

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM PREVENT-ASCVD Ở BỆNH NHÂN GÚT CÓ ĐỒNG MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Dương Thị Hiền¹ và Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Việc đánh giá nguy cơ tim mạch do xơ vữa động mạch theo thang điểm PREVENT-ASCVD ở nhóm bệnh nhân gút, đặc biệt khi đồng mắc đái tháo đường, có ý nghĩa quan trọng để tối ưu hóa chiến lược điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang trên 68 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 và chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn ADA 2023, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2025 đến tháng 03/2026. Khi khảo sát nguy cơ tim mạch trong 10 năm theo thang điểm PREVENT-ASCVD, thấy 72,1% bệnh nhân có nguy cơ tim mạch trung bình và cao. Các yếu tố liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch bao gồm: tuổi cao, tăng huyết áp, giảm mức lọc cầu thận (eGFR), tăng HbA1c, thời gian mắc đái tháo đường kéo dài và số cơn gút cấp tính trong năm.

Từ khóa: Gút, đái tháo đường, nguy cơ tim mạch, PREVENT-ASCVD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh khớp viêm hay gặp trên lâm sàng ở người trưởng thành, đặc trưng bởi sự lắng đọng của các tinh thể urat monosodium trong khớp và mô mềm, dẫn đến các đợt viêm khớp cấp tính, gây phá hủy khớp và suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống.¹ Tỷ lệ mắc bệnh gút đang có xu hướng gia tăng nhanh trên toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Bệnh thường đi kèm với các rối loạn chuyển hóa phức tạp như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn và đặc biệt là đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2.² Các nghiên cứu đã chỉ ra, người bệnh gút có nguy cơ mắc ĐTĐ típ 2 cao gấp khoảng 1,7 lần so với người không mắc gút.¹ Các bệnh lý tim mạch hiện là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới.³ Trong đó, gút

được xem là một yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập, góp phần làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong do các biến cố của bệnh lý tim mạch do tình trạng xơ vữa động mạch.¹ Do đó, việc đánh giá và dự báo sớm nguy cơ tim mạch ở nhóm bệnh nhân gút, đặc biệt khi đồng mắc đái tháo đường, có ý nghĩa quan trọng để tối ưu hóa chiến lược dự phòng. Trong thực hành lâm sàng, thang điểm Pooled Cohort Equations (PCE, 2013) trước đây thường được sử dụng để ước tính nguy cơ của các bệnh lý tim mạch do xơ vữa động mạch trong 10 năm, tuy nhiên công cụ này có xu hướng đánh giá quá cao nguy cơ thực tế ở một số quần thể.⁴ Vì vậy năm 2026, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ đã đưa thang điểm PREVENT - ASCVD vào thực hành lâm sàng, với khả năng hiệu chuẩn và độ chính xác cao hơn.³ Thang điểm này không chỉ loại bỏ yếu tố chủng tộc mà còn tích hợp thêm các thông số quan trọng như mức lọc cầu thận (eGFR) và HbA1c, góp phần cải thiện khả năng dự báo nguy cơ tim mạch.³ Ngoài ra, ngưỡng can thiệp điều trị với

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Thủy

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phuongthuybm@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 07/05/2026

Ngày được chấp nhận: 08/06/2026

nhóm thuốc statin cũng được điều chỉnh xuống mức nguy cơ thấp hơn 3% thay vì 5% so với các khuyến cáo trước đây. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về gút chủ yếu tập trung mô tả đặc điểm lâm sàng, tình trạng tăng acid uric máu và các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân gút, trong khi các nghiên cứu sử dụng những công cụ dự báo nguy cơ tim mạch mới còn rất ít. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam khảo sát nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm PREVENT-ASCVD ở bệnh nhân gút có đồng mắc đái tháo đường. Việc ứng dụng thang điểm này có thể giúp đánh giá toàn diện hơn nguy cơ tim mạch ở nhóm bệnh nhân có nhiều rối loạn chuyển hóa và bệnh lý thận đi kèm, từ đó hỗ trợ các chiến lược dự phòng và điều trị cá thể hóa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1) Khảo sát nguy cơ tim mạch trong 10 năm theo thang điểm PREVENT-ASCVD ở bệnh nhân gút có đồng mắc ĐTĐ; 2) Nhận xét mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch trong 10 năm với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh được chẩn đoán gút nguyên phát theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 và được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2023.^{5,6}

- Tuổi: Từ 30 đến 79 tuổi.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có bệnh lý tim mạch như: bệnh lý van tim, cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, bệnh lý mạch vành, tiền sử tai biến mạch não hoặc bệnh động mạch ngoại vi...

