

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Lê Thị Phương Anh^{1,2} và Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

³Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu của nghiên cứu là xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở bệnh nhân gút điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình và nhận xét mối liên quan giữa các thành tố của hội chứng chuyển hóa với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân nam giới mắc gút từ tháng 10/2025 đến tháng 03/2026. Kết quả tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo IDF (2005) là 48,6%. Nhóm bệnh nhân gút mắc hội chứng chuyển hóa có chỉ số BMI, mức độ đau khớp theo VAS, số khớp sưng và đau đều cao hơn rõ rệt so với nhóm không mắc hội chứng chuyển hóa ($p < 0,05$). Liệu pháp glucocorticoid trong điều trị gút làm tăng tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa lên tới 81,8%. Nồng độ glucose máu có liên quan chặt chẽ với hội chứng chuyển hóa ($p < 0,05$). Kết luận, tỷ lệ đồng mắc hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình ở mức cao. Hội chứng chuyển hóa làm trầm trọng hơn tình trạng viêm khớp cấp và liên quan mật thiết với béo phì, lạm dụng glucocorticoid và rối loạn đường huyết.

Từ khóa: Gút, hội chứng chuyển hóa, mối liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh lý khớp viêm mạn tính do rối loạn chuyển hóa nhân purin, gây tăng acid uric máu kéo dài và lắng đọng tinh thể monosodium urate tại khớp, mô mềm. Trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc gút có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, với tỷ lệ hiện mắc là 5,2% (2021).¹ Gút không chỉ gây hạn chế vận động, tàn phế mà còn tạo ra gánh nặng kinh tế lớn, dự báo chi phí điều trị tại Hoa Kỳ có thể tăng lên 47,5 tỷ USD vào năm 2035.²

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là tập hợp các yếu tố nguy cơ tim mạch gồm: béo bụng, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tăng glucose máu. HCCH có vai trò quan trọng trong cơ chế

bệnh sinh của bệnh tim mạch và đái tháo đường typ 2. Nhiều nghiên cứu chỉ ra bệnh nhân gút có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn hẳn cộng đồng. Tại Hàn Quốc, tỷ lệ này ở bệnh nhân gút lên tới 43,6 - 57,2%.³ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Hồng Nghị (2015) và Hoàng Quốc Nam (2018) ghi nhận tỷ lệ mắc HCCH ở bệnh nhân gút lần lượt là 45,72% và 75,9%.^{4,5} Theo kết quả của 1 số nghiên cứu, có mối liên quan chặt chẽ giữa tăng acid uric máu, gút và HCCH. Acid uric không chỉ là sản phẩm cuối của chuyển hóa purin mà còn tham gia vào cơ chế gây stress oxy hóa, rối loạn chức năng nội mô và đề kháng insulin.⁶ Các thành tố của HCCH như béo phì, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu cũng làm nặng thêm tiến triển của bệnh gút. Ngược lại, tình trạng viêm mạn tính trong gút có thể góp phần thúc đẩy sự xuất hiện của các rối loạn chuyển hóa.

Đồng mắc HCCH không chỉ làm nặng thêm tiến triển bệnh gút, gia tăng tần suất đợt cấp của

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Thủy

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phuongthuybm@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 08/05/2026

Ngày được chấp nhận: 14/06/2026

bệnh mà còn ảnh hưởng bất lợi đến tiên lượng tim mạch lâu dài. Tại Việt Nam, mô hình bệnh tật và thực trạng đồng mắc HCCH trên bệnh nhân gút chủ yếu được ghi nhận qua một số nghiên cứu tại các bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương.^{4,5} Trong khi đó, dữ liệu thực tế tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh - nơi chịu trách nhiệm quản lý và điều trị phần lớn lượng bệnh nhân gút tại địa phương - vẫn còn những khoảng trống khoa học cần được làm rõ. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình là cơ sở y tế tuyến tỉnh, đặc trưng cho mô hình bệnh tật, lối sống và đặc biệt là thực trạng lạm dụng thuốc (tự ý sử dụng corticoid) của quần thể người bệnh tại địa phương. Do đó, việc xác định tỷ lệ HCCH và phân tích các yếu tố liên quan tại đây không chỉ cung cấp bằng chứng dịch tễ lâm sàng tại chỗ, mà còn là cơ sở để xây dựng cách tiếp cận quản lý toàn diện phù hợp với năng lực và nguồn lực của hệ thống y tế tuyến tỉnh, vốn có sự khác biệt rõ rệt so với tuyến trung ương. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1) Xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa và các thành tố của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình;

