SỞ Y TẾ HÀ GIANG

BỆNH VIỆN ĐA KHOA VỊ XUYÊN

.....

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Đề tài:

Khảo sát đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút

Chủ nhiệm đề tài: ThsBs. Lê San

Thành viên tham gia:

1. Cử nhân. Đào Thị Thuận

2. Cử nhân. Nguyễn Chí Lâm

Vị Xuyên 2023

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của chúng tôi. Các số liệu và kết quả trong đề tài là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào khác.

Vị Xuyên, ngày tháng 10 năm 2023

Người cam đoan

Lê San

LỜI CẢM ƠN

Với lòng biết ơn chân thành, tôi xin trân trọng cảm ơn

Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên

Xin cảm ơn sâu sắc đến tập thể lãnh đạo các khoa và nhân viên khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên.

Cảm ơn sự tạo điều kiện của các đồng chí trong khoa Nội tổng hợp đã ủng hộ và giúp đỡ động viên để tôi hoàn thành đề tài

Tôi xin chân thành cảm ơn./.

Chủ nhiệm đề tài

Lê San

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT TRONG ĐỀ TÀI

HCCH: Hội chứng chuyển hóa

VM: Vòng mông

VE: Vòng eo

ĐTĐ: Đái tháo đường

RLCH: Rối loạn chuyển hóa

RLLP: Rối loạn lipid

WHR:Tỉ lệ vòng bụng/vòng mông (Waist-hip ratio)

BMI : Chỉ số khối cơ thể (Body mass index)

Cholesteron toàn phần: TC

Triglicerid : TG

HDL - C : High Density Lipoprotein - Cholesterol
(*Cholesterol của lipoprotein có tỷ trọng cao*)

LDL - C : Low Density Lipoprotein – Cholesterol
(Cholesterol của lipoprotein có tỷ trọng thấp)

JNC : United States Joint National Committee
(*Liên ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ*)

WHO : World Health organization
(Tổ chức Y Tế thế giới)

THA : Tăng huyết áp

HATT : Huyết áp tâm thu

HATr : Huyết áp tâm trương

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....1

CHƯƠNG 1 – TỔNG QUAN.....3

1. Đại cương bệnh Gút.....3

1.1. Định nghĩa.....3

1.2. Dịch tễ học.....3

1.3. Phân loại bệnh gút.....3

1.4. Bệnh nguyên và bệnh sinh của gút:.....4

1.5. Các yếu tố nguy cơ của bệnh gút 4

1.6. Lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút.....5

1.7. Tiêu chẩn chẩn đoán bệnh gút.....9

2. Đại cương về hội chứng chuyển hóa.....10

2.1 Khái niệm về hội chứng chuyển hóa.....10

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa.....10

2.3. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng rối loạn chuyển hóa 13

2.4. Liên quan giữa HCCH và bệnh gút.....13

2.5. Liên quan giữa gút và béo phì.....13

2.6. Liên quan giữa gút và tăng huyết áp.....14

2.7. Liên quan giữa gút và đái tháo đường.....15

2.8. Liên quan giữa gút và rối loạn chuyển hóa lipid.....15

3. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút.....16

3.1. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút trên thế giới.....16

3.2. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút ở Việt Nam.....16

CHƯƠNG 2 – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....18

2.1 Đối tượng nghiên cứu.....18

2.2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu.....18
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....18
2.4. Xử lý số liệu.....22
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.....23
CHƯƠNG 3 – KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....24
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.....24
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút của nhóm nghiên cứu.....26
3.3. Đặc điểm HCCH theo NCEP-ATPIII/Gút.....30
3.4. Một số yếu tố nguy cơ dẫn đến HCCH/ gút.....33
CHƯƠNG 4 – BÀN LUẬN.....32
4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.....32
4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....32
4.3. Đặc điểm HCCH theo NCEP-ATPIII/Gút.....33
4.2. Một số yếu tố nguy cơ dẫn đến HCCH/ gút.....34
KẾT LUẬN.....35
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....36
Phụ lục 1 . Mẫu bệnh án nghiên cứu.....38
Phu lục 2. Danh sách bệnh nhân năm 2023.....41

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1. Phân loại huyết áp cho người trưởng thành (≥ 18 tuổi)…….....20

Bảng 2.2. Phân loại BMI dành cho các nước Châu Á theo WHO (2000).....22

Bảng 3.1. Đặc điểm gút có HCCH và không có HCCH 24

Bảng 3.2. Đặc điểm tuổi trong nhóm nghiên cứu 24

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo dân tộc 25

Bảng 3.4. Phân bố bố tượng theo ngề nghiệp..... 25

Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa chỉ 25

Bảng 3.6. Đặc điểm HCCH trên bệnh nhân gút..... 26

Bảng 3.7. Đặc điểm số lượng hạt tophi/BN gút 26

Bảng 3.8. Đặc điểm tình trạng hạt tophi/BN gút..... 26

Bảng 3.9. Đặc điểm số khớp viêm/BN gút..... 27

Bảng 3.10. Đặc điểm tình trạng tái phát cơn gút..... 27

Bảng 3.11. Giá tri trung bình nhóm sinh hóa, huyết học trong nghiên cứu... 27

Bảng 3.12. Các tiêu chí của HCCH trên bệnh nhân Gút 28

Bảng 3.13. Đặc điểm rối loạn lipid máu..... 28

Bảng 3.14. Đặc điểm chỉ số BMI của nhóm nghiên cứu..... 28

Bảng 3.15. Chỉ số WHR của nhóm nghiên cứu.. 29

Bảng 3.16. Đặc điểm tăng huyết áp theo JNC VI..... 29

Bảng 3.17. Đặc điểm đái tháo đường theo ADA 2010 29

Bảng 3.18. Yếu tố uống rượu bia..... 30

Bảng 3.19. Yếu tố tập luyện thể lực..... 30

Bảng 3.20. Yếu tố ăn chất đạm 30

Bảng 3.21. Yếu tố hút thuốc..... 31

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh cơn gút cấp.....6

Hình 1.2: Hình ảnh hạt tôphy ở chân.....7

Hình 1.3. Hình ảnh hạt tôphy 8

Hình 1.4. Hình ảnh hạt tôphy viêm.....9

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh khớp vi tinh thể do rối loạn chuyển hóa các nhân purin, có đặc điểm chính là tăng acid uric máu, bệnh gút thường liên quan đến: béo phì, THA, rối loạn mỡ máu, không dung nạp glucose, ĐTĐ.

Tăng acid uric máu từ lâu đã được cho là một đặc điểm phổ biến ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa (HCCH), ngay cả khi đã điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu như: giới tính, tuổi, độ thanh thải creatinin, rượu và sử dụng thuốc lợi tiểu.

Mối liên quan giữa bệnh gút và hội HCCH được đề cập đến từ năm 1977 do Cohen và Emmerso. Gần đây có nhiều nghiên cứu trên thế giới tìm hiểu về mối liên quan giữa HCCH và bệnh gút.

Một nghiên cứu ở Mỹ công bố có 60% bệnh nhân mắc bệnh gút có kèm theo hội chứng chuyển hóa. Nghiên cứu khác tại Hà Lan cho thấy 86% bệnh nhân mắc bệnh gút có kèm theo các triệu chứng của hội chứng chuyển hóa, trong đó: tăng huyết áp chiếm 43%, tiểu đường chiếm hơn 50% và tăng cholesterol máu chiếm 5% WHO đầu tiên đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH vào năm 1998.

Một trong các tiêu chuẩn của WHO bắt buộc phải có là biểu hiện của kháng insulin kết hợp với hai yếu tố nguy cơ kèm theo. Năm 1999, Hiệp hội châu Âu về Nghiên cứu kháng insulin đề xuất thuật ngữ "Hội chứng kháng insulin" và đưa ra các tiêu chí cụ thể về tăng insulin lúc đói kết hợp với hai yếu tố nguy cơ kèm theo nhưng khác hơn so với tiêu chuẩn WHO, một trong hai yếu tố đó là tăng chu vi vòng bụng. Năm 2001, Chương trình giáo dục Quốc gia Hoa kỳ về Cholesterol dành cho người lớn đã đề xuất tiêu chuẩn NCEP - ATP III, đây là tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH đơn giản hơn nhằm không bỏ sót những đối tượng có các yếu tố nguy cơ cao. Các tiêu chuẩn NCEP ATP III được Hiệp hội Tiểu đường Mỹ (ADA) cập nhật vào năm 2005, cũng trong năm này Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) sử dụng tiêu chuẩn NCEP - ATP III với đề xuất điểm cắt chu vi vòng bụng tùy theo từng chủng tộc.

Việc phát hiện sớm HCCH có vai trò quan trọng trong lâm sàng nhằm dự đoán các đối tượng có nguy cơ về bệnh tiểu đường, các biến cố và tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch và các nguyên nhân chuyển hóa khác. Tần suất của HCCH ở mỗi quốc gia phụ thuộc nhiều vào tiêu chuẩn được sử dụng để chẩn đoán và dân số nghiên cứu.

Tại Việt Nam nghiên cứu về HCCH trên bệnh nhân gút chưa nhiều và chỉ được một số ít tác giả quan tâm. Để hiểu rõ hơn về đặc điểm của HCCH trên bệnh nhân gút, giúp thầy thuốc và bệnh nhân phòng và điều trị bệnh lý này tốt hơn, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: ***"Khảo sát đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút "*** nhằm hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút nguyên phát.

2. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của HCCH trên bệnh nhân gút.

CHƯƠNG 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1. Đại cương bệnh gút

1.1. Định nghĩa:

Gút là bệnh khớp vi tinh thể do rối loạn chuyển hóa các nhân purin, có đặc điểm chính là tăng acid uric máu. Khi acid uric bị bão hòa ở dịch ngoài tế bào sẽ gây lắng đọng các tinh thể monosodium urat ở các mô. Tùy theo vị trí tích lũy của tinh thể urat ở các mô mà sẽ có các biểu hiện lâm sàng tương ứng.

Tích lũy vi tinh thể ở khớp, xương, mô mềm, sụn khớp được gọi là hạt tophi.