- Người bệnh bị tăng cholesterol máu gia đình dị hợp tử (HeFH).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt

ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: tháng 10/2025 đến tháng 03/2026.

Địa điểm: Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Tuyển chọn tất cả các bệnh nhân gút có đồng mắc ĐTĐ típ 2 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu và thu tuyển được 68 người bệnh tham gia nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thăm khám lâm sàng và thu thập các biến số theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm: Các biến số lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, huyết áp tâm thu (HATT), tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh gút và đái tháo đường, sự hiện diện của hạt tophi, số cơn gút/năm, mức độ đau khớp theo VAS và số lượng khớp bị tổn thương. Các biến số cận lâm sàng: Định lượng acid uric máu, HbA1c, glucose, CRP, mức lọc cầu thận (eGFR tính theo công thức CKD-EPI) và xét nghiệm lipid máu (Cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, Triglycerid). Sử dụng công cụ trực tuyến chính thức của AHA/ACC (ACC ASCVD Risk Estimator Plus) để tính điểm nguy cơ 10 năm theo thang điểm PREVENT-ASCVD 2026.⁷ Bệnh nhân được phân tầng thành 4 nhóm: Nguy cơ thấp: < 3%. Nguy cơ giáp ranh: 3% - <5%. Nguy cơ trung bình: 5% - <10%. Nguy cơ cao: ≥ 10%.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 27.7. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%). So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square (χ^2) cho biến định tính và t-test độc lập cho biến định lượng với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Sử dụng

phương trình tuyến tính tìm mối liên quan giữa 2 biến định lượng. Đối với việc xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ tim mạch cao, chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy logistic để tính odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI). Các biến có ý nghĩa thống kê hoặc có giá trị $p < 0,20$ trong phân tích đơn biến được xem xét đưa vào mô hình hồi quy đa biến.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức

của Bệnh viện Bạch Mai phê duyệt theo giấy chứng nhận chấp thuận số 20/BM-HĐĐĐ ngày 15/01/2026. Thông tin người bệnh được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 68 bệnh nhân gút có đồng mắc ĐTĐ điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai. Chúng tôi có kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 68)

	Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<i>Tuổi</i>	< 65 tuổi	47	69,1
	≥ 65 tuổi	21	30,9
	$\bar{x} \pm SD$	59,9 ± 9,2 (41 - 79)	
<i>Giới</i>	Nam	61	89,7
	Nữ	7	10,3
<i>BMI (kg/m²)</i>	Nhẹ cân	5	7,4
	Bình thường	34	50,0
	Thừa cân/Béo phì	29	42,6
	$\bar{x} \pm SD$	22,7 ± 3,0 (16,7 - 33,7)	
<i>Số cơn gút cấp/năm</i>	< 6	16	23,5
	≥ 6	52	76,5
	$\bar{x} \pm SD$	5,2 ± 1,9	
<i>Hạt tophi</i>	Có	36	52,9
	Không	32	47,1
<i>Mức độ đau khớp theo VAS</i>	1 - 2 điểm	14	20,6
	3 - 4 điểm	47	69,1
	> 4 điểm	7	10,3
	$\bar{x} \pm SD$	3,4 ± 1,0	

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 59,9 ± 9,2 tuổi. Nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi chiếm đa số (69,1%), cao gấp 2 lần so với nhóm từ 65 tuổi trở lên (30,9%). Đa số là

nam giới. Đa số bệnh nhân nghiên cứu (76,5%) có số cơn gút cấp trên 6 cơn/năm và 52,9% bệnh nhân có hạt tophi trên lâm sàng. Nhóm bệnh nhân có điểm VAS đau khớp trung bình 3,4 ± 1,0.

