

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT CAO TUỔI NHẬP VIỆN

Nguyễn Thị Hằng

Trường Đại học Y khoa Vinh

Gút là bệnh viêm khớp do rối loạn chuyển hóa acid uric, thường gặp ở người cao tuổi với đặc điểm diễn tiến mạn tính và các đợt cấp tái phát, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố liên quan đến số đợt gút cấp hàng năm ở người cao tuổi. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 110 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015, tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An từ 01/2024 đến 09/2024. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn, khám lâm sàng và xét nghiệm, phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Kết quả nghiên cứu cho thấy 91,8% bệnh nhân là nam, tuổi trung bình $67,6 \pm 6,5$. Tỷ lệ có ≥ 2 đợt gút cấp/năm là 46,4%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: tiền sử uống rượu ($p=0,014$), BMI ≥ 23 ($p=0,003$) và thể gút mạn tính ($p<0,001$). Nồng độ acid uric máu trung bình là $462,1 \pm 103,3 \mu\text{mol/L}$. Kết quả góp phần định hướng quản lý và dự phòng đợt cấp ở người bệnh gút cao tuổi.

Từ khóa: Gút, người cao tuổi, yếu tố nguy cơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là một dạng viêm khớp ngoại vi do rối loạn chuyển hóa acid uric, dẫn đến sự lắng đọng tinh thể monosodium urate (MSU) tại các khớp và mô mềm. Quá trình này gây ra các biểu hiện lâm sàng đa dạng như viêm khớp cấp, viêm phần mềm quanh khớp, hạt tophi, sỏi thận và tổn thương thận mạn do gút [1], [2]. Bệnh thường gặp ở nam giới, đặc biệt trong độ tuổi trung niên (30-50 tuổi), trong khi ở nữ giới thường khởi phát muộn hơn, chủ yếu sau mãn kinh [1].

Ở nhóm đối tượng cao tuổi, các rối loạn chuyển hóa đôi khi không biểu hiện rõ, còn ở người trẻ thường trở nên phổ biến và rõ rệt hơn. Gút ở người cao tuổi thường kèm theo các bệnh lý nền như đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì, xơ vữa động mạch và gan nhiễm mỡ, cùng với ảnh hưởng từ các yếu tố lối sống như uống ít nước, chế độ ăn không hợp lý và căng thẳng kéo dài. Những yếu tố này không chỉ làm tăng nguy cơ tái phát mà còn ảnh hưởng đến mức độ biểu hiện bệnh, tiến triển nặng hơn và khó kiểm soát [3,4]. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút ở người cao

tuổi cũng có nhiều điểm khác biệt so với người trẻ. Bệnh có thể khởi phát không điển hình, biểu hiện ở các khớp ít gặp hoặc có các triệu chứng mơ hồ, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cơ xương khớp khác. Giá trị trung bình của các chỉ số viêm như CRP, bạch cầu, tốc độ máu lắng thường tăng cao hơn bình thường [5]. Ngoài ra, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm hay X-quang có thể gặp khó khăn trong phát hiện tổn thương nếu không được thực hiện và đánh giá đầy đủ [2].

Tại Việt Nam, mặc dù đã có một số nghiên cứu về bệnh gút nói chung, song các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm bệnh học ở người cao tuổi còn tương đối ít. Một nghiên cứu gần đây của Ngô Hoàng Long cho thấy có sự khác biệt rõ rệt về biểu hiện lâm sàng, mức độ viêm và tăng acid uric máu ở nhóm bệnh nhân cao tuổi [5]. Tuy nhiên, vẫn cần thêm các nghiên cứu có quy mô và thiết kế phù hợp để mô tả rõ hơn những đặc điểm này, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân gút cao tuổi điều trị nội trú tại Khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An.

Tác giả chính: Nguyễn Thị Hằng
Email: bshanghstc@gmail.com

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện ở bệnh nhân gút từ 60 tuổi trở lên điều trị tại khoa Nội Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An, trong thời gian từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 09 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán xác định bệnh gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015 của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống thấp khớp châu Âu, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh lý cơ xương khớp mạn tính khác (như viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến,...); bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính; bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi do rối loạn tâm thần hoặc rối loạn ngôn ngữ.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với mẫu chọn thuận tiện, chúng tôi đã thu nhận được 73 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn trực tiếp, khám lâm sàng và thu thập các kết quả cận lâm sàng từ hồ sơ bệnh án.

3. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0, áp dụng các phương pháp thống kê y học phù hợp với mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

4. Biến số nghiên cứu

Giới: nam và nữ.

Các bệnh lý đồng mắc: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, sỏi tiết niệu, viêm dạ dày, bệnh mạch vành, đái tháo đường type 2, hội chứng cushing do thuốc.

Số khớp viêm: biến thứ tự gồm có 4 giá trị: 1 khớp, 2 khớp, ≥ 3 khớp.

Thể bệnh gút: cấp hay mạn.

Thời gian mắc gút : số năm.

Đặc điểm khớp viêm: Bao gồm các triệu chứng đỏ khớp, không chịu được lực ép và thấy khó khăn khi đi lại.

Đặc điểm về thời gian đau: Liên quan đến các đặc điểm thời gian đau tối đa < 24 h, khởi hoàn toàn trong 14 ngày và khởi hoàn toàn giữa các đợt cấp.

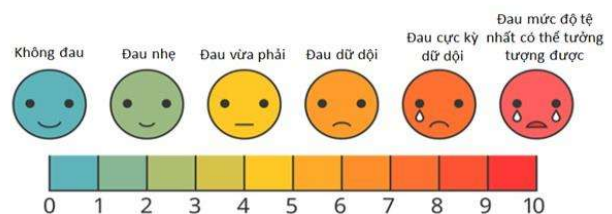
Mức độ đau khớp được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale): Bệnh nhân được yêu cầu tự đánh giá mức độ đau của mình dựa trên thang điểm từ 0 đến 10, với các mức phân loại như sau:

+ 1-3 điểm: Đau nhẹ.

+ 4-6 điểm: Đau vừa.

+ 7-10 điểm: Đau nhiều.

Thang đo mức độ đau



Cận lâm sàng: Chỉ số xét nghiệm sinh hóa Acid Uric ($\mu\text{mol/L}$), CRP (mg/l), máu lắng (mm/l).

5. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung, phương pháp nghiên cứu và các quyền lợi liên quan. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện. Thông tin cá nhân và dữ liệu thu thập từ người bệnh được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu không can thiệp vượt quá các quy trình chẩn đoán và điều trị thông thường, đảm bảo không gây ảnh hưởng đến sức khỏe hay quyền lợi của người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

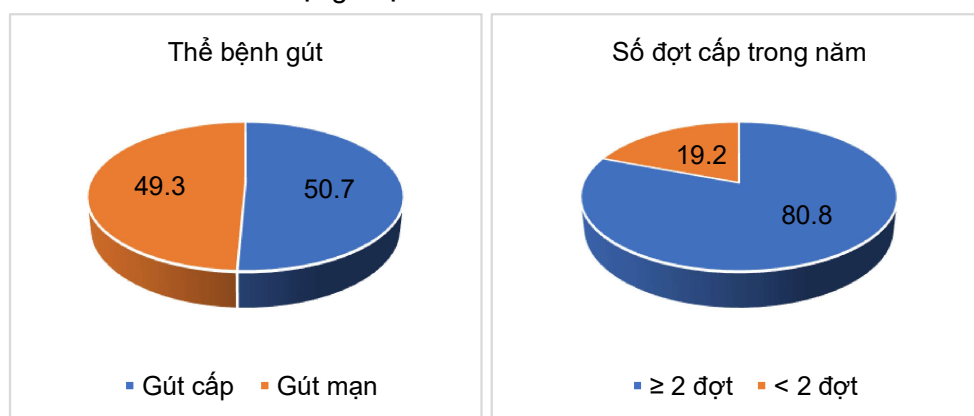
Đặc điểm		n	%
Độ tuổi	60 - 69	48	65.8
	70 - 79	17	23.3
	≥ 80	8	11
Giới	X ± SD	67.6 ± 1.0	
	Nam	67	91.8
BMI	Nữ	6	8.2
	Gầy (<18.5)	4	5.5
	Bình thường (18.5 - 22.9)	42	57.5
	Thừa cân (23 - 24.9)	23	31.5

Nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,8%, trong khi nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 11,0%. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế tuyệt đối với 91,8%. Về chỉ số khối cơ thể (BMI), có 31,5% bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân và 5,5% bệnh nhân béo phì.