2) Nhận xét mối liên quan giữa các thành tố của hội chứng chuyển hóa với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 72 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán gút điều trị nội trú hoặc đến khám ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Thái Bình từ tháng 10/2025 đến tháng 03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2015, điều trị nội trú hoặc đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa

Thái Bình.

- Nghiên cứu lựa chọn cả bệnh nhân trong giai đoạn gút cấp và gút mạn tính (có hạt tophi hoặc tổn thương khớp mạn tính).

- Bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu và có đầy đủ các dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm phục vụ cho việc đánh giá các thành tố của HCCH theo tiêu chuẩn IDF 2005.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân bị gút thứ phát sau suy thận, sử dụng thuốc gây tăng acid uric máu, mắc bệnh nội khoa nặng: Xơ gan mất bù, suy tim, sốt, nhiễm khuẩn, ung thư, không đủ tỉnh táo để trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

Cách thức chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 03/2026 được đưa vào cỡ mẫu nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Tiến hành nghiên cứu

Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và làm các xét nghiệm được thực hiện tại các khoa chuyên trách của Bệnh viện đa khoa Thái Bình theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm: các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh.

- Thông số chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, thời gian mắc bệnh gút, hoạt động thể lực, hút thuốc, uống rượu bia; tiền sử mắc bệnh; tiền sử dùng thuốc.

- Thông số lâm sàng: Số khớp sưng, số khớp đau, hạt tophi, VAS đau.

- Thông số cận lâm sàng: Glucose máu, urê, creatinin, acid uric, cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglycerid, CRP, men gan (SGOT, SGPT).

Xử lý số liệu

Sau khi nhập liệu thô, dữ liệu được lọc, làm sạch và chạy bằng phần mềm SPSS 20.0. Nghiên cứu sử dụng thống kê mô tả để tính tần suất và tỷ lệ % của bệnh nhân mắc HCCH theo tiêu chuẩn IDF 2005; để so sánh hai nhóm gút có HCCH và gút không có HCCH tìm mối liên quan chúng tôi sử dụng thuật toán Mann-Whitney test để so sánh hai giá trị trung bình, Chi-square test hoặc Fisher's Exact test để so sánh hai tỷ lệ.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Ban lãnh đạo và Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 72)

Giá trị		Mắc HCCH		Không mắc HCCH		p
		(n = 35)		(n = 37)		
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	35	100	37	100	< 0,05
	Nữ	0	0	0	0	
Nhóm tuổi	< 40	7	28	18	72	
	40 - 59	16	55,2	13	44,8	
	≥ 60	12	66,7	6	33,3	
$\bar{X} \pm SD$		52 ± 14,4		42,7 ± 15,2		
(Min - Max)		22 - 76		22 - 72		

Trong nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều là nam giới (100%), không gặp bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của nhóm mắc HCCH là 52 ± 14,4 tuổi, cao hơn nhiều so với tuổi trung bình của nhóm không mắc HCCH (42,7 ± 15,2 tuổi)

(p < 0,05).

2. Tỷ lệ mắc HCCH và các thành tố của HCCH ở bệnh nhân gút

- Tỷ lệ mắc HCCH của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 48,6% (35/72 bệnh nhân).