Bảng 2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 68)

Các yếu tố nguy cơ	Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Gút	Thời gian mắc bệnh (năm) Trung bình ± SD		6 ± 4,5 (0 - 20)	
	Thể bệnh n (%)	Gút cấp	18	26,5
		Gút mạn	50	73,5
	Hạt tophi, n (%)		36	52,9
Tăng huyết áp	Tăng huyết áp, n (%)		31	45,6
	Huyết áp tâm thu (mmHg) Trung bình ± SD		129 ± 19 (90 - 187)	
	Điều trị tăng huyết áp, n (%)		25	36,8
Đái tháo đường	Thời gian mắc bệnh (năm) Trung bình ± SD		2,6 ± 4,0 (0 - 20)	
	Điều trị đái tháo đường, n (%)		36	52,9
Tăng lipid máu	Tăng lipid máu, n (%)		58	85,3
	Điều trị statin, n (%)		10	14,7
Hút thuốc lá, n (%)		17	25	
Uống rượu, n (%)		36	52,9	

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh gút trung bình là 6 $\pm$ 4,5 năm và đa số bệnh nhân ở giai đoạn gút mạn tính. Bệnh nhân tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 45,6% với huyết áp tâm thu trung bình là 129 $\pm$ 19 mmHg. Thời gian

mắc ĐTĐ típ 2 trung bình là 2,6 $\pm$ 1,0 năm và chỉ có một nửa số bệnh nhân được điều trị ĐTĐ (52,9%). Số bệnh nhân tăng lipid máu chiếm tỷ lệ rất cao 85,3%, tuy nhiên, chỉ có 14,7% bệnh nhân điều trị bằng statin.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số cận lâm sàng	$\bar{x} \pm SD$	Min	Max
Acid uric ($\mu\text{mol/L}$)	455 $\pm$ 115	161	778
Glucose (mmol/L)	7,8 $\pm$ 3,9	4,0	30,1
HbA1c (%)	7,1 $\pm$ 1,2	5,5	12,7
eGFR (ml/phút/1,73m ²)	82,1 $\pm$ 19,7	38	119
Cholesterol (mmol/l)	5,2 $\pm$ 1,4	2,1	9,31
HDL-C (mmol/L)	1,2 $\pm$ 0,4	0,5	2,9
LDL-C (mmol/L)	3,1 $\pm$ 1,1	1,1	7,1
Triglycerid (mmol/L)	3,0 $\pm$ 2,8	0,6	20,3
CRP (mg/L)	38,9 $\pm$ 62,7	0,6	250,3

Nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở mức cao với 455 ± 115 $\mu\text{mol/L}$. Nồng độ glucose máu trung bình là $7,8 \pm 3,9$ mmol/L. Tuy nhiên khoảng dao động

đường máu rất lớn từ 4,0 - 30,1 mmol/L với HbA1c trung bình là $7,1 \pm 1,2\%$, phản ánh tình trạng kiểm soát đường máu chưa thực sự tối ưu. Các chỉ số lipid máu đều có xu hướng tăng.

Bảng 4. Nguy cơ tim mạch và phân tầng nguy cơ theo PREVENT-ASCVD

Chỉ tiêu		Số lượng (n = 68)	Tỉ lệ (%)
Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình (%), Trung bình $\pm$ SD		9,4 $\pm$ 5,9	
Phân độ nguy cơ	Nguy cơ thấp (< 3%)	6	8,8
	Giáp ranh (3 - 5%)	13	19,1
	Nguy cơ trung bình (5 - 10%)	25	36,8
	Nguy cơ cao ($\geq$ 10%)	24	35,3

Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ở mức khá cao với $9,4 \pm 5,9\%$, trong đó nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao chiếm đa số với tỷ lệ 72,1%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo PREVENT-ASCVD với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp - giáp ranh (n = 19)	Nguy cơ trung bình - cao (n = 49)	p	OR (95% CI)
Tuổi (Năm)	50,0 $\pm$ 6,7	63,8 $\pm$ 6,8	< 0,01 ^c	1,316 1,157 - 1,497 (với mỗi tăng thêm 1 tuổi)
Tăng huyết áp	2 10,5%	29 59,2%	< 0,001 ^a	1,731 1,268 - 2,362
eGFR (ml/phút/1,73m ²)	93,4 $\pm$ 16,3	77,7 $\pm$ 19,2	0,03 ^a	0,580 0,392 - 0,859 (với mỗi tăng thêm 10)
Thời gian mắc bệnh gút (năm)	4,8 $\pm$ 4,1	6,5 $\pm$ 5,4	0,246 ^c	1,074 0,951 - 1,213
Gút mạn	11 (57,9%)	39 (79,6%)	0,074 ^b	2,836 0,902 - 8,917
Có hạt tophi	10 (52,6%)	26 (53,1%)	0,975 ^b	0,983 0,34 - 2,84
Số cơn gút cấp/năm	< 6 9 (47,4%) $\geq$ 6 10 (52,6%)	7 (14,3%) 42 (85,7%)	0,004 ^b	5,4 1,62 - 18,01
Acid uric ($\mu\text{mol/L}$)	484,7 $\pm$ 91,9	443,6 $\pm$ 121,7	0,188 ^c	0,997 0,992 - 1,002

Yếu tố nguy cơ		Nguy cơ thấp - giáp ranh (n = 19)	Nguy cơ trung bình - cao (n = 49)	p	OR (95% CI)
CRP (mg/L)		49,6 ± 69,5	34,7 ± 60,1	0,382 ^c	0,996 0,989 - 1,004
HbA1c (%)	> 7,2 (n = 20)	2 (10,5%)	18 (36,7%)	0,04 ^a	4,935 1,021 - 23,868
	≤ 7,2 (n = 48)	17 (89,5%)	31 (63,3%)		
Thời gian mắc đái tháo đường, (năm)		0,6 ± 1,1	3,4 ± 4,4	0,02 ^c	1,664 1,083 - 2,556 (với mỗi tăng thêm 1 năm)

(a) Fisher's Exact Test, (b) Pearson's Chi-square, (c) Independent Samples t-test (d) Mann-Whitney U test, OR: Tỷ suất chênh (Odd ratio)

Nghiên cứu cho thấy các yếu tố gồm: tuổi cao, tình trạng tăng huyết áp, chỉ số HbA1c >7,2%, thời gian mắc đái tháo đường kéo dài và số cơn gút cấp/năm tăng đều làm tăng có ý nghĩa thống kê nguy cơ tim mạch từ mức trung bình đến cao ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Gút là một bệnh lý chuyển hóa có liên quan mật thiết đến tăng nguy cơ mắc và tử vong do bệnh tim mạch.⁸ Tình trạng viêm hệ thống mạn tính mức độ thấp trong gút do tăng acid uric máu và lắng đọng tinh thể urat cũng thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch thông qua tăng sản xuất các cytokine tiền viêm và kích thích tăng sinh tế bào cơ trơn thành mạch. Cơ chế này góp phần làm gia tăng nguy cơ hình thành và tiến triển của mảng xơ vữa ở bệnh nhân gút. Khi đồng thời mắc gút và đái tháo đường, nguy cơ tim mạch sẽ tăng lên đáng kể do sự cộng gộp và tương tác của các rối loạn chuyển hóa.

Kết quả nghiên cứu trên 68 bệnh nhân gút đồng mắc ĐTĐ cho thấy, điểm nguy cơ tim mạch trong 10 năm trung bình theo thang điểm PREVENT-ASCVD là $9,42 \pm 5,88\%$. Đáng chú ý, có tới 72,1% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình và cao (36,8% nguy cơ trung bình

và 35,3% nguy cơ cao). Một nghiên cứu trong nước gần đây của tác giả Nguyễn Lê Phương Thảo và cộng sự (2025) trên 156 bệnh nhân gút (sử dụng thang điểm ASCVD/PCE 2013), tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ tim mạch trung bình - cao là 64,1%.⁹ Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng thang điểm PREVENT-ASCVD (được Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ công bố thay thế cho PCE) đã điều chỉnh để khắc phục nhược điểm ước tính rủi ro quá mức của PCE trước đây.⁷ Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch trung bình - cao lên tới 72,1% cho thấy gánh nặng nguy cơ tim mạch tăng ở nhóm bệnh nhân gút đồng mắc ĐTĐ. Kết quả này phù hợp với giả thuyết về sự hiện diện đồng thời của hai bệnh lý chuyển hóa có thể góp phần làm gia tăng nguy cơ tim mạch.