Bảng 2. Bệnh lý đồng mắc và thói quen sinh hoạt

Bệnh kèm theo	n	%
Tăng huyết áp	40	54.8
Rối loạn mỡ máu	21	28.7
Bệnh mạch vành	17	23.3
Đái tháo đường	20	27.4
Bệnh thận mạn	10	13.7
Lạm dụng rượu bia	46	63
Hội chứng cushing	11	15
Sỏi tiết niệu	7	9.6

Trong số các bệnh lý đồng mắc ở bệnh nhân gút cao tuổi trong nghiên cứu, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 40%, tiếp theo là rối loạn lipid máu (21%) và đái tháo đường (20%). Bên cạnh đó, có 46% bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu bia.



Biểu đồ 1: Thể bệnh gút và số đợt cấp trong năm ở người cao tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gút mạn và gút cấp có tỷ lệ gần bằng nhau. Có tới 80.8% bệnh nhân có diễn biến ≥ 2 đợt cấp trong năm.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân gút cao tuổi

Đặc điểm		n	%
Thời gian mắc bệnh	<5 năm	33	45.2
	5-10 năm	14	19.2
	>10 năm	26	35.6
	X ± SD	8.6 ± 6.8	
Số đợt cấp trong một năm	X ± SD	3.3 ± 1.8	
	Đau vừa (4-6)	22	30.1
	Đau nhiều (7-10)	51	68.9
	X ± SD	7.5 ± 1.5	
Số khớp viêm	X ± SD	1.2 ± 0.6	

Thời gian mắc bệnh gút trung bình của nhóm bệnh nhân là $8,6 \pm 6,8$ năm. Có 26 bệnh nhân (35,1%) có thời gian mắc bệnh trên 10 năm. Mức độ đau tại thời điểm đau nhiều nhất ghi nhận trung bình là 7,5 điểm (theo thang điểm VAS), trong đó có 51 bệnh nhân (68,9%) báo cáo mức độ đau nhiều. Số khớp bị đau trung bình là 1,2 khớp.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân gút cao tuổi.

Đặc điểm	Giá trị	Kết quả
Máu lắng (mm/l)	<20	28 (39.4%)
	≥ 20	45 (61.6%)
	X±SD	41.8 ± 20.7
CRP (mg/L)	<5	14(19.2%)
	≥ 5	59 (80.8%)
	X±SD	48.5±40
Acid Uric máu ($\mu\text{mol/L}$)	Tăng (>420)	44(60.3%)
	Bình thường	29(39.7%)
	X±SD	444.2±125.5

Tốc độ máu lắng là 61.6% ≥ 20 ml/phút. Đa số bệnh nhân có tăng CRP, với 80.8% có kết quả CRP ≥ 5 m/L. Chỉ số Uric trung bình là 444.2 $\mu\text{mol/L}$.

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến số đợt cấp trong năm

Chỉ số		Số đợt cấp				p
		< 2 đợt		≥ 2 đợt		
		n	%	n	%	
Uống rượu	Có	7	15.2	39	84.8	<0.05
	Không	12	44.4	15	55.6	
Hút thuốc	Có	2	9.5	19	90.5	>0.05
	Không	12	23.1	40	76.9	
BMI	≥23	5	19.2	21	80.8	<0.05
	< 23	20	42.6	27	57.4	
Thể bệnh gút	Gút cấp	12	30.8	27	69.2	<0.05
	Gút mạn	2	5.9	32	94.1	
Chỉ số Uric	Tăng	7	15.9	37	84.1	>0.05
	Không	7	24.1	22	75.9	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có tiền sử uống rượu, chỉ số BMI ≥ 23 và có ≥ 2 đợt bùng phát gút cấp trong năm chiếm tỷ lệ cao hơn, có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Ngược lại, các yếu tố như tăng acid uric máu và hút thuốc lá không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $67,6 \pm 6,5$, trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Hoàng Long và cộng sự, do cùng tiêu chí lựa chọn là người cao tuổi [5]. Tuy nhiên, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn một số nghiên cứu khác như của Sudot-Szopińska vốn không giới hạn đối tượng theo độ tuổi [2].

Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (91,8%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh gút, thường gặp chủ yếu ở nam giới độ tuổi trung niên. Ở nữ giới, bệnh gút hiếm gặp hơn và thường khởi phát sau mãn kinh, khi nồng độ estrogen suy giảm, làm giảm khả năng đào thải acid uric và góp phần gia tăng nguy cơ mắc bệnh [4]. Về tình trạng dinh dưỡng, 31,5% bệnh nhân bị thừa cân và 5,5% bị béo phì, theo tiêu chuẩn của WHO áp dụng cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước trước đây [5]. Béo phì là yếu tố nguy cơ đã được xác lập, góp phần làm tăng sản xuất và giảm thải acid uric.

