

CẬP NHẬT SỬ DỤNG COLCHICINE TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Nguyễn Vĩnh Ngọc¹, Phùng Đức Tâm¹, Lại Hồng Thịnh²

TÓM TẮT

Trong vòng 50 năm qua, colchicine đã mở rộng ứng dụng từ điều trị bệnh gút sang nhiều bệnh lý khác, bao gồm viêm màng ngoài tim tái phát vô căn, xơ cứng hệ thống, bệnh lắng đọng amyloid và xơ gan, sốt Địa Trung Hải gia đình (FMF), bệnh Behçet, hội chứng Sweet. Điểm nhấn đầu tiên là chỉ định và liều dùng colchicine ở bệnh nhân gút có bệnh lý kèm theo như suy gan, suy thận. Điểm nhấn thứ hai của bài báo là tác giả đã nêu lên và giải quyết vấn đề quan trọng, cần thiết cho các bác sĩ lâm sàng. Đó là có nên sử dụng colchicine để điều trị gút ở những nam giới trẻ tuổi muốn có con hay không. Điểm nhấn thứ ba là tương tác thuốc của colchicine với hơn 290 thuốc khác nhau. Đặc biệt cần chú ý đến tương tác của colchicine với các thuốc ức chế hay tăng hoạt động của CYP3A4/P-gp. Điểm nhấn thứ tư là sử dụng colchicine ở bệnh nhân gút có bệnh lý tim mạch kèm theo hay bệnh nhân có bệnh lý tim mạch đơn thuần. Một số chỉ định quan trọng sử dụng Colchicine trong bệnh lý tim mạch: 1. Hội chứng mạch vành cấp. 2. Dự phòng biến cố mạch vành tái phát; 3. Viêm màng ngoài tim tái phát. 4. Viêm mạch máu liên quan đến xơ vữa động mạch. Chống chỉ định sử dụng colchicine: Suy gan nặng hoặc suy thận nặng (GFR < 30 ml/phút). Phụ nữ mang thai và cho

con bú. Dị ứng với colchicine. Bệnh nhân dùng thuốc ức chế mạnh CYP3A4 hoặc P-glycoprotein.

SUMMARY

UPDATE ON USING COLCHICINE IN CLINICAL PRACTICE-

Over the past 50 years, colchicine has expanded its use from the treatment of gout to many other conditions, including idiopathic recurrent pericarditis, systemic sclerosis, amyloidosis and cirrhosis, and Mediterranean fever. Familial Hsi (FMF), Behçet disease, Sweet syndrome. The first emphasis is on the indications and dosage of colchicine in gout patients with accompanying diseases such as liver failure and kidney failure. The second highlight of the article is that the author has raised and solved an important and necessary issue for clinicians. That is whether colchicine should be used to treat gout in young men who want to have children or not. The third highlight is colchicine's drug interactions with more than 290 different drugs. Particular attention should be paid to the interaction of colchicine with drugs that inhibit or increase the activity of CYP3A4/P-gp. The fourth highlight is the use of colchicine in gout patients with concomitant cardiovascular disease or patients with simple cardiovascular disease. Some important indications for using colchicine in cardiovascular diseases: 1. Acute coronary syndrome. 2. Prevention of recurrent coronary events. 3. Recurrent pericarditis. 4. Vasculitis related to atherosclerosis. Contraindications to colchicine use: Severe liver failure or severe kidney failure (GFR < 30 ml/min). Pregnant and lactating women. Allergy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

SĐT: 0912210299

Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

to colchicine. Patients taking strong inhibitors of CYP3A4 or P-glycoprotein.

I. ĐẠI CƯƠNG VỀ COLCHICINE

Việc sử dụng colchicine trong y khoa sớm nhất có thể có niên đại từ năm 1500 TCN dựa trên các bài viết mô tả việc sử dụng một loại cây có khả năng chứa colchicine để điều trị đau và sưng khớp. Colchicine là alkaloid có nguồn gốc thực vật, chiết xuất từ các loài thực vật *Colchium autumnale* (tỏi độc, bả chó, thu thủy tiên) và *Gloriosa superba* (ngọt ngào) được dùng để điều trị gút và một số bệnh lý viêm. Việc sử dụng củ giống như củ của cây *Colchicum* để điều trị bệnh gút đã được ghi nhận từ năm 550 sau Công nguyên. Đến năm 1833, nhà hóa học P.L. Geiger đã tinh chế thành công hoạt chất này và đặt tên cho nó là colchicine². FDA lần đầu tiên phê duyệt colchicine vào năm 1961 để điều trị gút. Trong bệnh gút cấp, colchicine không chỉ làm giảm nhanh triệu chứng các cơn gút cấp mà còn được sử dụng như một phương pháp dự phòng lâu dài. Trong vòng 50 năm qua, colchicine đã mở rộng ứng dụng từ điều trị bệnh gút sang nhiều bệnh lý khác, bao gồm viêm màng ngoài tim tái phát vô căn, xơ cứng hệ thống, bệnh lắng đọng amyloid và xơ gan³, sốt Địa Trung Hải gia đình (FMF), bệnh Behçet, hội chứng Sweet.

