

# ĐÁNH GIÁ ĐAU LAN TỎA, KHUYẾT TẬT CHỨC NĂNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT

Trần Thị Thu Phương<sup>1</sup> và Nguyễn Thị Phương Thủy<sup>1,2,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 81 bệnh nhân gút cấp và mạn tính được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2025 đến tháng 4/2026. Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $53,7 \pm 15,3$ ; 91,4% nam giới, chỉ số khuyết tật chức năng trung vị là 0,875 (IQR: 0,375 – 1,25). Có 20/81 bệnh nhân xuất hiện tình trạng tăng nhạy cảm đau lan tỏa theo bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire, chiếm tỷ lệ 24,7%. Trong nhóm bệnh nhân có đau lan tỏa, các triệu chứng gặp phổ biến nhất gồm đau khi có kích thích nhẹ trên bề mặt da (100%), đau sau ma sát (95%), đau kéo dài sau khi kích thích đã chấm dứt (100%) và cảm giác đau dữ dội hơn bình thường khi tiếp xúc với kích thích (100%). Phân tích hồi quy logistic đa biến, mô hình đạt chỉ số AUC là 0,943;  $p < 0,001$ ; 95% CI: 0,892 – 0,995, mức độ đau khớp theo VAS và nồng độ acid uric trong huyết thanh được xác định là các yếu tố dự báo độc lập với tình trạng đau lan tỏa, trong đó điểm đau khớp theo VAS có vai trò nổi bật ( $p = 0,006$ ), OR = 8,132 (95% CI: 1,818 – 36,37).

**Từ khóa:** Gút, đau lan tỏa, bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire (GPQ).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một trong những bệnh lý viêm khớp phổ biến nhất ở nam giới, có liên quan đến tình trạng tăng acid uric máu và sự lắng đọng của các tinh thể monosodium urat tại các khớp và mô.<sup>1</sup> Bệnh khởi phát cấp tính với cơn đau khớp dữ dội và sưng nóng, thường gặp ở khớp chi dưới, cũng có thể liên quan đến các mô quanh khớp như bao hoạt dịch, gân và thường tự khỏi trong vòng từ 7 đến 14 ngày. Sau đó, người bệnh sẽ bước vào giai đoạn lui bệnh không triệu chứng cho đến khi xảy ra những đợt gút cấp khác.<sup>2</sup> Tuy nhiên, khi bệnh tiến triển nặng hơn, các tinh thể monosodium urat không còn dễ dàng bị hòa tan hoàn toàn, dẫn đến việc liên tục kích thích sinh ra các phản ứng viêm gây

nhờn sự bào mòn xương, phá hủy cấu trúc khớp và các cơn đau mạn tính giữa các đợt cấp.<sup>3,4</sup> Những cơn đau dữ dội, dai dẳng, tiếp diễn sẽ tác động tiêu cực đến tâm lý người bệnh và gây suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống.

Mặc dù, triệu chứng đau do gút thường được cho là có bản chất do viêm nhưng hiện vẫn chưa rõ ràng về các cơ chế gây đau khác như sự nhạy cảm của hệ thống thần kinh trung ương, thường biểu hiện dưới dạng tăng nhạy cảm đau lan tỏa, bao gồm hiện tượng loạn cảm đau, tăng nhạy cảm đau thứ phát và cảm giác đau kéo dài sau một kích thích.<sup>5,6</sup> Trong một nghiên cứu về vai trò của hiện tượng nhạy cảm đau thần kinh trung ương ở những bệnh nhân mắc bệnh lý khớp, sử dụng bảng kiểm nhạy cảm thần kinh trung ương – Central Sensitization Inventory. Kết quả chỉ ra, sự tăng nhạy cảm của hệ thống thần kinh trung ương xuất hiện ở 45% bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, 41% bệnh nhân viêm khớp dạng thấp,

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Thủy

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phuongthuybm@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/04/2026

