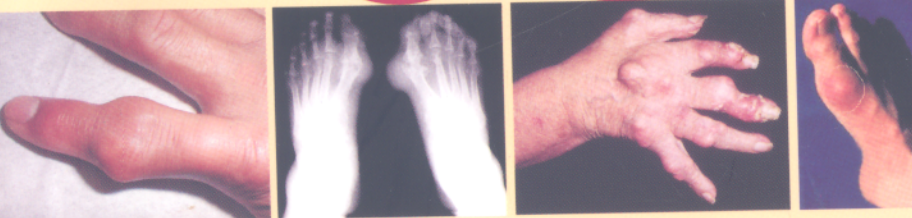


NGUYỄN HỮU TÂM

Phòng,
điều trị và
chế độ dinh dưỡng
cho người bệnh //

GUT



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NGUYỄN HỮU TÂM

**PHÒNG, ĐIỀU TRỊ VÀ
CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG
CHO NGƯỜI BỆNH GÚT**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2006**

LỜI NÓI ĐẦU

Bệnh gút tuy mới phổ biến ở Việt Nam ta, nhưng nếu cứ nhìn theo sự kiện thì thấy nó phát triển rất nhanh. Một mặt sự phát triển nhanh đó là do lối sống hiện đại làm chế độ sinh hoạt, lao động và trước tiên là ăn uống của người dân đã thay đổi nhiều. Mặt khác, sự kém hiểu biết của người dân về cách bảo vệ sức khỏe của mình là điều tất nhiên, và như vậy các nguyên nhân sinh bệnh càng có khả năng phát huy tác dụng. Mỗi người chúng ta cần có hiểu biết về bệnh gút để đề phòng, phát hiện sớm, điều trị kịp thời. Có vậy thì đời sống vật chất và tinh thần của chúng ta sẽ được nâng cao và trước tiên là các bệnh viện không còn bị quá tải nữa.

Khi viết cuốn sách này, tôi không chỉ nhằm vào đối tượng là những người đã mắc phải bệnh gút, mà trước tiên là sự phòng bệnh, thể hiện ở chế độ ăn uống lành mạnh để không mắc bệnh gút, còn nếu có mắc thì bệnh cũng chỉ nhẹ và sẽ ít hoặc không tái phát được nữa. Đây cũng là điều đã trở thành “chuyện thường ngày” đối với các nước đã phát triển, nhưng trước hết là việc phải biết rõ về bệnh và cơ chế của chúng để có thể chủ động phòng ngừa chúng hoàn toàn nhằm mục đích để bạn đọc Việt Nam có trong tay một cuốn cẩm nang trước hết là phòng tránh bệnh gút, và sau nữa là nếu có lỡ bị (mà điều này sẽ là rất có khả năng nếu bạn đã bước vào tuổi trung niên và thời trẻ không ăn uống điều độ) thì cũng không phải quá ngỡ ngàng. Tôi biên soạn cuốn sách này từ kinh nghiệm bản thân tôi trước đây khoảng ba năm. Nếu được phép dành cho bạn đọc một lời khuyên, thì lời khuyên của tôi là

sau khi gấp cuốn sách này lại, bạn cần có ý thức hơn về việc bảo vệ sức khỏe của chính mình và thể hiện ngay bằng hành động là ăn uống điều độ và chăm luyện tập thể dục thể thao để giữ gìn sức khỏe, đó là cách tốt nhất phòng tránh bệnh, còn nếu bạn hay người thân bạn đã vượt qua tuổi 40, thì hãy đi thử máu ngay, điều mà hầu như tất cả các bệnh viện của chúng ta hiện nay đã dễ dàng làm được, để sớm phát hiện bệnh mà chữa trị, còn nếu may mắn mà chưa có bệnh gì thì cũng thường xuyên (ít nhất mỗi năm một lần) đi khám sức khỏe. Và nếu bạn đọc đã có trọng lượng vượt quá tiêu chuẩn thì càng phải làm việc này. Làm như vậy thì mục đích của cuốn sách cũng đã đạt được 99% rồi đó.

Cuối cùng xin gửi lời cảm ơn tới các bác sĩ Nguyễn Đình Phác, Houston - Mỹ, bác sĩ Nguyễn Đình Hưng, Rennes - Pháp và kỹ sư Ngụy Giang Linh, Praha - Czech, đã cung cấp những thông tin quý báu cho tôi. Xin trân trọng cảm ơn Nhà Xuất bản Y học đã hết sức giúp đỡ để cuốn sách sớm đến tay bạn đọc.

Nguy Hữu Tâm

MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
Lời nói đầu	3
Tổng quan về bệnh gút	7
Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh	12
Lâm sàng bệnh gút cấp tính	17
Lâm sàng bệnh gút mạn tính	20
Bệnh gút thứ phát	26
Chẩn đoán bệnh gút	28
Điều trị bệnh gút bằng thuốc	29
Các thuốc dùng cho người bệnh gút	31
Dinh dưỡng cho người bệnh gút	49
Lời kết	67
Phụ lục 1: Thành phần purin trong thực phẩm	68
Tài liệu tham khảo	79

TỔNG QUAN VỀ BỆNH GÚT

Ở châu Âu, bệnh gút (tiếng Anh: gout, tiếng Pháp: goutte hay podagre, tiếng Đức: Gicht) là một bệnh đã được biết đến từ thời Hippocrates với tên gọi tiếng Latinh là podagricorum. Đó là bệnh khớp do rối loạn chuyển hoá sinh ra. Đến thế kỷ XVII, có nhiều tác giả mô tả ngày càng đầy đủ các triệu chứng của bệnh. Rồi đến cuối thế kỷ XVIII thì Schelle, Bergmen và Wollaston tìm thấy vai trò của acid uric trong nguyên nhân gây bệnh, do đó bệnh gút còn được gọi là viêm khớp do acid uric (arthritis urica).

Gút là bệnh thường gặp ở các nước châu Âu, tỷ lệ vào khoảng 0,02 - 0,2% dân số; bệnh mang tính chất gia đình (14% - 60%). Nhiều nhân vật nổi tiếng trên thế giới cũng đã từng mắc bệnh gút như Karl Marx, Benjamin Franklin (nhà vật lý, nhà văn, tổng thống nước Mỹ), Pablo Neruda (nhà thơ, nhà hoạt động chính trị Chi Lê) và Nostradamus (thầy thuốc, nhà tiên tri học người Pháp).

Còn ở Trung Hoa, bệnh này cũng được biết đến từ lâu với cái tên Thống phong. Ở nước ta, trước đây vì có thói quen không ăn nhiều thịt như châu Âu nên bệnh còn hiếm gặp, ít người biết đến. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của xã hội, bệnh gút ngày càng phổ biến nên việc hiểu rõ nó là một điều hết sức cần thiết và phương châm phòng bệnh hơn chữa bệnh ở đây cũng là điều rất cần thiết, nhất là đối với người ở tuổi trung niên trở lên.

Bệnh biểu hiện ở hai thể là cấp tính và mạn tính. Ở thể cấp tính người bệnh sẽ nhận thấy cơn đau ghê gớm ở

khớp mà đặc trưng nhất là khớp ngón chân cái, nhưng cũng có thể ở các chi khác hay các khớp ở đầu gối, ngón chân, ngón tay, thậm chí ở khớp vai hay khớp cổ. Bệnh gút hình thành do một sự rối loạn về chuyển hoá chất, mà nguyên nhân là nồng độ acid uric quá cao trong máu và các chất dịch khác trong cơ thể. Khi nồng độ acid uric trong các dịch cơ thể vượt quá một trị số nhất định (6,5mg/dl) thì các tinh thể acid uric sẽ được tạo thành ở các khớp và gây ra viêm khớp cấp tính và về lâu dài gây ra tổn thương mạn tính vì các tinh thể acid uric còn tập trung lại ở các sụn, khớp và xương, ở các bao hoạt dịch, gân, mô liên kết và thận. Hậu quả của việc tạo thành tinh thể acid uric là gút cấp tính ở khớp và sỏi thận do gút. Nam giới ở tuổi trưởng thành dễ mắc bệnh gút, đặc biệt tuổi càng cao thì càng dễ mắc hơn: 3% nam giới trên 65 tuổi mắc bệnh gút, tỷ lệ bị tình trạng tăng acid uric máu (hyperuricaemia) còn cao hơn nữa tới 10% số nam giới đã trưởng thành. Nữ giới chỉ sau khi mãn kinh mới bắt đầu mắc bệnh và tỷ lệ không đáng kể so với nam: 5%. Bệnh thường mang tính di truyền. Trong tình trạng tăng acid uric máu nên phân biệt giữa dạng tiên phát và thứ phát. Thứ phát là do các bệnh khác gây ra, chẳng hạn trong các bệnh về đường huyết hay thận, còn tiên phát là do sai sót di truyền về chuyển hóa chất. Nhưng cũng nên lưu ý rằng thời điểm phát sinh và mức độ bộc lộ bệnh gút phụ thuộc chủ yếu vào chế độ ăn uống. Cả tăng acid uric tiên phát và thứ phát đều dẫn tới gút.

Trước khi xuất hiện các triệu chứng của bệnh gút thì từ nhiều năm trước đã có gia tăng rõ rệt nồng độ acid uric trong máu. Trong giai đoạn đầu này của bệnh gút, bệnh nhân chưa có cảm giác đau đớn gì, tuy nhiên đã có nhiều tinh thể acid uric kết tinh trong các mô và dẫn tới những sự hủy hoại sớm ở khớp, xương, thận.... Tuy nhiên trong

phần lớn trường hợp thì dấu hiệu đầu tiên vẫn là viêm cấp tính ở một khớp và gây đau đớn vô cùng. Con đau gút cấp tính này qua đi sau một vài ngày thì khớp lại hoạt động bình thường và chịu được tải trọng của cơ thể. Tuy nhiên sau một thời gian nhất định thì khớp đó sẽ bị thoái hoá và hạn chế vận động.

Sự lắng đọng tinh thể acid uric hay muối urat monosodium ở xung quanh khớp, ở màng hoạt dịch, ở xương, sụn... tạo thành những hạt sạn urat gọi là tophi. Hạt urat kết tinh ở trong mô dưới da gọi là tophi da, đặc biệt hay có ở vành tai. Tinh thể urat lắng đọng lâu ngày qua da sẽ dẫn tới u gút.

Lắng đọng acid uric và muối urat trong thận dẫn tới viêm thận mạn tính, còn gọi là bệnh gút thận, mà hậu quả thường là cao huyết áp. Sỏi thận từ tinh thể acid uric gây cơn đau quặn ở thận. Nếu một viên sỏi chặn đường niệu đạo, nước tiểu không thoát đi được lâu dần gây suy thận. Những cơn đau thận bởi sỏi thận cũng báo hiệu cơn đau gút cấp tính.

Nếu bệnh nhân gút không được điều trị sớm thì tỷ lệ dẫn tới nhồi máu cơ tim ở nhóm này cao hơn nhóm người thường rất nhiều. Tuy đau đớn do gút gây nhiều phiền phức cho bệnh nhân, nhưng điều nguy hiểm hơn nhiều là những hậu quả ẩn của sự gia tăng nồng độ acid uric trong dịch cơ thể, chúng gây ra sự biến đổi mạn tính ở xương, thận và dẫn tới xơ cứng động mạch.

Các bệnh nhân béo phì, đái tháo đường hay rối loạn chuyển hoá mỡ cũng dễ bị tăng nồng độ acid uric huyết và có nguy cơ mắc bệnh gút. Thừa cân là yếu tố thúc đẩy bệnh gút, người thừa cân nhất định có nồng độ acid uric huyết cao hơn người thường, sự thừa cân cũng thúc đẩy

những sai lệch trao đổi chất khác như đái tháo đường, tăng cholesterol máu tăng tryglycerid máu.

Nguyên nhân của bệnh gút tiên phát là sai lệch trao đổi chất bẩm sinh, nhưng hậu quả của sai lệch này cũng được khuếch đại bởi chế độ dinh dưỡng sai, đặc biệt là ăn quá nhiều chất có nhân purin (chất giàu đạm) và uống rượu.

Cơn đau gút cấp tính thường xuất hiện sau bữa tiệc rượu, nhưng cũng cả khi ăn kiêng hoàn toàn, vậy nên tránh hai trạng thái đó. Làm việc quá sức, tai nạn, mổ xẻ là những yếu tố khởi phát cơn gút cấp tính.

Uống quá ít nước, đặc biệt vào mùa hè ra nhiều mồ hôi gây gia tăng nồng độ acid uric, nguy cơ kết tủa tinh thể acid uric ở thận tạo sỏi thận. Vậy người bị bệnh gút nhất thiết phải uống đủ nước (khoảng 2 lít/ngày).

Acid uric thuộc nhóm các chất có chứa nhân purin, đó là những hợp chất hai vòng chứa carbon và nitơ. Chất purin đơn giản nhất có công thức $C_5H_4N_4$, còn chất purin thường gặp nhất trong cơ thể sống là adenin và guanin. Các purin là nhân cơ bản cho các tế bào của người, động và thực vật. Khi các tế bào cũ trong cơ thể liên tục chết đi và thay bằng tế bào mới, các purin được giải phóng thành acid uric. Ở người, acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình trao đổi chất, nó được thận thải ra theo nước tiểu.

Acid uric tạo bởi purin có sẵn trong cơ thể, được coi là chất nội sinh; cơ thể tổng hợp khoảng 300 - 400mg/ngày. Các tế bào động và thực vật chứa trong thực phẩm chứa purin (từ thức ăn) sau khi chuyển hóa tạo thêm một lượng acid uric nữa, được coi là ngoại sinh. Cả acid uric nội lẫn ngoại sinh đều sẽ được thận thải ra ngoài, lượng nội sinh tương đối ổn định, nhưng lượng ngoại sinh phụ thuộc vào chế độ ăn uống.

Người ta thường lấy máu để thử nồng độ acid uric trong dịch cơ thể. Ở người khỏe mạnh có hàm lượng acid uric trong máu dưới 6,5mg/dl. Nếu ăn nhiều chất chứa purin, lượng acid uric ngoại sinh lớn hơn sẽ được cơ thể người bình thường khỏe mạnh thải ra ngoài mà không gây nguy hại gì nên không gây dẫn tới việc hình thành bệnh gút.

Ở Việt Nam hiện nay, dịch vụ khám chữa bệnh ngày một tốt hơn, số người bị bệnh gút được phát hiện sớm và nhiều hơn. Mặt khác, trước xu thế hội nhập kinh tế, đời sống được nâng cao, chế độ dinh dưỡng ngày càng được cải thiện, chắc con số mắc gút ở nước ta cũng sẽ không khác nhiều so với thế giới.

Cũng có nhắc tới các loại rau quả dân gian, cho rằng chống lại được bệnh gút, như rau sam, củ ráy, chuối hột, chè đắng, và các loại thuốc khớp như cao hổ cốt, mật gấu, vây cá mập... Tác dụng của chúng đến đâu và trên nguyên lý nào thì đáng tiếc là cho đến nay còn quá ít công trình cơ sở khoa học nghiên cứu cho kết luận chính xác.