II. SỬ DỤNG COLCHICINE TRONG BỆNH GÚT

2.1. Cơ chế tác dụng của colchicine

Colchicine không có cơ chế giảm đau trực tiếp như các thuốc giảm đau thông thường (ví dụ: paracetamol hay NSAIDs), nhưng nó có tác dụng giảm đau gián tiếp qua cơ chế chống viêm, giúp giảm viêm và sưng, giảm áp lực và kích thích lên các mô, từ đó làm giảm cảm giác đau. Thuốc không có tác

dụng lên nồng độ acid uric trong huyết thanh, bài tiết acid uric qua nước tiểu.

- Ức chế quá trình viêm: Colchicine làm giảm việc di chuyển, sự tập hợp và kích hoạt của các tế bào bạch cầu vào khu vực bị viêm. Ức chế sự hoạt hóa của NLRP3 inflammasome để phản ứng với các vi tinh thể viêm, ức chế biểu hiện của NF- κ B, giảm số lượng thụ thể TNF- α trên bề mặt đại thực bào và tế bào nội mô, giảm biểu hiện L-selectin trên bạch cầu trung tính, ức chế quá trình sản xuất superoxide anion để phản ứng với tinh thể MSU.

- Ức chế sản xuất các cytokine viêm: Colchicine đã được chứng minh là làm giảm sản xuất các cytokine tiền viêm, bao gồm IL-1 β , một chất trung gian quan trọng trong quá trình viêm.

- Colchicine giúp ngăn ngừa sự hình thành và lắng đọng các tinh thể urat, từ đó giảm đau và viêm.

2.2. Dược động học

Colchicine được hấp thu qua ống tiêu hóa với sinh khả dụng khoảng 45%, đạt nồng độ đỉnh trong huyết thanh sau 30-120 phút. Colchicine được hấp thụ thông qua CYP3A4 và P-gp ở thành ruột non, sau đó bị khử methyl bởi CYP3A4 trong ruột và gan, cuối cùng được thải trừ chủ yếu qua thận và một phần qua mật. Thời gian bán thải trung bình khoảng 26-31 giờ. Ở một số bệnh nhân có suy gan nhẹ và trung bình, thanh thải của thuốc giảm và nửa đời thải trừ kéo dài hơn.

2.3. Chỉ định và liều dùng colchicine ở bệnh nhân gút đơn thuần

Colchicine có tác dụng giảm sưng đau khớp trong cơn gút cấp (đợt cấp của viêm khớp do gút). Colchicine được sử dụng ngay khi có những dấu hiệu đầu tiên của cơn gút cấp. Về hiệu quả điều trị, trong một thử nghiệm, nhiều bệnh nhân đã giảm 50% mức

độ đau sau 24 giờ với colchicine so với bệnh nhân dùng giả dược (36% so với 16%).

Colchicine được coi là lựa chọn hàng đầu trong dự phòng cơn gút cấp, đặc biệt khi khởi đầu thuốc hạ acid uric. Các nghiên cứu chỉ ra rằng colchicine liều thấp hiệu quả trong việc giảm nguy cơ tái phát cơn đau mà ít gây tác dụng phụ nghiêm trọng, như tiêu chảy hoặc buồn nôn. Thời gian dùng thường kéo dài 3-6 tháng sau khi bắt đầu liệu pháp hạ acid uric, đặc biệt với các bệnh nhân có tiền sử cơn gút nặng hoặc tái phát thường xuyên.

+ Điều trị cơn gút cấp: Sử dụng liều 1 mg/ngày, nhưng cần dùng càng sớm càng tốt (trong vòng 12 giờ đầu khởi phát cơn gút). Đối với colchicine nói riêng, nên tuân theo liều lượng được FDA chấp thuận (1,2 mg ngay lập tức tiếp theo là 0,6 mg một giờ sau đó, tiếp tục liệu pháp chống viêm cho đến khi đợt bùng phát được giải quyết). Phối hợp với một thuốc NSAID (nếu không có chống chỉ định) để tăng hiệu quả quản lý cơn gút cấp.