Ngày được chấp nhận: 15/05/2026

62% bệnh nhân thoái hoá khớp, 94% bệnh nhân mắc hội chứng đau xơ cơ hóa.<sup>7</sup> Để khảo sát vai trò của hiện tượng này ở bệnh nhân gút, Peter M. ten Klooster và cộng sự đã sử dụng bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire – công cụ sàng lọc đơn giản gồm 7 câu hỏi nhằm đánh giá tình trạng đau lan tỏa. Kết quả cho thấy rằng, hiện tượng tăng nhạy cảm đau lan tỏa hiện diện ở 20,6% bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu.<sup>4</sup>

Sự hiện diện của tình trạng tăng nhạy cảm đau lan tỏa sẽ làm trầm trọng thêm biểu hiện đau, đáp ứng kém với các thuốc điều trị gút truyền thống như colchicine, thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) và ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý của người bệnh. Tuy nhiên, tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến tình trạng đau lan tỏa ở quần thể bệnh nhân gút. Khoảng trống này cũng gây khó khăn trong việc xây dựng chiến lược quản lý toàn diện người bệnh gút. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: 1) *Đánh giá tình trạng đau lan tỏa bằng bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire (GPQ) và mức độ khuyết tật chức năng bằng bộ câu hỏi đánh giá sức khỏe - chỉ số khuyết tật (HAQ-DI) ở bệnh nhân gút.* 2) *Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng đau lan tỏa với mức độ khuyết tật chức năng và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 81 bệnh nhân gút cấp và mạn tính, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2015, điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2025 đến tháng 4/2026.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có các bệnh lý tâm thần

kinh, đang sử dụng các thuốc: Opioids, Gabapentinoids, thuốc chống trầm cảm, thuốc chống loạn thần...

- Bệnh nhân mắc và điều trị các bệnh: Parkinson, Alzheimer, đau xơ cơ, hội chứng ống cổ tay, hội chứng ống cổ chân...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và tiến hành nghiên cứu:** Chọn mẫu toàn bộ và tuyển chọn được 81 người bệnh tham gia nghiên cứu. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

Hỏi bệnh, khai thác thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh, thuốc đang điều trị, bệnh đồng mắc.

Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh gút.

Đánh giá tình trạng tăng nhạy cảm đau lan tỏa theo bộ câu hỏi đau lan tỏa Generalized Pain Questionnaire (GPQ), gồm 7 câu hỏi đánh giá các khía cạnh về đau lan tỏa:

+ Tổng điểm 0 – 28 điểm.

+ Điểm cắt: Không có tình trạng đau lan tỏa khi điểm GPQ < 11 điểm; có tình trạng đau lan tỏa khi điểm GPQ ≥ 11 điểm.<sup>8</sup>

Đánh giá tình trạng khuyết tật: Sử dụng bộ câu hỏi đánh giá sức khỏe - chỉ số khuyết tật HAQ-DI, gồm 20 câu hỏi chia thành 8 hạng mục. Điểm của 8 hạng mục được tính trung bình thành điểm HAQ-DI tổng thể trên thang điểm từ 0 (không khuyết tật) đến 3 (khuyết tật hoàn toàn).<sup>9</sup>

#### **Biến số nghiên cứu**

Biến định lượng: Tuổi, thời gian mắc bệnh, BMI, chỉ số đau khớp theo VAS, tổng điểm đau lan tỏa, chỉ số khuyết tật HAQ-DI, nồng độ acid uric huyết thanh, nồng độ CRP huyết thanh

Biến định tính: Giới, nghề nghiệp, bệnh lý đồng mắc, tình trạng sử dụng rượu gần đây, các thuốc điều trị gút

#### Xử lý số liệu

Sử dụng SPSS 27.0 để phân tích. Áp dụng thống kê mô tả và kiểm định Chi-square, T-test với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ . Sử dụng phép phân

tích hồi quy đa biến logistic.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều kí đồng thuận tham gia trước khi tiến hành nghiên cứu. Thông tin người bệnh được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả hoàn toàn phục vụ mục đích khoa học.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 81)**