Viêm khớp và cạnh khớp cấp và/hoặc mạn tính, được gọi là viêm khớp do gút.

Bệnh thận và sỏi tiết niệu do gút.

1.2. *Dịch tễ học*

Trong vài thập niên gần đây do ảnh hưởng từ sự phát triển kinh tế, sự thay đổi về lối sống, tuổi thọ được nâng cao lại được quan tâm chẩn đoán nên bệnh gút đã và đang trở thành vấn đề y tế mang tính thời sự. Bệnh nhân mắc gút đa số là nam giới và lứa tuổi mắc hay gặp là tuổi trung niên.

1.3. Phân loại bệnh gút

1.3.1. Gút nguyên phát

Đa số các trường hợp là gút nguyên phát chiếm tỷ lệ > 95% trường hợp tăng acid uric máu và gút, nguyên nhân chưa xác định được có thể do di truyền và thức ăn.

1.3.2. Gút thứ phát

Gút thứ phát có tỷ lệ mắc bệnh từ 2% đến 5%, hai nguyên nhân thường gặp là suy thận mạn tính và sử dụng thuốc lợi tiểu kéo dài. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn thường sau các bệnh về máu, suy giáp, chấn thương…

1.3.3. Gút do các bất thường về enzym

Là bệnh di truyền hiếm gặp do thiếu hụt hoàn toàn hoặc một phần enzym HGPRT(hypoxanthine-guanine phosphoribosyl-transfe'rase), hoặc tăng hoạt tính của enzym PRPP(phosphoribosyl~pyrophosphate synthe'tase.

1.4. Bệnh nguyên và bệnh sinh của gút

Con người là một trong số ít các loài có men uricase không hoạt động dẫn đến tình trạng tăng acid uric máu. Acid uric (AU) được biết đến như một chất chống oxy hóa bảo vệ cơ thể chống lại sự thoái hóa, tuy nhiên khi nồng độ AU tăng cao quá độ bão hòa trong một số điều kiện nhất định sẽ kết tủa thành các tinh thể monosodium urat (MSU) lắng đọng trong các bao hoạt dịch, dịch khớp và các mô gây nên bệnh gút. Sự xuất hiện của bệnh gút có liên quan với tình trạng tăng AU mạn tính, tuy nhiên chỉ khoảng 25% các trường hợp tăng AU máu dẫn tới gút.

1.4.1. Quá trình lắng đọng tinh thể urat và hình thành viêm do tinh thể

Tăng AU dẫn đến tích lũy tinh thể urat tại mô tạo nên các micro tô phi. Khi các hạt tô phi tại sụn khớp bị vỡ sẽ khởi phát cơn gút cấp. Sự lắng đọng các vi tinh thể cạnh khớp, trong mô sụn, trong màng hoạt dịch và mô xương dẫn đến bệnh xương khớp mạn tính do gút.

1.4.2. Liên quan giữa nồng độ acid uric máu và bệnh gút

Khi nồng độ AU dưới 420m mol/l và pH bằng 7,4 AU gần như hòa tan hoàn toàn dưới dạng ion dương urat. Khi nồng độ AU máu vượt quá 420mmol/l urat sẽ kết tủa thành các tinh thể urat.

Tỷ lệ mắc mới và hiện mắc tỷ lệ thuận với tình trạng tăng acid uric máu trong cộng đồng. Nguy cơ tiến triển của bệnh gút và độ tuổi khởi phát liên quan đến khoảng thời gian và mức độ tăng acid uric trong máu, các yếu tố khác có mối tương quan chặt chẽ với nồng độ acid uric máu và tỷ lệ mắc bệnh gút là nồng độ creatinin máu, trọng lượng cơ thể, chiều cao, huyết áp và lượng rượu sử dụng.

1.5. Các yếu tố nguy cơ của bệnh gút

Giới tính: đa số bệnh nhân gút là nam giới (90-95%).

Tuổi: tuổi mắc bệnh gút ở nam giới thường là 30-35 và ngày càng có xu hướng trẻ hóa, với nữ giới thường gặp ở lứa tuổi sau mãn kinh.

Tình trạng uống rượu bia: nghiện rượu làm thúc đẩy cơn gút cấp ở người nhậy cảm. Nghiện rượu nặng trong thời gian dài dẫn đến tăng acid uric

máu do giảm khả năng đào thải của thận và tăng sản xuất acid uric, một số đồ uống có cồn đặc biệt là bia cũng là nguồn thực phẩm giầu purin.

Béo phì: một số đối tượng có chỉ số khối cơ thể (BMI) > 25 tăng nguy cơ mắc bệnh gút gấp 5 lần so với người bình thường.

Tăng acid uric và các rối loạn chuyển hóa khác: tăng glucose máu, rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng huyết áp hay xơ vữa mạch vành là các rối loạn chuyển hóa thường kết hợp với bệnh gút.

Yếu tố gia đình.

Các bệnh lý liên quan: Một số bệnh mạn tính có liên quan đến bệnh gút và tăng acid uric máu trong đó hay gặp nhất là bệnh thận. Gút cũng liên quan với béo phì, đái tháo đường, tăng lipid máu và xơ vữa động mạch.

1.6. Lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút

Hình thức chính của gút là các đợt gút cấp. Gút tiến triển qua 3 giai đoạn: 1-Tăng acid uric máu không có triệu chứng; 2-Đợt gút cấp, xen kẽ bởi các đợt không có triệu chứng và 3-Gút mạn tính.

1.6.1. Tăng acid uric máu không có triệu chứng

Hầu hết bệnh nhân tăng acid uric máu không có triệu chứng trong suốt cuộc đời, nguy cơ có cơn gút cấp hay sỏi urat thận tăng lên khi nồng độ acid uric trong máu tăng cao. Hầu hết các trường hợp gút xuất hiện sau 20 năm tăng acid uric máu. Khoảng 10 - 40% bệnh nhân gút có cơn đau quặn thận trước khi xảy ra đợt viêm khớp đầu tiên.

1.6.2. Cơn gút cấp tính:

Cơn điển hình

Có thể khởi phát ở bất kỳ khớp nào, song thường gặp khởi phát ở các khớp của chi dưới đặc biệt là ngón chân cái.

- Hoàn cảnh xuất hiện: cơn xuất hiện tự phát hoặc sau bữa ăn nhiều chất đạm hoặc uống rượu quá mức, sau một chấn thương, một can thiệp phẫu thuật, một đợt dùng thuốc: aspirin, lợi tiểu, thuốc gây hủy tế bào…
- Tiền triệu:

Rối loạn thần kinh: đau đầu, trạng thái kích thích, mệt mỏi.

Rối loạn tiêu hóa: đau thượng vị, táo bón, ợ hơi.

Rối loạn tiết niệu: đái nhiều, đái rắt.

Đặc biệt là các triệu chứng tại chỗ: khó cử động chi dưới, nổi tĩnh mạch, tê bì ngón chân cái.

- Thời điểm khởi phát: thường đột ngột vào ban đêm. Tính chất: khớp đau dữ dội, có cảm giác bỏng rát, đau làm mất ngủ, chủ yếu vào ban đêm, ban ngày có giảm đau. Thường kèm theo cảm giác mệt mỏi, đôi khi có sốt nhẹ, có thể kèm theo rét run, đau trong 5 - 6 đêm liên tiếp, ban ngày đau giảm dần có thể hết đau hoàn toàn vào ban ngày.
- Triệu chứng thực thể: khớp bị tổn thương sưng nề, da vùng khớp viêm hồng hoặc đỏ. Nếu là khớp lớn thường kèm theo tràn dịch, khớp nhỏ thì chủ yếu là phù nề.
- Đáp ứng với điều trị: nhậy cảm với colchicine, các triệu chứng viêm thuyên giảm hoàn toàn sau 48h. Đây là một dấu hiệu tốt cho phép chẩn đoán xác định ngay từ những cơn gút cấp đầu tiên.Tuy nhiên không chỉ bệnh gút mà các bệnh viêm khớp vẩy nến, giả gút, hay viêm khớp Bechet cũng đáp ứng tốt khi điều trị bằng colchicine.

Hình 1.1. Hình ảnh cơn gút cấp

Cơn không điển hình: thường gặp hơn

Biểu hiện tại chỗ chiếm ưu thế: dễ nhầm với viêm khớp nhiễm khuẩn.

Biểu hiện tràn dịch chiếm ưu thế: thường ở khớp gối, diễn biến bán. cấp dễ nhầm với lao khớp.

Biểu hiện toàn thân là chính: cơ thể suy nhược trong khi hiện tượng

viêm tại chỗ không đáng kể.

Biểu hiện bằng viêm nhiều khớp cấp: dấu hiệu gợi ý là khởi phát đột ngột, viêm 3-4 khớp, thường là ở chi dưới.

Biểu hiện cạnh khớp cấp tính: có thể đơn độc hoặc kèm theo cơn gút cấp có triệu chứng điển hình. Biểu hiện chính là viêm gân do gút, nhất là viêm gân Achille, viêm túi thanh mạc khuỷu tay, hoặc hiếm hơn có thể gặp viêm tĩnh mạch.

Các triệu chứng kèm theo:

Có thể gặp béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử cơn đau quặn thận, tiền sử dùng một số thuốc đã kể trên, tiền sử gia đình bị gút.

1.6.3. Gút mạn tính

Thời gian tiến triển thành bệnh gút mạn tính thường sau vài năm đến vài chục năm. Tổn thương có thể ở khớp ban đầu, song thường gặp là tổn thương thêm ở các khớp khác: ngón chân cái bên đối diện, khớp bàn-ngón, khớp cổ chân, gối. Khớp khuỷu, cổ tay hiếm gặp hơn, các khớp bàn tay càng hiếm gặp ở giai đoạn gút cấp song rất hay gặp ở giai đoạn gút mạn tính, ít gặp tổn thương ở khớp vai, háng, cột sống. Bệnh gút mạn tính có các biểu hiện sau: hạt tô phi, bệnh khớp mạn tính do muối urat, bệnh thận do gút.

- *Hạt tôphi*

Hình 1.2: Hình ảnh hạt toophy viêm ở chân

Nguồn gốc của hạt là do tích lũy muối urat sodium kết tủa trong mô liên kết, tạo thành các khối nổi lên dưới da mang các đặc điểm sau:

Không đau, rắn, tròn, số lượng và kích thước thay đổi.