+ Vai trò colchicine trong dự phòng cơn gút cấp

Ở những bệnh nhân đang bắt đầu dùng thuốc hạ acid uric máu, các khuyến cáo đều khuyên dùng liều thấp các chống viêm (colchicine, NSAIDs, glucocorticoid) trong 3-6 tháng đầu để giảm hoặc ngăn ngừa các đợt gút cấp. Cơ chế là sự sụt giảm đột ngột nồng độ urat trong huyết thanh có thể thúc đẩy bùng phát gút cấp là việc hạ urat làm gián đoạn trạng thái vật lý và/hoặc thành phần hóa học bề mặt của các tinh thể lắng đọng sẵn có và do đó làm cho các tinh thể tương tác với các tế bào tại chỗ có khả năng khởi tạo phản ứng viêm cấp tính do trung gian interleukin 1 (IL-1) từ sự kích hoạt thụ thể toll-like và sự hình thành các thể viêm

NALP3. Theo EULAR 2016 khuyến cáo đầu tay là colchicine 0,5 - 0,6- 1 mg/ngày, trung bình 1mg/ ngày kéo dài ít nhất 6 tháng. Trong một số trường hợp có nguy cơ tái phát cao, thời gian này có thể kéo dài đến 12 tháng hoặc hơn.

2.4. Liều dùng colchicine ở bệnh nhân gút có bệnh lý kèm theo

Cần chú ý giảm liều ở bệnh nhân có bệnh thận mạn tính, lớn tuổi (trên 70 tuổi)...

+ **Bệnh nhân suy gan:** Chống chỉ định ở bệnh nhân suy gan nặng. Ở những bệnh nhân suy gan nhẹ đến trung bình, thận trọng khi sử dụng thuốc và theo dõi chặt chẽ các tác dụng phụ ở những bệnh nhân này

+ **Bệnh nhân suy thận:** Chống chỉ định với bệnh nhân suy thận nặng (mức lọc cầu thận < 10 ml/phút/1,73 m), bệnh nhân suy thận kèm theo suy gan. Đối với bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối cần chạy thận nhân tạo (bệnh thận mạn giai đoạn 5D), colchicine không bị loại bỏ qua thẩm tách và có nguy cơ tăng độc tính cơ và thần kinh. Liều khuyến cáo của FDA là chỉ nên sử dụng một liều duy nhất 0,6 mg (0,3 mg hai lần mỗi tuần) và cũng không lặp lại trong vòng hai tuần, đồng thời theo dõi chặt chẽ các tác dụng phụ. Đối với CrCl <30 mL/phút, liều khởi đầu là 0,3 mg/ngày, cần cẩn trọng nếu tăng liều và theo dõi chặt chẽ các tác dụng phụ. Để dự phòng tái phát đối với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn 3 -5 (CrCl ≥30 mL/phút): không cần điều chỉnh liều. Nếu colchicine đã được sử dụng để dự phòng, không nên dùng thuốc này để điều trị cơn gout cấp ở bệnh nhân suy thận mạn.

2.5. Có nên sử dụng colchicine cho bệnh nhân gút là nam trẻ tuổi, và muốn có con không?

Colchicine khi sử dụng kéo dài hoặc ở liều cao đã được chứng minh có nhiều tác

động tiêu cực lên hệ sinh dục nam giới, bao gồm rối loạn hormone sinh dục, tổn thương cấu trúc tinh hoàn và suy giảm khả năng sinh tinh. Colchicine, thông qua việc ức chế các vi ống và làm gián đoạn phân bào, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến các giai đoạn quan trọng trong chu kỳ này, dẫn đến giảm số lượng và chất lượng tinh trùng. Nghiên cứu thực nghiệm của tác giả Hassan et al. đã cho thấy nồng độ testosterone, FSH và LH giảm đáng kể ở chuột, cho thấy colchicine ảnh hưởng đến trục hạ đồi-tuyến yên-tinh hoàn và làm suy giảm chức năng của tế bào Leydig, nơi sản xuất testosterone chính trong tinh hoàn. Bên cạnh đó, colchicine còn gây tổn thương tế bào Sertoli thông qua ức chế hoạt động của các vi ống, từ đó làm gián đoạn quá trình phân chia tế bào tại giai đoạn metaphase, dẫn đến ngưng trệ quá trình sinh tinh. Nghiên cứu của tác giả Motaal (2006) đã phát hiện colchicine gây thoái hóa tế bào mầm, xơ hóa màng đáy, giãn mao mạch kẽ và hình thành các vùng hoại tử trong mô tinh hoàn. Các nghiên cứu của Sarica K (1995), Ben-Chetrit A (1993) và Kaya Aksoy(2019) đã báo cáo mối liên quan giữa colchicine và suy giảm số lượng tinh trùng, giảm khả năng di chuyển tinh trùng và tăng tỷ lệ tinh trùng bất thường như đầu nhỏ, đuôi gãy hoặc bất thường kết nối đầu-đuôi. Nghiên cứu của tác giả Sarica K (1995) và Kaya Aksoy(2019) cho thấy tỷ lệ tinh trùng bất thường cao từ 40%-58% bệnh nhân khi phân tích tinh dịch. Về khả năng gây đột biến gen, có một số bằng chứng cho thấy colchicine có thể gây ra bất thường nhiễm sắc thể trong tinh trùng. Ví dụ, nó đã được chứng minh là ức chế tổng hợp DNA và chỉ số nguyên phân trong tế bào lympho nuôi cấy ở người. Tuy nhiên, mức độ mà những tác động này có thể dẫn đến đột biến di truyền và được truyền cho thế hệ tiếp

theo vẫn chưa được hiểu đầy đủ. Cần nghiên cứu thêm để xác định tác động di truyền lâu dài của colchicine đối với thế hệ sau.