Đặc điểm	Kết quả
Nam giới, n (%)	74 (91,4)
Tuổi (năm), Trung bình $\pm$ SD	53,7 $\pm$ 15,3
Tuổi mắc bệnh (năm), Trung bình $\pm$ SD	44,6 $\pm$ 14,3
Thời gian mắc bệnh (năm), Trung vị (IQR)	8 (2,5 – 12)
BMI, Trung vị (IQR)	22,03 (20 – 23,8)
<i>Nghề nghiệp, n (%)</i>	
Lao động chân tay	44 (54,3)
Lao động trí óc	10 (12,3)
Khác	27 (33,3)
<i>Bệnh lý đồng mắc, n (%)</i>	
Tăng huyết áp	27 (33,3)
Đái tháo đường	22 (27,2)
Bệnh thận mạn	11 (13,6)
Sử dụng rượu gần đây, n (%)	55 (67,9)

*BMI: Body Mass Index: chỉ số khối, SD: Std.Deviation: Độ lệch chuẩn, IQR: khoảng tứ phân vị*

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 53,7  $\pm$  15,3 tuổi, chủ yếu là nam giới (91,4%). Độ tuổi mắc bệnh trung bình là 44,6  $\pm$  14 và trung vị số năm mắc bệnh của quần thể là 8 (IQR: 2,5

– 12). Phần lớn các đối tượng là lao động chân tay (54,3%) và tỷ lệ sử dụng rượu gần đây ở mức cao (67,9%). Các bệnh đồng mắc hay gặp là tăng huyết áp và đái tháo đường.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh gút của đối tượng nghiên cứu (n = 81)**

Đặc điểm	Kết quả
Số cơn gút cấp trong vòng 12 tháng, Trung vị (IQR)	5 (2 – 9,5)
Chỉ số đau khớp theo VAS, Trung vị (IQR)	5 (4 – 5)

Đặc điểm	Kết quả
Đau ít (VAS $\leq$ 3), n (%)	15 (18,5)
Đau vừa ( $4 \leq$ VAS $\leq$ 6), n (%)	66 (81,5)
Đau nhiều (VAS $\geq$ 7), n (%)	0 (0)
Tổng điểm đau lan tỏa GPQ, Trung vị (IQR)	6 (0 – 10,5)
Chỉ số khuyết tật HAQ-DI, Trung vị (IQR)	0,875 (0,375 – 1,25)
Không khuyết tật (HAQ-DI = 0), n (%)	9 (11,1)
Khuyết tật mức độ nhẹ đến trung bình ( $0 <$ HAQ-DI $\leq$ 1), n (%)	35 (43,2)
Khuyết tật mức độ trung bình đến nặng ( $1 \leq$ HAQ-DI $\leq$ 2), n (%)	30 (37,0)
Khuyết tật mức nặng đến rất nặng ( $2 \leq$ HAQ-DI $\leq$ 3), n (%)	7 (8,7)
Nồng độ acid uric huyết thanh ( $\mu\text{mol/L}$ ), Trung bình $\pm$ SD	440,6 $\pm$ 129,0
Nồng độ acid uric huyết thanh $<$ 360 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	23 (28,4)
Nồng độ acid uric huyết thanh $\geq$ 360 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	58 (71,6)
Nồng độ CRP huyết thanh (mg/L), Trung vị (IQR)	50,9 (7,35 – 148)
Bình thường (CRP $<$ 3), n (%)	11 (13,6)
Tăng nhẹ ( $3 \leq$ CRP $\leq$ 10), n (%)	10 (12,3)
Tăng vừa ( $10 <$ CRP $\leq$ 100), n (%)	26 (32,1)
Tăng cao (CRP $>$ 100), n (%)	34 (42)
Tăng rất cao (CRP $>$ 500), n (%)	0 (0)
Các thuốc điều trị gút	
Thuốc hạ acid uric máu, n (%)	44 (54,3)
Glucocorticoid đường uống, n (%)	24 (29,6)
Colchicine, n (%)	58 (71,6)
NSAIDs, n (%)	30 (37)