Hy vọng rằng các cơ sở y tế sớm có những cán bộ tâm huyết đi vào nghiên cứu trị bệnh này trên cơ sở các thuốc nam và họ sớm công bố kết quả để người bệnh được nhờ vào đó mà tìm hướng điều trị tiện lợi nhất cho mình. Tuy nhiên như trên đã thấy, bệnh gút có thể đẩy lui một cách rất hiệu quả, nếu ta có chế độ dinh dưỡng đúng mức.

NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Chuyển hoá acid uric và cơ chế sinh bệnh

Có thể nói nguyên nhân trực tiếp gây bệnh gút là acid uric, do đó việc trước tiên là phải tìm hiểu nguồn gốc và sự chuyển hoá acid uric trong cơ thể.

Ở người bình thường, lượng acid uric trong máu có mức khá ổn định là 6mg/dl ở nam giới và 5mg/dl ở nữ giới. Tổng lượng acid uric trong toàn cơ thể là 1000 mg, lượng này luôn luôn được chuyển hoá.

Acid uric được tạo thành từ ba nguồn:

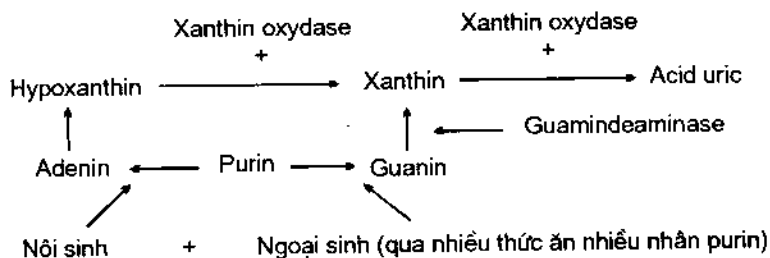
- Chuyển hoá các chất có nhân purin từ thức ăn mang vào.
- Chuyển hóa các chất có nhân purin trong cơ thể (các acid nhân ADN và ARN do sự phá huỷ các tế bào).
- Tổng hợp các purin từ con đường nội sinh.

Tham gia vào quá trình hình thành acid uric từ ba nguồn trên còn cần có vai trò của các men nuclease, xanthin oxydase và hypoxanthin - guanin - phosphoriboxyl - transferase (HGPT). (Xem sơ đồ 1).

Hàng ngày acid uric được thải ra ngoài chủ yếu theo đường thận (400 - 450 mg/24 giờ) và một phần qua phân và các đường khác (khoảng 200 mg/24 giờ).

Khi nồng độ acid uric trong máu tăng cao (>7 mg/dl) và tổng lượng acid uric trong cơ thể tăng thì nó sẽ lắng đọng lại ở một số tổ chức và cơ quan dưới dạng tinh thể acid uric hay muối urat mononatri.

Sơ đồ 1. Quá trình tạo acid uric trong cơ thể



Lắng đọng ở màng hoạt dịch gây viêm khớp.

Lắng đọng ở thận gây sỏi thận.

Lắng đọng ở các cơ quan và nội tạng như gan, sụn xương, cơ, tổ chức dưới da, thành mạch, mắt, thần kinh... gây các biểu hiện bệnh gút tại chỗ.

Chuyển hoá của acid uric trong cơ thể và vấn đề dinh dưỡng

Ở người, khác với động vật có vú, do thiếu men uricase cho nên acid uric là sản phẩm giáng hoá cuối cùng của các nhân purin không được đào thải qua nước tiểu như là những nitơ phi protein khác.

Acid uric kém hoà tan trong dịch ngoài tế bào. Nồng độ hoà tan tối đa trong huyết tương vào khoảng 8mg/dl. Quá mức đó acid uric sẽ bão hoà và dẫn đến lắng đọng các tinh thể urat natri ở sụn khớp, bao hoạt dịch và các tổ chức khác.

Nồng độ acid uric trong huyết tương bình thường khoảng 5 ± 1 mg/dl ở nam và 4 ± 1 mg/dl ở nữ, ở trẻ em nằm giữa khoảng đó. Sau khi mãn kinh, ở nữ tương đương như ở nam giới. Acid uric tăng lên theo tuổi, từ 60 tuổi trở lên đa số có nồng độ acid uric huyết tương trên 8mg/dl.

Tăng acid uric máu có thể là do hậu quả của ba cơ chế:

- Tăng tổng hợp acid uric trong cơ thể.
- Giảm bài xuất acid uric qua thận.
- Đưa vào qua thức ăn quá nhiều nhân purin.

Ở người có chức năng thận bình thường, nếu mỗi ngày bài xuất trên 600mg acid uric qua nước tiểu là đã có khả năng tăng tổng hợp acid uric.

Ở người bị bệnh gút nguyên phát thường có tăng tổng hợp acid uric và giảm bài xuất acid uric qua thận.

Trong điều kiện đó, nếu bệnh nhân không biết kiểm chế, ăn nhiều thức ăn có nhân purin thì chắc chắn sẽ làm tăng thêm acid uric máu, bệnh gút sẽ nặng hơn.

Mặt khác, để phòng các đợt gút cấp tái phát hoặc trở nên mạn tính, cần kiên trì theo một chế độ dinh dưỡng hợp lý, nghĩa là hạn chế đưa vào cơ thể các thức ăn nhiều nhân purin.

Có 3 nhóm bệnh gút gồm:

- Bệnh Lesch-Nyhan là thể bẩm sinh do thiếu men HGPT nên lượng acid uric tăng cao ngay từ nhỏ. Bệnh có các biểu hiện về toàn thân, thần kinh, thận và khớp. Bệnh rất hiếm gặp và rất nặng.
- Bệnh gút nguyên phát: gắn liền với các yếu tố di truyền và cơ địa, quá trình tổng hợp purin nội sinh tăng nhiều gây tăng acid uric. Đây là nguyên nhân chủ yếu của bệnh.
- Đối với bệnh gút thứ phát, lượng acid uric trong cơ thể có thể tăng thứ phát do nhiều bệnh lý khác như:

- + Do ăn nhiều: nhất là ăn nhiều những thức ăn có nhiều purin (xem thêm phụ lục), uống nhiều rượu. Thực ra đây chỉ là những tác nhân phát động bệnh hơn là nguyên nhân trực tiếp.
- + Do tăng cường thoái giáng purin nội sinh (phá huỷ nhiều tế bào, tổ chức): bệnh đa hồng cầu, bệnh bạch cầu mạn tính thể tuỷ, bệnh Hodgkin, sarcom hạch, đa u tuỷ xương hoặc do sử dụng những thuốc diệt tế bào để điều trị các bệnh ác tính.
- + Do giảm thải acid uric qua thận: viêm thận mạn tính, suy thận làm cho quá trình thải acid uric giảm và ứ lại mà gây bệnh.

Có nhận xét chung là gút nguyên phát chiếm đa số trường hợp, gút thứ phát ít gặp, gút bẩm sinh rất hiếm gặp.

Vai trò của acid uric trong viêm khớp

Viêm khớp vi tinh thể: gần đây do dựa vào những nhận xét về dịch khớp và thực nghiệm, Hollander và Mc Carty nêu lên vai trò của một số tinh thể nhỏ gây viêm khớp và gọi chung là nhóm viêm màng hoạt dịch vi tinh thể (synovite monocrystalline): tinh thể urat mononatri trong bệnh gút, tinh thể pyrophosphat calci trong bệnh vôi hoá sụn khớp (chondrocalcinose) và tinh thể hydrocortison trong viêm khớp sau tiêm hydrocortison tại chỗ.

Trong bệnh gút, urat lắng đọng ở màng hoạt dịch sẽ gây nên một loạt các phản ứng:

Hoạt hoá yếu tố Hageman tại chỗ, từ đó kích thích các tiền chất gây viêm kininogen và kallicreinogen trở thành kinin và kallicrein gây phản ứng viêm ở màng hoạt dịch.

Từ phản ứng viêm, các bạch cầu sẽ tập trung tới vị
tĩnh thể urat rồi giải phóng các men tiêu thể của bạch cầu
(lysozym). Các men này cũng là một tác nhân gây viêm
rất mạnh.

Phản ứng viêm của màng hoạt dịch sẽ làm tăng
chuyển hoá, sinh nhiều acid lactic tại chỗ và làm giảm độ
pH, môi trường càng toan thì urat càng lắng đọng nhiều
và quá trình viêm ở đây trở thành một vòng khép kín liên
tục, kéo dài.

Do đó trên lâm sàng ta thấy hai thể bệnh gút: gút cấp
tính (quá trình viêm diễn biến trong một thời gian ngắn
rồi chấm dứt, hay tái phát) và gút mạn tính: quá trình
lắng đọng urat nhiều và kéo dài, biểu hiện viêm sẽ liên
tục không ngừng.

LÂM SÀNG BỆNH GÚT CẤP TÍNH

Có thể nói một cách tóm tắt: gút cấp tính biểu hiện bằng những đợt viêm cấp tính và dữ dội của các khớp, trước hết là của ngón chân cái (khớp bàn ngón), cho nên còn gọi là bệnh “viêm khớp do gút” (goutte inflammatoire).

Điều kiện xuất hiện và tiền triệu

Cơn viêm cấp của bệnh thường xuất hiện sau một số hoàn cảnh thuận lợi như:

- Sau một bữa tiệc nhiều rượu thịt
- Sau chấn thương hoặc phẫu thuật
- Sau lao động nặng, đi lại nhiều, đi giày quá chật
- Sang chấn tình cảm
- Nhiễm khuẩn cấp
- Sau khi dùng một số thuốc: lợi niệu nhóm chlorothiazid, tinh chất gan, vitamin B₁₂, steroid...

Khoảng 50% trước khi phát bệnh có các dấu hiệu báo trước như: rối loạn tiêu hoá, nhức đầu, mệt mỏi, đầy nhiều, đại tiện, sốt nhẹ...

Cơn gút cấp tính

Khoảng 60 - 70 % đợt cấp biểu hiện ở đốt bàn ngón chân cái.

- Đang đêm người bệnh chợt thức dậy vì thấy đau ở ngón chân cái (một bên), đau dữ dội ngày càng tăng không thể chịu nổi. Bệnh nhân không dám động đến vì chỉ một va chạm nhỏ cũng làm đau tăng lên ghê gớm.

- Ngón chân sưng to phù nề, căng bóng, nóng đỏ và sung huyết trong khi các khớp khác bình thường.
- Toàn thân: sốt nhẹ, mệt mỏi, lo lắng, mắt nổi tia đỏ, khát nước nhiều nhưng đại ít và đỏ, đại tiện táo.
- Đợt viêm kéo dài từ một vài ngày đến hai tuần (trung bình 5 ngày), đêm đau nhiều hơn ban ngày, viêm nhẹ dần, đau giảm, phù bớt, da tím dần, hơi ửng, ngứa nhẹ rồi bong vảy và khỏi hẳn, không để lại dấu vết gì ở ngón chân. Bệnh có thể tái phát vài lần trong một năm (vào mùa thu hoặc xuân) và không nhất thiết ở khớp cũ.

Xét nghiệm và X quang

Chụp X quang khớp xương không thấy có gì thay đổi so với bình thường.

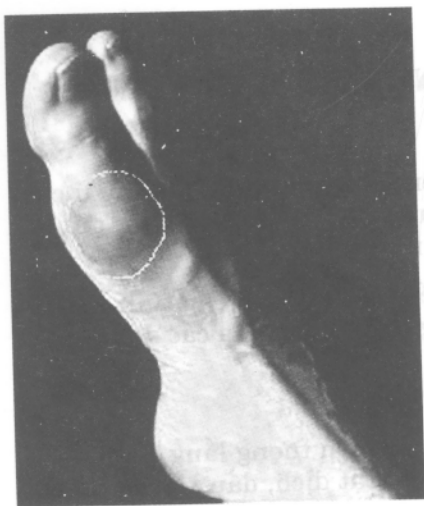
Trong cơn cấp: acid uric trong máu $> 7 \text{ mg/dl}$, bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng, chọc dịch ở nơi viêm có thể thấy tinh thể urat nằm trong bạch cầu (thường khó thấy). Ngoài cơn thường thấy acid uric máu cao hơn bình thường. Tuy nhiên cũng có khi không thấy tăng.

Lâm sàng

a. Các thể theo vị trí:

Thể đơn khớp: ngoài vị trí khớp bàn ngón chân cái chiếm 60 - 70%, các vị trí khác ở bàn chân đứng hàng thứ hai (cổ chân, các ngón chân), sau đó là khớp gối, rất ít khi thấy các khớp ở chi trên hoặc các khớp khác dù có thể xảy ra (hình 1).

Thể đa khớp (từ 5 - 10%): bệnh nhân sốt, sưng đau lần lượt từ khớp này sang khớp khác, rất dễ nhầm với thấp khớp cấp hoặc viêm đa khớp.



Hình 1. Viêm khớp cấp tính do gút ở khớp bàn ngón chân cái.

b. Các thể theo triệu chứng và tiến triển:

- *Thể tối cấp:* sưng tấy dữ dội, đau nhiều, sốt cao, dễ nhầm với viêm tấy do vi khuẩn.
- *Thể nhẹ kín đáo:* chỉ mỗi mệt, không sốt, đau và sưng ít nên thường bị bỏ qua.
- *Thể kéo dài:* thời gian kéo dài, diễn biến từ khớp này qua khớp khác.

Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào giới và tuổi: nam giới tuổi 40 trở lên (rất hiếm ở tuổi 30), cơn sưng đau viêm tấy ngón chân cái, xét nghiệm acid uric máu $> 7 \text{ mg/dl}$.

Đối với các thể không điển hình: ở vị trí khác, đau đa khớp, đau kéo dài thì cần chú ý các yếu tố cơ địa, acid uric máu và nếu nghi ngờ thì điều trị thử bằng các thuốc đặc hiệu.

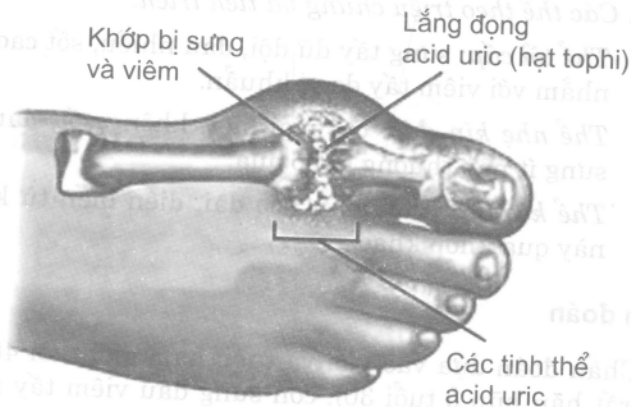
LÂM SÀNG BỆNH GÚT MẠN TÍNH

Gút mạn tính biểu hiện bằng dấu hiệu nổi các u cục (tophi) và viêm đa khớp mạn tính, do đó còn gọi là “gút do lắng đọng” (goutte précapitante).

Gút mạn tính có thể tiếp theo sau gút cấp tính nhưng phần lớn bắt đầu từ từ tăng dần không qua các đợt cấp.