Do đó, việc sử dụng colchicin kéo dài cần được cân nhắc thận trọng đặc biệt ở nam giới trong độ tuổi sinh sản. Các chuyên gia khuyến nghị ngừng colchicin ít nhất 2 - 3 tháng trước khi có kế hoạch sinh con, nên kết hợp theo dõi chặt chẽ các chỉ số nội tiết và chất lượng tinh trùng để ngăn ngừa hậu quả lâu dài đến khả năng sinh sản.

2.6. Tương tác thuốc của colchicine

Theo trang drug.com có hơn 290 tương tác thuốc với colchicine được ghi nhận, trong đó khoảng 40% ở mức độ trung bình. Các thuốc ức chế CYP3A4/P-gp đã được chứng minh là làm tăng nồng độ colchicine trong huyết thanh và làm tăng độc tính của colchicine. Do vậy một số thuốc chỉ nên phối hợp trừ khi lợi ích > nguy cơ và cần giảm liều colchicine. Đó là các thuốc chống loạn nhịp: Amiodaron, Dronedaron, Quinidine; Thuốc chống nấm: Fluconazole, Itraconazole, Ketoconazole, Voriconazole; Thuốc kháng virus - nhóm ức chế protease: Atazanavir, Tipranavir, Darunavir; Thuốc ức chế calcineurin (CNIs): Cyclosporine, Tacrolimus; Thuốc chẹn kênh calci: Diltiazem, Verapamil. Nhóm hoạt hóa enzyme: Carbamazepine, Rifampin, Rifabutin, Barbiturates. Một số thuốc có thể phối hợp nhưng cần đánh giá lợi ích và nguy cơ, theo dõi sát tác dụng độc tính. Đó là nhóm ức chế HMG-CoA reductase: Atorvastatin, Simvastatin, Rosuvastatin. Đó là do các thuốc này ức chế yếu P-gp, làm tăng độc tính cơ/tiêu cơ vân nếu sử dụng đồng thời.

+ Chất ức chế CYP3A4, chất ức chế P-glycoprotein: Clarithromycin, Ketoconazole; Tránh sử dụng đồng thời colchicine ở bất kỳ

liều nào, vì ngay cả thời gian điều trị ngắn cũng có thể gây độc, kể cả ở bệnh nhân có chức năng thận bình thường.

+ Đối với Cyclosporine, Ritonavir: Liều colchicine tối đa 0,5-0,6 mg/ngày có khả năng an toàn ở bệnh nhân có chức năng gan và thận bình thường. Ở bệnh nhân suy thận hoặc gan, nếu có thể, nên tránh sử dụng hoặc giảm liều colchicine xuống mức dùng cách ngày.

+ Đối với Erythromycin, Ciprofloxacin, Atorvastatin: Liều 0,5-0,6 mg/ngày được coi là an toàn và không cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân có chức năng gan hoặc thận bình thường.

Ngược lại, chất gây cảm ứng enzym như rifampin, barbiturat, carbamazepine, efavirenz, lumacaftor, phenytoin và primidone làm tăng hoạt động của CYP3A4/P-gp và do đó sẽ làm giảm nồng độ colchicine máu. Sử dụng colchicine phối hợp với một số thuốc như cyclosporine, statin, chloroquine, HCQ, Imatinib, Digoxin... làm tăng nguy cơ tiêu cơ vân ở mức độ thấp.

III. SỬ DỤNG COLCHICINE TRONG MỘT SỐ BỆNH NỘI KHOA KHÁC

3.1. Sử dụng Colchicine trong bệnh lý tim mạch

3.1.1. Chỉ định và chống chỉ định

+ Các Hiệp hội y khoa hàng đầu của Mỹ và Châu Âu như American College of Physicians và European Society of Cardiology đã công nhận các lợi ích vượt trội của thuốc trong điều trị viêm mạn tính và bệnh lý tim mạch. Colchicin liều thấp (0,5-

0,6 mg/ngày) đã được chứng minh là hiệu quả trong giảm nguy cơ viêm tái phát ở viêm màng ngoài tim và các biến cố tim mạch lớn (như nhồi máu cơ tim và đột quỵ).

+ Chỉ định dùng colchicine: 1. Hội chứng mạch vành cấp (ACS): Giảm viêm hệ thống, cải thiện tiên lượng sau nhồi máu cơ tim (thử nghiệm COLCOT); 2. Dự phòng biến cố mạch vành tái phát; 3. Viêm màng ngoài tim tái phát: Ức chế phản ứng viêm ở màng ngoài tim; 4. Viêm mạch máu liên quan đến xơ vữa động mạch: Giảm viêm hệ thống thông qua ức chế IL-1 β và các cytokine viêm.