Da phủ trên hạt tô phi bình thường hoặc mỏng, có thể nhìn thấy màu trắng nhạt của các tinh thể urat trong hạt tô phi.

Vị trí thường gặp: vành tai, mỏm khuỷu, cạnh các khớp tổn thương ở bàn chân, bàn tay, cổ tay.

Hạt có thể ở tình trạng viêm cấp hoặc dò ra chất nhão, trắng.

Hạt thường xuyên gây biến dạng, vô cảm và hạn chế vận động chức. năng của bàn tay và bàn chân trong trường hợp tiến triển lâu năm và bệnh nặng.

Tổn thương khớp mạn tính do muối urat: do tích lũy muối sodium urat trong mô cạnh khớp, trong sụn và trong xương.

Lâm sàng: tổn thương khớp xuất hiện muộn, trong thể nặng, thể tiến triển điều trị chưa thích đáng.

Vị trí tổn thương: chủ yếu ở các khớp đã bị tổn thương trong cơn gút cấp. Lúc đầu ở chi dưới, sau đó tổn thương thêm các khớp ở chi trên, đặc biệt ở khuỷu, bàn ngón tay…dễ nhầm với viêm khớp dạng thấp.

Tính chất: đau khớp kiểu cơ học, tiến triển bán cấp với các đợt cấp tính. Khớp thường bị biến dạng do hủy hoại khớp và do các hạt tô phi gồ ghề. Viêm khớp thường không đối xứng, kèm theo có cứng khớp.

Hình 1.3: Hình ảnh hạt tôphy viêm

Có thể gặp hoại tử vô khuẩn đầu xương đùi kết hợp với gút, sự kết hợp này khá thường gặp ở các bệnh nhân Việt Nam.

- Hình ảnh siêu âm khớp tổn thương do gút.

Gần đây, việc ứng dụng siêu âm đầu dò tần số cao để chẩn đoán xác định hạt tô phi tại khớp, dự báo cơn gút cấp mới được nhiều tác giả nước ngoài đề cập đến, các tác giả cho rằng hình ảnh đường đôi (double contour) rất có giá trị. Tình trạng lắng đọng tinh thể urat được phát hiện trên siêu âm tốt hơn X-quang, tỷ lệ bệnh nhân có khuyết xương của bệnh gút tăng theo thời gian mắc bệnh.

Hình 1.4: Hình ảnh hạt toophi ở tay

1.7. Tiêu chẩn chẩn đoán bệnh gút

Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh gút, ở Việt Nam thường áp dụng tiêu chuẩn do Bennett và Wood đề xuất năm 1986 do tiêu chuẩn này đơn giản, dễ thực hiện.

a) Hoặc tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp hay trong các hạt tô phi.

b) Hoặc có ít nhất hai trong bốn yếu tố sau đây:

- Tiền sử hoặc hiện tại có ít tối thiểu hai đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, sưng đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng hai tuần.
- Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như tiêu chuẩn trên.
- Có hạt tô phi.
- Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong vòng 48h) trong tiền sử hoặc hiện tại.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn a hoặc ít nhất 2 yếu tố của tiêu chuẩn b.

2. Đại cương về hội chứng chuyển hóa

2.1. Khái niệm về hội chứng chuyển hóa

Thực tế những dấu hiệu quan trọng của HCCH được Morgagni mô tả từ rất lâu, khi ông còn nhận xét rằng "Xơ vữa động mạch và béo tạng thường hay gặp ở những người con nhà dòng dõi". Ông mô tả đó là những người có đặc điểm công việc là "làm nghiên cứu sách vở, có cuộc sống tĩnh tại, thời gian ngồi làm việc hơn là vận động, có những bữa ăn thừa năng lượng"- tức là những người không phải làm việc tay chân và hoạt động thể lực, Năm1988 Raven đã tập hợp các yếu tố nguy cơ tim mạch như đề kháng insulin, tăng insulin máu, tăng triglycerid, tăng VLDL, giảm HDL-C, tăng huyết áp thành một hội chứng đặt tên là hội chứng X hay HCCH và liên hệ chúng với tình trạng đề kháng insulin.

2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng chuyển hóa

Có rất nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán, tùy thuộc vào nhóm tác giả. Chúng tôi nêu một số tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau và lấy tiêu chuẩn NCEP-ATP III sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**** Tiêu chuẩn của WHO 1999***

- *Tiêu chí bắt buộc là kháng insulin (tiêu chí A)*: được xem là có kháng insulin khi có một trong các biểu hiện sau:

+ Đái tháo đường týp II

+ Giảm dung nạp Glucose máu- IGT: sau nghiệm pháp tăng Glucose máu bằng đường uống

+ Rối loạn đường máu lúc đói- IFG

+ Đường máu bình thường nhưng tăng insulin máu

- *Các tiêu chí khác (tiêu chí B)*

+ Tăng huyết áp: huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

+ Rối loạn chuyển hóa lipid: TG > 1,7 mmol/L và hoặc HDL-C < 0,9 mmol/L (nữ), < 0,9mmol/L (nam).

+ Béo bụng: chỉ số vòng bụng/ vòng mông > 0,9 (nam); 0,85 (nữ)

hoặc BMI > 30 với người châu Âu, châu Mỹ, BMI > 27 với người châu Á

Để chẩn đoán xác định HCCH phải có 1 trong 4 điểm của tiêu chí bắt buộc (tiêu chí A) cộng với từ 2 điểm trở lên của các tiêu chí khác (tiêu chí B).

**** Tiêu chuẩn của hội các nhà nội tiết học lâm sàng Hoa Kỳ (AACE-American Association of Clinical Endocrinologists) (2003)***

+ Yếu tố chính:

- Thừa cân/béo phì (BMI ≥ 24)
- Tăng TG ≥ 1,7 mmol/L (50mg/dL)
- HDL-C thấp:
- Nam < 1,04 mmol/L
- Nữ < 1,2mmol/L.
- Tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu ≥ 130mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg
- Tăng nồng độ Glucose máu giờ thứ hai trong nghiệm pháp tăng đường máu bằng đường uống > 7,8 mmol/L.
- Đường máu lúc đói từ 6,1 - 7,0 mmol/L.

+ Các yếu tố nguy cơ khác được tham khảo như:

- Tiền sử gia đình có người mắc đái tháo đường typ II
- Tăng huyết áp, mắc bệnh tim mạch
- Hội chứng buồng trứng đa nang Hoặc có lối sống tĩnh tại, tuổi cao hoặc ở nhóm người có yếu tố nguy cơ giống như người mắc đái tháo đường typ II.

HCCH được xác định khi có ít nhất 1 yếu tố chính và 2 yếu tố phụ.

**** Tiêu chuẩn của nhóm nghiên cứu kháng insulin Châu Âu (EGIR-European group for the study of insulin resistance)***

- *Tiêu chí bắt buộc*: có tăng insulin máu.
- *Các tiêu chí khác:*
- Tăng Glucose máu: glucose máu lúc đói ≥ 6,1mmol/L.
- Tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg; hoặc đã điều trị bằng thuốc hạ áp.

- Rối loạn chuyển hóa lipid khi:

+ TG > 2,0mmol/L.

+ HDL-C < 1,0mmol/L

+ Hoặc đã điều trị rối loạn chuyển hóa lipid

- Béo bụng khi vòng bụng > 90cm (nam) và > 80cm (nữ).

Để chẩn đoán xác định phải có tăng insulin máu (tiêu chí A) với ít nhất 2 điểm của các tiêu chí khác.

**** Tiêu chuẩn của IDF (International Diabetes Frederation: liên đoàn đái tháo đường quốc tế)***

A. Béo trung tâm.

B. *Các tiêu chí khác*:

- Tăng TG > 1,7mmol/L hoặc đã có điều trị các rối loạn lipid máu bằng thuốc.
- Giảm HDL-C < 0,9mmol/L (nam); < 1,1 mmol/L (nữ); hoặc đã điều trị rối loạn lipid máu bằng thuốc.
- Tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg; hoặc đã điều trị bằng thuốc hạ áp. Glucose máu lúc đói ≥ 5,6mmol/L hoặc đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ týp II trước đó.

Chẩn đoán HCCH khi có tiêu chuẩn A cộng với ít nhất 2 tiêu chuẩn của B.

**** Tiêu chuẩn của NCEP-ATP III thuộc chương trình giáo dục về cholesterol quốc gia Hoa Kỳ (2004)***

- Béo bụng: vòng bụng ≥ 102cm (nam); 88cm (nữ).
- Huyết áp ≥ 130/85mmHg.
- Glucose máu lúc đói ≥ 5,6mmol/L.
- TG ≥ 1,7mmol/L
- HDL-C < 1,0 mmol/L (nam); < 1,3mmol/L (nữ).

**** Để xác định có HCCH phải có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.***

Hiện nay trên thế giới tiêu chuẩn NCEP-ATP III đang được áp dụng rộng rãi trong các nghiên cứu để đánh giá HCCH, do tiêu chuẩn NCEP-ATP III dễ sử dụng và phù hợp với nhiều mục tiêu nghiên cứu.

2.3. Các yếu tố nguy cơ của hội chứng rối loạn chuyển hóa

- Tuổi: Các yếu tố nguy cơ của HCCH tăng theo tuổi, đối với người > 60 tuổi, nguy cơ mắc HCCH khoảng 40%.

- Chủng tộc: người gốc Tây Ban Nha và Châu Á có nguy cơ mắc HCCH cao hơn các chủng tộc khác.

- Béo bụng (béo dạng nam): tích lũy mỡ quá mức trong mô ở trong và xung quanh bụng.

- Rối loạn chất béo trong máu tạo mảng bám: các rối loạn chủ yếu là triglycerid cao, HDL-C thấp và LDL-C cao, thúc đẩy tạo mảng bám trong thành các động mạch.

- Tăng huyết áp.

- Biểu hiện kháng Insulin hoặc giảm dung nạp glucose máu. Trạng thái Prothrombotic (nghĩa là fibrinogen hoặc nồng độ các chất ức chế hoạt hóa plasminogen 1 tăng cao trong máu).