Bảng 2. Đặc điểm các thành tố của nhóm bệnh nhân gút có hội chứng chuyển hoá

Các thành tố	Mắc HCCH (n = 35)	
	n	%
Tăng vòng eo	35	100
Tăng huyết áp hoặc đang điều trị tăng huyết áp	33	94,3
Tăng triglycerid hoặc đang điều trị tăng triglycerid	31	88,6
Giảm HDL - Cholesterol hoặc đang điều trị giảm HDL - Cholesterol	6	17,1
Tăng glucose máu lúc đói hoặc đang điều trị ĐTĐ	23	65,7

Trong nghiên cứu, ở nhóm bệnh nhân gút mắc HCCH, số bệnh nhân mắc tăng huyết áp hoặc đang điều trị tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao

nhất (94,3%), tiếp đến là tăng triglycerid hoặc đang điều trị (88,6%), tăng glucose lúc đói hoặc đang điều trị đái tháo đường chiếm 65,7%.

Bảng 3. Số lượng các thành tố hội chứng chuyển hóa ở đối tượng nghiên cứu

Số lượng các thành tố	Mắc HCCH (n = 35)	
	n	%
2 thành tố	14	40
3 thành tố	19	54,3
4 thành tố	2	5,7

Số lượng các thành tố để đánh giá mắc HCCH (IDF 2005) trong nhóm nghiên cứu nhiều nhất là nhóm đối tượng thỏa mãn 3/4 thành tố - chiếm tỷ lệ 54,3%; tiếp đến là nhóm

có 2 thành tố (chiếm 40%).

3. Liên quan giữa HCCH với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân gút

Bảng 4. Mối liên quan giữa HCCH với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân gút

		Bệnh nhân Gút mắc HCCH (n = 35)	Bệnh nhân Gút không mắc HCCH (n = 37)	p
Thời gian mắc bệnh gút, TB $\pm$ SD (năm)		2,9 $\pm$ 3,0	1,4 $\pm$ 1,8	< 0,05
Số khớp sưng, TB $\pm$ SD		1,8 $\pm$ 1,8	1 $\pm$ 0,5	< 0,05
Số khớp đau, TB $\pm$ SD		2,2 $\pm$ 2,4	1 $\pm$ 0,7	< 0,05
Đau khớp theo VAS		7,8 $\pm$ 1,3	6,6 $\pm$ 2,7	< 0,05
Thói quen uống rượu, n (%)	Có	15 (57,7)	11 (42,3)	> 0,05
	Không	20 (43,5)	26 (56,5)	
Thói quen hút thuốc, n (%)	Có	30 (57,7)	22 (42,3)	< 0,05
	Không	05 (25)	15 (75)	
Hoạt động thể lực, n (%)	Có	23 (52,3)	21 (47,7)	> 0,05
	Không	12 (42,9)	16 (57,1)	
Lạm dụng Corticoid, n (%)	Có	9 (81,8)	2 (18,2)	< 0,05
	Không	26 (42,6)	35 (57,4)	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	< 23	0 (0)	21 (100)	< 0,05
	$\geq$ 23	35 (68,6)	16 (31,4)	

		Bệnh nhân Gút mắc HCCH (n = 35)	Bệnh nhân Gút không mắc HCCH (n = 37)	p
Hạt tophi, n (%)	Có	5 (14,3)	2 (5,4)	> 0,05
	Không	30 (85,7)	35 (94,6)	
Glucose máu (mmol/l)		5,8 ± 0,8	5,3 ± 0,7	< 0,05
Creatinin máu (mcmol/l)		93,8 ± 13,5	95,3 ± 15,7	> 0,05
Acid uric máu (mmol/l)		533,1 ± 92,3	553,8 ± 104,5	> 0,05
Cholesterol máu (mmol/l)		5,5 ± 1,26	5,1 ± 1,08	> 0,05
LDL-Cholesterol (mmol/l)		3,31 ± 0,86	3,12 ± 0,8	> 0,05
CRP (mg/dl)		21,7 ± 22,4	11,9 ± 10,3	> 0,05