Triệu chứng lâm sàng ở khớp

a. *Nổi u cục (hạt tophi)*: là hiện tượng lắng đọng urat ở xung quanh khớp, ở màng hoạt dịch, đầu xương, sụn... (hình 2)



Hình 2. Lắng đọng tinh thể acid uric tạo thành hạt tophi và gây sưng viêm khớp

Vị trí: u cục (hạt tophi) nổi lên ở trên các khớp bàn ngón chân cái, các ngón khác, cổ chân, gối, khuỷu, cổ tay, bàn và đốt ngón tay. Có một vị trí đặc biệt là trên sụn vành tai. Không bao giờ thấy ở khớp háng, vai và cột sống.

Tính chất: kích thước to nhỏ không đồng đều, đường kính từ vài milimet đến nhiều centimet, lõi lõm, hơi chắc hoặc mềm, không di động vì dính vào nền ở dưới, không đối xứng (hai bên), ấn vào không đau, được bọc bởi một lớp da mỏng, phía dưới thấy cặn trắng như phấn, đôi khi da bị loét và để chảy nước vàng và chất trắng như phấn.

b. Viêm đa khớp: các khớp nhỏ và nhỏ bị viêm, bàn ngón chân và tay, đốt ngón gần, cổ tay, gối, khuỷu. Viêm có tính chất đối xứng, biểu hiện viêm thường nhẹ, không đau nhiều, diễn biến khá chậm. Các khớp háng, vai và cột sống không bị tổn thương (hình 3).



Hình 3. Bị sưng khớp đốt ngón tay trở do viêm tấy, nổi hạt tophi



Hình 4. Bàn tay sưng các khớp ở người bị bệnh gút

Những biểu hiện ngoài khớp

a. Thận:

Urat có thể lắng đọng ở thận dưới hai hình thức:

- Lắng đọng rải rác ở nhu mô thận: không thể hiện triệu chứng gì, chỉ phát hiện được qua giải phẫu bệnh.
- Gây sỏi đường tiết niệu: sỏi urat ít cản quang, chụp thường khó thấy. Sỏi thận sẽ dẫn đến viêm thận, suy thận, thường quyết định tiên lượng của bệnh.

b. Urat có thể lắng đọng ở một số cơ quan ngoài khớp:

- Gân, túi thanh dịch: có thể gây đứt gân hoặc chèn ép vào dây thần kinh (hội chứng đường hầm).

- Ngoài da và móng chân tay: thành từng vùng và mảng để nhâm với bệnh ngoài da khác (vẩy nến, nấm).
- Tim: urat có thể lắng đọng ở màng ngoài tim, cơ tim, có khi cả van tim (rất hiếm).

Xét nghiệm và X quang

a. Xét nghiệm: tốc độ lắng máu tăng trong đợt tiến triển của bệnh. Các xét nghiệm khác không có gì đặc biệt.

- Acid uric máu bao giờ cũng tăng (>7 mg/dl).
- Acid uric niệu/24h bình thường từ 400 - 450 mg, tăng nhiều trong gút nguyên phát, giảm rõ rệt với gút thứ phát sau bệnh thận.

b. Dịch khớp: dịch khớp có biểu hiện viêm rõ rệt (lượng mucin giảm, bạch cầu tăng nhiều); đặc biệt là thấy những tinh thể urat monosodic nằm trong hoặc ngoài tế bào: tinh thể hình que, hai đầu nhọn, lưỡng chiết quang qua kính hiển vi đối pha dài bằng hay hơn kích thước của bạch cầu (phân biệt với tinh thể pyrophosphat calci rất ngắn và hai đầu vuông cạnh).

c. Hình ảnh X quang: dấu hiệu quan trọng nhất của bệnh là khuyết xương hình hốc ở các đầu xương.

- Khuyết xương hình hốc hay thấy ở xương đốt ngón chân, tay, xương bàn tay; đôi khi ở cổ tay, chân, ở khuỷu và gối.
- Khuyết lức đầu ở dưới sụn khớp và vỏ xương, như phần vỏ được thổi vào bung ra (hình lưới liềm), khe khớp hẹp rõ rệt.
- Sau cùng hình khuyết lớn dần và tạo nên hình huỷ xương rộng, xung quanh có những vệt vôi hoá.

– Ghép thêm vào hình ảnh khuyết xương và hẹp khe khớp nếu bệnh tiến triển lâu, có thể thấy những hình ảnh thoái hoá thứ phát (hình các gai xương: osteophyte) (xem hình 5,6 và 7).



Hình 5. Hình ảnh các gai xương



Hình 6. Hình ảnh vôi hoá sụn khớp bàn tay của người bệnh gút

Tiến triển của bệnh

Gút mạn tính tiến triển chậm và kéo dài, tăng dần. Lúc đầu tổn thương ở bàn ngón chân rồi cổ chân, gối, khuỷu và bàn ngón tay, thời gian tiến triển khoảng 10 - 20 năm. Trong giai đoạn diễn biến mạn tính có thể có những đợt viêm cấp tính làm bệnh nặng thêm.



Hình 7. Hình ảnh X quang thoái hoá và vôi hoá khớp bàn ngón chân của người bệnh gút

Ở giai đoạn cuối cùng bệnh nhân mất khả năng vận động, dẫn đến tử vong vì các chứng thận, nhiễm khuẩn cơ hội, suy mòn. Nhưng nếu phát hiện sớm, điều trị tốt, bệnh nhân sẽ duy trì dài ngày với những triệu chứng nhẹ ban đầu.

BỆNH GÚT THỨ PHÁT

Đặc điểm

Như trên đã trình bày, bệnh gút xuất hiện do tăng acid uric sau một số bệnh khác được gọi là bệnh gút thứ phát. Vấn đề này gần đây mới được quan tâm nhiều. Tuy nhiên nếu so với gút nguyên phát thì gút thứ phát chiếm một tỷ lệ rất thấp.

Bệnh gút được coi là thứ phát khi tìm thấy nguyên nhân gây tăng acid uric máu và khi loại trừ được nguyên nhân thì bệnh khỏi.

Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, tuổi thường cao (> 40 tuổi).

Hay gặp thể viêm khớp cấp di chuyển hơn là thể ngón chân cái và hầu như không thấy thể đa khớp có u cục.

Thường có kèm theo sỏi thận hoặc lắng đọng urat ở nhu mô thận.

Lượng acid uric máu tăng cao hơn nhiều so với loại nguyên phát.

Nguyên nhân

a. Các bệnh máu:

Những bệnh gây phá hủy nhiều tế bào máu.

- Thiếu máu các loại (không do suy tuỷ).
- Bệnh đa hồng cầu.
- Bệnh bạch cầu cấp tính, bệnh bạch cầu mạn tính thể tuỷ.

- Bệnh Hodgkin, sarcom hạch.
- Các phương pháp điều trị bệnh máu ác tính: dùng phóng xạ hoặc hoá chất để diệt tế bào.

b. Các bệnh về thận:

Viêm cầu thận mạn tính, suy thận kéo dài do mọi nguyên nhân. Rất nhiều trường hợp khó xác định bệnh thận là hậu quả hay là nguyên nhân của bệnh gút.

c. Do thuốc:

- Steroid: với liều cao và kéo dài.
- Thuốc chống lao pyrazinamid, truyền lactat natri.
- Thuốc lợi niệu nhóm chlorothiazid, cơ chế gây bệnh của loại này là ức chế quá trình thải tiết acid uric qua ống thận.

d. Các loại nguyên nhân khác, hiếm gặp:

- Bệnh thận do thai nghén.
- Suy tuyến giáp.
- Gan to nhiễm glycogen.
- Cường tuyến cận giáp.

CHẨN ĐOÁN BỆNH GÚT

Chẩn đoán xác định: dựa vào các đặc điểm tuổi, giới; vị trí và tính chất của đau khớp, nổi u cục ở quanh khớp và vành tai, tính chất viêm khớp, acid uric máu tăng cao, thấy tinh thể urat ở dịch khớp, hình ảnh X quang.

Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt bệnh gút cấp với các viêm khớp do nhiễm trùng, do chấn thương.

Phân biệt với viêm khớp dạng thấp, nhất là với thể có nhiều hạt dưới da dựa vào cơ địa, tính chất u cục và hình ảnh X quang.

Bệnh phong có biểu hiện ở khớp trên thực tế hay bị nhầm với bệnh gút. Nếu thăm khám kỹ sẽ thấy cục tophi hoàn toàn khác với các củ phong và hình ảnh X quang khác nhau.

ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT BẰNG THUỐC

Những năm gần đây việc điều trị bệnh gút đã có những tiến bộ đáng kể nhờ đã tìm hiểu được khá rõ về cơ chế sinh bệnh. Người ta đã sử dụng những thứ thuốc có tác dụng chọn lọc:

Thuốc chống viêm đặc hiệu: colchicin, phenylbutazon, indo- metacin.

Thuốc giảm lượng acid uric máu bằng tác động ức chế men xanthinoxidase: allopurinol, acid oxalic.

Thuốc tăng thải tiết acid uric qua thận: probenecid, sulfinpyrazon, zoxazolamin, benziodaron.

Khống chế đợt viêm khớp gút cấp

Lựa chọn khống chế càng sớm càng tốt cơn đầu tiên bằng colchicin: ngày đầu uống 3 viên chia ba lần, ngày thứ hai giảm xuống còn 2 mg, ba ngày tiếp theo mỗi ngày uống 1 mg. Thuốc này có thể gây tác dụng phụ nôn nao, ỉa chảy.

Nếu là cơn tái phát (khi chẩn đoán đã rõ) thì dùng phenylbutazon 500 mg, rồi giảm xuống 200 mg. Nếu có suy thận thì dùng indomethacin 150 mg/ngày.

Điều trị gút mạn tính

Mục tiêu điều trị là giảm một cách rõ rệt lượng acid uric máu dưới 6,4mg/dl. Cố gắng đạt 5 - 5,5 mg/dl. Điều chắc chắn là nếu kiên trì điều trị dài ngày sẽ tránh được các đợt gút cấp tính thì sẽ dẫn đến giảm tophi, giảm kết tủa các urat và các hậu quả nguy hại của chúng. Ngoài ra những kết tủa urat đã tồn tại thậm chí còn sẽ được hoà tan.

- Chế độ ăn uống: kiêng rượu và hạn chế các thức ăn chứa nhiều purin (thịt, cá, tôm cua..., nhất là phủ tạng và da), uống đủ nước (ngày 1-2 lít nước), uống thêm dung dịch kiềm (bicarbonat natri 1000 ml/ngày).
- Colchicin mỗi ngày uống 1 mg, dùng liên tục nhiều tháng.
- Thuốc tăng thải trừ acid uric: sử dụng nhóm thuốc riêng cho các loại gút nặng, u cục có lượng acid uric máu cao. Không sử dụng nếu bệnh nhân có sỏi thận, suy thận và acid uric niệu cao. Nhóm này được dùng theo nguyên tắc: cách xa đợt cấp với liều tăng dần, có thể gồm:
 - + Benemid (probenecid) viên 500mg: 1 viên rồi 2 viên/ngày.
 - + Anturan (sulfipyrazon) viên 100mg: 2 đến 4 viên/ngày.
 - + Amplivix (benziodaron) viên 100mg: 1 đến 2 viên/ngày.

Nếu thuốc tăng thải tiết không có tác dụng hoặc có tai biến thì phải dùng thuốc ức chế chuyển hoá acid uric.

- Thuốc ức chế chuyển hoá thành acid uric: allopurinol (Zyloric) có tác dụng tốt và ít gây tai biến, uống mỗi ngày từ 200 mg đến 300 mg. Oroturic (acid orotic) uống mỗi ngày 100 đến 200mg.

Điều trị gút thứ phát

Ngoài phần điều trị nguyên nhân, ta dùng allopurinol kéo dài. Có thể dùng allopurinol để điều trị dự phòng, sử dụng song song với các thuốc phá hủy tế bào (khi điều trị các bệnh máu ác tính).

CÁC THUỐC DÙNG CHO NGƯỜI BỆNH GÚT

I. THUỐC ĐIỀU TRỊ CƠN GÚT CẤP TÍNH

Colchicin

Sau khi uống, colchicin được hấp thụ nhanh ở ống tiêu hoá và đi vào vòng tuần hoàn ruột - gan. Nồng độ đỉnh huyết tương xuất hiện sau khi uống 2 giờ. Thuốc ngấm vào các mô, nhất là niêm mạc ruột, gan thận, lách, trừ cơ tim, cơ vân và phổi. Nhưng chủ yếu là nó được chuyển hoá trong gan, rồi bài tiết một phần qua mật, một phần qua thận và qua niêm mạc ruột. Thuốc được đào thải chủ yếu theo phân và nước tiểu (10-20%). Một chu trình tuần hoàn ruột và liên kết quá mạnh với protein có thể dẫn tới sự tích tụ chất. Khi liều hàng ngày cao hơn 1 mg colchicin cũng sẽ tích tụ ở mô và có thể dẫn đến ngộ độc.

Colchicin có tác dụng chống bệnh gút bởi nó làm giảm sự di chuyển của các bạch cầu, ức chế thực bào các vi tinh thể muối urat và do đó làm ngừng sự tạo thành acid lactic, giữ cho độ pH tại chỗ được bình thường, bởi vì độ pH là yếu tố tạo điều kiện cho các tinh thể urat mononatri kết tủa tại các mô ở khớp. Thuốc không có tác dụng lên sự thải acid uric theo nước tiểu, cũng như lên nồng độ, độ hoà tan hay khả năng gắn với protein huyết thanh của acid uric hay urat.

Ngoài ra nó còn có tác dụng chống viêm không đặc hiệu. Colchicin làm giảm sự di chuyển của các bạch cầu, ức chế ứng động hoá học, chuyển hoá và chức năng của bạch cầu đa nhân nên làm giảm các phản ứng viêm. Tác dụng chống viêm của thuốc ở mức độ yếu nhờ ức chế hoạt tính thực bào của bạch cầu mà qua đó làm gián đoạn dây

chuyển phản ứng do viêm gây ra rồi kéo theo việc hình thành các tinh thể acid uric trong dịch khớp.

Colchicin được chỉ định để điều trị cơn gút cấp tính. Trong những trường hợp không rõ rệt khi chẩn đoán, nó có thể góp phần vào chẩn đoán phân biệt khi viêm cấp một khớp đáp ứng tốt với thuốc này trong vòng 48 giờ và không có viêm khớp khác trong ít nhất 7 ngày. Vì độ an toàn của nó rất hẹp, ngay khi tìm liều lượng cần thiết cho việc điều trị cơn gút cấp tính đã phải tính đến tác dụng độc hại của nó. Trước hết đó là những rối loạn dạ dày - ruột, đặc biệt là chứng tiêu chảy. Trong trường hợp này phải giảm liều lượng và điều trị triệu chứng. Phải kết thúc liệu pháp cho cơn gút cấp tính với liều lượng tối đa (6 - 8 mg/ngày) sau 48, chậm nhất sau 72 tiếng đồng hồ.