- Trạng thái tiền viêm (C-reative protein cao trong máu).

2.4. Liên quan giữa HCCH và bệnh gút

Nồng độ acid uric trong máu phụ thuộc vào sự cân bằng giữa chế độ ăn uống, tổng hợp và bài tiết. Tăng acid uric máu là kết quả của quá trình sản xuất quá mức acid uric (10%), hoặc tăng tái hấp thu acid uric, hoặc phối hợp cả 2. Nồng độ acid uric trong giới hạn sinh lý sẽ có tác dụng chống oxy hóa và làm giảm nhẹ các tổn thương tế bào thần kinh do hậu quả của các gốc oxy hóa được tạo ra trong cơn đột quỵ, thiếu máu cục bộ cấp tính và trong các trường hợp rối loạn thần kinh.

Acid uric thúc đẩy sự phát triển của HCCH có thể là do ức chế nitric oxide synthase. Tăng acid uric máu từ lâu đã được công nhận là một đặc điểm phổ biến ở bệnh nhân có HCCH.

2.5. Liên quan giữa gút và béo phì

Béo phì là một tình trạng bệnh lý do dư thừa chất béo trong cơ thể dẫn đến tình trạng giảm tuổi thọ trung bình và tăng tỷ lệ các bất thường về sức khỏe. Tình trạng béo phì và hội chứng kháng insulin máu đều có liên quan với tăng acid uric máu. Chỉ số khối cơ thể (BMI), tỷ lệ eo/hông, và tăng cân đều

liên quan đến nguy cơ mắc bệnh gút ở nam giới. Một quan sát nhận thấy rằng, sau khi bệnh nhân giảm cân thì nồng độ urat trong huyết thanh cũng giảm .

Để xác định một người có thừa cân hay béo phì hay không người ta dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI) của người đó. (Bảng 2.2)

BMI = Cân nặng / (chiều cao)^2

Tuy nhiên hiện nay phương pháp phổ biến trên lâm sàng để đánh giá béo phì đó là đo vòng eo: Ở người châu Á khi vòng eo > 90 cm với nam giới và vòng eo > 80 cm với nữ giới là có nguy cơ béo phì cao.

Một cách đánh giá khác là đo tỷ số eo/hông (WHR – Waist to hip ration), tỷ số này ≥ 1 ở nam và ≥ 0,85 ở nữ được đánh giá là béo bụng .

+ Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Phạm Thị Diệu Hà (2003) chỉ ra rằng chỉ số khối cơ thể ở các bệnh nhân gút trung bình là 22,1 và tỷ lệ béo phì là 35%. Tỷ lệ béo trung tâm trong số các bệnh nhân gút cũng tương đối cao,

2.6. Liên quan giữa gút và tăng huyết áp

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh rất thường gặp và là một vấn đề của xã hội. Ở các nước phát triển, tỷ lệ THA ở người lớn (>18 tuổi) là khoảng gần 30% dân số, và hơn một nửa dân số >50 tuổi có THA. Cho đến nay, Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization) và hội THA quốc tế đã thống nhất gọi là THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmhg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmhg.

Theo nghiên cứu của Novo (2009) thì THA là một yếu tố nguy cơ độc lập của suy tim, bệnh mạch vành, tai biến mạch não, bệnh thận và bệnh mạch máu ngoại vi, đó cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp phát triển.

Gần đây nhiều nghiên cứu của nước ngoài đã kết luận rằng chỉ số acid uric tăng cao ở những bệnh nhân gút có thể là yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh tăng huyết áp, mặc dù acid uric cao chỉ là một hậu quả của bệnh gút nhưng qua theo dõi người ta nhận thấy nồng độ acid uric máu cao luôn đi trước sự phát triển của tăng huyết áp. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa (2012): tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh gút có tăng huyết áp giai đoạn I và II (Theo JNC-VI) chiếm 40,4% và có mối tương quan thuận giữa thời

gian mắc bệnh và tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp.

2.7. Liên quan giữa gút và đái tháo đường

Đái tháo đường (ĐTĐ) là rối loạn chuyển hóa của nhiều nguyên nhân, bệnh được đặc trưng tình trạng tăng đường huyết mạn tính phối hợp với rối loạn chuyển hóa carbohydrat, lipid và protein do thiếu hụt của tình trạng tiết insulin, đề kháng của cơ thể với tác dụng của insulin hoặc do cả hai. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo ADA-2010 : chẩn đoán xác định khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đường huyết tương bất kỳ > 11,1 mmol/l kèm theo các triệu chứng của tăng đường huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).
- Đường huyết tương lúc đói (nhịn ăn >8-14h) >7 mmol/l trong 2 buổi sáng khác nhau.
- Đường huyết tương 2 giờ sau uống 75g glucose > 11,1 mmol/l (Nghiệm pháp tăng đường huyết).
- HbA1c (định lượng bằng phương pháp sắc ký lỏng) > 6,5%.
- Đái tháo đường là một trong những bệnh rất phổ biến trên thế giới, năm 2 000 có ít nhất 171 triệu dân trên thế giới mắc đái tháo đường, chiếm 2,8% dân số, đái tháo đường tuyp 2 là phổ biến nhất, chiếm 90-95% tổng số các trường hợp ĐTĐ ở Mỹ. Bằng nhiều con đường khác nhau như béo phì, rối loạn glucose máu lúc đói, rối loạn lipid đã gây ra hiện tượng đề kháng insulin, đồng thời chính đề kháng insulin lại gây ra các rối loạn chuyển hóa khác, tạo nên vòng xoắn bệnh lý nặng nề hơn.

2.8. Liên quan giữa gút và rối loạn chuyển hóa lipid

Trước đây rối loạn chuyển hóa lipid được phân loại theo Fredrikson (1965), dựa trên điện di và li tâm các lipoprotein, phân loại này được chấp nhận bởi WHO. Các bất thường hay gặp trong rối lọan chuyển hóa lipid là tăng nồng độ cholesterol, lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C), triglycerid, và giảm nồng độ lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C). Tại Việt Nam theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan trên 60 bệnh nhân mắc bệnh gút thì có tới 37,3% số bệnh nhân chỉ rối loạn một trong các thành phần của lipid và 62,7% rối

loạn ít nhất 2 thành phần. Nhóm bệnh nhân tăng triglycerid kết hợp Cholesterol có nồng độ Trigycerid, cholesterol cao hơn nhóm bệnh nhân tăng Triglycerid đơn thuần, và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

3. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút

3.1. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút trên thế giới

Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hội chứng rối loạn chuyển hóa trên các đối tượng khác nhau, các nghiên cứu đa trung tâm được thực hiện đưa ra những giả thuyết và kết luận giá trị có tính thuyết phục cao. Trong vài thập kỷ qua hội chứng chuyển hóa đã gia tăng một cách rõ rệt, đã và đang trở thành vấn đề thời sự rất được quan tâm, chỉ tính riêng ở Mỹ trong năm 2000 đã có khoảng 27% người mắc HCCH, người có HCCH có nguy cơ phát triển các bệnh tim mạch và tăng nguy cơ tử vong cao gấp 2 đến 3 lần.

Các tác giả cũng đã tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ axit uric máu ở nhóm có hội chứng chuyển hoá với chỉ số khối cơ thể, chu vi vòng bụng, nồng độ glucose, nồng độ triglyceride và HDL-C đã logarid hoá. Tỷ lệ người có tăng axit uric máu trong cộng đồng khá cao.

3.2. Tình hình nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút ở Việt Nam

Hiện nay ở Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào về tỷ lệ HCCH trên quy mô cả nước, một số nghiên cứu ở vài địa phương như: Nghiên cứu của Trần Hữu Đàng và cộng sự tại Nghệ An (2006) nhận thấy: HCCH trên người cao tuổi thường gặp ở nữ giới (70,1%) và ở người có thói quen ít rèn luyện thể lực (57,8%), hút thuốc lá (26,3%), ăn mặn (29,1%). Trong số những người cao tuổi có HCCH, 43% có tình trạng thừa cân và béo phì, 66,5% tăng chỉ số vòng bụng và 74,3% tăng chỉ số WHR.Các yếu tố tham gia vào HCCH gặp với tỉ lệ khác nhau: giảm HDL-C (90,2%), tăng triglyxerit (74,6%), HA 130/85 mmHg (79,1%), glucose máu 6,1 mmol/l (31,3%). Nguyễn Đức Công và Nguyễn Cảnh Toàn (2006): mối liên quan giữa nồng độ axit uric với huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát; thấy nồng độ axit uric máu là 371,3 ± 85,7 với tỷ lệ axit uric khá cao 50,2%;

tỷ lê tăng axit uric tương đương nhau giữa nam nữ (47,8% và 45,0%). Chỉ số BMI ≥ 23 thấy nồng độ axit uric náu cao hơn nhóm bệnh nhân mà BMI < 23 (394,1 80,1 và ±329 ± 82,0) với p < 0,01 .

Như vậy qua một số kết quả nghiên cứu, bao gồm cả nghiên cứu cộng đồng và trong bệnh viện, các nhà khoa học đã tìm thấy mối liên quan và lượng giá được mức độ cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện HCCH trên bệnh nhân bị bệnh Gút. Những kết quả nghiên cứu sẽ là cơ sở khoa học quan trọng giúp cho các bác sĩ có được biện pháp dự phòng và điều trị hợp lý.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2..1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh gút nguyên phát theo tiêu chuẩn của Bennett-Wood năm 1968.

- Bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân khỏi nghiên cứu

- Mắc bệnh gút thứ phát.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2023 - 9/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.3.2. Nội dung nghiên cứu

2.3.2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên được chẩn đoán mắc bệnh gút nguyên phát theo tiêu chuẩn của Bennett-Wood năm 1968.