+ Chống chỉ định sử dụng colchicine: Suy gan nặng hoặc suy thận nặng (mức lọc cầu thận < 30 ml/phút). Phụ nữ mang thai và cho con bú. Dị ứng với colchicine. Bệnh nhân dùng thuốc ức chế mạnh CYP3A4 hoặc P-glycoprotein: Ví dụ: clarithromycin, ketoconazole (do nguy cơ tăng độc tính).

3.1.2. Sử dụng Colchicine trong bệnh mạch vành

Cả interleukin-1 và interleukin-18 đều góp phần vào quá trình hình thành và tiến triển của xơ vữa động mạch vành. Colchicine làm giảm hsCRP (protein C phản ứng độ nhạy cao) và có thể làm giảm thể tích mảng bám động mạch vành. Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nhãn mở về colchicine so với không dùng colchicine (LoDoCo), colchicine làm giảm nguy cơ mắc hội chứng mạch vành cấp tính (ACS), ngừng tim ngoài bệnh viện hoặc đột quỵ thiếu máu cục bộ không do tim ở mức 67% ở những người mắc bệnh động mạch vành ổn định.

Nghiên cứu COLCOT (Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial) của tác giả Stefan M. Nidorf (2020) trên 5522 bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn tính cho kết luận bệnh nhân sử dụng Colchicine có nguy cơ biến cố tim mạch thấp hơn so với nhóm dùng giả dược (6.8% so với 9.6%). Colchicine dùng kéo dài có hiệu quả dự phòng, làm giảm 31% nguy cơ biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ, tái thông mạch vành. Kết quả của nghiên cứu COLCOT (2019) cho thấy giảm đáng kể nguy cơ nhồi máu cơ tim xuống 22% (RR 0,78; 95% CI 0,64–0,94; P = 0,010); giảm nguy cơ đột quỵ xuống 46% (RR 0,54; 95% CI 0,34–0,86; P = 0,009); giảm nguy cơ tái thông mạch vành xuống 23% (RR 0,77; 95% CI 0,66–0,90; P < 0,001).

3.1.3. Sử dụng colchicine ở bệnh nhân xơ vữa động mạch

Vào năm 2023, colchicine liều thấp (Lodoco) được FDA phê duyệt để phòng ngừa biến cố tim mạch, dựa trên nghiên cứu LoDoCo2 được công bố trên New England Journal of Medicine, cho thấy hiệu quả trong việc giảm nhồi máu cơ tim và đột quỵ ở bệnh nhân xơ vữa động mạch. Colchicine thường được khuyến cáo sử dụng kéo dài trong các bệnh lý viêm mạn tính liên quan đến xơ vữa động mạch.

+ Colchicine làm giảm nguy cơ viêm màng ngoài tim tái phát tới 50%.

Về thời gian sử dụng: Viêm màng ngoài tim: 3- 6 tháng (kết hợp NSAIDs). Hội chứng Dressler: 6 tháng. Dự phòng tim

mạch: 12 tháng hoặc lâu hơn, tùy nguy cơ bệnh nhân.

1.4. Sử dụng colchicine trong các bệnh tim mạch khác

+ Colchicine tác dụng có lợi đối với kích thước ổ nhồi máu và tổn thương do thiếu máu cục bộ-tái tưới máu trước khi tái thông mạch ở bệnh nhân hội chứng vành cấp, ở những người tiểu đường can thiệp động mạch vành qua da bằng stent kim loại trần và ở những người phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

+ Một số thử nghiệm đã đánh giá tác dụng của colchicine đối với nguy cơ mắc hội chứng sau phẫu thuật màng ngoài tim và rung nhĩ sau phẫu thuật tim và cắt bỏ rung nhĩ. Vai trò của colchicine sau các thủ thuật tim vẫn đang được nghiên cứu. Ở những người bị tai biến mạch máu não cấp tính, colchicine bắt đầu dùng 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng có thể làm giảm chỉ số viêm.

+ Trong một thử nghiệm trên 279 bệnh nhân bị suy tim ổn định và giảm phân suất tống máu, colchicine 0,5 mg mỗi ngày không đạt được mục tiêu chính là cải thiện 1 điểm trong nhóm chức năng của NYHA sau 6 tháng nhưng có liên quan đến việc giảm nhiều hơn đường kính cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái.