IQR: Khoảng tứ phân vị

Số cơn gút cấp trong vòng 12 tháng của nhóm nghiên cứu là 5 (IQR: 2 – 9,5), mức độ đau khớp theo VAS với giá trị trung vị 5 (IQR: 4 – 5), trong đó 81,5% người bệnh chịu mức độ đau vừa và không có bệnh nhân ghi nhận mức độ đau nặng. Chỉ số khuyết tật chức năng trung vị là 0,875 (IQR: 0,375 – 1,25); phần lớn bệnh nhân bị khuyết tật mức độ nhẹ đến trung bình (43,2%), từ trung bình đến nặng (37%) và khoảng 8,7% người bệnh bị khuyết tật mức độ

rất nặng. Nồng độ acid uric huyết thanh trung bình của quần thể là 440,6  $\pm$  129,0  $\mu\text{mol/L}$ , và có tới 71,6% người bệnh có chỉ số này  $\geq$  360  $\mu\text{mol/L}$ . Nồng độ CRP huyết thanh có giá trị trung vị (IQR) là 50,9 (7,35 – 148), chỉ có 13,6% người bệnh có chỉ số CRP bình thường trong khi có tới 42% người bệnh có CRP tăng cao. Phần lớn các đối tượng đều sử dụng colchicine và thuốc hạ acid uric máu với tỷ lệ lần lượt là 71,6% và 54,3%.

## 2. Đặc điểm tình trạng đau lan tỏa ở quần thể nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm tình trạng đau lan tỏa ở quần thể nghiên cứu

Đặc điểm	Quần thể nghiên cứu (n = 81)	Quần thể đau lan tỏa (n = 20)
Tổng điểm đau lan tỏa $\geq 11$ , n (%)	20 (24,7)	
Đau khi có các kích thích nhẹ trên bề mặt cơ thể, n (%)	54 (66,7)	20 (100)
Đau khi da bị ma sát, n (%)	39 (48,1)	19 (95)
Đau khi tiếp xúc với nhiệt nóng hoặc lạnh mức độ nhẹ, n (%)	14 (17,3)	13 (65)
Đau tồn tại sau khi nguồn kích thích đã chấm dứt, n (%)	43 (53,1)	20 (100)
Cơn đau thường xuất hiện muộn sau khi có kích thích hoặc sau hoạt động gắng sức, n (%)	8 (9,9)	4 (20)
Đau dữ dội hơn mức bình thường khi tiếp xúc với kích thích n (%)	34 (42,0)	20 (100)
Cơn đau lan rộng ra các phần khác của cơ thể so với vị trí kích thích ban đầu, n (%)	13 (16,0)	9 (45)

20/81 bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu được ghi nhận bị tăng nhạy cảm đau lan tỏa, chiếm tỷ lệ 24,7%. Các triệu chứng được ghi nhận thường gặp nhất là đau khi có kích thích nhẹ trên bề mặt da, đau sau khi bị ma sát, đau vẫn tồn tại sau kích thích đã chấm dứt và cảm giác đau dữ dội hơn mức bình thường khi tiếp

xúc với kích thích với tỉ lệ ghi nhận trong quần thể người bệnh đau lan tỏa (n = 20) lần lượt là 100%, 95%, 100%, và 100% so với tỉ lệ ghi nhận trong toàn bộ quần thể nghiên cứu (n = 81) lần lượt là 66,7%, 48,1%, 53,1%, và 42%.