2.3.2.2. Khai thác bệnh án

a) *Phần hành chính:*

Họ, tên, tuổi, giới

Địa chỉ: chia nơi cư trú thành hai nhóm

Thành thị

Nông thôn

Nghề nghiệp: chia làm 2 nhóm:

Lao động thể lực: Làm ruộng, công nhân, buôn bán tự do…

Lao động trí óc: Nhân viên văn phòng, kế toán…

- Ghi nhận các thói quen:

Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi chuẩn của WHO về thói quen ăn uống, tính chất nghề nghiệp và tình trạng hoạt động thể lực

- Người có thói quen ăn rau, đạm động vật, mỡ, chất ngọt… là những người thích ăn và ăn nhiều rau, đạm, mỡ, thực phẩm ngọt từ 4 - 7 ngày/ tuần. Người có thói quen uống rượu: là người thường xuyên uống rượu. khi mỗi ngày trung bình uống ≥ 2 chén (khoảng 30 ml rượu mạnh hoặc 720 ml bia/ ngày) trong thời gian ≥ 2 năm liền (McFarlane, Sower JR - 2004). Uống rượu nhiều khi uống hàng ngày ≥ 4 cốc (WHO và JNC VI) và uống đều hoặc gần như hàng ngày (1 cốc: 30 ml). Uống rượu được coi là vừa khi: đối tượng uống số lượng nhiều, song không đều hàng ngày hoặc uống đều hàng ngày nhưng số lượng ít (< 60ml/lần). Uống rượu được coi là ít khi đối tượng uống không đều hàng ngày với số lượng ít (< 60 ml/lần).
- Người có thói quen hút thuốc lá: là người hút thường xuyên liên tục mỗi ngày hút ≥ 10 điếu/ngày trong thời gian 2 năm liền.
- Hoạt động thể lực: Người có hoạt động thể lực là người tập thể dục 60 phút/1 lần x 3 lần/1 tuần trong 5 năm liên tục.

b) *Nội dung nghiên cứu*

- Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn của Bennett-Wood.
- Khám tổn thương đặc trưng trong bệnh Gút:
- Vị trí khớp viêm
- Tính chất viêm khớp: di chuyển hay cố định, một khớp hay nhiều khớp, đối xứng hay không đối xứng
- Số lần tái phát
    + Thời gian trung bình mỗi đợt bị
    + Vị trí hạt Tophi
    + Số lượng, kích thước hạt Tophi
    + Tình trạng hạt tophi : vỡ hạt tophi ?
- Số lượng khớp viêm
- Thời gian mắc bệnh gút

HCCH theoNCEP-ATP III:

- Béo bụng: vòng bụng ≥ 102cm (nam); 88cm (nữ).(Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy tiêu chuẩn béo bụng của người Châu Á ở nam giới là 90cm)
- Huyết áp ≥ 130/85mmHg.
- Glucose máu lúc đói ≥ 5,6mmol/L.
- TG ≥ 1,7mmol/L
- HDL-cholesterol < 1,0 mmol/L (nam); < 1,3mmol/L (nữ).

Để xác định có HCCH phải có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.

- *Tăng huyết áp khi:*

+ Có tiền sử tăng huyết áp, đang điều trị thuốc hạ áp.

+ Đo huyết áp: BN không dùng chất kích thích trước khi đo như café, thuốc lá, rượu, không dùng các thuốc cường giao cảm, nghỉ ngơi trước đo ít nhất 10 phút.

Có nhiều cách phân loại tăng huyết áp (THA) như phân loại THA của WHO – ISH hay cách phân loại của Liên ủy ban Quốc gia về dự phòng, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp Hoa Kỳ (Joint National Committee – JNC). Nhiều tác giả theo trường phái Mỹ sử dụng phân loại theo JNC VI, vì nó đơn giản và có tính chất thực hành, cảnh báo nguy cơ các biến chứng tăng huyết áp nhiều hơn.

Bảng 2.1. Phân loại huyết áp cho người trưởng thành (≥ 18 tuổi) theo JNC VI (Joint National Committee VI)

Phân loại	**HATT (mmHg)**		**HATTr (mmHg)**
HA tối ưu	< 120	và	< 80
HA bình thường	< 130	và	< 85
HA bình thường cao	130 – 139	hoặc	85 - 89
Tăng huyết áp			
THA giai đoạn I	140 – 159	và/hoặc	90 - 99
THA giai đoạn II	160 – 179	và/hoặc	100 - 109
THA giai đoạn III	≥180	và/hoặc	≥ 110

- *Đái tháo đường*:

Bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ typ 2 và/hoặc đang dùng thuốc điều trị ĐTĐ.

Bệnh nhân có rối loạn đường máu biểu hiện trên xét nghiệm glucose máu tĩnh mạch (chỉ số sinh hóa được thực hiện ở khoa hóa sinh BV Vị Xuyên) được nhận định theo các tiêu chuẩn ADA 2010 bao gồm:

+ Đường huyết tương bất kỳ > 11,1 mmol/l kèm theo các triệu chứng của tăng đường huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).

+ Đường huyết tương lúc đói (nhịn ăn >8-14h) >7 mmol/l trong 2 buổi sáng khác nhau.

+ Đường huyết tương 2 giờ sau uống 75g glucose > 11,1 mmol/l (Nghiệm pháp tăng đường huyết).

+ HbA1c (định lượng bằng phương pháp sắc ký lỏng) > 6,5%.

- *Rối loạn mỡ máu*:

+ Đánh giá dựa vào các chỉ số sinh hóa (được thực hiện ở khoa hoá sinh bệnh viện Vị Xyên). Một bệnh nhân được xác định là có rối loạn mỡ máu khi có một hoặc nhiều các biểu hiện sau:

+ Cholesterol ≥ 5,2 mmol/l

+ Triglycerid ≥ 1,7 mmol/l

+ LDL-C ≥ 3,3 mmol/l

+ HDL < 1,03 mmol/l

- *Béo phì:* Dựa vào BMI, các chỉ số được đánh giá như sau:

Đo chiều cao (m)**:** sử dụng cân bàn Trung Quốc có gắn thước đo chiều cao (SMIC) với độ chính xác là 0,1cm (với chiều cao) và 0,1kg (với trong lượng), người đo bỏ giày dép, đứng chụm chân quay lưng vào thước đo. Gót, chân, mông, vai, đầu áp sát vào thước đo theo một đường thẳng.

- Đo trọng lượng cơ thể (kg).

+ Sử dụng cân bàn Trung Quốc có gắn thước đo chiều cao (SMIC). Cân nặng được cân vào buổi sáng khi người được cân chưa ăn sáng.

- Đo vòng bụng (cm)

+ Bằng thước dây không co giãn, tính bằng cm, sai số không quá

0,5cm. Người được đo đứng thẳng, cân đối hai bàn chân song song cách nhau 8-10cm, thở đều đo vào lúc thở nhẹ tránh co cơ.

+ Cách đo: đo vào buổi sang chưa ăn gì, đo theo mặt phẳng nằm ngang qua điểm giữa bờ dưới xương sườn và đỉnh mào chậu, thường đo qua rốn.

+ Đo vòng mông (cm) bằng thước dây không co giãn, tính bằng cm, sai số không quá 0,5cm. Người được đo đứng thẳng, cân đối hai bàn chân song song cách nhau 8-10cm, thở đều đo vào lúc thở nhẹ tránh co cơ. Vòng mông là kích thước lớn nhất được đo qua vòng mông, đo qua chỗ nhô ra của hai mấu chuyển lớn.

* Chỉ số khối cơ thể (BMI: Body Mass Index): theo hiệp hội ĐTĐ Đông Nam Á

$$BMI = \frac{\text{Trọng lượng cơ thể (kg)}}{(\text{Chiều cao (m)})^2} \quad (kg/m^2)$$

Đánh giá béo phì theo BMI dựa vào bảng sau.

Bảng 2.2. Phân loại BMI dành cho các nước Châu Á theo WHO (2000)

Phân loại	BMI	Mức nguy cơ
Thấp cân	<18,5	Thấp
Giới hạn bình thường	18,5-22,9	Trung bình
Thừa cân	23-24,9	Tăng nguy cơ
Béo phì độ I	25-29,9	Nguy cơ vừa
Béo phì độ II	>=30	Nặng

- Chỉ số vòng bụng/vòng mông (WHR: Wait hip ratio): Sử dụng công thức Vague. P (1991)

$$WHR = \frac{\text{Vòng bụng (cm)}}{\text{Vòng mông (cm)}} \quad (kg/m^2)$$

- Gọi là béo trung tâm khi có:

+ WHR ≥ 1 (ở nam giới)

+ WHR ≥ 0,85 (ở nữ giới)

2.4. Xử lý số liệu

- Xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.
- Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

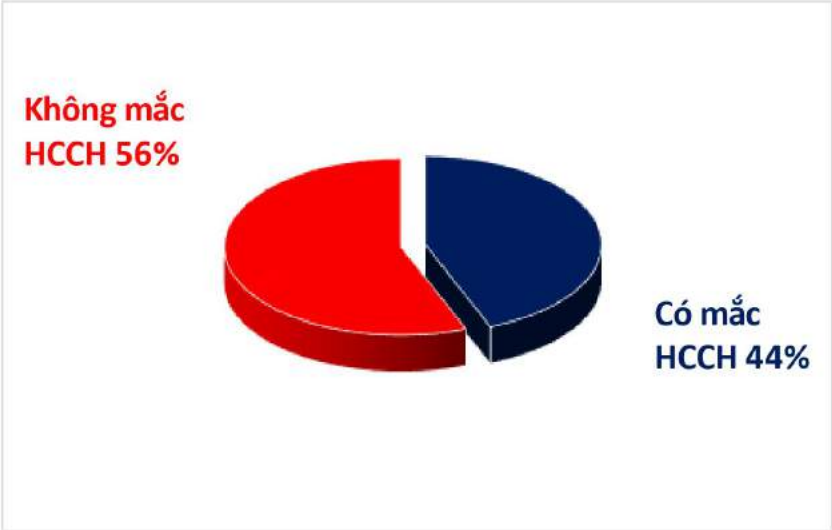
- Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.
- Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật.
- Dữ liệu thu thập được chỉ để phục vụ cho nghiên cứu, giúp cho việc phòng ngừa và điều trị bệnh được tốt hơn.
- Khách quan trong đánh giá và phân loại số liệu, trung thực trong xử lý số liệu.