Theo Hướng dẫn quản lý rối loạn lipid máu mới nhất của ACC/AHA (2026), ngưỡng xem xét khởi trị statin dự phòng tiên phát theo thang điểm PREVENT-ASCVD đã được hạ xuống mức từ 3% đến < 5% (nhóm nguy cơ ranh giới).³ Khi áp dụng tiêu chuẩn này vào quần thể nghiên cứu, chúng tôi thấy có tới 91,2% bệnh nhân gút đồng mắc ĐTĐ (bao gồm các nhóm nguy cơ ranh giới, trung bình và cao) đạt ngưỡng cần được cân nhắc can thiệp điều trị

dự phòng tim mạch tích cực. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc nguy cơ tim mạch và tối ưu hóa điều trị dự phòng ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

Tuổi càng cao thì nguy cơ tim mạch càng lớn (trung bình 63,76 tuổi ở nhóm nguy cơ trung bình-cao so với 49,97 tuổi ở nhóm nguy cơ thấp - ranh giới, $p < 0,01$, $OR = 1,316$ cho mỗi tuổi tăng thêm). Đồng thời, tỷ lệ tăng huyết áp lớn hơn ở nhóm nguy cơ cao (59,2% so với 10,5%, $p < 0,001$, $OR = 1,731$).

Đặc điểm ĐTĐ bao gồm HbA1c và thời gian mắc bệnh có liên quan rõ rệt đến nguy cơ tim mạch. Bệnh nhân có HbA1c $> 7,2\%$ làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch do xơ vữa cao hơn gần 5 lần so với nhóm kiểm soát tốt ($OR = 4,935$, $p = 0,04$). Thời gian mắc ĐTĐ kéo dài cũng làm gia tăng nguy cơ tim mạch, mỗi năm mắc bệnh làm tăng nguy cơ lên 1,664 lần ($p = 0,02$). Những kết quả này phản ánh vai trò của kiểm soát đường huyết, đồng thời cho thấy ưu điểm của thang điểm PREVENT-ASCVD khi tích hợp trực tiếp chỉ số HbA1c vào mô hình dự báo, thay vì chỉ sử dụng biến định tính “có/không đái tháo đường” như các thang điểm trước đây.

Nghiên cứu cũng cho thấy chức năng thận có mối liên quan với nguy cơ tim mạch. Mức lọc cầu thận (eGFR) thấp hơn ở nhóm nguy cơ cao so với nhóm nguy cơ thấp (77,73 so với 93,42 mL/phút/1,73 m²; $p = 0,03$). Phân tích hồi quy cho thấy eGFR tăng mỗi 10 đơn vị có tác dụng bảo vệ, làm giảm nguy cơ tim mạch ($OR = 0,58$). Kết quả này phản ánh vai trò quan trọng của chức năng thận trong dự báo nguy cơ tim mạch, đồng thời phù hợp với cách tiếp cận mới của thang điểm PREVENT-ASCVD khi đưa eGFR và tỷ số albumin/creatinine niệu vào mô hình tính toán, nhằm phản ánh đầy đủ hơn mối liên quan giữa hệ tim mạch - thận - chuyển hóa.⁷ Trên nhóm bệnh nhân gút đồng mắc ĐTĐ, thận là cơ quan đích bị tổn thương

kép bởi cả bệnh thận do tinh thể urat và bệnh thận do ĐTĐ. Sự suy giảm chức năng thận làm giảm độ thanh thải các hóa chất trung gian gây viêm và rối loạn điện giải, đóng vai trò như chất xúc tác làm bùng phát các biến cố thiếu máu cục bộ.