Ngoài ra trong điều trị bệnh gút, khi bắt đầu một đợt điều trị bằng allopurinol hay thuốc tăng thải trừ acid uric cũng có thể dùng colchicin theo liều thấp (0,5 - 1,5 mg/ngày). Phụ thuộc vào mức độ lắng đọng acid uric, đợt điều trị này có thể kéo dài nhiều tháng.

Không chỉ định colchicin cho liệu pháp dài ngày.

Trong các tác dụng phụ không mong muốn, đứng đầu là những rối loạn dạ dày - ruột, trước hết là chứng ỉa chảy. Hiếm hơn là sự dẫn tới chứng rụng tóc, các bệnh cơ cũng như các phản ứng dị ứng da. Việc dùng thuốc kéo dài có thể dẫn tới suy tủy xương.

Các tác dụng phụ không mong muốn vừa nói ở trên là do tác dụng chống phân bào: colchicin ức chế giai đoạn giữa và giai đoạn sau của quá trình phân chia tế bào. Chính nó gây ra các tác dụng có hại lên các mô đang tăng sinh như tủy xương, da và lông, tóc. Colchicin dùng theo đường uống có thể làm giảm hấp thu vitamin B₁₂, mỡ, natri, kali, các loại đường hấp thu tích cực như xylose, dẫn đến giảm nồng độ cholesterol và nồng độ vitamin A trong máu. Các tác dụng này do niêm mạc ruột non bị tác dụng của colchicin.

Chống chỉ định dùng colchicin:

- Suy thận nặng.
- Suy gan nặng.
- Người mang thai.
- Bệnh nhân có nguy cơ bị glôcôm góc hẹp.

Cần ngừng dùng colchicin nếu có các triệu chứng rối loạn tiêu hoá vì đó là các dấu hiệu báo động sớm về khả năng có thể sẽ bị ngộ độc nặng hơn. Trị liệu chỉ được tiếp tục khi hết các triệu chứng trên và thường sau 24 - 28 giờ. Có thể dùng các thuốc chống ỉa chảy hay thuốc làm chậm nhu động ruột để điều trị ỉa chảy do colchicin gây ra.

Khi điều trị dài ngày bằng colchicin cần theo dõi đều đặn để phát hiện kịp thời tác dụng phụ, thường xuyên xét nghiệm máu, làm công thức bạch cầu.

Thuốc chống viêm giảm đau không steroid

Có thể dùng các chất ức chế viêm không steroid để điều trị cơn gút cấp tính, chẳng hạn indometacin theo liều từ 200 đến 300 mg/ngày, hoặc phenylbutazon đến 800 mg/ngày.

Indometacin

Indometacin là thuốc chống viêm không steroid, dẫn xuất từ acid indolacetic. Giống như các thuốc chống viêm không steroid khác, indometacin có tác dụng giảm đau, hạ sốt, chống viêm và ức chế kết tập tiểu cầu. Cơ chế tác dụng của thuốc còn chưa được biết hết, nhưng người ta cho rằng thuốc tác động chủ yếu qua ức chế postaglandin synthetase và do đó ngăn cản tạo postaglandin,

thomboxan và các sản phẩm khác của enzym cyclooxygenase. Tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu mất đi trong vòng 24 giờ sau khi ngừng thuốc và thời gian chảy máu trở về mức ban đầu. Indometacin ức chế tổng hợp prostaglandin D_2 , E_2 và I_2 nên làm giảm tưới máu thận.

Indometacin được hấp thu tốt ở ống tiêu hoá (90% liều uống vào được hấp thu trong vòng 4 giờ, khả dụng sinh học là 100%). Nồng độ đỉnh trong huyết tương phụ thuộc vào liều đã uống và đạt khoảng 2 giờ sau khi uống. Khi có thức ăn thì hấp thu thuốc bị giảm nhẹ, nhưng biến đổi sinh học không thay đổi. Tuổi không ảnh hưởng đến hấp thu thuốc. Thuốc đặt trực tràng có được động lực học tương tự như uống. Với liều điều trị thông thường, indometacin gắn nhiều với protein huyết tương (99%). Thuốc ngấm vào dịch ổ khớp (tỷ lệ nồng độ trong dịch ổ khớp/huyết thanh vào khoảng 20%), thuốc thấm qua được nhau thai, hàng rào máu não, có trong sữa mẹ và trong nước bọt.

Indometacin là thuốc hạ sốt (mạnh hơn aspirin), giảm đau (đặc biệt đối với viêm khớp mạn tính thiếu niên) và chống viêm hữu hiệu. Cũng giống như các thuốc chống viêm không steroid khác, thuốc có thể gây tác dụng có hại nặng, vì vậy phải dùng đúng chỉ định và thời gian càng ngắn càng tốt.

Chỉ định: Bệnh khớp do viêm như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, cơn cấp bệnh gút, hội chứng Reiter.

Chống chỉ định: Người có tiền sử mẫn cảm với indometacin và các chất tương tự, kể cả với aspirin (viêm mũi, nổi mày đay khi dùng aspirin hay các thuốc chống viêm không steroid khác). Loét dạ dày tá tràng. Suy gan

nặng, xơ gan. Suy thận nặng (mức lọc cầu thận dưới 30 ml/phút). Người mang thai hoặc cho con bú. Suy tim. Không dùng dạng đạn trực tràng cho người bị viêm hậu môn hoặc chảy máu hậu môn.

Thận trọng: Tránh dùng indometacin cho người cao tuổi vì người cao tuổi thường có nguy cơ chảy máu đường tiêu hoá hay các rối loạn thần kinh trung ương (nhức đầu, lú lẫn, ảo giác).

Indometacin có thể làm cho bệnh tình nặng thêm ở những người rối loạn tâm thần, động kinh và bệnh Parkinson.

Indometacin có thể che lấp các triệu chứng nhiễm khuẩn.

Indometacin ức chế kết tập tiểu cầu và làm thời gian chảy máu kéo dài. Người bệnh có rối loạn về đông máu cần được theo dõi chặt chẽ khi dùng indometacin.

Indometacin có thể làm giảm dòng máu qua thận.

Dùng thuốc này cho người tăng huyết áp, suy tim, bệnh về thận, đái tháo đường, bệnh gan, đặc biệt là người bệnh đang dùng thuốc lợi tiểu cần phải được theo dõi cẩn thận để phát hiện sớm các dấu hiệu ứ nước, phù.

Indometacin có thể làm mất tập trung chú ý. Cần thận trọng với người điều khiển máy móc, lái xe.

Tác dụng phụ:

Indometacin thường gây nhiều tác dụng không mong muốn, đặc biệt là thời gian chảy máu kéo dài (nguy cơ chảy máu ổ loét ống tiêu hoá) và nguy cơ gây rối loạn chức năng thận (gây ứ nước).

- Thường gặp là: nhức đầu, chóng mặt, mất ngủ; nôn, buồn nôn, đau vùng thượng vị, ỉa chảy, táo bón; trầm cảm.

- Ít gặp hơn gồm: Kém ăn, ngất; Giảm sức nghe, điếc, rối loạn thính giác; Giảm bạch cầu, xuất huyết, giảm tiểu cầu, đông máu nội mạch rải rác, thiếu máu thứ phát do chảy máu dai dẳng bên trong; Loạn nhịp tim, suy tim; Loét nhiều ổ ở dạ dày và tá tràng, thủng dạ dày, chảy máu đường tiêu hoá (là phần ung có hại nặng nhất), chảy máu ở các túi thừa hoặc ở khối u nếu có; Giảm chức năng thận, suy thận; Tụ máu dưới da, chấm xuất huyết, mảng xuất huyết, ban đỏ, ngứa, đổ mồ hôi; Phù, ứ nước; Loạn cảm, bệnh thần kinh ngoại biên; Đái ra máu, chảy máu âm đạo, chứng to vú ở đàn ông.
- Các tác dụng phụ hiếm gặp gồm: Mày đay, viêm mũi, hen, choáng phản vệ, phù, sốt; Nhìn mờ, thay đổi ở giác mạc, nhiễm độc ở võng mạc; Thiếu máu thiếu sản, thiếu máu tan máu, giảm bạch cầu hạt; Tăng huyết áp, hạ huyết áp; Loét dạ dày ruột, hẹp dẫn tới tắc ruột, thủng đại tràng sigma; Đau hồ mắt hay quanh hồ mắt, động kinh, Parkinson, co giật, loạn thần; Viêm da, hồng ban đa dạng, hội chứng Stevens-Johnson, hoại tử da do nhiễm độc; Viêm gan (đã có những trường hợp tử vong), vàng da; Tăng đường huyết, đường niệu, tăng kali huyết; Protein niệu, viêm thận kẽ, hội chứng thận hư.

Liều lượng và cách dùng:

Điều trị cơn cấp bệnh gút: Mỗi lần 50 mg, 3 lần mỗi ngày. Tránh dùng phối hợp với aspirin vì aspirin làm giảm nồng độ indometacin trong huyết tương và làm tăng nguy cơ và mức độ tổn thương dạ dày ruột.

Phenylbutazon

Phenylbutazon có tác dụng hạ sốt, giảm đau, chống viêm, chống thấp khớp, chống dị ứng, chống cơn gút cấp.

Nó có tác dụng chống viêm mạnh hơn pyramidon, chống thấp khớp mạnh hơn salicylat. Thuốc được hấp thu nhanh chóng theo đường tiêu hoá. Sau 1,5 - 2 giờ, nồng độ trong máu lên tới đa. Phenylbutazon liên kết chủ yếu với albumin và globulin. Từ máu, phenylbutazon đi vào các cơ quan và tổ chức, phân bố đều trong cơ thể, thấm vào dịch não và dịch khớp. Phenylbutazon bài tiết theo nước tiểu và một phần trong phân dưới nguyên dạng và những sản phẩm chuyển hoá của nó.

Chỉ định: Điều trị thấp khớp cấp và bán cấp, viêm đa khớp cấp, bán cấp và trường diễn, viêm khớp nhiễm khuẩn không đặc hiệu, chống cơn gút cấp.

Cách dùng: Điều trị các bệnh khớp và gút cấp dùng loại 0,1 g ngày 3 - 6 lần, uống vào bữa ăn hay sau bữa ăn. Liều ngày không quá 0,6 .

Tác dụng phụ: Thường hay có ban da, kích thích niêm mạc đường tiêu hoá, buồn nôn, đau ở vùng thượng vị, đôi khi làm cho bệnh loét dạ dày - tá tràng tái phát. Phenylbutazon ức chế cơ quan tạo huyết nên có trường hợp bị giảm bạch cầu, không có bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu và thiếu máu.

Những người suy tim mạch và tăng huyết áp dùng phenylbutazon đôi khi nặng lên vì phenylbutazon làm cho giảm thải ion natri theo nước tiểu, do đó lượng nước trong cơ thể tăng lên. Trong khi điều trị bằng phenylbutazon người bệnh phải ăn nhạt.

Phải kiểm tra máu và nước tiểu sau một tuần.

Chống chỉ định: Không dùng cho người có bệnh loét dạ dày - tá tràng (hoặc trong tiền sử có bệnh loét dạ dày - tá tràng), bệnh ở cơ quan tạo huyết, rối loạn chức năng gan, thận, suy tim mạch, tăng huyết áp.

II. THUỐC ĐIỀU TRỊ GÚT MẠN TÍNH VÀ TĂNG ACID URIC HUYẾT

Allopurinol - Chất ức chế xanthinoxidase

- Là thuốc chủ yếu để điều trị lâu dài bệnh gút. Sau khi được hấp thụ nhanh phần lớn allopurinol bị oxy hoá thành chất chuyển hoá oxypurinol, cũng là một chất có hiệu quả. Allopurinol được bài tiết nhanh, oxypurinol được bài tiết chậm (thời gian bán thải khoảng 28 giờ) qua thận.

Chủ yếu thông qua ức chế xanthinoxidase mà allopurinol và oxypurinol dẫn tới sự phân huỷ acid uric huyết thanh và sự giảm bài tiết acid uric qua thận. Bởi vậy mà allopurinol là thuốc hết sức tốt cho việc điều trị dài ngày bệnh gút và tình trạng tăng acid uric huyết. Việc định liều lượng tùy thuộc vào mức độ tăng acid uric. Nếu có suy thận thì cần phải giảm liều lượng.

Chỉ định: Chữa bệnh gút mạn, tăng uric-huyết do chiếu tia X hoặc do thuốc điều trị ung thư (phòng ngừa bệnh thận acid uric), kiểm soát tái phát sỏi calci ở người bệnh tăng thải acid uric niệu, và tăng bạch cầu.

Liều dùng: Người lớn ngày 2-4 lần, mỗi lần 100mg, uống sau bữa ăn. Trẻ em: 8mg/kg/24 giờ, chia 3 lần.

Chống chỉ định: Phụ nữ có thai hoặc cho con bú, trẻ em dưới 16 tuổi (trừ trường hợp đang điều trị bằng thuốc tìm tế bào), người mẫn cảm thuốc.

Thận trọng khi dùng thuốc (trường hợp gút cấp):

- + Uống thuốc sau bữa ăn.
- + Không dùng phối hợp với penicillin nhóm A (ampicillin) và vidarabin.
- + Thận trọng khi dùng với chlorpropamid, azathioprin, mercaptopurin.

- + Có thể bị rối loạn tiêu hoá: đau bụng, nôn, ỉa chảy, phản ứng ngoài da, nhức đầu, ngứa...
- + Đặc biệt thận trọng với người suy gan suy thận.

Cách dùng:

- + Bệnh gút: Trường hợp nhẹ: 200-300mg/ngày.
Trường hợp nặng: 400-600mg/ngày
- + Cơ kích phát cấp tính: Liều tối thiểu hữu hiệu: từ 100 đến 200mg/ngày. Liều tối đa: 800mg/ngày.
- + Phòng ngừa bệnh thận acid uric trong lúc điều trị ung thư: từ 600 đến 800mg/ngày, trong 2 hoặc 3 ngày.
- + Kiểm soát sỏi calci ở người bệnh tăng thải acid uric niệu: từ 200 đến 300mg/ngày, chia làm nhiều lần.

Những tác dụng phụ không mong muốn là rối loạn dạ dày - ruột và những phản ứng dị ứng. Trong những trường hợp hiếm hoi cũng có thể xuất hiện viêm mạch, rối loạn tạo huyết và viêm gan dạng hạt. Rất hiếm hoi mới dẫn tới những phản ứng toàn thân nặng nề xuất hiện ở các bệnh nhân suy thận. Cũng nên chú ý tới sự tương tác với các dược phẩm khác, chẳng hạn azathioprin, 6-mercaptopurin hay với các chất chống đông thuộc loại cumarin.

Các thuốc bài tiết dịch acid uric

Thuốc tăng bài tiết acid uric bằng cách ức chế sự tái hấp thụ acid uric qua tiểu quản. Điều này gây ra hệ quả là sự gia tăng bài tiết acid uric đồng thời tăng nguy cơ kết tủa acid uric ở tiểu quản thận. Bởi vậy chỉ có thể dùng thuốc tăng bài tiết acid uric cho việc điều trị dài ngày bệnh gút và chứng tăng acid uric huyết sau khi đã loại trừ các bệnh về thận hoặc các dạng bệnh tăng acid uric huyết có tăng bài tiết acid uric.