CHƯƠNG 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2023 chúng tôi thu được 50 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và cho kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1. Đặc điểm gút có HCCH và không có HCCH



***Nhận xét*:** Bảng 3.1: Ta thấy trong 50 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 22 bệnh nhân mắc HCCH chiếm 44%. Có 28 bệnh nhân không mắc HCCH chiếm tỷ lệ cao hơn 56%.

Bảng 3.2. ***Đặc điểm tuổi trong nhóm nghiên cứu***

Tuổi / HCCH	HCCH(+)		HCCH(-)		Tổng	
	n=22	%	n=28	%	n=50	%
< 40	3	6%	8	16%	11	22%
41-<50	5	10%	5	10%	10	20%
51- <60	8	16%	11	22%	19	38%
>60	6	12%	4	8%	10	20%
Chung	22	44%	28	56%	50	100%
Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu **51,3 ± 11,5**						

Nhận xét*:** Bảng 3.2: Cho ta thấy độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu: ***51,3 ± 11,5.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo dân tộc

HCCH / Dân tộc	HCCH(+)		HCCH(-)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Kinh	7	14%	9	18%	17	34%
Mông	2	4%	6	12%	8	16%
Tày	8	16%	8	16%	16	32%
Khác	5	10%	5	10%	10	20%
Chung	**22**	**44%**	**28**	**56%**	**50**	**100%**

Nhận xét: Đối tượng trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 34% tiếp đến dân tộc tày 32% thấp nhất dân tộc mông chiếm tỷ lệ 16%.

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

HCCH / Nghề nghiệp	HCCH(+)		HCCH(-)		Tổng	
	n=22	%	n=28	%	n=50	%
Làm ruộng	12	24%	12	24%	24	48
Tự do	6	12%	15	30%	21	42
Cán bộ	4	8%	1	2%	5	10
Chung	**22**	**44**	**28**	**56**	**50**	**100%**

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu làm ruộng chiếm 48% tiếp đến là nghề tự do chiếm 42% thấp nhất là cán bộ chiếm 10%.

Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa chỉ

HCCH / Địa chỉ	HCCH(+)		HCCH(-)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Thị Trấn	7	14%	6	12%	13	26%
Nông Thôn	15	30%	22	44%	37	74%
Chung	**22**	**44**	**28**	**56**	**50**	**100%**

Nhận xét: Phân bố đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu sống ở vùng nông

thôn chiếm 74% thấp nhất ở thị trấn chiếm tỷ lệ 26%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.6 Đặc điểm HCCH trên bệnh nhân gút

HCCH / Gút	HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n=22	%	n= 28	%	n =50	%
Cấp	8	16%	7	14%	15	30%
Mạn	14	28%	21	42%	35	70%
Chung	22	44%	28	56%	50	100%

***Nhận xét*:** Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân gút mạn chiếm chủ yếu 35 bệnh nhân (70%), số bệnh nhân gút cấp chiếm tỷ lệ ít hơn 15 người (30%)

Bảng 3.7: Đặc điểm số lượng hạt tophi/BN gút

HCCH / Tôphy	HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng		p
	n = 9	%	n = 12	%	n = 21	%	
<10 hạt	4	8%	5	10%	9	18%	>0.005
>10 hạt	5	10%	7	14%	12	24%	
Chung	9	18%	12	24%	21	42%	

Nhận xét: *Nhóm có HCCH nổi hạt tôphy là 18% và chủ yếu trên 10 hạt và nhóm không có HCCH chiếm 24% và chủ yếu là ở nhóm trên 10 hạt tôphy không có ý nghĩa thống kê p>0,05.*

Bảng 3.8: Đặc điểm tình trạng hạt tophi/BN gút

HCCH / Tôphi	HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n =	%	n = 12	%	n = 21	%
Lành	8	16%	11	22%	19	38%
Vỡ loét	1	2%	1	2%	2	4%

Nhận xét: Đặc điểm hạt Tophy lành chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 38 % so với hạt tophy vỡ loét là 4% .

Bảng 3.9: Đặc điểm số khớp viêm/BN gút

HCCH / Khớp viêm	Có HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n = 22	%	n = 28	%	n = 50	%
Trên 5 khớp	15	30%	17	34%	32	64%
Dưới 5 khớp	7	14%	11	22%	18	36%

Nhận xét: Số khớp viêm trên 5 khớp chiếm chủ yếu là 64% so với viêm dưới 5 khớp chiếm tỷ lệ thấp hơn là 36%.

Bảng 3.10: Đặc điểm tình trạng tái phát cơn gút

HCCH / Tái phát	HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**Tỷ lệ %**
<5 lần	21	42%	25	50%	46	92%
>5 lần	1	2%	3	6%	4	8%

Nhận xét: *Đặc điểm tình trạng tái phát cơn gút của cả hai nhóm chủ yếu là dưới 5 lần/năm chiếm 92% so với số lần tái phát trên 5 lần/năm là 8%.*

Bảng 3. 11: Giá tri trung bình sinh hóa và huyết học trong nghiên cứu

Chỉ tiêu	**($\overline{X}$ ± SD)**
SGOT	30.934 ± 19.790
SGPT	30.440 ± 20.232
Albumin	41.722 ± 4.716
Protein	68.822 ± 12.202
Creatinin	102.668 ± 25.805
Acid uríc	585.210 ± 109.461
Hồng cầu	4.729 ± 0.677
Bạch cầu	11.182 ± 3.281
Tiểu cầu	231.356 ± 70.609

Nhận xét: *Trong nhóm nghiên cứu chỉ số acid Uric ở mức cao trung bình là* ***585.210 ± 109.461.***

3.2. 2. Đặc điểm HCCH theo NCEP-ATPIII/Gút

Bảng 3.12: Các tiêu chí của HCCH trên bệnh nhân Gút

HCCH / Chỉ tiêu	**Có HCCH (+)**	**HCCH (-)**	**p**
	(X ±SD)	**(X± SD)**	
HATĐ (mmHg)	132.958± 31.243	123.933 ±10.680	***<0,05***
HATT (mmHg)	87.416 ± 9.117	80.667 ± 7.248	***<0,05***
Glucose máu (mmol/L)	8.677 ± 3.0743	5.429 ± 0.889	<0.***05***
Acid Uric	592.591 ± 108673	579.036 ± 111.690	>0.005
Cholesteron	5.981± 1.940	4.339 ±1.565	***<0.05***
Triglycerit máu	3.255 ± 2.197	3.200 ± 2528	>0.05
HDL-C	1.740 ± 0.760	1.535 ± 0.722	>0,05
LDC-C	3.150 ± 1.230	2.655 ± 0.946	***<0.05***

Nhận xét: Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH và có ý nghĩa thông kê với p<0,005

Bảng 3.13: Đặc điểm rối loạn lipid máu

HCCH / Tăng lipid	**HCCH (+)**		**HCCH (-)**		**Tổng cộng**	
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**%**
Có	14	28%	11	22%	25	50%
Không	8	16%	17	32%	25	50%

Nhận xét: *Nhóm có rối loạn chuyển hóa có tăng lipid cao hơn nhóm không có HCCC chiếm tỷ lệ 28% so với 22%.*

Bảng 3.14: Đặc điểm chỉ số BMI trong đối tượng nghiên cứu

HCCH / BMI	**HCCH (+)**		**HCCH (-)**		**Tổng cộng**		**p**
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**%**	
18.5 (Thiếu cân)	5	10%	10	20%	15	30%	***<0.05***
18.5-22.9(Bình thường)	6	12%	11	26%	16	32%	
23-24.9 (Thừa cân)	11	22%	7	14%	18	36%	
Chung	22	44%	28	56%	50	100%	

Nhận xét: Chỉ số BMI bình thừa cân chiếm 36% tiếp đến là tỷ lệ bình thường 32%;

thấp nhất là thiếu cân chỉ chiếm tỷ lệ 30% và có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3.15: Chỉ số WHR của nhóm nghiên cứu

HCCH / WHR	Có HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng		p
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**%**	
<1	11	22%	6	12%	17	34%	
>1	11	22%	22	44%	33	66%	***<0,05***
Chung	22	44%	28	56%	50	100%	

Nhận xét: Chỉ số WHR >1 chiếm tỷ lệ là 66% cao hơn so với chỉ số < 1 là 34% và có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3.16: Đặc điểm tăng huyết áp theo JNC VI

HCCH / Huyết áp	Có HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n= 22	%	n=28	%	n=50	%
Bình thường	6	12%	18	36%	24	48%
Độ I	8	16%	5	10%	13	26%
Độ II	6	13%	3	6%	`9	18%
Độ III	2	4%	2	4%	4	8%
Chung	22	44%	28	56%	50	100%

Nhân xét: Trong bảng 3.16. cho ta thấy tỷ lệ tăng huyết áp bình thường chiếm 48% tiếp đến là tăng huyết áp độ I là 26% độ II chiếm tỷ lệ là 18% thấp nhất là độ III chiếm tỷ lệ 8%.

Bảng 3.17: Đặc điểm đái tháo đường theo ADA 2010

HCCH / Đái tháo đường	Có HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng cộng	
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n= 50**	%
Có	4	8%	2	4%	6	12%
Không	18	36%	26	52%	44	88%
Chung	22	44%	28	56%	50	100

Nhận xét: *Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường chiếm tỷ lệ 12% so với nhóm không có đái tháo đường là 88 %.*

3.3. Một số yếu tố nguy cơ dẫn đến HCCH ở bệnh nhân gút

Bảng 3.18: Yếu tố uống rượu bia

HCCH / *Chỉ tiêu*	*HCCH(+)*		*HCCH(-)*		p
	n =22	**%**	**n= 28**	**%**	
Lạm dụng rượu bia, uống nhiều	19	38%	5	10%	
Không uống, uống ít	3	6%	23	46%	***<0,05***
Chung	22	44%	28	56%	

Nhận xét: *Ở nhóm có HCCH có sử dụng rượu bia cao hơn nhóm không có HCCH lần lượt là 38% so với 10% và có ý nghĩa thống kê với p<0,05.*

Bảng 3.19: Yếu tố tập thể dục

HCCH	**Có HCCH (+)**		**HCCH (-)**		**Tổng cộng**		**p**
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**%**	
Không tập thể dục	16	32%	11	22%	27	54%	
Có tập thể dục	6	12%	17	34%	23	46%	***<0,05***
Chung	22	44%	28	56%	50	100%	

Nhận xét: *Nhóm có rối loạn chuyển hóa có liên quan đến chế độ tập thể dục cao* hơn nhóm không có rối loạn chuyển hóa và có ý nghĩa thống kê với p<0.005.