Bên cạnh các yếu tố nguy cơ kinh điển và đặc điểm của bệnh ĐTĐ, bản thân bệnh gút cũng đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy biến cố tim mạch. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tần suất xuất hiện cơn gút cấp có mối liên quan độc lập và mạnh mẽ với nguy cơ tim mạch. Nhóm bệnh nhân có ≥ 6 cơn gút/năm có nguy cơ tim mạch trung bình - cao tăng gấp 5,4 lần so với nhóm có < 6 cơn gút/năm ($p = 0,004$, $OR = 5,4$; 95% CI 1,62 - 18,01). Mỗi đợt gút cấp là một tình trạng bùng phát viêm mạnh do tinh thể monosodium urate kích hoạt phức hợp viêm NLRP3 inflammasome, dẫn đến sự giải phóngồ ạt các cytokine tiền viêm như IL-1 β và IL-18.¹⁰ Tình trạng viêm cấp tính này làm rối loạn chức năng nội mô mạch máu, từ đó thúc đẩy nguy cơ biến cố tim mạch.

Thời gian mắc bệnh gút và sự hiện diện của hạt tophi trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tim mạch ($p = 0,246$ và $p = 0,975$). Một số nghiên cứu quốc tế cũng khẳng định, hạt tophi phản ánh “khối lượng tinh thể urat” lớn, có liên quan mật thiết đến việc tăng nguy cơ tử vong do tim mạch.¹ Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải bởi đặc thù của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, khi tất cả 68 bệnh nhân đều đồng mắc ĐTĐ - một yếu tố nguy cơ tim mạch mạnh. Ngoài ra, các yếu tố như kiểm soát đường huyết kém (chỉ số HbA1c cao), suy giảm chức năng thận và các rối loạn chuyển hóa đi kèm đã là những yếu tố dự báo tăng nguy cơ tim mạch, kết hợp với cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, có thể đã ảnh hưởng đến tác động thống kê độc lập của hạt tophi.

Chỉ số viêm CRP trung bình của toàn bộ nhóm nghiên cứu khá cao ($38,9 \pm 62,7$ mg/L), tuy nhiên mức độ khác biệt giữa hai nhóm phân tầng nguy cơ tim mạch lại không mang ý nghĩa thống kê ($p = 0,382$). Sự khác biệt này có thể do độ biến thiên lớn của CRP trong nghiên cứu (dao động từ 0,6 đến 250,3 mg/L), phản ánh sự ảnh hưởng của tình trạng bệnh nhân có đang trong đợt viêm cấp tính ngay tại thời điểm lấy mẫu. Do CRP là chỉ số nhạy với các biến cố viêm cấp nên việc đánh giá tại một thời điểm cắt ngang có thể chưa phản ánh chính xác được “nguy cơ viêm mạn tính tồn dư” – yếu tố liên quan chặt chẽ hơn đến quá trình gây ra xơ vữa động mạch.

Việc ứng dụng thang điểm cập nhật PREVENT-ASCVD trên bệnh nhân gút đồng mắc ĐTD đã cho thấy nguy cơ tim mạch 10 năm mang tính dự báo rất cao. Nguy cơ trung bình - cao lên đến 72,1% đòi hỏi bác sĩ lâm sàng không chỉ đơn thuần kiểm soát cơn gút cấp hay đường huyết, mà phải có chiến lược điều trị toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch, bao gồm: hạ acid uric máu sâu hơn, phối hợp sử dụng statin cường độ trung bình/cao từ sớm, kiểm soát chặt huyết áp và bảo vệ thận nhằm cải thiện tiên lượng sống còn cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: Thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cho phép nhận xét mối liên quan tại một thời điểm giữa nguy cơ tim mạch với các yếu tố như tuổi, tăng huyết áp, mức lọc cầu thận, HbA1c và thời gian mắc đái tháo đường, chứ hoàn toàn không thể khẳng định được mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố này. Cỡ mẫu còn hạn chế với việc chỉ thu tuyển được 68 bệnh nhân gút đồng mắc ĐTD, có thể làm giảm sức mạnh thống kê và khả năng khái quát hóa của kết quả nghiên cứu. Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng thang điểm PREVENT để ước tính nguy cơ tim mạch trong 10 năm thay vì theo dõi biến cố tim mạch thực