Bệnh nhân gút mắc HCCH có chỉ số khối cơ thể (BMI), tỷ lệ hút thuốc và tiền sử lạm dụng glucocorticoid cao hơn so với nhóm bệnh nhân không mắc HCCH ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân đồng mắc HCCH cũng có thời gian mắc bệnh gút dài hơn, biểu hiện viêm khớp nặng hơn và nồng độ glucose máu trung bình cao hơn so với nhóm chỉ mắc gút đơn thuần ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 72 bệnh nhân nam giới mắc gút tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn IDF (2005) là 48,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huế (2020) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (49,3%).⁷ Sự tương đồng này khẳng định tình trạng đồng mắc các rối loạn chuyển hóa trên bệnh nhân gút là phổ biến tại Việt Nam. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Quốc Nam (2018) trên đối tượng người cao tuổi (75,9%), và Đỗ Thị Thanh Loan (2021) tại Hải Phòng (59,5%).^{5,8} Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, đặc biệt là độ tuổi trung bình thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như sự khác biệt về mô hình bệnh tật giữa tuyến tỉnh và các bệnh viện chuyên khoa tuyến trung ương. So với nghiên

cứu của Young Hee Rho tại Hàn Quốc (43,6% theo tiêu chuẩn ATP III), tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, củng cố nhận định bệnh nhân gút luôn có nguy cơ mắc HCCH cao hơn rõ rệt so với dân số chung.³

Về các thành tố cấu thành HCCH, bên cạnh béo bụng là tiêu chuẩn bắt buộc theo IDF 2005 (100%), tăng huyết áp là thành tố phổ biến nhất (94,3%). Tỷ lệ này phù hợp với cơ chế tăng acid uric gây hoạt hóa hệ renin-angiotensin và rối loạn chức năng nội mô mạch máu, đồng thời cao hơn một số nghiên cứu trước đây, phản ánh thực trạng kiểm soát huyết áp còn hạn chế ở bệnh nhân gút tại y tế tuyến tỉnh so với tuyến trung ương.⁴ Thành tố tăng triglyceride chiếm 88,6% và tăng glucose máu lúc đói chiếm 65,7%, một lần nữa khẳng định vai trò trung tâm của tình trạng kháng insulin - ‘mắt xích’ chung giảm hoạt tính enzym lipoprotein lipase và mối liên kết giữa bệnh gút và đái tháo đường typ 2. Ngược lại, giảm HDL-C chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,1%), cho thấy trong quần thể nghiên cứu bệnh nhân gút tại địa phương, rối loạn lipid máu chủ yếu biểu hiện dưới dạng tăng triglycerid hơn là giảm cholesterol tỷ trọng cao.

Phân tích số lượng các thành tố cho thấy nhóm thỏa mãn 3 thành tố chiếm tỷ lệ cao nhất (54,3%), tiếp theo là nhóm có 2 thành tố

(40%). Thực tế này chứng minh khi đã xuất hiện HCCH, bệnh nhân gút thường đồng mắc đa rối loạn phức tạp, đòi hỏi một chiến lược quản lý lâm sàng toàn diện thay vì kiểm soát đơn độc nồng độ acid uric. Về các yếu tố nhân trắc, nhóm gút đồng mắc HCCH có tuổi trung bình $52 \pm 14,4$ năm và tỷ lệ thừa cân/béo phì ($BMI \geq 23$) chiếm 68,6% cao hơn rõ rệt so với nhóm không mắc ($p < 0,05$), phù hợp với xu hướng tích lũy rối loạn chuyển hóa theo quá trình lão hóa. Về cơ chế bệnh sinh, mô mỡ thừa ở người béo bụng và thừa cân hoạt động như một cơ quan nội tiết tích cực, liên tục giải phóng các cytokine tiền viêm ($TNF-\alpha$, IL-6) gây stress oxy hóa và bất hoạt thụ thể insulin, trực tiếp dẫn đến tình trạng kháng insulin - cơ chế trung tâm khởi phát chuỗi bệnh lý của HCCH.⁹

