. doi:10.3389/fpubh.2025.1455726

2. Carter MW, Roman YM. Perspectives on the Epidemiology of Hyperuricemia and Gout in Older Adults. *Sr Care Pharm.* 2025;40(9):365-372. doi:10.4140/TCP.n.2025.365
3. Bolzetta F, Veronese N, Manzano E, et al. Chronic gout in the elderly. *Aging Clin Exp Res.* 2013;25(2):129-137. doi:10.1007/s40520-013-0031-z
4. Erratum. *Arthritis Care Res.* 2021;73(3):458-458. doi:10.1002/acr.24566
5. Russell MD, Rutherford AI, Ellis B, et al. Management of gout following 2016/2017 European (EULAR) and British (BSR) guidelines: An interrupted time-series analysis in the United Kingdom. *Lancet Reg Health - Eur.* 2022;18:100416. doi:10.1016/j.lanepe.2022.100416
6. Punzi L, Scagnellato L, Galozzi P, et al. Gout: one year in review 2025. *Clin Exp Rheumatol.* Published online February 19, 2025. doi:10.55563/clinexprheumatol/9sdlN5
7. Bardin T, Richette P. Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options. *BMC Med.* 2017;15(1):123. doi:10.1186/s12916-017-0890-9
8. Habeeb EA, Ghaith AM, Alshehri AM, et al. Revealing the hidden impact of SGLT2 inhibitors on uric acid levels: a retrospective multicenter cohort study. *Front Endocrinol.* 2025;16:1667438. doi:10.3389/fendo.2025.1667438
9. Pan SY, Cheng RJ, Xia ZJ, et al. Risk of dementia in gout and hyperuricaemia: a meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open.* 2021;11(6):e041680. doi:10.1136/bmjopen-2020-041680
10. Zhou Z, Zhong S, Liang Y, et al. Serum Uric Acid and the Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Aging Neurosci.* 2021;13:625690. doi:10.3389/fnagi.2021.625690
11. Cha Y, Lee J, Choy W, et al. Pathophysiology and Treatment of Gout Arthritis; including Gout Arthritis of Hip Joint: A Literature Review. *Hip Pelvis.* 2024;36(1):1-11. doi:10.5371/hp.2024.36.1.1
12. Wüthrich H, Alromaih F, So A. Guidelines for the treatment of gout: a Swiss perspective. *Swiss Med Wkly.* 2016;146(3536):w14341. doi:10.4414/smw.2016.14341
13. Holladay EE, Mudano AS, Xie F, et al. Real-World Effectiveness of Pegloticase Associated With Use of Concomitant Immunomodulatory Therapy. *Arthritis Care Res.* 2024;76(10):1361-1370. doi:10.1002/acr.25361
14. Sun Y, Liu W, Li D, et al. Association between frailty and gout in middle-aged and older adults: A nationwide cross-sectional and Mendelian randomization study. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(45):e45794. doi:10.1097/MD.00000000000045794
15. Stamp LK, Chapman PT. Gout and its comorbidities: implications for therapy. *Rheumatology.* 2013;52(1):34-44. doi:10.1093/rheumatology/kes211
16. Lorenzo JPP, Sollano MaHMZ, Salido EO, et al. 2021 Asia-Pacific League of Associations for Rheumatology clinical practice guideline for treatment of gout. *Int J Rheum Dis.* 2022;25(1):7-20. doi:10.1111/1756-185X.14266

Summary

MANAGING AND TREATING GOUT FOR THE ELDERLY: CHALLENGES AND SOLUTIONS

Gout has long been known as a localized inflammatory arthritis caused by the deposition of urate crystals in the joints and soft tissues. Today, gout is recognized as a systemic metabolic disorder with far-reaching health effects, especially in the elderly. In the context of global population aging, particularly in developing countries, the burden of gout presents new challenges. Through the synthesis of data from the literature and clinical guidelines of international associations (EULAR, ACR), this article focuses on analyzing the pathogenesis, clinical diversity, comorbidities, and safe and effective treatment of elderly gout patients.

Keywords: Gout, elderly, comorbidity.