## 3. Những mối liên quan đơn biến với tình trạng tăng cảm giác đau lan tỏa ở bệnh nhân gút

Bảng 4. Khảo sát mối liên quan đơn biến với tình trạng đau lan tỏa (n = 81)

Đặc điểm	Có đau lan tỏa (n = 20)	Không đau lan tỏa (n = 61)	p	OR (95% CI)
Giới tính, n (%)			0,356 <sup>a</sup>	
Nam	17 (23)	57 (77)		1,0 (Ref)
Nữ	3 (42,9)	4 (57,1)		2,51 (0,51 – 12,36)
Tuổi (năm), Trung bình $\pm$ SD	57,07 $\pm$ 15,73	52,66 $\pm$ 15,11	0,267 <sup>c</sup>	
Số năm mắc bệnh, Trung vị (IQR)	10 (5 – 11,75)	7 (2 – 12)	0,39 <sup>d</sup>	

Đặc điểm	Có đau lan tỏa (n = 20)	Không đau lan tỏa (n = 61)	p	OR (95% CI)
Số cơn gút cấp trong 12 tháng, Trung vị (IQR)	5 (3 – 12)	3 (1 – 8)	0,091 <sup>d</sup>	
Điểm VAS, Trung vị (IQR)	5 (5 – 6)	4 (3,5 – 5)	< 0,001 <sup>d</sup>	
Colchicine, n (%)	14 (24,1)	44 (75,9)	0,854 <sup>b</sup>	0,902 (0,298 – 2,73)
Corticoid đường uống, n (%)	8 (33,3)	16 (66,7)	0,242 <sup>b</sup>	1,875 (0,649 – 5,417)
Thuốc hạ acid uric máu, n (%)	7 (15,9)	37 (84,1)	0,046 <sup>b</sup>	0,349 (0,122 – 1,00)
NSAIDs, n (%)	6 (20)	24 (80)	0,453 <sup>b</sup>	0,661 (0,223 – 1,957)
Chỉ số HAQ-DI, Trung vị (IQR)	1,25 (1 – 1,8125)	0,625 (0,25 – 1,0625)	< 0,001 <sup>d</sup>	
Acid uric ( $\mu\text{mol/L}$ ), Trung bình $\pm$ SD	382 $\pm$ 110	460 $\pm$ 130	0,018 <sup>c</sup>	
CRP (mg/L), Trung vị (IQR)	126,4 (81,1 – 259,5)	30,8 (4,6 – 129,5)	< 0,001 <sup>d</sup>	

(<sup>a</sup>): Kiểm định Fisher's Exact test, (<sup>b</sup>): Kiểm định Pearson Chi-square, (<sup>c</sup>): Kiểm định T-test, (<sup>d</sup>): Kiểm định Mann-Whitney U, SD: Độ lệch chuẩn, IQR: Khoảng tứ phân vị

Tỷ lệ đau lan tỏa ở nữ giới là 42,9%, cao hơn so với nam giới (23%); người bị đau lan tỏa có trung vị số năm mắc bệnh (10 năm) và số đợt cấp 5 đợt/năm, cao hơn so với người không bị đau lỏa với các giá trị lần lượt là 7 năm và 3 đợt/năm, tuy nhiên những sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc hạ acid uric máu có tỷ lệ đau lan tỏa

thấp hơn đáng kể so với nhóm không sử dụng (15,9% so với 35,1%), ( $p = 0,046$ ). Các bệnh nhân bị đau lan tỏa có chỉ số khuyết tật HAQ-DI, chỉ số đau khớp theo VAS và nồng độ CRP cao hơn nhưng nồng độ acid uric trong huyết thanh thấp hơn so với nhóm không có đau lan tỏa.