Benzbromaron

Khi uống, benzbromaron sẽ chỉ hấp thụ không hoàn toàn. Trong gan, phần lớn nó sẽ được chuyển hoá sinh học qua sự hydroxy hoá. Bài tiết chủ yếu qua mật và thận. Có nhiều chỉ dẫn rằng nếu liều lượng ngày giảm đi 20% thì hiệu quả liệu pháp vẫn không giảm.

Liều trung bình là 100 mg/ngày

Dẫn chất benzofuran làm tăng thải trừ acid uric.

Chỉ định: Bệnh gút, tăng acid uric huyết do thấp khớp, bệnh tim mạch, do dùng thuốc lợi tiểu, chống ung thư...

Liều dùng: Ngày 1 viên (100mg) vào ngay sau bữa ăn sáng.

Chống chỉ định: Suy thận trung bình và nặng, phụ nữ có thai.

Tác dụng phụ: rối loạn dạ dày - ruột. Phản ứng dị ứng hiếm xảy ra. Chống chỉ định khi cơ thể quá nhạy cảm với bromua, ngoài ra khi có rối loạn chức năng thận hay sỏi thận.

Phối hợp allopurinol với benzbromaron: Liều trung bình trong ngày là 100 mg allopurinol/20mg benzbromaron. Dựa trên các kết quả nghiên cứu khoa học lâm sàng cho đến nay đã thu được, về tác dụng giảm nồng độ acid uric trong huyết tương thì một sự phối hợp cứng nhắc allopurinol (100 mg) với benzbromaron (20 mg) không mang lại ưu việt gì hơn so với điều trị bằng allopurinol (300 mg/ngày).

Sulfinpyrazon

Cơ thể hấp thụ sulfinpyrazon nhanh và hoàn toàn. Thuốc bài tiết chủ yếu qua đường thận. Thời gian bán thải trung bình là 3 - 4 giờ.

Liều trung bình: 400 mg/ngày.

Ngoài tác dụng giống thuốc tăng bài tiết acid uric, sulfinpyrazon còn có tác dụng ức chế kết tập tiểu cầu.

Những tác dụng phụ là các rối loạn dạ dày - ruột, đôi khi gây ra các khối u ruột và dạ dày. Trong những hoàn cảnh nhất định có thể gây ra những cơn hen hay chứng mày đay. Ngoài ra còn có tác dụng giữ nước và giữ natri, trong những trường hợp hãn hữu dẫn đến những rối loạn tạo máu, rất hiếm là đến chứng mất bạch cầu hạt.

Các loại dược phẩm chữa gút đang có bán trên thị trường CHLB Đức

Tên thương mại Hãng sản xuất	Thành phần (mg)	Dạng	Đóng gói (Dung lượng)
Nhóm chứa colchicin			
COLCHICUM- DISPERT Kali-Chemie	Extr.Sem.Colchic. ứng với colchicin 0,5.	viên nén	20 50
COLCHYSAT Ysaftabrik	Extr.Flor.Colchic. ứng với colchicin 0,5 .	lọ	20 ml 150 ml
Nhóm chứa allopurinol			
AL 100	Allopurinol 100	viên nén	60
International Pharma			
ALLO 100v.CT ct-Arzneimittel	Allopurinol 100	viên	50 100

ALLO-EFEKA 100 Brenner/Efeka	Allopurinol 100	viên nén	30 100
ALLO-PUREN 100 Klinge-Nattermann Puren	Allopurinol 100	viên	50 100
ALLOPURINOL AL100d Aliud	Allopurinol 100	viên	50 100
Nhóm chưa benzbromaron			
AZUBROMARON Azuchemie	Benzbromaron 100	viên	50
BENZBROMARON AL 100 Aliud	Benzbromaron 100	viên	50
BENZBROMARON CHEPHASAAR Chephasaar	Benzbromaron 100	viên	30 90
BENZBROMARON R.A.N. R.A.N.-Pharm	Benzbromaron 100	viên	50
BENZBROMARON RATIOPHARM ratiopharm	Benzbromaron 100	viên	50 100
BENZBROMARON SANORANIA Sanorania	Benzbromaron 100	viên	30
BENZBROMARON 100 STADA Stadapharm	Benzbromaron 100	viên	100

NARCARICIN Heumann	Benzbromaron 100	viên nén	30 100
NARCARICIN MITE Heumann	Benzbromaron 50	viên	30 100
URICOVAC MITE Sanofi	Benzbromaron 40	viên	30 100
URICOVAC M Sanofi	Benzbromaron 80	viên	30 100
Nhóm chứa sulfinpyrazol			
ANTURANO Ciba-Geigy	Sulfinpyrazon 100	viên	50 100
Nhóm phối hợp thành phần			
ACIFUGAN Henning Berlin	Allopurinol 100 Benzbromaron 20	viên	50 70 100
ALLO-COMP- RATIOPHARM Ratiopharm	Allopurinol 100 Benzbromaron 20	viên	30 100
ALLOMARON Nattermann	Allopurinol 100 Benzbromaron 20	viên	20 50 100
HARPAGIN Merz	Allopurinol 100 Benzbromaron 20	viên	30 100

Các muối kiềm hoá - Những chất gia tăng độ hoà tan của acid uric

Việc dùng thêm các muối kiềm hoá có thể cần tới như là một biện pháp bổ sung. Những chất muối này sẽ gia tăng độ hoà tan của acid uric thông qua sự nâng cao trị pH của nước tiểu. Việc định liều sẽ định hướng theo độ pH của nước tiểu. Cố gắng đạt độ pH từ trên 6,2 đến khoảng 6,8. Để tránh làm rối loạn chất điện phân thì nhất thiết phải cung cấp cation như natri và kali một cách đồng thời.

Có thể dùng các muối kiềm hoá ở dạng đơn chất: Một gam của chất muối này ứng với 8,8 mmol đương lượng bazơ - gây ra sự tăng độ pH của nước tiểu lên khoảng 0,2 - 0,3 đơn vị. Nhằm nâng một cách chắc chắn độ pH lên vùng mong muốn, cơ thể cần tới khoảng 90 mmol/ngày.

Ngoài ra trên thị trường CHLB Đức có bán các muối phối hợp kali-natri hydrogen citrat của hãng URALYTU Madaus. Thuốc có dạng hạt đóng gói 10g định liều hàng ngày.

Còn có các dạng muối kiềm hoá phối hợp với những thành phần không kiềm hoá. Những muối này kết hợp khác nhau về định tính và định lượng. Cho đến nay các nhà khoa học chưa công bố về những kết quả thí nghiệm cho biết, có thể đạt được sự dịch chuyển trị pH như thế nào nếu dùng liều lượng qua đường uống (xem bảng dưới).

Các muối kiềm hoá kết hợp đang có bán trên thị trường CHLB Đức.

Tên thương mại Hãng sản xuất	Thành phần (mg)	Dạng	Đóng gói (Dung lượng)
LITHUREX Tosse	mỗi túi (2,015 g): magie citrat 180 acid citric 270 citrat natri 723,2 citrat kali 794 pyridoxin-HCl 8	hạt 3 túi*	100 túi
SEPDELEN 7 Hameln	citrat natri 122/g natrihydrogen- carbonat 102/g natrisulfat 324/g acid lactic 90/g natrihydrogen- tartrat 41/g natrihydrogen- citrat 47/g natrimonohydro- genphosphat 160/g natri tartrat 114/g	hạt khoảng 5g*	210 g
URICEDIN 2000 Stroschein	acid citric 343/g natrihydrogen- carbonat 295/g natri sulfat 295/g	hạt khoảng 9g*	300 g

*) lượng trung bình tính toán ngày tương ứng với thông báo về việc định liều của hãng sản xuất

Kết hợp chiết xuất thảo mộc có chứa colchicin với các chất khác

Tuy việc dùng thảo mộc chữa bệnh là một việc rất được ưa chuộng, nhưng hiện nay các thuốc này chưa được tiêu chuẩn hoá, đây là một việc làm rất tốn tiền vì muốn vậy phải nghiên cứu rất kỹ về chức năng chữa bệnh của các thảo dược này. Chúng tôi xin giới thiệu về sự kết hợp chiết xuất thảo mộc là những hạt giống và rễ có chứa colchicin với các chất khác, chúng tôi cũng chỉ khuyên nên dùng cho bệnh nhân gút mạn tính, không thích hợp cho điều trị gút cấp tính.

Trên thị trường CHLB Đức đang có bán dạng chiết xuất từ các thành phần: Buld.Colchic.16/ml; Herb.Rhois toxicodendr.4/ml; Herb.Urtic 4/ml; Herb.Leontopod.8/ml Rad.Taraxac.8/ml của hãng COLCHICUMSTRATH Strath-Labor. Thuốc được đóng gói dạng lọ 50ml, 100ml, 250ml. Liều 3ml là liều trung bình mỗi ngày.

Các thuốc khác

Ở CHLB Đức, Bộ Y tế CHLB Đức cho phép sử dụng một số thuốc chiết xuất từ thảo mộc có chứa colchicin, được điều chế theo liệu pháp vi lượng đồng căn để điều trị bệnh gút và tăng acid uric huyết hoặc các bệnh là hệ quả của chúng. Bạn đọc có thể tìm hiểu chi tiết hơn trong các tài liệu tham khảo tiếng Đức (xem trong danh mục TLTK ở cuối sách).

Một số bài thuốc kinh nghiệm cổ truyền ở Việt Nam

Như trên đã có nói, bệnh gút cũng đã được y học cổ truyền mô tả từ cách đây hàng nghìn năm. Nguyên nhân đau liên quan đến phong - nên có tên là Thống phong. Chúng tôi xin giới thiệu một số bài thuốc kinh nghiệm.

- Bài thuốc chữa cơn gút cấp:

Đào nhân	8g
Hồng hoa	8g
Phòng phong	12g
Hoàng kỳ	12g
Đương qui	12g
Nhũ hương	6g

Sắc uống 1 thang mỗi ngày

- Bài thuốc chữa gút đơn thuần:

Xuyên khung	12g
Đương qui	12g
Thục địa	12g
Xích thược	12g
Đan sâm	16g
Bạch truật	12g
Phòng phong	10g

- Bài thuốc chữa bệnh gút cho người béo bệu (BMI > 23%)

Bạch linh	20g
Bán hạ chế	12g
Trần bì	12g
Hồng hoa	8g
Xuyên khung	12g

Phòng phong	12g
Trạch tả	12g
Nhũ hương	6g
Một dược	10g
- Bài thuốc chữa gút cho người bị cao huyết áp:	
Thiên ma	12g
Câu đằng	12g
Xuyên khung	12g
Đương qui	12g
Xích thược	12g
Thổ phục linh	12g
Kê huyết đằng	12g
Phòng phong	12g
Độc hoạt	12g
Hoè hoa	12g
Trạch tả	12g
- Bài thuốc chữa gút cho người bị suy nhược, cao huyết áp:	
Xuyên khung	12g
Đương qui	12g
Thục địa	12g
Bạch truật	12g
Kê huyết đằng	12g
Đan sâm	16g
Hoài sơn	16g
Kỷ tử	12g
Phòng phong	12g
Xích thược	12g

DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH GÚT

Khái niệm chung

Dinh dưỡng một mặt cung cấp năng lượng cần thiết để duy trì những chức năng cần thiết cho con người như thở, hoạt động của tim, mặt khác để thực hiện lao động chân tay, trí óc. Lượng năng lượng này thường được đo dưới dạng kilôcalo (kcal).

Nhu cầu năng lượng cho các chức năng tối thiểu ở người lớn là 1700 kcal/ngày. Tùy theo lao động nặng nhẹ mà phải thêm 400-800 kcal. Theo đó thì với nhân viên văn phòng toàn bộ nhu cầu năng lượng ngày sẽ là 2300 kcal. Phần năng lượng dư thừa trong khẩu phần sẽ được cơ thể tích lũy lại dưới dạng mỡ. Nếu tích lũy quá nhiều mỡ sẽ dẫn tới bệnh thừa mỡ (béo phì).

Thành phần năng lượng chứa trong các chất dinh dưỡng là:

1 g protein	4,1 kcal
1 g carbohydrat (đường)	4,1 kcal
1 g mỡ	9,3 kcal
1 g rượu	7,1 kcal

Phải thường xuyên kiểm tra trọng lượng cơ thể (hàng tháng, tốt nhất là hàng tuần) để có thể theo dõi năng lượng cung cấp cho người. Đơn giản nhất (theo Broca) là lấy chiều cao (tính bằng centimét) trừ đi 100 sẽ ra trọng lượng cần có: Thí dụ một người cao 1m 65 thì cân nặng lên có là $165 - 100 = 65$ kg.

Do các tính chất hoá học của mình mà các chất dinh dưỡng khác nhau cũng có ý nghĩa khác nhau cả đối với trao đổi chất nói chung, cũng như đối với trao đổi chất purin nói riêng.

Protein là chất quan trọng nhất làm nền tảng cho tế bào. Mỗi ngày, mỗi người đều phải được cung cấp từ thức ăn 0,8 g protein/kg trọng lượng cơ thể để bảo đảm sự tái tạo tế bào và mô mới. Protein chứa trong thực phẩm có nguồn gốc động vật và thực vật (thịt, cá, rau, hạt). Tuy nhiên việc cung cấp protein động vật và thực vật thường cũng có nghĩa là cung cấp purin bởi vì đó là thành phần cơ bản của tế bào, chúng cũng được chứa trong các loại thực phẩm này. Nhưng cũng nên lưu ý tới sự kiện đặc biệt là protein từ sữa và trứng lại không có purin và vì vậy rất thích hợp cho việc nuôi dưỡng bệnh nhân gút.

Carbohydrat cung cấp năng lượng cần gấp cho cơ thể. Những carbohydrat quan trọng nhất là đường và tinh bột. Nhiều thực phẩm chứa carbohydrat ở dạng tinh bột như gạo, bánh mì đen, khoai tây, rau, quả cũng có nhiều vitamin. Bởi vậy dù đều cùng cung cấp năng lượng nhưng nên ưu tiên dùng những thực phẩm này thay vì các loại bánh, kẹo và nước ngọt là những thức chứa rất nhiều đường. Carbohydrat cung cấp thừa vào cơ thể sẽ được nó chuyển hoá thành mỡ và dự trữ ở dạng những “khối mỡ” trong đó.

Mỡ là chất dinh dưỡng giàu năng lượng nhất cho con người. Nếu so với 1 g carbohydrat hay protein thì 1 g mỡ chứa gấp đôi năng lượng. Tuy nhiên năng lượng này không dễ lấy ra như năng lượng của carbohydrat. Ngoài nhiệm vụ làm nguồn năng lượng, nhiều loại mỡ cũng có chức năng chứa các vitamin tan trong mỡ và các acid béo cơ bản mà con người không tự tạo ra được. Mỡ dư thừa sẽ được trữ trong các mô mỡ.