3.2. Một số chỉ định khác của colchicine

Đặc biệt, trong bệnh Behçet, colchicine có hiệu quả cao trong điều trị loét niêm mạc, nhất là ở cơ quan sinh dục nữ. Tương tự, thuốc này còn giảm độ cứng da trong xơ

cứng hệ thống và thúc đẩy sự thoái triển tại các vùng lắng đọng amyloid trong bệnh amyloid huyết thanh A (SAA). Từ năm 1972, colchicine đã trở thành liệu pháp chính trong điều trị FMF, giúp ngăn chặn các đợt viêm cấp và giảm nguy cơ phát triển bệnh amyloidosis, mặc dù không hiệu quả trong việc xử lý các cơn viêm đã khởi phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Colchicine: An Ancient Drug with Modern Uses.** The Rheumatologist. Accessed December 14, 2024. <https://www.the-rheumatologist.org/article/colchicine-an-ancient-drug-with-modern-uses>
2. **Nidorf SM, Fiolet ATL, Mosterd A, et al.** Colchicine in Patients with Chronic Coronary Disease. *N Engl J Med.* 2020;383(19):1838-1847. doi:10.1056/NEJMoa2021372
3. **FitzGerald JD, Dalbeth N, Mikuls T, et al.** 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Arthritis Care Res.* 2020;72(6):744-760. doi:10.1002/acr.24180
4. **Robinson PC, Terkeltaub R, Pillinger MH, et al.** Consensus Statement Regarding the Efficacy and Safety of Long-Term Low-Dose Colchicine in Gout and Cardiovascular Disease. *Am J Med.* 2022;135(1):32-38. doi:10.1016/j.amjmed.2021.07.025
5. **The Effect of Colchicine Treatment on Spermatozoa: A Cytogenetic Approach |** Journal of Assisted Reproduction and Genetics. Accessed December 22, 2024. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1020511318806>
6. **Kaya Aksoy G, Koyun M, Usta MF, Çomak E, Akman S.** Semen analysis in adolescents with familial Mediterranean fever. *J Pediatr Urol.* 2019;15(4):342.e1-342.e7. doi:10.1016/j.jpuro.2019.04.001

LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG VÀ THAI KÌ

Lê Thị Hồng Vân¹, Lý Thanh Trường Giang², Võ Tam¹

TÓM TẮT

Lupus ban đỏ hệ thống là bệnh lý viêm tự miễn hệ thống, mạn tính với biểu hiện lâm sàng đa dạng với tổn thương đa cơ quan. Phụ nữ mang thai mang bệnh lupus ban đỏ hệ thống sẽ có những biến chứng trong thai kỳ làm gia tăng nguy cơ đến kết cục xấu của cả mẹ và con như sảy thai, tiền sản giật, sinh non, trẻ nhẹ cân. Trên thai kỳ cần thiết phải phân biệt tiền sản giật với lupus ban đỏ hệ thống. Mang thai có kế hoạch trên nhóm bệnh này, khi mang thai cần tiếp tục đánh giá mức độ hoạt động bệnh, điều chỉnh thuốc phù hợp. Đối với block tim thai nhi thì việc sử dụng steroids, siêu âm tim thai vẫn còn chưa thống nhất theo một số khuyến cáo của các hiệp hội. Chúng ta có những hướng dẫn quan trọng trong việc điều trị như việc sử dụng aspirin, hydroxychloroquin, thuốc chống đông và các thuốc khác trước mang thai, mang thai và sau thai kỳ. Do đó chúng tôi chọn chủ đề này nhằm tóm tắt những cập nhật, khuyến cáo mới nhất trong việc điều trị, quản lý, chăm sóc thai kỳ trên nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

Từ khoá: lupus ban đỏ hệ thống, thai kỳ

¹Bộ môn Nội - Đại học Y Dược Huế

²Trung tâm Sản phụ khoa - Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Vân

SĐT: 0932062993

Email: vtam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

SUMMARY

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND PREGNANCY

Systemic lupus erythematosus is a chronic, systemic autoimmune inflammatory disease with diverse clinical manifestations and multi-organ damage. Pregnant women with systemic lupus erythematosus will have complications during pregnancy that increase the risk of adverse outcomes for both mother and child such as miscarriage, preeclampsia, premature birth, low birth weight. During pregnancy, it is necessary to distinguish preeclampsia from systemic lupus erythematosus. Planned pregnancy in this disease, when pregnant, it is necessary to continue to assess the level of disease activity, and adjust appropriate medications. For fetal heart block, the use of steroids and fetal echocardiography is still inconsistent according to some recommendations of various associations. We have important guidelines in treatment such as the use of aspirin, hydroxychloroquine, anticoagulants and other drugs before pregnancy, during pregnancy and after pregnancy. Therefore, we chose this topic to summarize the latest updates and recommendations in the treatment, management, and care of pregnancy in this special group of patients.