#### 4. Khảo sát mối liên quan đa biến với tình trạng đau lan tỏa

**Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan với tình trạng đau lan tỏa**

Yếu tố liên quan	p	OR (95% CI)	Hệ số B
Tuổi	0,256	1,036 (0,974 – 1,102)	0,036
Số năm mắc bệnh	0,734	0,979 (0,867 – 1,106)	- 0,21
Số cơn gút cấp trong vòng 12 tháng	0,076	1,234 (0,977 – 1,581)	0,218
Thuốc hạ acid uric máu	0,061	6,349 (0,921 – 43,786)	1,848
Mức độ đau khớp theo VAS	0,006	8,132 (1,818 – 36,37)	2,096

Yếu tố liên quan	p	OR (95% CI)	Hệ số B
Nồng độ Acid uric trong huyết thanh	0,009	0,989 (0,981 - 0,997)	- 0,011
CRP trong huyết thanh	0,177	1,005 (0,998 – 1,013)	0,005
Chỉ số HAQ-DI	0,519	1,891 (0,272 – 13,15)	0,637

Mô hình hồi quy đạt chỉ số AUC là 0,943;  $p < 0,001$ ; 95% CI: 0,892 – 0,995, khi điểm VAS tăng thêm 1 đơn vị, nguy cơ xuất hiện tình trạng đau lan tỏa tăng gấp 8,132 lần (95% CI: 1,818 – 36,37;  $p = 0,006$ ). Ngược lại, nồng độ acid uric cho thấy mối liên quan nghịch biến với OR = 0,989 (95% CI: 0,981 - 0,997;  $p = 0,009$ ). Các biến số như dùng thuốc hạ acid uric máu, chỉ số CRP trong huyết thanh, chỉ số HAQ-DI, số năm mắc bệnh, số đợt gút cấp trong vòng 12 tháng qua không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Quần thể nghiên cứu thể hiện đặc điểm dịch tễ điển hình của bệnh gút với đa số là nam giới trung niên (91,4%, trung bình  $53,7 \pm 15,3$  tuổi) và bệnh lý mang tính chất viêm tiến triển mạn tính (trung vị thời gian mắc bệnh là 8 năm). Hiệu quả kiểm soát acid uric huyết thanh ở quần thể nghiên cứu còn thấp khi nồng độ trung bình ở mức cao ( $440,6 \pm 129,0 \mu\text{mol/L}$ ), và có tới 71,6% bệnh nhân chưa đạt mục tiêu điều trị với acid uric máu dưới  $360 \mu\text{mol/L}$ . Đáng chú ý, quần thể có tần suất bị số đợt gút cấp cao (trung vị 5 đợt/năm) và mức độ đau kéo dài dai dẳng (trung vị VAS bằng 5). Hệ quả tất yếu của việc kiểm soát bệnh kém là sự suy giảm chức năng vận động trầm trọng, với 88,9% bệnh nhân gặp khuyết tật chức năng ở các mức độ khác nhau, trong đó có 8,7% ở mức độ rất nặng. Những kết quả này nhấn mạnh gánh nặng bệnh tật lớn của bệnh gút, không chỉ dừng lại ở các triệu chứng sưng đau cấp tính mà còn gây tổn thương cấu trúc và làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận, 24,7% người bệnh có biểu hiện tăng nhạy cảm đau lan tỏa đã phản ánh một thực trạng lâm sàng quan trọng: đau trong bệnh gút không chỉ dừng lại ở các phản ứng thụ cảm do viêm tại chỗ. Khác với đau do viêm vốn chỉ khu trú tại vùng khớp sưng nóng, hiện tượng dị cảm trong nhạy cảm hệ thống thần kinh trung ương xuất hiện ở cả những vùng da và mô cách xa vị trí viêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự hiện diện tuyệt đối (100%) của triệu chứng đau khi kích thích nhẹ trên bề mặt da và 95% của triệu chứng đau khi ma sát ở nhóm đau lan tỏa chứng minh rằng hệ thống thần kinh trung ương đã bị thay đổi chức năng xử lý thông tin, biến các kích thích dưới ngưỡng thành tín hiệu đau. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 100% bệnh nhân đau lan tỏa vẫn tồn tại cảm giác đau sau khi kích thích đã chấm dứt (so với 53,1% ở nhóm chung). Điều này phù hợp với lý thuyết của Woolf (1983), nhạy cảm thần kinh trung ương tạo ra sự tạo thuận thần kinh mang tính “tự trị” (autonomous), tồn tại độc lập sau khi kích thích chấm dứt, các neuron duy trì trạng thái hưng phấn liên tục mà không cần đầu vào từ phản ứng viêm tại khớp.<sup>5</sup>