Về bệnh lý phối hợp, các bệnh thường gặp nhất bao gồm: tăng huyết áp (54,8%), rối loạn lipid máu (28,7%) và đái tháo đường (27,4%). Tăng acid uric máu thường hiện diện ở khoảng 50% bệnh nhân tăng huyết áp chưa điều trị, thậm chí có thể xuất hiện trước khi tăng huyết áp được chẩn đoán [4]. Ở người cao tuổi, các thay đổi sinh lý và việc sử dụng thuốc lợi tiểu, thuốc chống tăng huyết áp cũng làm tăng nguy cơ tăng acid uric máu và tiến triển thành gút.

2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh gút

Bệnh gút tiến triển qua 04 giai đoạn: tăng acid uric máu không triệu chứng, cơn gút cấp, giai đoạn giữa các cơn và gút mạn tính có tophi. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có biểu hiện viêm khớp, phân bố theo hai thể bệnh chính: gút cấp (50,7%) và gút mạn tính (49,3%). Tỷ lệ gút cấp thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Hoàng Long (66,7%) [5], có thể do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này có thời gian bệnh kéo dài hơn, dẫn đến chuyển sang giai đoạn mạn tính.

Trong nhóm bệnh nhân gút cấp, có 80,8% ghi nhận ≥ 2 đợt viêm khớp mỗi năm, với số đợt trung bình là $3,3 \pm 1,5$ lần/năm. Tần suất cao này có thể liên quan đến việc người bệnh không tuân thủ điều trị dự phòng, chủ quan khi các triệu chứng thuyên giảm giữa các đợt cấp.

Thời gian trung bình từ cơn gút đầu tiên đến khi bệnh nhân nhập viện là $8,6 \pm 3,1$ năm, với 54,8% có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Con số này thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Hoàng Long (9,4 năm) [5].

Mức độ đau được đánh giá bằng thang điểm VAS: tất cả bệnh nhân đều có VAS ≥ 4 điểm, trong đó 60,8% có mức độ đau nặng (VAS > 7), điểm trung bình là $7,5 \pm 1,2$. Kết quả này phản ánh đặc điểm cơn gút cấp, với khởi phát đột ngột và đau dữ dội, thường là nguyên nhân dẫn đến nhập viện.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Nồng độ acid uric huyết thanh trung bình là $444,2 \pm 125,5 \mu\text{mol/L}$, trong đó 60,3% bệnh nhân có giá trị tăng. Tăng acid uric huyết là yếu tố trung tâm trong sinh bệnh học của gút, có vai trò tiên lượng nguy cơ tái phát và biến chứng nếu không được kiểm soát [6].

Các chỉ số phản ánh tình trạng viêm hệ thống, bao gồm tốc độ máu lắng và CRP đều tăng cao: tốc độ máu lắng trung bình 41,8 mm/h; CRP trung bình 48,5 mg/l. Có 80,8% bệnh nhân tăng CRP và 61,8% có tốc độ máu lắng > 30 mm/h. Các thông số này phù hợp với biểu hiện viêm hoạt động trong giai đoạn cấp tính và tương tự kết quả

nguyên cứu của Ngô Hoàng Long (tốc độ máu lắng 42,9 mm/h) [5]. Theo Reggiero, acid uric là yếu tố độc lập dự đoán mức độ tăng CRP, có thể liên quan đến hoạt hóa phản ứng viêm hệ thống [7].

4. Một số yếu tố liên quan đến số đợt gút cấp trong năm

Kết quả phân tích cho thấy tiền sử sử dụng rượu, chỉ số BMI ≥ 23 và thể gút cấp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc xuất hiện ≥ 2 đợt gút cấp mỗi năm. Trong đó, rượu là yếu tố nguy cơ khởi phát cơn gút cấp đã được chứng minh rõ ràng. Nghiên cứu của Chen và cộng sự cho thấy nguy cơ bùng phát gút tăng theo lượng rượu tiêu thụ hàng ngày, bất kể loại rượu và sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu [8]. Về thể bệnh, gút cấp và giai đoạn yên lặng thường đặc trưng bởi viêm khớp đơn độc ở chi dưới. Tuy nhiên, nếu không được điều trị đúng mức, tần suất cơn cấp có xu hướng gia tăng theo thời gian. Trong giai đoạn gút mạn tính, tinh thể urat lắng đọng tại nhiều vị trí khớp và ngoài khớp dẫn đến viêm khớp nhiều vị trí và cơn cấp tái phát thường xuyên [9].