Mối liên quan giữa HCCH và mức độ nặng của tình trạng viêm khớp cấp tính trong bệnh gút là một trong những điểm nổi bật ghi nhận được trong nghiên cứu. Kết quả cho thấy, thời gian mắc bệnh ở nhóm có HCCH kéo dài hơn rõ rệt ($2,9 \pm 3,0$ năm) so với nhóm không mắc ($1,4 \pm 1,8$ năm). Đồng thời các chỉ số đánh giá mức độ nặng của cơn gút cấp như điểm đau VAS ($7,8 \pm 1,3$), số khớp sưng ($1,8 \pm 1,8$) và số khớp đau ($2,2 \pm 2,4$) ở nhóm đồng mắc HCCH đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mắc ($p < 0,05$). Tình trạng đề kháng insulin và béo phì làm gia tăng nồng độ các chất trung gian hóa học gây viêm trong tuần hoàn, thúc đẩy việc kích hoạt phản ứng viêm thông qua phức hợp NLRP3 inflammasome, từ đó làm tăng mức độ phản ứng viêm khi có sự lắng đọng của tinh thể urat, làm đợt viêm khớp cấp diễn biến dữ dội và gây tổn thương nhiều khớp hơn.¹⁰ Ngoài ra, mặc dù tỷ lệ hạt tophi trong nghiên cứu còn thấp (9,7%), nhưng sự hiện diện của HCCH với tình trạng kháng insulin kéo dài có thể góp phần thúc đẩy sự lắng đọng urat tại các mô mềm để hình thành tophi thông qua cơ chế giảm bài tiết acid uric qua thận.

Về đặc điểm cận lâm sàng, nồng độ glucose máu trung bình ở nhóm mắc HCCH ($5,8 \pm 0,8$ mmol/l) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không mắc ($5,3 \pm 0,7$ mmol/l). Kết quả này phản ánh rõ nét mối liên quan giữa acid uric và sự đề kháng insulin thông qua việc gây stress oxy hóa tại tế bào nội mô và tế bào beta của tuyến tụy. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ acid uric máu, cholesterol và LDL-C giữa hai nhóm mắc và không mắc HCCH ($p > 0,05$). Kết quả này có thể do nồng độ acid uric thường dao động mạnh trong giai đoạn viêm khớp cấp hoặc do quy mô mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để bộc lộ sự khác biệt. Nhưng về cơ chế bệnh sinh, acid uric vẫn đóng vai trò là chất tiền viêm mạnh mẽ, thúc đẩy quá trình oxy hóa tại tế bào nội mô mạch máu và hoạt hóa hệ thống renin-angiotensin, từ đó góp phần gây tăng huyết áp và xơ vữa động mạch ở bệnh nhân gút.

Cuối cùng, một vấn đề thực tiễn lâm sàng đáng báo động tại địa bàn nghiên cứu là tình trạng lạm dụng thuốc chứa glucocorticoid của bệnh nhân trong điều trị gút. Số liệu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử lạm dụng glucocorticoid ở nhóm mắc HCCH cao hơn rõ rệt (81,8%) so với nhóm không mắc (18,2%) với $p < 0,05$. Việc tự ý sử dụng glucocorticoid không theo chỉ dẫn của bác sĩ để cắt cơn đau gút nhanh chóng đã trực tiếp làm trầm trọng thêm các rối loạn chuyển hóa như gây béo bụng, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và hội chứng Cushing do thuốc. Sự kết hợp giữa các rối loạn chuyển hóa nội sinh của bệnh gút và các tác dụng phụ của thuốc ngoại sinh đã tạo nên một bức tranh lâm sàng phức tạp, làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch và tàn phế lâu dài cho người bệnh. Kết quả thu được từ nghiên cứu đã phản ánh một thực trạng của bệnh nhân gút tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh từ đó chỉ ra sự cần thiết phải chuyển dịch từ mô hình điều trị triệu chứng