Phân tích đơn biến cho thấy nhóm đau lan tỏa có chỉ số viêm (CRP) và mức độ khuyết tật (HAQ-DI) cao hơn đáng kể. Liệu pháp hạ acid uric thể hiện vai trò bảo vệ khi nhóm có điều trị ghi nhận tỷ lệ đau lan tỏa thấp hơn kể (15,9% so với 35,1%), ( $p = 0,046$ ). Tuy nhiên, phân tích đa biến xác nhận điểm đau VAS và nồng độ acid uric máu là hai yếu tố dự báo độc lập cho tình trạng này. Trong đó, VAS là chỉ số dự báo mạnh nhất: mỗi đơn vị tăng thêm của VAS làm nguy cơ đau lan tỏa tăng gấp 8,132 lần (95%

CI: 1,818 – 36,37;  $p = 0,006$ ). Đặc biệt, nồng độ acid uric huyết thanh có mối liên quan nghịch biến với đau lan tỏa với OR = 0,989 (95% CI: 0,981 - 0,997;  $p = 0,009$ ). Điều này không có nghĩa là acid uric “bảo vệ” cơ thể khỏi đau lan tỏa, mà có thể phản ánh những bệnh nhân đau lan tỏa thường là đối tượng có bệnh lý phức tạp, đang được điều trị hạ acid uric tích cực nhưng vẫn phải gánh chịu hậu quả của tình trạng nhạy cảm hóa trung ương đã hình thành từ trước. Kết quả này nhấn mạnh việc kiểm soát acid uric là điều kiện cần nhưng chưa đủ; cần phối hợp kiểm soát đau sớm để ngăn chặn hiện tượng tăng nhạy cảm thần kinh trung ương. Mặc dù vậy, do thiết kế cắt ngang và cỡ mẫu hạn chế, nghiên cứu chưa thể xác lập mối quan hệ nhân quả xác định giữa biến thiên acid uric và diễn tiến của đau lan tỏa theo thời gian.