Chỉ số khối cơ thể cũng cho thấy mối liên quan đáng kể. Bệnh nhân có BMI ≥ 23 ghi nhận số đợt gút cấp ≥ 2 lần/năm cao hơn nhóm BMI < 23 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Béo phì làm tăng nguy cơ tăng acid uric máu thông qua tăng sản xuất purin nội sinh và giảm thải acid uric qua thận. Người có BMI > 25 có nguy cơ tăng acid uric huyết cao gấp 5 lần so với người bình thường [1], [8], [9]. Ngược lại, hút thuốc lá và nồng độ acid uric $> 420 \mu\text{mol/l}$ không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tần suất các cơn cấp trong năm. Mối liên quan giữa hút thuốc và bệnh gút vẫn còn chưa thống nhất trong y văn, với nhiều kết quả trái chiều [10].

V. KẾT LUẬN

Tăng cường tầm soát bệnh gút ở người cao tuổi; đặc biệt khi có các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa, béo phì và sử dụng rượu, nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp

thời. Đẩy mạnh giáo dục sức khỏe và tư vấn tuân thủ điều trị cho người bệnh, đặc biệt nhấn mạnh vai trò của thay đổi lối sống (giảm cân, hạn chế rượu, chế độ ăn hợp lý) trong phòng ngừa các đợt cấp và biến chứng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Văn Hùng. *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2012. tr. 163–170.
- [2]. Sudoł-Szopińska I, Afonso PD, Jacobson JA, Teh J. *Imaging of gout: findings and pitfalls. A pictorial review. Acta Reumatol Port.* 2020;45(1):20–5.
- [3]. Fam AG. *Gout in the elderly: clinical presentation and treatment*. Drugs Aging. 1998;13(3):229–43.
- [4]. Saag KG, Choi H. *Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout*. Arthritis Res Ther. 2006;8(Suppl 1):S2.
- [5]. Ngô Hoàng Long, Phạm Hữu Lý. *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân gút cao tuổi*. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;(2):72–80.
- [6]. Hirsch JD, Terkeltaub R, Khanna D, Sarkin A, Beals CR, Vazirani RM, et al. *Gout disease-specific quality of life and the association with gout characteristics*. Patient Relat Outcome Meas. 2010;1:1–8.
- [7]. Ruggiero C, Cherubini A, Miller E, Andres-Lacueva C, Maggio M, Ble A, et al. *Usefulness of uric acid to predict changes in C-reactive protein and interleukin-6 in a 3-year period in Italians aged 21 to 98 years*. Am J Cardiol. 2007;100(1):115–21.
- [8]. Chen SY, Chen CL, Shen ML, Kamatani N. *Trends in the manifestations of gout in Taiwan*. Rheumatology (Oxford). 2003;42(12):1529–33.
- [9]. Burke BT, Köttgen A, Law A, Grams M, Baer AN, Coresh J, et al. *Gout in older adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;71(4):536–42.
- [10]. Poudel DR, Karmacharya P, Donato A. *Risk of acute gout among active smokers: data from nationwide inpatient sample*. Clin Rheumatol. 2016;35(12):3015–8.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS WITH GOUT

Gout is an inflammatory arthritis caused by disturbances in uric acid metabolism, commonly affecting the elderly. The disease typically follows a chronic course with recurrent acute flares, significantly impacting quality of life. This study aimed to describe the clinical and subclinical characteristics and identify factors associated with the frequency of acute gout attacks in older adults. A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 patients aged ≥ 60 years diagnosed with gout based on the 2015 EULAR/ACR criteria at Nghe An General Friendship Hospital from January to September 2024. Data were collected through interviews, clinical examinations, and laboratory tests, and analyzed using SPSS 22.0. Results showed that 91.8% of patients were male, with a mean age of 67.6 ± 6.5 years. The proportion of patients experiencing ≥ 2 acute flares per year was 46.4%. Statistically significant associated factors included history of alcohol consumption ($p=0.014$), BMI ≥ 23 ($p=0.003$), and chronic gout ($p<0.001$). The mean serum uric acid level was 462.1 ± 103.3 $\mu\text{mol/L}$. These findings contribute to improving management and prevention strategies for acute gout attacks in the elderly.

Keywords: Gout, elderly, risk factors.