Rượu không phải là chất dinh dưỡng cần thiết cho cuộc sống con người mà nó chỉ là một thức uống phổ biến, hoàn toàn chỉ dành cho thưởng thức mà thôi. Với tư cách là nguồn năng lượng thừa, rượu đóng góp phần chủ đạo vào sự phát triển bệnh béo phì. Lượng rượu lớn không chỉ phá huỷ gan mà còn cả các bộ phận khác trong cơ thể. Rượu gia tăng quá trình tạo các purin trong gan và thông qua các sản phẩm chuyển hoá chất của chúng, nó gián tiếp ức chế thận bài tiết acid uric. Đối với người khỏe thì tác dụng này của rượu không gây tác hại trực tiếp ngay, nhưng ở bệnh nhân gút thì nó dẫn tới sự tăng nồng độ acid uric trong máu và trong các dịch cơ thể khác, và rất dễ gây nên cơn gút cấp tính.

Các vitamin là những chất điều khiển các quá trình chuyển hoá trong cơ thể con người và rất quan trọng đối với sự sống. Nhu cầu hàng ngày cho từng loại vitamin tốt nhất sẽ được đáp ứng thông qua việc sử dụng thực phẩm cả động vật cũng như thực vật, và đa dạng bằng cách thường xuyên thay đổi chúng.

Các chất khoáng như calci, kali và muối ăn là những chất cần thiết cho hoạt động cơ bắp và việc tạo xương.

Nước là không thể thiếu được đối với tất cả các quá trình trao đổi chất trong cơ thể, cần thiết cho cuộc sống. Con người có thể nhịn đói mà vẫn sống nhiều ngày được, nhưng nếu không uống nước thì chỉ chịu đựng được trong ít ngày. Mỗi ngày cơ thể cần từ 1,5 đến 2 lít nước. Nhưng bệnh nhân gút phải uống nhiều nước hơn: ít nhất 2 lít mỗi ngày để gia tăng quá trình bài tiết acid uric trong nước tiểu và thông qua sự giảm nồng độ acid uric trong nước tiểu mà để phòng được việc tạo sỏi urat trong những ống dẫn nước tiểu ra ngoài.

Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân gút

Cho dù ngày nay đã có rất nhiều loại thuốc hiệu nghiệm để giảm mức acid uric trong máu, mà ở trên đã liệt kê được phần nào, thì việc ăn uống điều độ và đúng mực vẫn không chỉ rất quan trọng mà cũng còn là cơ sở cho việc điều trị cho những người bị bệnh gút, bởi lẽ nó góp phần đáng kể vào việc giảm mức acid uric huyết. Vậy cũng cũng có thể nói đó là cách điều trị cơ bản cho bệnh gút nói riêng và tăng acid uric huyết nói chung. Phải thực hiện chế độ ăn kiêng, một khi dùng chế độ ăn kiêng bệnh rất dễ tái phát. Khi ăn uống hợp lý, đúng theo cơ sở khoa học sẽ chắc chắn tránh được những sai lầm thô thiển mà người ta dễ mắc phải, và qua đó mà có thể giảm đáng kể lượng thuốc phải sử dụng hoặc thậm chí hoàn toàn không phải dùng thuốc thậm chí còn có ý nghĩa đặc biệt trong việc phòng ngừa sự tái phát của các đợt gút cấp và những cơn đau quặn thận do sỏi. Cho đến nay việc điều trị bệnh gút cũng như những bệnh rối loạn chuyển hoá còn đang gặp nhiều khó khăn, mặc dù khoa học nói chung và y sinh học nói riêng, đặc biệt là kỹ thuật gen, phát triển rất nhanh. Tuy sắp tới bệnh nhân gút nói riêng, bệnh nhân rối loạn chuyển hoá nói chung cũng có thể kỳ vọng nhiều ở những phát kiến mới, nhưng để cho những thành tựu này là phổ biến trong liệu pháp thì còn phải đợi một thời gian dài. Những bệnh này sẽ theo đuổi bệnh nhân cả đời (chừng nào kỹ thuật gen còn chưa cho phép thay gen!), bởi vậy tất nhiên người bệnh phải tiến hành điều trị lâu dài. Nên chú ý là việc ngắt quãng điều trị hay đơn giản hơn là chỉ riêng những sai lầm thô thiển trong chế độ ăn kiêng nhất định sẽ dẫn tới đợt tái phát bệnh.

Ăn kiêng một cách có hiệu quả nhất là ăn những thực phẩm ít purin để hàng ngày cơ thể phải tiếp nhận ít hơn

300 mg acid uric hay mỗi tuần ít hơn 2000 mg. Nhưng ở thời đại phát triển hiện nay điều đó là không tưởng, nhất là phải nghiêm ngặt giữ đúng chế độ đó cho thời gian lâu dài; và thực tế là chỉ có thể áp dụng tiêu chuẩn đó cho những trường hợp cá biệt. Chúng ta nên tuân thủ các nguyên tắc dinh dưỡng hợp lý bằng các thực phẩm nghèo purin với nhất thiết không bao giờ quá 500 mg acid uric/ngày. Tuy vào một ngày cá biệt nào đó lượng thực phẩm có thể cung cấp cho cơ thể để nó sản ra đến 500 mg acid uric, nhưng vào những ngày khác điều đó sẽ được cân bằng lại qua lượng acid uric dưới 400 mg. Phương hướng như vậy thể hiện một sự dung hoà nên có giữa chế độ ăn kiêng hiệu quả - nghiêm ngặt phải là nghèo purin - và nhu cầu chính đáng của người bệnh là cũng phải được ăn hợp lý và ngon miệng, mà không bị ngăn cấm quá đáng.

Tỷ lệ các chất trong thức ăn cho người bệnh gút phải là: protein 10%, mỡ 30%, carbohydrat 60% và như vậy nó đáp ứng được nhu cầu về năng lượng cần thiết cho cơ thể. Những bệnh về chuyển hoá chất khác nữa sẽ đòi hỏi thay đổi chút ít về tỷ lệ này. Việc giảm lượng purin và kiêng rượu là những biện pháp chính, giảm cân nặng sẽ trợ giúp thêm. Chế độ ăn kiêng này là hợp lý cho thời gian lâu dài và cũng có thể áp dụng tốt cho cả người khoẻ nữa, điều đó về lâu về dài sẽ chỉ mang lại rất nhiều lợi ích cho người đó mà thôi, chứ không hề gây một chút thiệt hại nào.

Lượng purin trong bảng kê năng lượng của thực phẩm

Lượng purin có trong thực phẩm thay đổi vì tùy thuộc độ tăng trưởng của rau quả hay động vật, cũng như cách và thời gian bảo quản chúng. Ngay cả cách chế biến thực phẩm cũng có thể làm thay đổi lượng purin, chẳng hạn vì

những mất mát trong nước đun sẽ thay đổi lượng purin. Bởi lẽ thức ăn hàng ngày bao gồm rất nhiều loại thực phẩm khác nhau nên lượng purin sẽ cân bằng và lượng purin cung cấp tính toán cho một hay nhiều ngày là đúng đến mức đáng ngạc nhiên.

Lượng purin trong thực phẩm được đo bằng các phương pháp hiện đại nhất là phân tích enzym hay các phương pháp sắc ký đặc biệt. Các phương pháp này nhạy và chính xác hơn các phương pháp xác định purin cổ điển trước đây vẫn dùng. Vậy là từ bảng ta có thể thấy ngay ra được rằng, trong quá trình trao đổi chất tối đa có bao nhiêu acid uric (dĩ nhiên phải trừ những mất mát do hấp thu trong ruột) có thể sinh ra từ các thực phẩm này. Trong thực phẩm người ta thường lấy đơn vị làm chuẩn là lượng acid uric (mg/100g) nhưng trên thực tế không phải loại nào cũng ăn 100 g, nên ở bảng sau còn cho lượng acid uric (mg/100 kcal).

Ba nguyên tắc vàng về sự ăn uống hợp lý cho bệnh nhân gút

- (1) Tránh ăn những thực phẩm giàu purin như nội tạng (tim, gan, bầu dục, lòng...) hay hải sản cũng như da của gia cầm, lợn và cá.
- (2) Tránh uống rượu, nếu không được thì chỉ uống lượng ít nhất có thể và nên nhớ rượu cũng sẽ làm béo.
- (3) Duy trì cân nặng hợp lý. Khi thừa cân cần giảm trọng lượng cơ thể bằng cách áp dụng chế độ ăn hạn chế năng lượng dần dần, tuyệt đối không nhịn ăn.

Bảng sau đây cũng đã khái quát cho ta được một ấn tượng về lượng acid uric mà những thực phẩm hàng ngày chúng ta tiêu thụ sẽ sản ra là bao nhiêu.

Lượng acid uric có trong thực phẩm		
	mg acid uric trong	
	100 g	100 kcal
Gan lợn	300	216
Bầu dục bê	210	163
Cá hồi	200	185
Cá chép	150	125
Thịt lợn	150	52
Thịt bò	140	91
Thịt bê	150	146
Đậu lăng (khô)	200	66
Đậu Hà Lan (tươi)	150	223
Đậu trắng (tươi)	180	90
Rau cải bó xôi (tươi)	50	455
Măng tây	25	167
Xà lách	24	240
Hoa lơ	45	250
Cải bẹ	25	227
Cải Bruxen	60	205

Tránh ăn những thực phẩm giàu purin: Cố gắng ngày chỉ ăn thịt hay cá một lần mà thôi. Mỗi người phải tự tính cho mình mỗi bữa được ăn bao nhiêu gam thịt hay cá, hay cả đậu và các món rau khác cộng lại. Bởi lẽ nên chú ý là các loại rau quả như đậu, măng tây, cải bó xôi... cũng chứa nhiều purin chẳng kém thịt. Ngoài ra nên ăn bổ

sung đậm dưới dạng các sản phẩm sữa. Cũng còn điều chú ý nữa là giữa “thịt trắng” (gia cầm) và “thịt đỏ” (bò, trâu) không có khác biệt lớn về lượng purin (xem phụ lục), nên không cần quá phân biệt hai loại thịt này đối với bệnh gút, điều mà đã có nhiều bài báo thông tin chưa chính xác.

Nồng độ acid uric huyết và các dịch cơ thể khác tăng tuyến tính theo lượng purin được ta cung cấp hàng ngày vào trong cơ thể theo đường thực phẩm, nước và các thức uống khác. Lượng purin ngoại sinh (của thực phẩm và chất uống nạp vào cơ thể) hàng ngày tạo ra tùy thuộc trọng lượng và chủng loại của những thứ này có thể đạt tới 800 mg. Nếu giảm được lượng acid uric này thì sẽ giảm được mức acid uric huyết. Purin trước hết chứa trong những thức ăn chế biến từ các cơ quan giàu tế bào như gan, phổi, bầu dục, ... tức là phủ tạng, và đặc biệt là da. Điều này hết sức có hại cho bệnh nhân gút nếu sử dụng chúng làm thực phẩm. Hãy cố gắng tránh những loại thực phẩm này. Trước đây người ta còn cấm không cho người mắc bệnh gút ăn thịt, cá và giời. Nhưng hãy lưu ý rằng, các thực phẩm có nguồn gốc thực vật như đậu lăng, đậu đũa, đậu Hà Lan cũng chứa hàm lượng purin không ít hơn thịt. Thậm chí một số loại rau như cải bó xôi, măng tây, xà lách còn chứa nhiều purin/100 kcal hơn cả thịt. Điều đáng nói ở đây là, vì thành phần protein và năng lượng quá nhỏ nên để thỏa mãn nhu cầu về protein và năng lượng bằng rau, chúng ta phải cung cấp một lượng hết sức lớn cho cơ thể nên cho dù loại thực phẩm này là “nghèo purin” theo đơn vị trọng lượng, nhưng ta đã phải đưa một lượng purin lớn hơn vào cơ thể nếu so sánh với thịt. Bởi vậy để khuyên người bệnh gút ăn chay hoàn toàn cũng là điều hết sức vô lý, đó là chưa kể đối với người Việt Nam chúng ta, ăn chay còn có nghĩa là ăn đậm thực vật như đậu.

Sữa và các sản phẩm sữa không có hoặc có rất ít purin và vì vậy rất đáng khuyến dùng làm thực phẩm cung cấp protein cho bệnh nhân gút.

Tránh uống rượu: Rượu kích thích gan tạo thêm acid uric và ngoài ra lại còn ngăn cản thận bài tiết acid uric. Bởi vậy uống nhiều rượu thường xuyên là nguyên nhân cho đợt gút cấp. Ngay người bị tăng acid uric huyết cũng đã phải luôn ý thức về điều này để không bao giờ được phép vượt quá một chén rượu hay một cốc bia/ngày.

Người bị bệnh gút phải cố gắng duy trì trọng lượng tiêu chuẩn

Theo Broca, trọng lượng tiêu chuẩn (kg) = chiều cao (tính bằng cm) - 100 (kg)

Với những người thừa cân thì nói chung, khi giảm cân thì sẽ kéo theo ngay sự giảm mức acid uric huyết. Thừa cân và đặc biệt là béo phì không chỉ liên quan đến bệnh gút mà còn gây ra những bệnh về trao đổi chất khác nữa như tiểu đường và tăng cholesterol trong máu vì vậy cần duy trì cân nặng lý tưởng và tìm cách giảm trọng lượng cơ thể khi thừa.

Nhưng cũng không được thực hiện quá nhanh và đột ngột (chẳng hạn nhịn đói hay ăn kiêng quá đáng), bởi lẽ nhịn đói sẽ kéo theo việc ngăn cản sự bài tiết của thận và điều đó ngay lập tức gây tăng mức acid uric, hết sức nguy hiểm đối với bệnh nhân gút. Chỉ bằng một đợt trị liệu ngắn hạn thực hiện giảm đáng kể việc cung cấp năng lượng, chẳng hạn về 1000 kcal/ngày, bạn đã đạt được sự giảm trọng đáng kể.

Nhưng nếu muốn tiến hành một đợt ăn kiêng với năng lượng hấp thu nhỏ hơn 1000 kcal thì rất có hại cho

sức khỏe và nhất thiết phải có ý kiến chỉ đạo và sự theo dõi sát sao của bác sĩ.

Những nguyên tắc ứng xử quan trọng trong một đợt ăn kiêng để giảm trọng:

- Chỉ rút bớt một cách đáng kể năng lượng cung cấp thông qua thực phẩm, chẳng hạn về 1000 kcal/ngày, thì mới thấy rõ được sự giảm cân.
- Khi đó phải chia nhỏ các bữa ăn, nghĩa là ăn nhiều bữa trong ngày.
- Phải ăn thật chậm, trước khi ăn hãy uống một cốc lớn nước.
- Hãy đặt từ một ngày trước lịch ăn trong ngày và ăn món gì, bao nhiêu... và sau đó cứ thế mà thực hiện, không thay đổi gì nữa.
- Lượng nước tiểu thải ra hàng ngày phải trên 2 lít.
- Trọng lượng cơ thể được theo dõi hàng ngày rồi ghi chép lại, tốt nhất dưới dạng một biểu đồ trọng lượng.