khớp viêm và kiểm soát acid uric máu đơn thuần sang mô hình quản lý toàn diện: tầm soát sớm HCCH, kiểm soát nghiêm ngặt các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp được (cân nặng, huyết áp, glucose máu), giáo dục người bệnh về sử dụng thuốc an toàn hợp lý nhằm hạn chế tình trạng lạm dụng glucocorticoid. Dựa vào kết quả của nghiên cứu chúng tôi đề xuất cần đo vòng eo, theo dõi huyết áp, chỉ số mỡ máu, chỉ số glucose máu định kỳ ở bệnh nhân gút đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cũng như nhận diện sớm các nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao như thừa cân, hút thuốc lá, mắc bệnh gút mạn, viêm nhiều khớp trên lâm sàng, lạm dụng glucocorticoid nhằm phát hiện sớm bệnh đồng mắc nếu có để phối hợp điều trị sớm cho bệnh nhân gút. Việc xây dựng chương trình quản lý toàn diện các bệnh đồng mắc như HCCH ở bệnh nhân gút tại tuyến tỉnh có vai trò quan trọng làm giảm nguy cơ bị biến chứng tim mạch lâu dài và gánh nặng bệnh tật trong điều kiện thực hành lâm sàng tại địa phương.

Dù đạt được một số kết quả đáng chú ý nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần được diễn giải thận trọng. Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang, do đó chỉ phản ánh được thực trạng tại một thời điểm và chưa thể xác định chắc chắn mối quan hệ nhân quả hai chiều theo thời gian giữa bệnh gút, tình trạng viêm mạn tính và các thành tố của hội chứng chuyển hóa. Bên cạnh đó do giới hạn về thời gian thực hiện nghiên cứu và nguồn lực triển khai đề tài, nghiên cứu chưa thể thực hiện theo dõi dọc để đánh giá biến động của các chỉ số sinh hóa, tần suất xuất hiện cơn gút cấp, cũng như chưa đánh giá sâu hiệu quả mang lại từ các phác đồ điều trị cụ thể. Vì vậy trong tương lai sẽ cần có thêm các nghiên cứu đoàn hệ hoặc nghiên cứu theo dõi dọc để đánh giá toàn diện hơn ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ và hiệu quả của các biện pháp can thiệp nhằm giảm tỷ lệ mắc HCCH ở bệnh nhân gút.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 72 bệnh nhân gút điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn IDF (2005) là 48,6%. Trong các thành tố của HCCH, ngoài béo bụng chiếm tỷ lệ 100%, hai thành tố chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp và tăng triglycerid máu. Bệnh nhân gút mắc HCCH có tuổi cao hơn, thời gian mắc bệnh gút dài hơn và tỷ lệ thừa cân/béo phì cao hơn so với nhóm không mắc HCCH. Ngoài ra, hút thuốc lá và tiền sử lạm dụng glucocorticoid có liên quan đến tình trạng đồng mắc HCCH. Nhóm bệnh nhân mắc HCCH cũng có biểu hiện viêm khớp nặng hơn trên lâm sàng với số khớp đau, số khớp sưng và điểm đau VAS cao hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy HCCH là bệnh đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân gút và có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ chuyển hóa cũng như đặc điểm lâm sàng của bệnh gút.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến nghị cần tăng cường tầm soát HCCH cho bệnh nhân gút tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình thông qua đánh giá định kỳ vòng eo, chỉ số khối cơ thể, huyết áp, glucose máu và lipid máu. Đặc biệt cần chú ý ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, thừa cân/béo phì, có thời gian mắc bệnh gút kéo dài hoặc có tiền sử sử dụng glucocorticoid. Bên cạnh kiểm soát acid uric máu, cần đẩy mạnh tư vấn thay đổi lối sống, kiểm soát cân nặng, cai thuốc lá và sử dụng thuốc hợp lý nhằm hạn chế các yếu tố nguy cơ chuyển hóa, góp phần giảm biến chứng tim mạch và nâng cao hiệu quả quản lý toàn diện bệnh nhân gút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Thị Thủy, Nguyễn Như Vinh, Phạm Lê An. Tỷ lệ tăng acid uric máu, tỷ lệ bệnh gút và các yếu tố liên quan đến người trưởng thành đến phòng khám y học gia đình, bệnh viện Đại học y dược Thành phố

Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 531(2): 2. doi:10.51298/vmj.v531i2.7197.