Keywords: systemic lupus erythematosus, pregnancy

I. ĐẠI CƯƠNG

Lupus ban đỏ hệ thống (LBĐHT) là bệnh tự miễn với tổn thương nhiều cơ quan từ da, khớp, cơ, thận, tim mạch, thần kinh. Bệnh nhân LBĐHT khi mang thai thì tần suất các

đợt cấp gia tăng ở bất kì giai đoạn nào của thai kì, các biến cố bất lợi cho cả mẹ và con đều gia tăng [1]. Nhóm bệnh nhân có hội chứng kháng phospholipid gia tăng nguy cơ sảy thai. Phụ nữ LBĐHT có sự hiện diện của các tự kháng thể Anti-SSA và anti-SSB thì gia tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng block dẫn truyền tim hay lupus sơ sinh. Mặc dù đã có những tiến bộ trong việc chẩn đoán và điều trị bằng những liệu pháp ức chế miễn dịch bên cạnh corticosteroid, tỉ lệ tử vong vẫn còn cao. Đặc biệt việc trả lời câu hỏi cho như khi nào nên mang thai hay mang thai cần chăm sóc theo dõi như thế nào vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ thấp khớp học cũng như bác sĩ sản khoa. Trong bài tổng quan này sẽ điểm lại những điểm cập nhật, những thách thức trong chẩn đoán đặc biệt các hướng dẫn điều trị trên nhóm bệnh LBĐHT mang thai.

II. THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG KHI MANG THAI

2.1. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của lupus ban đỏ hệ thống khi mang thai

Nguy cơ xuất hiện các đợt cấp của bệnh LPBĐHT tăng do sự gia tăng của nồng độ estrogen. 15-30% đợt cấp diễn ra nặng và đe

doạ tính mạng của bệnh nhân. Đợt cấp có thể diễn ra bất kì thời điểm nào của thai kì và kể cả sau sinh. Gia tăng nguy cơ huyết khối, giảm tiểu cầu, nhiễm trùng, tổn thương đa cơ quan, nguy cơ cần truyền máu tăng lên trên nhóm bệnh LPBĐHT mang thai. Một số yếu tố nguy cơ gia tăng đợt cấp là tình trạng bệnh hoạt động trong vòng 6 tháng trước khi mang thai, viêm thận lupus hoạt động, ngưng hydroxychloroquin (HCQ).

2.1.1. Viêm thận lupus

Tổn thương thận trong lupus là một trong những biến chứng nghiêm trọng và tác động đáng kể lên quá trình mang thai. Tỉ lệ bệnh nhân tổn thương thận có thể lên đến 50%-65% trong suốt quá trình bệnh. Bệnh nhân có tổn thương thận trước đó có thể tổn thương thận hoạt động với tỉ lệ 16%. Trong quá trình mang thai một tình trạng chúng ta cần phân biệt là tiền sản giật với viêm thận lupus. Sự cần thiết phải có sự phân biệt này đặc biệt viêm thận xảy ra trong 3 tháng giữa hay 3 tháng cuối của thai kì. Xin được trích dẫn bảng so sánh một số đặc điểm giúp chẩn đoán phân biệt dù không thể chính xác 100%. Sinh thiết thận có vai trò trong chẩn đoán phân biệt tuy nhiên thủ thuật này chỉ xem xét trên một số trường hợp.

Bảng 1: Một số xét nghiệm sử dụng để phân biệt tiền sản giật và đợt cấp lupus [2]

Test	Tiền sản giật	Lupus ban đỏ hệ thống
Giảm nồng độ bổ thể	+	+++
Tăng dsDNA	-	+++
Thiếu hụt antithrombin III	++	+/-
Thiếu máu tan máu vi mạch	++	-
Thiếu máu tan máu test Coombs dương tính	-	++
Giảm tiểu cầu	++	++
Giảm bạch cầu	-	++
Trụ niệu/Trụ hồng cầu	-	+++
Tăng creatinin máu	+/-	++
Giảm canxi máu	++	+/-
Tăng men gan	++	+/-
Tăng acid uric máu	+	-

2.1.2. *Tổn thương huyết học*

Bệnh lí lupus thường gây thiếu máu, giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu. Giảm tiểu cầu xảy ra xấp xỉ 25% thai kì trên bệnh nhân LBDHT. Yếu tố nguy cơ: giảm tiểu cầu trước đó, sự tồn tại của kháng thể kháng phospholipid, tăng mức độ hoạt động bệnh. Việc phân biệt giảm tiểu cầu nguyên phát hay giảm tiểu cầu do thai kì hay giảm tiểu cầu trong LBDHT hay trong hội chứng kháng phospholipid là không dễ dàng. Cần đánh giá toàn diện các nguyên nhân. Giảm tiểu cầu có thể gặp trong hội chứng HELLP.