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của chiến lược quản lý toàn diện đối với bệnh nhân gút, đặc biệt là nhóm có tình trạng đau lan tỏa. Với tỷ lệ 100% bệnh nhân đau lan tỏa ghi nhận tình trạng loạn cảm và tăng cảm đau, các liệu pháp kháng viêm truyền thống (NSAIDs, colchicine) đơn thuần thường không đạt hiệu quả tối ưu do chưa tác động vào cơ chế nhạy cảm hóa trung ương, vì vậy việc phối hợp các nhóm thuốc điều chỉnh ngưỡng đau (như gabapentinoids) và duy trì liệu pháp hạ acid uric máu là then chốt để cải thiện triệu chứng bền vững. Hơn nữa, vì đau lan tỏa liên quan mật thiết đến chỉ số khuyết tật, mức độ đau VAS và các rối loạn tâm lý (lo âu, mất ngủ), mục tiêu điều trị cần mở rộng từ kiểm soát nồng độ acid uric sang mô hình điều trị đa phương thức: kết hợp phục hồi chức năng, giáo dục sức khỏe và liệu pháp tâm lý. Việc can thiệp đồng thời các yếu tố cộng hưởng này không chỉ giúp tối ưu hóa hiệu quả kiểm soát đau tổng thể mà còn giảm thiểu gánh nặng khuyết tật cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Tình trạng tăng nhạy cảm đau lan tỏa gặp ở 24,7% bệnh nhân gút trong nghiên cứu và chỉ số khuyết tật chức năng trung vị của quần thể là 0,875 (IQR: 0,375 – 1,25). Các triệu chứng thường gặp nhất là đau khi có kích thích nhẹ trên bề mặt da, đau sau khi bị ma sát, đau vẫn tồn tại sau kích thích đã chấm dứt và cảm giác đau dữ dội hơn mức bình thường khi tiếp xúc với kích thích với tỉ lệ ghi nhận trong quần thể người bệnh đau lan tỏa ( $n = 20$ ) lần lượt là 100%, 95%, 100%, và 100%. Mức độ đau khớp theo VAS và nồng độ acid uric trong huyết thanh được xác định là các yếu tố dự báo độc lập, trong đó điểm đau khớp theo VAS có một vai trò quyết định ( $p = 0,006$ ), OR = 8,132 (95% CI: 1,818 – 36,37).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cross M, Ong KL, Culbreth GT, 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. *The Lancet Rheumatology*. 2024;6(8):e507-e517. doi:10.1016/S2665-9913(24)00117-6
2. Ahn EY, So MW. The pathogenesis of gout. *J Rheum Dis*. 2025;32(1):8-16. doi:10.4078/jrd.2024.0054
3. Liu W, Dong P, Li C, et al. Clinical implications of persistent joint pain after gout flare. *Reumatol Clin*. 2024;20(6):291-296. doi:10.1016/j.reuma.2024.03.002
4. Ten Klooster PM, Kraiss JT, Munters R, Vonkeman HE. Generalized pain hypersensitivity and associated factors in gout. *Rheumatology (Oxford)*. 2022;61(9):3640-3646. doi:10.1093/rheumatology/keab934
5. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152(3 Suppl):S2-15.

doi:10.1016/j.pain.2010.09.030

6. Lee YC, Nassikas NJ, Clauw DJ. The role of the central nervous system in the generation and maintenance of chronic pain in rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia-quan trọng. *Arthritis Research & Therapy*. 2011;13(2):211. doi:10.1186/ar3306

7. Guler MA, Celik OF, Ayhan FF. The important role of central sensitization in chronic musculoskeletal pain seen in different rheumatic diseases. *Clin Rheumatol*. 2020;39(1):269-274. doi:10.1007/s10067-019-04749-1

8. Jansen N, ten Klooster PM, Vonkeman HE, Buitenweg JR. Test–Retest Reliability of the Generalized Pain Questionnaire in Patients with Rheumatoid Arthritis and Preliminary Reference Values for Non-Clinical and Several Clinical Samples. *J Pain Res*. 2023;16:4127-4137. doi:10.2147/JPR.S430280

9. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:20. doi:10.1186/1477-7525-1-20

## Summary

### THE ASSOCIATION BETWEEN HYPERURICEMIA, GENERALIZED PAIN, AND FUNCTIONAL DISABILITY IN PATIENTS WITH GOUT

A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 patients with acute and chronic gout diagnosed according to the 2015 ACR/EULAR criteria at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital, from October 2025 to April 2026. The mean age was  $53.7 \pm 15.3$  years old; with 91.4 male patients. The median functional disability index was 0.875 (IQR: 0.375 – 1.25). Generalized pain hypersensitivity, assessed using the Generalized Pain Questionnaire (GPQ), was identified in 24.7% of patients (20/81). The most common symptoms in this group included pain from light touch (100%), pain from friction on skin (95%), pain that lasts longer compared with most other people (100%), and unusually intense experiences of pain (100%). Multivariate logistic regression analysis demonstrated excellent predictive performance (AUC = 0.943;  $p < 0.001$ ; 95% CI: 0.892 – 0.995). Joint pain severity measured by VAS and serum uric acid levels were independent predictors of generalized pain hypersensitivity, with VAS score showing the strongest association ( $p = 0.006$ ; OR = 8.132; 95% CI: 1.818 – 36.37).

**Keywords:** Gout, generalized pain, Generalized Pain Questionnaire.