Bảng 3.20: Yếu tố ăn nhiều chất đạm

HCCH / Thói quen ăn nhiều chất đạm	HCCH (+)		HCCH (-)		Tổng	
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n= 50**	**%**
Có	16	32%	10	20%	26	52%
Không	6	12%	18	36%	24	48%
Chung	22	44%	28	56%	50	100%

Nhận xét: Trong bảng 3.20 nhóm có thói quen sử dụng đạm nhiều trong các bữa ăn hàng ngày chiếm tỷ lệ cao ở nhóm có HCCH lần lượt là 32% so với 20%.

Bảng 3.21: Yếu tố hút thuốc lá ở bệnh nhân gút

HCCH / Hút thuốc	**HCCH (+)**		**HCCH (-)**		**Tổng cộng**	
	n= 22	**%**	**n=28**	**%**	**n=50**	**Tỷ lệ %**
Có hút	13	26%	17	34%	30	60%
Không hút	9	18%	11	22 %	20	40%
Chung	22	44%	28	56%	50	100%

Nhận xét: Bảng 3.2. Cho ta thấy đối tượng nghiên cứu có số hút thuốc chiếm tỷ lệ cao là 60% so với tỷ lệ không hút thuốc là 40%.

CHƯƠNG 4
BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ đầu tiên. Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh gút cũng như mắc HCCH tăng cao khi tuổi bệnh nhân cao, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 51,3 ± 11,5. Nghiên cứu chứng tỏ tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh gút cao và các rối loạn chuyển hóa khác. Bảng 3.1 cho ta thấy trong 50 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có 22 bệnh nhân mắc HCCH chiếm 44% và có 28 bệnh nhân không mắc HCCH chiếm tỷ lệ cao hơn 56%.

Phân bố đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu sống ở vùng nông thôn chiếm là 74% thấp nhất ở thị trấn chiếm tỷ lệ 26%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt tác giả Đinh Thị thu Hiền năm 2012 có tỷ lệ ở thành thị là 63,72% so với ở nông thôn là 36,28%. Điều này giải thích rằng nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu trên phạm vi của huyện vùng cao và chủ yếu là vùng nông thôn, hiện nay mức sống bình quân của khu vực nông thôn khá giả hơn chất lượng bữa ăn ngày được cải thiện và nâng cao hơn.

Bảng 3.3 cho thấy đối tượng trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 34% tiếp đến dân tộc tày 32% thấp nhất dân tộc mông chiếm tỷ lệ 16%. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu làm ruộng chiếm 48% tiếp đến là nghề tự do chiếm 42% thấp nhất là cán bộ chiếm 10% và đối tượng nghiên cứu sống chủ yếu ở nông thôn điều này phù hợp vì huyện Vị Xuyên là một huyện vùng cao sống chủ yếu về nghề nương rẫy, ruộng nương

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân gút mạn chiếm chủ yếu 35 bệnh nhân (70%), số bệnh nhân gút cấp chiếm tỷ lệ ít hơn 15 người (30%), Nghiên cứu này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Đinh Thị thu Hiền năm 2012 tỷ lệ bệnh nhân gút mạn tính là 68,2% và gút cấp là 31,8%. Bảng 3.7. Nhóm có HCCH nổi hạt tôphy là 18% và chủ yếu trên 10 hạt và nhóm không có HCCH chiếm 24% và chủ yếu là ở nhóm trên 10 hạt tôphy không có

ý nghĩa thống kê p>0,05, điều này giải thích rằng khi đã bị gút mạn tính xuất hiện nổi hạt tôphy thì xuất hiện rất nhiều khớp như các khớp gối, khuỷu cổ tay, chân, bàn ngón tay, bàn ngón chân. Bảng 3.8. Đặc điểm hạt Tophy lành chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 38 % so với hạt tôphy vỡ loét là 4%, điều này giải thích rằng hạt vỡ loét hạt tôphy liên quan chế độ ăn, uống, vệ sinh, luyện tập và tỷ lệ tái phát đợt cấp của gút mạn.

Bảng 3.9. Số khớp viêm trên 5 khớp chiếm chủ yếu là 64% so với viêm dưới 5 khớp chiếm tỷ lệ thấp hơn là 36%. Bảng 3.10. Cho thấy đặc điểm tình trạng tái phát cơn gút của cả hai nhóm chủ yếu là dưới 5 lần/năm chiếm 92% so với số lần tái phát trên 5 lần/năm là 8%. Điều đó chứng tỏ rằng bệnh gút liên quan đến rất nhiều yết tố như chế độ thuốc, chế độ luyện tập, đặc biệt là chế độ ăn uống, tỷ lệ tái phát và khởi phát cơn gút rất cao. Bảng 3.11. Cho thấy trong nhóm nghiên cứu chỉ số acid Uric ở mức cao trung bình là 585.210 ± 109.461, điều này phù hợp với bệnh gút trong nghiên cứu và cũng là các tiêu chuẩn giúp cho các bác sĩ chẩn đoán xác định bệnh gút.

4.3. Đặc điểm HCCH theo NCEP-ATPIII/Gút

Bảng 3.12. Cho thấy huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, Glucose, Cholestron, LDL-C, có liên quan đến gút, điều đó chứng tỏ rằng tăng huyết áp và tăng cholesteron, tăng glucose ở đối tượng có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH và có ý nghĩa thông kê với p< 0,005. Bảng 3.13. cho thấy tỷ lệ có tăng lipid máu ở nhóm có HCCH và nhóm không có HCCH là tương đương nhau đều chiếm tỷ lệ 50%. Chỉ số BMI bảng 2.14, tỷ lệ thừa cân chiếm 36% tiếp đến là tỷ lệ bình thường 32%; thấp nhất là thiếu cân chỉ chiếm tỷ lệ 30% và có ý nghĩa thống kê với p<0,05, điều này chứng tỏ rằng thừa cân, béo phì cũng là yếu tố gây rối loạn chuyển hóa ở bệnh nhân gút. Bảng 3.15 cho thấy Chỉ số WHR >1 chiếm tỷ lệ là 66% cao hơn so với chỉ số < 1 là 34% và có ý nghĩa thống kê với p<0,05, điều đó có ý nghĩa là chỉ số Vòng bụng/vòng eo càng lớn thì nguy cơ mắt bệnh gút và mắc các rối loạn chuyển hóa càng cao. Trong bảng 3.16. cho ta thấy tỷ lệ tăng huyết áp bình thường chiếm 48% tiếp đến là tăng huyết áp độ I là 26% độ II chiếm tỷ lệ là 18% thấp nhất là độ III chiếm tỷ lệ 8%.

Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường chiếm tỷ lệ 12% so với nhóm không có đái tháo đường là 88 %(bảng 3.17) điều này giải thích rằng các bệnh nhân đái tháo đường đủ tiêu chuẩn được đưa vào đối tượng nghiên cứu, những trường hợp không đủ tiêu chuẩn đều bị loại nên trong đối tượng nghiên cứu ít hơn đối tượng nghiên cứu không bị bệnh đái tháo đường là phù hợp.

4.4. Một số yếu tố nguy cơ dẫn đến HCCH/ gút

Trong bảng 3.18. Cho ta thấy việc sử lạm dụng, sử dụng rượu bia nhiều có liên quan đến bệnh gút, trong nghiên cứu trên cho thấy đối tượng nghiên cứu có rối loạn chuyển hóa có liên quan đến chế độ tập thể dục cao hơn nhóm không có rối loạn chuyển hóa và có ý nghia thống kê với $p<0.005$. Bảng 3.19 cho thấy việc tập thể dục thường xuyên có giảm tỷ lệ béo phì nhất là béo bụng là nguy cơ dẫn đến các rối loạn chuyển hóa, nhất là rối loạn chuyển hóa lipid, đái tháo đường, gút, và các bệnh về tim mạch, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh gút ở nhóm có rối loạn chuyển hóa có liên quan đến chế độ tập thể dục cao hơn nhóm không có rối loạn chuyển hóa và có ý nghia thống kê với $p<0.005$. Bảng 3.20 Cho thấy việc sử dụng quá nhiều chất đạm trong bữa ăn hàng ngày, kèm theo không luyện tập thể thường xuyên gây nên thừa cân và béo bụng và thừa các chất trong cơ thể và từ đó gây ra các rối loạn chuyển hóa trong cơ thể. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng nghiên cứu có thói quen sử dụng đạm nhiều trong các bữa ăn hàng ngày chiếm tỷ lệ cao ở nhóm có HCCH lần lượt là 32% so với 20% và có ý nghĩa thông kê với $p<0,05$. Bảng 3.21. Cho ta thấy cứu số hút thuốc chiếm tỷ lệ cao là 60% so với tỷ lệ không hút thuốc là 40% điều này chứng tỏ ràng hút thuốc là yếu tố liên quan đến rối loạn chuyển hóa ở bênh nhân gút, kết quả này cao hơn với nghiên cứu của tác giả giả Đinh Thị thu Hiền năm 2012 lần lượt là 51,33% so với 48,7%, điều này giải thích rằng thói quen và phong tục tập quán, trình độ dân trí của đồng bào dân tộc thấp việc sử dụng rượu và thuốc lá trong cộng đồng còn rất cao là yếu tố liên quan đến rối loạn chuyển hóa trên bệnh nhân gút.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP-ATP III ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút nguyên phát

- Số bệnh nhân gút có mắc hội chứng chuyển hóa chiếm 44%.

- Những bệnh nhân Gút có HCCH kèm theo thường có các biểu hiện bệnh lý rối loạn chuyển hóa lipid máu (50%), đái tháo đường (12%), có nguy cơ béo phì ở mức độ vừa (36%).

2. Một số yếu tố nguy cơ của HCCH ở bệnh nhân gút

- Lạm dụng rượu, bia gây nguy cơ mắc HCCH cao trong đối tượng nghiên cứu lần lượt là 38% so với 10%.