Bệnh nhân phải tự đặt một cái đích cho sự giảm cân. Nếu ăn kiêng theo chế độ năng lượng hấp thu là 1000 kcal/ngày thì có thể đạt được giảm cân ít nhất là 0,5 kg/tuần, nếu làm việc nặng nhọc hay tập luyện thể dục thể thao căng thẳng hơn thì còn giảm cân nhiều hơn nữa.

Những lời khuyên để thực hiện ăn kiêng trên thực tế

Nguyên tắc quan trọng nhất cho chế độ dinh dưỡng đúng đắn cho bệnh nhân gút không phải là hoàn toàn kiêng ăn thịt cũng như cấm uống rượu bia. Điều đúng đắn là điều độ, giữ ở mức tối thiểu. Cũng nên tránh quá khích, nghĩa là nhịn đói hay nhịn khát (nên nhớ phải uống đủ nước). Cần tránh ăn uống quá nhiều nhất thiết hạn chế các bữa tiệc.

Chế độ ăn kiêng tuyệt đối nghèo purin

Chế độ ăn kiêng tuyệt đối nghèo purin là khi cung cấp không quá 300 mg acid uric/ngày và không quá 2000 mg acid uric/tuần. Với chế độ ăn kiêng này, chúng ta có thể giảm rất mạnh sự tạo acid uric trong cơ thể và sự bài tiết acid uric trong nước tiểu. Nhưng chế độ ăn kiêng quá nghiêm khắc như thế này không có khả năng thực thi ở thói quen dinh dưỡng hiện đại nữa, vì không thể giữ nó lâu dài được. Bởi vậy thấy thuốc chỉ chỉ định nó cho ít ngày, ở những trường hợp rất hãn hữu và chỉ để kiểm tra ảnh hưởng của chế độ ăn kiêng lên mức acid uric huyết. Trong chế độ ăn kiêng này protein được cung cấp ở dạng các sản phẩm không béo của sữa và protein thực vật.

Chỉ được phép hãn hữu dùng thịt bấp để cải thiện sự hấp dẫn của món ăn và cũng chỉ theo lượng rất ít. Toàn bộ lượng protein không được vượt quá nhu cầu 0,8g/kg trọng lượng cơ thể. Việc cung cấp năng lượng sẽ được tiến hành ở mức độ sát nút. Phải uống ít nhất 2 lít nước/ngày.

Chế độ ăn kiêng hạn chế purin tương đối

Nội tạng như tim, gan, bầu dục, lưỡi cũng như cá trích (nhất là ngâm dầu trong hộp), cá đối và cá trích cơm là những thứ giàu purin. Và da cũng chứa rất nhiều purin. Nhất thiết phải loại bỏ những thức ăn này trong thực đơn cho người bệnh gút.

Còn đối với các loại thực phẩm khác thì điều quyết định không chỉ riêng là lượng purin chứa trong đó, mà trước hết là lượng thực phẩm mà người bệnh ăn vào. Xin kể hai ví dụ để minh họa:

- Một suất ăn Âu gồm một miếng thịt rán 200 g đã chứa 300 mg acid uric. Lượng này đã tương ứng

với toàn bộ lượng acid uric nội sinh trong một ngày. Bởi vậy nếu chỉ ăn thịt thì người bệnh gút cũng chỉ được phép ăn 100 - 150 g, còn không được ăn rau hoặc các món phụ khác nữa vì chúng đều có chứa purin cả.

- Thịt ép khô có lượng acid uric rất cao (các món cá, đậu cũng vậy, chẳng hạn nước mắm, xì dầu, tương...). Nhưng để làm gia vị thì chỉ cần ít hơn 1 g, bởi vậy nếu ăn ít ở dạng gia vị thì không cần thiết phải ngăn cấm.

Vậy lời khuyên là nên ăn 100 - 150 g thịt, cá hay giò/ngày. Nhưng các sản phẩm của sữa như - sữa đông hay phomat với dưới 30% mỡ, và trứng còn tốt hơn.

Không khuyên ăn kiêng theo kiểu ăn chay, bởi lẽ ăn chay nghiêm ngặt không có nghĩa là dinh dưỡng nghèo purin, bởi lẽ các thực phẩm có nguồn gốc thực vật đều chứa ít năng lượng nên nếu chỉ ăn độc nhất món rau thì ta sẽ tiếp thu rất nhiều purin hơn là khi ta chỉ ăn món rau đó như một món phụ. Rất nên chú ý là trong món chay còn có nhiều đậu mà đậu chứa nhiều purin.

Cũng chính bởi vậy mà các món đậu (đậu đũa, đậu Hà Lan) không nên ăn thường xuyên. Thức uống nên dùng là nước lọc và nước khoáng, nước hoa quả ép, nước chè, cà phê. Nếu chỉ uống rượu bia có chừng mực, nghĩa là một chén rượu hoặc một cốc bia là không cấm.

Nếu chế độ ăn kiêng này bị vi phạm, nhưng chỉ là rất ít, thì là chấp nhận được, chẳng hạn phải dự một bữa tiệc mà lúc đó người bệnh vẫn luôn ý thức giữ được để mình không ăn uống quá mức.

Những đặc trưng của đợt ăn kiêng

Ăn kiêng trong cơn gút cấp

Nếu như dù đã tiến hành điều trị mà vẫn xảy ra một đợt gút cấp, thì bệnh nhân phải lập tức ăn ít hơn, tốt nhất là khi ăn phải để ý sao cho vẫn hấp thu đủ năng lượng nhưng lượng purin vào cơ thể là thật thấp, và đồng thời phải uống thực nhiều nước dưới dạng nước đun sôi để nguội, nước chè, nước hoa quả ép, nước khoáng... Phải tiến hành rà soát lại xem đã mắc lỗi gì trong thời gian ăn kiêng vừa qua, những nguyên nhân nào gây nên cơn gút cấp này để rút kinh nghiệm và trong tương lai phải nghiêm chỉnh tránh các nguyên nhân đó.

Ăn kiêng trong cơn đau sỏi urat

Acid uric khó tan trong nước. Bạn thử để nước tiểu bình thường một lúc trong không khí thấy những tinh thể acid uric kết tinh lại. Xu hướng kết tinh này sẽ gia tăng theo nồng độ acid uric trong nước tiểu. Mục tiêu của sự ăn kiêng trong bệnh sỏi acid uric là giảm cung cấp acid uric qua thực phẩm và qua đó giảm bài tiết acid uric trong nước tiểu để cản trở sự tạo thành sỏi urat. Ngoài ra thì một sự làm loãng acid uric trong nước tiểu qua sự gia tăng lượng nước tiểu và trung tính hóa nước tiểu mà qua đó acid uric dễ hòa tan hơn, cũng là một biện pháp phòng ngừa rất có lợi để không tạo thành sỏi urat.

Phải uống nhiều nước thì sẽ đạt được pha loãng nước tiểu. Điều quyết định là lượng nước tiểu thải ra trong 24 tiếng không được dưới 2 lít. Khi uống nước và tính lượng nước được hấp thu phải lưu ý tới sự mất mát nước qua bài tiết mồ hôi, nhất là về mùa hè. Việc cung cấp nước phải liên tục, nghĩa là ngay cả trong đêm, và phải được giải

quyết bằng biện pháp uống nhiều nước trước khi đi ngủ hay thỉnh thoảng dậy để uống nước, sao cho nồng độ acid uric không có lúc nào bị tăng cao lên mức nguy hiểm.

Nếu ăn uống bình thường thì nước tiểu hơi toan. Tuy nhiên acid uric dễ tan hơn trong những dung dịch trung tính. Bởi vậy việc "trung tính hóa" nước tiểu là một biện pháp bổ sung quan trọng khác. Dinh dưỡng nghèo urin bằng cách ăn ít thịt hơn, bản thân nó đã thay đổi tính chất của nước tiểu theo hướng có lợi này. Còn có nhiều cách làm kiềm hoá nước tiểu ngoài việc ăn nhiều rau xanh, thí dụ như uống nước khoáng, uống nước xôđa (muối bicarbonat natri). Ngoài ra thì thấy thuốc cũng chỉ định dùng thuốc để tiếp tục cải thiện độ hòa tan của acid uric trong nước tiểu.

Ăn kiêng trong những biến chứng cao huyết áp do suy thận

Cao huyết áp là một hệ quả thường xuyên của suy thận bởi gút và nay dù có những được phẩm hiện đại, vẫn đòi hỏi phải giảm lượng natri cung cấp nhằm hạ huyết áp. Natri sẽ được hấp thu không chỉ dưới dạng muối ăn (clorua natri), mà còn ở dạng những muối natri khác nữa. Khi đó sẽ phải dùng hết sức ít muối khi chế biến thức ăn, còn khi ăn nhất thiết không được dùng thêm muối, có thể dùng muối cho người ăn kiêng. Những món ăn ở siêu thị và đồ hộp hầu hết chứa quá nhiều muối và vì vậy bệnh nhân cao huyết áp không được ăn hoặc nếu ăn thì chỉ theo một lượng rất ít. Rượu cũng góp phần làm tăng huyết áp nên chỉ được uống hết sức hân hữu và ít. Bệnh béo phì là một nguyên nhân gây cao huyết áp nên cũng phải tìm cách loại trừ.

Ăn kiêng trong những bệnh khác về trao đổi chất

Bệnh béo phì là một nguyên nhân gây tiểu đường, rối loạn trao đổi chất béo và bệnh gút. Trong xã hội hiện đại với sự dư thừa về thực phẩm và các đồ ăn uống kích thích, một sự tổ hợp các bệnh này là thường gặp. Biện pháp ăn kiêng quan trọng nhất ở bệnh béo phì và một hay nhiều bệnh về rối loạn trao đổi chất này là giảm cân.

Nếu bệnh nhân gút cũng còn bị tiểu đường thì đơn giản nhất là mở rộng chế độ ăn kiêng ở tiểu đường theo hướng ăn kiêng nghèo purin. Những nguyên tắc quan trọng nhất của chế độ ăn kiêng ở tiểu đường là trị bệnh béo phì, xử lý đường một cách hợp lý và chia việc hấp thu chất dinh dưỡng là ngũ cốc ra thành nhiều bữa nhỏ.

Cả cách điều trị rối loạn trao đổi chất béo bằng ăn kiêng cũng có thể kết hợp một cách hợp lý với ăn kiêng ở bệnh gút mà không có khó khăn gì.

Nếu bị tăng cholesterol máu thì phải hạn chế cung cấp chất béo ở mức độ thấp (30% nhu cầu năng lượng), tuy nhiên ở đây thì việc cung cấp acid béo không no lại có thể tương đối cao. Nhưng phải tránh những thực phẩm giàu cholesterin. Rượu làm trầm trọng tình trạng tăng mỡ máu nên phải tránh uống rượu. Các thực phẩm chứa tinh bột thích hợp hơn là những loại chứa đường tinh chế. Trong chế độ ăn kiêng dành cho các rối loạn chuyển hoá chất béo thành phần tinh bột để cung cấp năng lượng không được vượt quá 50%.

Những điều cần lưu ý

- Dù được dùng thuốc để điều trị nhưng trong bất cứ trường hợp nào cũng vẫn cần phải có chế độ ăn kiêng, bởi lẽ như vậy thì sự trao đổi chất mới không bị quá tải. Và nếu có vi phạm chế độ dinh

đưỡng một cách quá đáng thì ngay cả khi đang dùng thuốc vẫn có thể xảy ra đợt cấp tái phát hay cơn đau sỏi thận.

- Mặt khác, bên cạnh việc áp dụng chế độ dinh dưỡng phù hợp vẫn cần tuân thủ nghiêm ngặt chỉ định của thầy thuốc, nhất là về liều hàng ngày và thời gian dùng thuốc. Bởi lẽ gút là bệnh bẩm sinh về trao đổi chất nên rối loạn trao đổi chất là cơ sở cho bệnh này tồn tại suốt cả cuộc đời người bệnh. Thông qua liệu pháp chúng ta chỉ có thể loại trừ được hệ quả chứ không phải là nguyên nhân gây ra bệnh. Một khi tự ý ngắt sự điều trị, tức khắc ta sẽ gây ra bệnh tái phát.
- Việc thường xuyên kiểm tra mức acid uric huyết là rất cần thiết. Một khi bác sĩ điều trị không chỉ định việc đó, người bệnh nên vì sức khoẻ của chính mình mà tự động làm việc đó, có lẽ ít nhất là phải theo chu kỳ hàng quý, nhưng trước hết là theo mức độ nặng nhẹ của bệnh. Chắc chắn nếu bệnh nặng thì phải kiểm tra thường xuyên hơn. Nếu không thực hiện điều này thì sự tái phát sẽ là khó tránh khỏi, và sẽ hạn chế tác dụng của việc điều trị.
- Khi đi du lịch hay công tác dài ngày, người bị bệnh gút nên mang theo đủ lượng thuốc dự trữ.
- Nếu trong khi đang điều trị lại xuất hiện đợt gút cấp hay cơn đau sỏi thận thì nhất thiết phải lưu ý tới các món ăn và lượng thức ăn ta đã tiêu thụ, và hãy tuân thủ những lời khuyên đã nêu trên mục “ăn kiêng trong cơn gút cấp”. Nhưng về thuốc thì vẫn phải uống đúng và đủ theo liều mà thầy thuốc đã chỉ định. Nếu cần thì phải đi khám để bác sĩ

giúp chữa khỏi cơn đau. Chắc chắn thầy thuốc sẽ phải đo mức acid uric huyết và nếu thấy cần thiết, thầy thuốc sẽ phải thay đổi chỉ định dùng thuốc. Nếu một trong những cơn đau dữ dội này vẫn xuất hiện mặc dầu người bệnh dùng thuốc đúng và đều đặn đúng chỉ dẫn của thầy thuốc, và hãy xem liệu mình có mắc một sai lầm nghiêm trọng nào không về chế độ ăn kiêng hay đã bỏ qua một hoàn cảnh cảnh báo trước hay không. Và không vội kết luận rằng, liệu pháp đang dùng chẳng có ích gì cả. Nếu không điều trị biến chứng sẽ xảy ra sớm hơn, hoặc diễn biến của nó còn phức tạp hơn nhiều.

Gạt bỏ những định kiến không đúng

- Cà phê, chè, ca cao và sô cô la không hề bị cấm vì các loại purin chứa trong đó không bị chuyển thành acid uric tuy nhiên nên lưu ý rằng sô cô la rất gây béo vì chứa nhiều năng lượng.
- Giữa “thịt trắng” và “thịt đỏ” có khác biệt đáng kể về lượng purin.
- Ngoài lượng cồn có hại ra, bia còn chứa những loại purin chuyển thành acid uric nên người bị bệnh gút chỉ được uống hãn hữu và rất ít.
- Fructose có thể gia tăng lượng acid uric trong cơ thể, nhưng dùng lượng nhỏ là được.

Thực đơn mẫu cho bệnh nhân gút cấp

Tổng năng lượng đưa vào cho người nặng 60 kg: Tính năng lượng ở mức thấp:

$$30 \text{ kcal} \times 60 \text{ kg} = 1800 \text{ kcal}$$

- Dạm (protein):

$0,8/\text{kg} = 48 \text{ g} = 200 \text{ kcal} = 11\% \text{ tổng năng lượng.}$

Từ đây nếu sử dụng bảng phụ lục, bạn có thể tính ngay được số gam dạm được phép ăn trong ngày, và lượng purin tương ứng.