tế. Do đó, kết quả phản ánh nguy cơ dự báo chứ không phải tỷ lệ xuất hiện biến cố tim mạch thực sự ở người bệnh. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu theo dõi dọc với thời gian dài hơn để đánh giá giá trị tiên lượng của thang điểm PREVENT trên bệnh nhân gút đồng mắc ĐTD tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 68 bệnh nhân gút đồng mắc ĐTD tip 2 cho thấy tỷ lệ người bệnh có nguy cơ tim mạch dự báo trong 10 năm ở mức trung bình và cao theo thang điểm PREVENT đạt 72,1%. Các yếu tố bao gồm tuổi cao, tăng huyết áp, giảm mức lọc cầu thận, tăng HbA1c, thời gian mắc đái tháo đường kéo dài và tần suất cơn gút cấp trong năm được ghi nhận có liên quan đến nguy cơ tim mạch cao hơn ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá nguy cơ tim mạch và quản lý toàn diện các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân gút đồng mắc ĐTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrés M. Gout and Cardiovascular Disease: Mechanisms, Risk Estimations, and the Impact of Therapies. *Gout Urate Cryst Depos Dis*. 2023;1(3):3. doi:10.3390/gucdd1030014
2. Borghi C, Agabiti-Rosei E, Johnson RJ, et al. Hyperuricaemia and gout in cardiovascular, metabolic and kidney disease. *Eur J Intern Med*. 2020;80:1-11. doi:10.1016/j.ejim.2020.07.006
3. Writing Committee Members, Blumenthal RS, Morris PB, et al. 2026 ACC/AHA/AACVPR/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Dyslipidemia: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 0(0). doi:10.1161/CIR.0000000000001423
4. Zhou H, Zhang Y, Zhou M, et al. Evaluation

and Comparison of the PREVENT and Pooled Cohort Equations for 10-Year Atherosclerotic Cardiovascular Risk Prediction. *J Am Heart Assoc.* 2025;14. doi:10.1161/JAHA.124.039454

5. Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(10):1789-1798. doi:10.1136/annrheumdis-2015-208237

6. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2022;46(Supplement_1):S19-S40. doi:10.2337/dc23-S002

7. Zhou H, Zhang Y, Zhou MM, et al. Evaluation and Comparison of the PREVENT

and Pooled Cohort Equations for 10-Year Atherosclerotic Cardiovascular Risk Prediction. *J Am Heart Assoc.* 2025;14(4):e039454. doi:10.1161/JAHA.124.039454

8. Nakahashi T, Tada H, Sakata K, Takamura M. Gout, Uric Acid, and Coronary Artery Disease. *J Atheroscler Thromb.* 2025;32(12):1471-1481. doi:10.5551/jat.RV22043

9. Thảo NLP, Ngọc NV, Liễu LT, Vân H, Quyền PTM. Khảo sát nguy cơ tim mạch trong 10 năm theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân Gút. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;557(2). doi:10.51298/vmj.v557i2.16684

10. So AK, Martinon F. Inflammation in gout: mechanisms and therapeutic targets. *Nat Rev Rheumatol.* 2017;13(11):639-647. doi:10.1038/nrrheum.2017.155

Summary

ASSESSMENT OF 10-YEAR CARDIOVASCULAR RISK USING THE PREVENT-ASCVD SCORE IN PATIENTS WITH GOUT AND COMORBID DIABETES MELLITUS

Assessing the risk of atherosclerotic cardiovascular disease using the PREVENT-ASCVD score in gout patients, particularly those with comorbid diabetes, is of significant importance for optimizing treatment strategies. We conducted a cross-sectional descriptive observational study on 68 patients diagnosed with gout according to the 2015 EULAR/ACR criteria and diabetes according to the 2023 ADA criteria, treated at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from October 2025 to March 2026. Upon evaluating the 10-year cardiovascular risk using the PREVENT-ASCVD score, it was observed that 72.1% of the patients had intermediate and high cardiovascular risk. Factors associated with an increased cardiovascular risk included: advanced age, hypertension, reduced estimated glomerular filtration rate (eGFR), elevated HbA1c, prolonged duration of diabetes, and the number of acute gout attacks per year.

Keywords: Gout, diabetes, cardiovascular risk, PREVENT-ASCVD.