- Nhóm có HCCH ở bệnh nhân gút không tập thể dục thường xuyên chiếm tỷ lệ cao hơn lần lượt là 32% và 12%.

- Thói quen sử dụng nhiều chất đạm là nguy cơ mắc HCCH cao ở bệnh nhân gút chiếm tỷ lệ lần lượt là 32% so với 12%.

- Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ ở người có HCCC ở bệnh nhân gút cao hơn so với người không hút thuốc lá lần lượt là 26% so với 18%

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC XÁC NHẬN
CHỦ TỊCH

CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI

LÊ SAN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh Học Cơ Xương Khớp nội khoa. 2011: NXB giáo dục Việt Nam.
2. Bệnh viện Nhân dân 115 (2019), Hội thảo chuyên môn: Kiểm soát hiệu quả bệnh gút.
3. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế (2018), "Bệnh gút", Bài giảng sau đại học - Bệnh học Cơ xương khớp, tr. 86-97.
4. Bộ môn Nội-Trường Đại học Y Hà Nội (20011), *Bệnh học nội khoa,* tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Bộ môn Sinh lý học-Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Sinh lý học,* tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, WHO (2010), *Điều tra sử dụng thuốc lá trong người trưởng thành (GATS) năm 2010,* Bộ Y tế.
7. Đinh Thị Thu Hiền (2012), "Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nam giới mắc bệnh gút", luận văn thạc sĩ y học, đại học Y hà Nội.
8. Lê Anh Thư (2017), "Rối loạn chuyển hóa Purin và các bệnh liên quan", Diễn đàn Tạp chí Nội khoa Việt Nam - Số đặc biệt tháng 6, tr. 119-126.
9. Lý Huy Khanh, Lê Thanh Chiến, Đỗ Công Tâm, Nguyễn Thị Thu Vân, Đôn Thị Thanh Thủy, Hà Thị Yến Trang (2011), "Khảo sát mối tương quan giữa tăng huyết áp với BMI, vòng eo, tỉ số eo mông ở người dân phường Hòa Thạnh quận Tân Phú", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 15(4), tr 23-27.
10. Nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân gút, 2012, Học viện quân y.
11. Mai Thế Trạch và cộng sự . *Hội chứng chuyển hóa*. Nội tiết học đại cương. 2007, Nhà xuất bản Y học.
12. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh gút có hạt tophi,, 2006, Đại học Y Hà Nội.
13. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2018), Tiếp cận chẩn đoán và điều trị bệnh Gút ở người tăng huyết áp tại tuyến cơ sở, Báo cáo tại Đại hội tim mạch toàn quốc.

14. Trần Hữu Dàng (2008), "Béo phì", Giáo trình sau đại học chuyên nghành nội tiết và chuyển hóa, Nxb Đại học Huế, tr. 304-312.

15. Trần Thừa Nguyên, Trần Trung Thông, Trần Hữu Dàng (2011), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người béo phì với BMI ≥ 23 kg/m^2", *Tạp chí Y học thực hành,* số 76, tr 42-47.

Phụ lục 1:

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I/- HÀNH CHÍNH:

1. Họ và Tên:……Tuổi:……..

2. Địa chỉ:……

3. Số điện thoại:……

4. Nghề nghiệp:

- Lao động thể lực (làm ruộng, công nhân, buôn bán…)……....□

- Lao động trí óc (công chức,văn phòng, kế toán…)……..□

- Ở nhà (người cao tuổi ≥60 tuổi, nội trợ, mất sức lao động…) ……

.5.Ngày vào viện:……Ngày ra viện:……

6. Lý do vào viện:……

7. Chẩn đoán:

II/- HỎI BỆNH

1. Thời gian mắc bệnh gút: (ghi rõ số năm mắc bệnh)

2.Tiền sử:

* Hút thuốc lá: 1. Có □ 2. Không □ có= ≥ 10 điếu =2 năm

* Uống rượu,bia:

+ Thường xuyên □ ≥ 30ml rượu hoặc/và ≥ 720ml bia trong= 2 năm

- Nhiều: □ ≥ 120ml rượu, hàng ngày

- Vừa: □ ≥ nhiều không đều, hoặc không đều ≤ 60ml

- Ít: □ ≤ 60ml/ lần, không đều

* Thói quen ăn chất đạm động vật, mỡ, chất ngọt:

1: Ăn nhiều (5-7 ngày/tuần)

2: Ăn vừa(3-,5 ngày/tuần)

3. Bình thường

* Hoạt động thể lực: có/không: …..

Có hoạt động thể lực = tập thể dục 30 phút/lần x 3 lần/tuần trong 5 năm liên tục.

Tiền sử mắc bệnh	Có	Không

Tăng huyết áp		
Đái tháo đường typ 2		
Rối loạn mỡ máu		
Bệnh tim mạch		
Suy thận		
Sỏi thận		

* Tiền sử dùng thuốc: 1: có 2 : không

III/- CÁC THĂM KHÁM LÂM SÀNG KHÁC

1.Chỉ số cơ thể: Chiều cao:……(cm) Cân nặng:……(kg)

BMI:

- Vòng bụng:…cm Vòng mông:…..cm WHR : ≥ 0,95 □ < 0,95

2. Huyết áp

- Đo huyết áp: HA tâm thu……mmhg, HA tâm trương ……mmhg

+ 0. Bình thường 1. Độ I 2. độ II 3. độ 3

3. Khám tổn thương đặc trưng trong bệnh Gút

* Khớp:

-Số lượng khớp sưng, đau:

- Số khớp biến dạng:

- Tính chất viêm khớp:

* Hạt tô phi:

-Số lượng:

-Vị trí:

- Kích thước:

- Tình trạng loét, vỡ, viêm (có/không)

* Số lần tái phát/năm:

*Thời gian trung bình mỗi đợt bị:

4. Siêu âm bụng:

5: Xét nghiệm

Xét nghiệm	Thông số	Giá trị mmol/l	Bình thường	Tăng	Giảm

Sinh hóa	CRP (mg/dl)				
	Acid Uric máu (umol/l)				
	Creatinin (umol/l)				
	Glucose (mmol/l)				
	Protein TP (g/l)				
	Albumin (g/l)				
	Cholesterol (mmol/l)				
	Triglycerid (mmol/l)				
	HDL-cho (mmol/l)				
	LDL-cho (mmol/l)				
	GOT (UI/l)				
	GPT (UI/l)				
Huyết học	Hồng cầu				
	Bạch cầu				
	Tiểu cầu				

Phụ lục 2:

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NĂM 2023

	Họ Và tên	Tuổi	Địa chỉ	Ngày vào viện	Mã BA
1	Lìu Seo L	57	1	02/03/2023	230009667
2	Lưu Văn T	46	2	20/3/2023	2300013100
3	Sèn Đức V	46	1	21/3/2023	2300013244
4	Đặng Văn H	39	2	21/3/2023	2300013227
5	Lê Min T	66	1	27/3/2023	2300013470
6	Lê Minh T	55	1	28/3/2023	2300014557
7	Lý Văn K	39	2	29/3/2023	2300014943
8	Hoàng Văn Đ	58	2	31/3/2023	2300015222
9	Nguyễn Xuân H	40	1	03/04/2023	230003294
10	Dương Văn L	35	2	05/4/2023	2300016084
11	Đặng Văn N	56	2	5/4/2023	2300016302
12	Pảo Thìn Nh	52	2	18/4/2023	2300019116
13	Chẩu Văn C	36	2	24/4/2023	2300020711
14	Mai Đức Th	58	2	24/4/2023	2300020633
15	Nông Văn Th	44	2	25/4/2023	2300020815
16	Giàng Xuân D	35	2	27/4/2023	2300021323
17	Nguyễn Thị H	75	1	27/4/2023	2300021371
18	Chẩu Thanh Ng	57	2	10/5/2023	2300023509
19	Nguyễn Văn H	38	2	10/5/2023	2300023391
20	Hoàng Văn S	58	2	16/5/2023	2300024441
21	Nông Văn Tr	49	2	22/5/2023	2300025583
22	Lù Văn H	36	2	23/5/2023	2300025843
23	Thương Thái Q	61	1	24/5/2023	2300026144
24	Lục Văn Th	52	1	25/5/2023	2300026390
25	La Văn Duy	34	2	31/5/2023	2300027264
26	Hoàng Văn H	57	2	01/6/2023	2300027506
27	Vi Văn T	47	1	06/6/2023	2300028191
28	Phùng Văn S	57	2	09/6/2023	2300028987

29	Bế Quốc T	74	2	12/6/2023	2300029515
30	Nông Văn Th	55	2	12/6/2023	2300029297
31	Cấn Minh T	42	2	13/6/2023	2300029739
32	Pảo Thìn Nh	52	2	24/6/2023	2300031731
33	Dương Đức T	72	1	12/6/2023	2300029412
34	Phạm Xuân X	52	1	04/7/2023	2300033248
35	Đặng Văn S	35	2	06/7/2023	2300033642
36	Hoàng Đức H	59	2	20/7/2023	2300036253
37	Nguyễn Thành L	52	2	03/7/2023	2300032862
38	Lưu Văn H	29	2	05/08/2023	2300039111
39	Nguyễn Đức H	49	2	05/8/2023	2300039104
40	Lý Hải Đ	60	2	06/08/2023	2300039128
41	Dương Ngọc T	72	1	17/08/2023	2300041264
42	Bàn Văn S	49	2	21/08/2023	2300041876
43	Phạm Cao H	67	1	22/8/2023	2300042074
44	Ma Seo S	58	2	11/8/2023	2300040224
45	Phan Thanh Đ	65	2	16/8/2023	2300041185
46	Lương Văn Ng	58	1	21/9/2023	2300047430
47	Chương Văn D	49	1	22/09/2023	2300047513
48	Lu Văn Ph	87	1	02/09/2023	2300043888
49	Hoàng Văn L	61	1	07/09/2023	2300044664
50	Hoàng Văn Đ	71	2	11/09/2023	2300045430

Xác nhận của Phòng KH-TH **Người thu thập**

Lê San