Nên sử dụng dạm từ nguồn trứng, sữa, phomat, lạc.

- Béo (lipit): 21% tổng năng lượng, tương đương với 315 kcal hay 35 g chất béo. Dùng mỡ, bơ, dầu thực vật.
- Bột, đường (glucid): 68% tổng năng lượng, tương đương với 1020 kcal hay 255 g chất bột đường. Sử dụng các glucid phức hợp: gạo, mì, khoai củ và có thể thêm đường, kẹo, bánh ngọt.
- Rau quả: tùy thích ăn, bỏ các loại quả chua, bỏ đậu đỗ.
- Nước: ít nhất 2 lít/ngày nếu chỉ mắc bệnh gút đơn thuần. Nếu bệnh nhân cao huyết áp thì cần giảm muối và giảm nước.
- Thức uống: Bỏ rượu, bia, thay bằng cà phê, chè hay nước khoáng.

Nên uống nước khoáng có bicarbonat.

Sử dụng bảng ở mục lục, bạn đọc có thể tính ngay ra được mức cụ thể hàng ngày qua thức ăn, bạn đã đưa bao nhiêu acid uric vào cơ thể, nhưng như ở trên đã nói, sự chính xác cũng không cần đến thế vì mức năng lượng cần chính xác, chứ lượng acid uric có thể bù trừ ngày này qua ngày khác được.

LỜI KẾT

Bệnh gút là bệnh do rối loạn trao đổi chất. Cơ thể chúng ta không thải acid uric như bình thường nữa. Để phòng tránh tốt nhất bệnh này, nếu bạn đọc còn trẻ, xin bạn lưu ý về chế độ ăn uống và thể dục thể thao, đó là cách phòng tránh tốt nhất cho mọi bệnh chứ không chỉ riêng cho bệnh gút.

Nếu bạn đã trên 40 tuổi, xin bạn đi kiểm tra máu.

Nếu bạn thấy mình chỉ quá trọng chứ các chỉ số khác bình thường, xin bạn năng năng luyện tập thể dục thể thao ngay, và đồng thời ăn kiêng ngay để đưa trọng lượng cơ thể giảm trở về trọng lượng tiêu chuẩn của cơ thể.

Còn khi kiểm tra máu, bạn thấy mình đã mắc bệnh gút thì xin đừng bi quan, bạn hãy cố gắng “sống chung với lũ”. Khi xác định đây là bệnh không bao giờ khỏi hoàn toàn được thì bạn hãy xử lý vấn đề một cách tích cực, nghĩa là luôn điều trị nó một cách tích cực, cuốn sách này hy vọng đã gợi mở cho bạn nhiều ý tưởng.

Cách tốt nhất là năng luyện cơ thể và ăn uống theo chế độ kiêng như trong sách đã trình bày. Một khi cơ thể bạn đã trở về trọng lượng bình thường thì chắc chắn bệnh gút không còn là một nguy cơ ghê gớm nữa.

Chúc bạn đọc thành công trong việc phòng ngừa hoặc điều trị bệnh.

Phụ lục 1: Thành phần purin trong thực phẩm

Trích của N. Zollner từ Diät bei Gicht und Harnsauresteinen, 1994

Thực phẩm (100g) -	Lượng acid uric (mg)	Năng lượng (kcal)
Các loại thịt		
1. Thịt bò		
Lát thịt rán, roast beef, tươi	140	154
Phi lê, tươi	150	122
Thịt lườn, tươi	110	259
Thịt vai, tươi	130	145
2. Thịt lợn		
Thịt để rán, tươi	150	289
Phi lê, tươi	170	106
Lát thịt rán, tươi	170	106
Thịt vai, tươi	160	221
3. Thịt bê		
Thịt để rán, tươi	150	103
Chân giò	140	103
Thịt lưng	160	135
4. Thịt cừu		
Thịt để rán, tươi	140	239
Đùi cừu non, tươi	120	122
5. Thịt ngựa		
Thịt vai	150	113
6. Thịt thú rừng		
Thịt vai thỏ, tươi	170	119
Đùi nai, tươi	160	118

Thịt thỏ nhà, tươi	180	158
Thịt hoẵng, tươi	150	103
7. Thịt gia cầm		
Thịt vịt, tươi	150	232
Thịt vịt, rán	180	296
Chim trĩ, tươi	210	154
Lườn ngỗng, tươi	190	179
Đùi gà, tươi	160	109
Gà, rán để nguyên da	240	191
Da gà, rán	300	
Thịt gà tây để rán, tươi	160	112
Bồ câu, tươi	180	170
8. Nội tạng		
Gan vịt	360	132
Gan ngỗng	360	132
Gan gà	360	136
Nội tạng bê, nghiền tươi	900	104
Tim bê, tươi	180	114
Óc bê, tươi	90	112
Gan bê, tươi	260	119
Phổi bê, tươi	240	94
Lách bê, tươi	340	105
Bầu dục bê, tươi	210	129
Óc bò, tươi	90	131
Gan bò, tươi	360	119
Phổi bò, tươi	340	103
Lưỡi bò, tươi	160	212

Tim lợn, tươi	180	105
Ốc lợn, tươi	80	126
Gan lợn, tươi	300	139
Lách lợn, tươi	380	106
Bầu dục lợn, tươi	255	117
Lưỡi lợn, tươi	140	230
9. Patê, xúc xích		
Xúc xích giảm béo	80	174
Xúc xích tiết	40	309
Giò luộc	110	281
Giò nướng, bê	90	273
Giò nướng, lợn	100	374
Thịt bò muối	60	147
Giò lợn	80	301
Giò Frankfurter	70	269
Món thịt ăn sáng (lucheon meat)	50	292
Xúc xích hun khói	100	349
Giò gan bê	120	344
Giò Frankfurter tròn	110	355
Giăm bông hun khói	180	433
Giò gan	110	414
Giò phôma	70	323
Giò hun khói	70	460
Giò gà tây	130	193
Salami	100	525
Giăm bông nạc, luộc	130	125
Giăm bông, luộc	110	219
Giăm bông nạc, tươi	160	280

Giảm bông tươi	130	366
Miếng mỡ lợn	10	771
Giối bê	70	291
Giối viên	80	284
Các loại cá		
1. Cá tươi		
Cá moruy, codfish, không vẩy	180	79
Cá hồi, có vẩy	200	108
Cá trích, có vẩy	320	238
Cá trích, không vẩy	190	238
Cá bơn, không vẩy	170	145
Cá tuyết, có vẩy	110	79
Cá chép, có vẩy	150	120
Cá thu, có vẩy	170	187
Cá hồng, không vẩy	130	110
Cá bơn sao, không vẩy	130	80
Cá pòlắc, có vẩy	180	85
2. Cá hun khói		
Lươn, hun	80	335
Trích hun, không vẩy	145	379
Hồi hun, không vẩy	180	135
Cá bơn hun	200	228
Cá hồi hun	170	257
Cá hồng, không vẩy	160	151
Cá nhám góc	140	308
Cá trích cơm	500	249
3. Cá đóng hộp		
Cá trống	260	107

Cá trích file tẩm gia vị	180	215
Cá trích rán, không vẩy đóng hộp	160	248
Miếng thịt cá rán nhỏ, đóng hộp	90	164
Cá trích nấu đông, đóng hộp	90	168
Trứng cá, hộp	20	118
Cua hộp	165	124
File cá trích con	210	205
Cá sardin nguyên vẩy, xương, hộp dầu	350	430
Cá ngừ hộp dầu	180	290
Sữa, sản phẩm của sữa, trứng		
Sữa tươi nguyên chất	0	66
Sữa chua nguyên chất	0	71
Sữa đông, 20% mỡ khi khô	0	112
Phomat camembert, 45% mỡ khi khô	30	286
Phomat gouda, 45% mỡ khi khô	16	365
Phomat Harz, 10% mỡ khi khô	20	135
Phomat Limburger, 20% mỡ khi khô	24	188
Phomat mềm, 60% mỡ khi khô	13	323
Phomat mềm, 40% mỡ khi khô	20	251
Phomat mềm, 20% mỡ khi khô	26	176
Phomat cứng	30	385
Trứng gà	<5	160
Bơ	0	734
Margarin	0	709
Ngũ cốc		
Gạo xay, đã nấu	35	128
Gạo trắng, đã nấu	25	90
Mỳ sợi, luộc	30	150

Mỳ sợi, nguyên	80	343
Mỳ sợi trứng, luộc	22	116
Mỳ sợi trứng, nguyên	60	354
Khoai tây, tươi	15	68
Khoai tây, luộc	15	68
Khoai tây, rán	90	507
Khoai tây, bánh bột	40	327
Bột sago	80	350
Tiểu mạch, nguyên hạt	90	309
Bột mỳ	40	349
Lúa mạch đen, kiểu mạch	150	346
Lúa mạch	100	329
Hạt tằm	80	321
Hạt kê	85	346
Các loại bánh		
Bánh mỳ giòn	100	315
Bánh mỳ	40	263
Bánh gối	40	232
Bánh mỳ đen	120	320
Bánh biscốt	60	366
Bánh mỳ giòn lẫn vừng	160	367
Các loại rau		
Artisô	50	18
Cà tím	20	15
Măng, đóng hộp	15	13
Hoa lơ	45	18
Hoa lơ muộn	60	18
Rau diếp quăn	15	14

Cải bẹ	25	11
Rau diếp	11	7
Xà lách đồng	24	10
Thì là	16	20
Bắp cải xanh	30	30
Dưa chuột dầm dầm	15	8
Carốt	10	24
Su hào	30	21
Xà lách	10	9
Cải xoong	30	29
Bí đao	7	24
Tỏi tây	40	21
Ngô, đóng hộp	50	270
Ô liu	30	128
Ớt tây xanh	10	18
Ớt tây, đỏ	15	18
Củ cải cay	10	13
Cải Bruxen	60	29
Dưa chuột	6	11
Tử địa y	55	23
Dưa bắp cải	20	16
Hành lá	30	21
Cần tây, củ	30	16
Măng tây	25	15
Rau Épina (cải bó xôi), tươi	50	11
Bột sắn bột	30	133
Cà chua	10	18
Cải bắp	20	23

Bắp cải xoăn	40	20
Quả dưa ý làm rau	20	15
Hành củ	15	29
Quả cây họ đậu		
- Đậu côve, tươi	42	31
Đậu lăng (khô)	200	301
Đậu trắng, khô	180	279
Đậu Hà Lan, tươi	150	67
Đậu tương	220	293
Giá sống	15	52
Tương đậu nành	60	71
Đậu phụ	70	77
Nấm		
Nấm sò, tươi	90	11
Nấm champignon, tươi	60	16
Nấm hạt dẻ, tươi	50	25
Nấm mỡ gà, tươi	30	11
Nấm đá, tươi	80	20
Nấm egerling, tươi	100	15
Hoa quả		
Quả tươi		
Dứa	20	55
Táo	15	54
Mận	20	44
Quả bơ	30	205
Chuối	25	91
Lê	15	55
Dâu tây	25	32

Quả mâm xôi	15	55
Bưởi	15	38
Quả việt quất, brombeere	20	50
Quả phúc bồn tử, đen	18	35
Quả phúc bồn tử, đỏ	15	35
Quả Anh đào	15	62
Quả kivi	19	51
Dưa hấu	20	37
Cam	20	42
Đào	18	41
Quả việt quất, preiselbeere	13	36
Quả dâu gai	15	28
Quả mận dai	20	49
Nho	20	69
Quả khô		
Táo	60	261
Mơ	75	244
Chà là	50	276
Vả	60	239
Mận	60	226
Các loại hạt (nhân quả)		
Lạc	70	539
Hạt dẻ	40	603
Hạnh nhân	40	554
Hạt quả hạch Braxin	22	621
Hạt quả hồ đào	25	622
Hạt hướng dương	160	537

Hạt vừng	80	525
Phụ gia		
Men làm bánh	450	78
Gelatin	15	339
Bột ca cao	80	357
Nụ bạch hoa đậm	20	10
Hồi	150	0
Mứt vỏ cam	25	320
Rau mùi tây	40	61
Nước cốt cà chua	60	108
Kẹo		
Sôcôla đắng	0	553
Bột bánh hạnh nhân, marzipan	50	466
Kẹo nuga	60	578
Kẹo nuga hạnh nhân	70	513
Kern vani	10	203
Sôcôla sữa	0	555
Nước ngọt		
Cà phê	0	2
C hê	0	1
Côca côla	10	57
Bia không cồn	10	30
Nước táo	8	47
Nước bưởi	10	48
Nước cà rốt	5	21
Nước cam	12	45
Nước cà chua	5	17
Rượu bia		

Rượu trắng	0	248
Bia tươi	10	66
Bia trắng	15	275
Vang đỏ	0	76
Sâm banh	0	81
Rượu vermouth trắng	10	120
Vang trắng	0	76

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. M. H. Moll: Các bệnh về khớp, bản dịch của Vũ Đức Minh từ: Rheumatology, NXB Y học, Hà Nội, 2000
2. Hà Huy Khôi, Từ Giấy: Dinh dưỡng lâm sàng, NXB Y học, Hà Nội, 2002
3. Bộ Y tế: Dược thư Quốc gia Việt Nam, Hà Nội, 2002
4. Trần Ngọc Ân, Phạm Khuê: Bệnh khớp, NXB Y học, Hà Nội, 1979
5. Ngô ứng Long, Nguyễn Xuân Phách: Sử dụng thuốc, NXB Cục Quân y, Hà Nội, 1967
6. N. Zollner: Diät bei Gicht und Harnsauresteinen, 1994
7. D. P. Mertz: Hyperurikämie und Gicht, 1993
8. H. Buschop: Erste Abhandlung uber die Maxibustion in Europa, 1675
9. Dương Trọng Hiếu: Tài liệu chưa công bố.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

**PHÒNG, ĐIỀU TRỊ
VÀ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH GÚT**

Chịu trách nhiệm xuất bản
HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:

BS. KIM LIÊN

Sửa bản in:

QUỐC HOÀN – HỮU TÂM

Trình bày bìa:

CHU HÙNG

Kt vi tính:

TRẦN THANH TÚ

In 1000 cuốn, khổ 13 x 19cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.
Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 23-2006/CXB/628 - 271/YH.
In xong và nộp lưu chiểu quý III năm 2006.

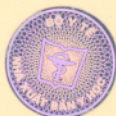
Phòng,
điều trị và
chế độ dinh dưỡng
cho người bệnh

GUTT



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội
Điện thoại: 04.7 625 922 - 7 625 934 * Fax: 04.7 625 923
Website: www.cimsi.org.vn/nhaxuatbanyhoc
Email: xuatbanyhoc@fpt.vn
Chi nhánh: 699 Trần Hưng Đạo - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 08.9 235 648 * Fax: 08.9 230 562



GIÁ: 12.000đ

0017 143