2. Card-Gowers J, Retat L, Kumar A, et al. Projected Health and Economic Burden of Comorbid Gout and Chronic Kidney Disease in a Virtual US Population: A Microsimulation Study. *Rheumatol Ther*. 2024; 11(4): 913-926. doi:10.1007/s40744-024-00681-2.

3. Rho YH, Choi SJ, Lee YH, et al. The Prevalence of Metabolic Syndrome in Patients with Gout: A Multicenter Study. *J Korean Med Sci*. 2005; 20(6): 1029. doi:10.3346/jkms.2005.20.6.1029.

4. Trần Hồng Nghị. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút điều trị tại khoa Nội thận - Khớp Bệnh viện Trung ương quân đội 108. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2015; 430(Tháng 5-Số 2/2015):155-159.

5. Hoàng Quốc Nam. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người cao tuổi có bệnh gút tại khoa Nội Xương Khớp bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018; Phụ bản tập 23 (Số 3): 232-236.

6. Mao T, He Q, Yang J, Jia L, Xu G. Relationship between gout, hyperuricemia, and obesity-does central obesity play a significant role?-a study based on the NHANES database. *Diabetol Metab Syndr*. 2024; 16(1): 24. doi:10.1186/s13098-024-01268-1.

7. Nguyễn Thị Huệ, Lưu Thị Bình. Đặc điểm cấu trúc khối cơ thể ở các bệnh nhân gút. *Tạp chí Ngoại khoa Việt Nam*. 2020; 494(2): 32-35.

8. Đỗ Thị Thanh Loan, Đỗ Tuyết Ngọc, Nguyễn Thúy Hằng. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam cao tuổi mắc bệnh gút điều trị tại khoa nội 4 Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 503(Số đặc biệt phần 2): 140-147.

9. Trayhurn P, Wood IS. Adipokines: inflammation and the pleiotropic role of white adipose tissue. *Br J Nutr*. 2004; 92(3): 347-355. doi:10.1079/BJN20041213.

10. Dalbeth N, Gosling AL, Gaffo A, Abhishek A. Gout. *Lancet*. 2021; 397(10287): 1843-1855. doi:10.1016/S0140-6736(21)00569-9.

Summary

METABOLIC SYNDROME AND ASSOCIATED FACTORS IN GOUT PATIENTS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

This cross-sectional descriptive study aimed to determine the prevalence of metabolic syndrome (MetS) and evaluate its association with clinical and paraclinical characteristics among 72 male gout patients treated at Thai Binh General Hospital from October 2025 to March 2026. The prevalence of MetS according to the IDF (2005) criteria was 48.6%. Gout patients with MetS exhibited significantly higher BMI, visual analog scale (VAS) scores, and numbers of swollen and painful joints compared to the non-MetS group ($p < 0.05$). Notably, a history of glucocorticoid abuse in gout treatment dramatically increased the prevalence of MetS up to 81.8%, and fasting blood glucose concentration was found to be closely associated with MetS ($p < 0.05$). In conclusion, the comorbidity rate of MetS among gout patients at Thai Binh General Hospital is remarkably high. The presence of MetS significantly exacerbates acute gouty arthritis and maintains a close relationship with obesity, glucocorticoid abuse, and blood glucose disorders, emphasizing the need for comprehensive metabolic management in these patients.

Keywords: Gout, metabolic syndrome, association.