2.1.3. *Hội chứng kháng phospholipid*

Hội chứng này đặc trưng bởi sự hiện diện kéo dài của aPL (anti- β 2 GPI, kháng thể kháng cardiolipin và kháng đông lupus) và tiền sử huyết khối hay những biến chứng của thai kì. Tiêu chuẩn phân loại đã sửa đổi cho APS xác định các biểu hiện mạch máu và biến chứng sản khoa, hội chứng kháng phospholipid có thể xảy ra riêng lẻ hoặc trong bối cảnh của LBDHT. APS huyết khối (T-APS) được định nghĩa bởi: một hoặc nhiều đợt huyết khối động mạch, tĩnh mạch hoặc mạch máu nhỏ ở bất kỳ mô hoặc cơ quan nào, trong khi hội chứng kháng phospholipid sản khoa được định nghĩa bởi: 1. ba hoặc nhiều lần sảy thai tự nhiên liên tiếp trước 10 tuần tuổi thai, 2. một hoặc nhiều lần mất thai không rõ nguyên nhân sau 10 tuần tuổi thai, hoặc 3. một hoặc nhiều lần sinh non của trẻ sơ sinh bình thường về mặt hình thái trước 34 tuần tuổi thai do tiền sản giật hoặc sản giật. Sự hiện diện của aPL phải xảy ra trong hai lần trở lên, cách nhau ít nhất 12 tuần [4].

2.1.4. *Tổn thương thần kinh, da và các cơ quan khác*

Tổn thương dưới nhiều hình thái khác nhau là biểu hiện nặng của bệnh LBDHT.

Tổn thương da được phân thành tổn thương da cấp, bán cấp và mạn. Bệnh nhân mang thai chỉ có tổn thương da lupus mà không có tổn thương cơ quan khác thì có kết cục thai kì bình thường.

2.1.5. *Cận lâm sàng của LBDHT trong thai kì*

- Sử dụng Anti-dsDNA, nồng độ bổ thể để đánh giá mức độ hoạt động bệnh
- Bên cạnh đó cần theo dõi công thức máu, chỉ điểm viêm, chức năng thận, phân tích nước tiểu, tỉ protein/creatinin nước tiểu.
- Kháng thể kháng phospholipid có thể dương tính sau nhiễm trùng, tiêm vaccin hay phản ứng với thuốc. Các nghiên cứu còn cho thấy trên nhóm bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng cardiolipin thì gia tăng nguy cơ tiền sản giật [5].
- Thai phụ LBDHT dương tính với kháng thể Anti-SSA và Anti-SSB được truyền qua nhau thai làm tăng nguy cơ xuất hiện lupus ở trẻ sinh ra.

2.2. *Biến chứng trên thai kì*

LBDHT thường liên quan đến biến chứng trong thai kì do bất thường nhau thai. Nhau thai trên bệnh nhân LBDHT thường có tổn thương mạch máu, nhồi máu, huyết khối. Bệnh nhân với hội chứng kháng phospholipid tăng nguy cơ mất thai lên 3 lần. Yếu tố nguy cơ tăng lên khi bệnh nhân có đồng thời kháng thể kháng phospholipid và viêm thận lupus hoạt động. Tuy nhiên nếu bệnh nhân lupus ban đầu điều trị kiểm soát tốt thì nguy cơ mất thai không quá nhiều khác biệt so với quần thể dân số nói chung [6].

Tiền sản giật là tình trạng biến chứng nặng trong thai kì đặc trưng bởi tình trạng protein niệu, tăng huyết áp, rối loạn chức năng các cơ quan như gan, thận, bánh nhau, thần kinh. Điều quan trọng cần duy trì tình trạng bệnh không hoạt động, ngăn ngừa biến

chứng của viêm thận lupus, kiểm soát các nguy cơ truyền thống của tiền sản giật. Sinh non với tỉ lệ từ 19%-49%.

Yếu tố nguy cơ với các tình trạng tiền sản giật hay sinh non là tình trạng bệnh LBDHT hoạt động tại thời điểm thụ thai, viêm thận, tăng huyết áp mạn tính, kháng thể kháng phospholipid.

2.3. Biến chứng trên thai và trẻ sinh ra

Lupus sơ sinh là một biến chứng hiếm gặp. Tỉ lệ 1/20.000 trẻ sinh ra, hầu hết nhưng không phải tất cả được sinh ra từ mẹ bị LBDHT. Những tự kháng thể như Anti-SSA, Anti-SSB truyền qua nhau thai giải thích cho những biểu hiện của lupus sơ sinh. Lupus sơ sinh có thể biểu hiện tổn thương ở da, gan, huyết học, block tim bẩm sinh. Những biểu hiện này thường sẽ hồi phục trong vòng 3-6 tháng khi các kháng thể đã được thải trừ. Tuy nhiên những phản ứng viêm tại mô cơ tim có thể gây ra sẹo, canxi hoá. Cho nên những tổn thương tim thường là tổn thương vĩnh viễn, trái ngược với tổn thương da hay huyết học. Tổn thương block tim bẩm sinh trên thai xảy ra ở bất kì giai đoạn nào của thai kì nhưng thường gặp nhất là tuần 18-25 của thai kì. Việc tổn thương block tim bẩm sinh có thể gia tăng tỉ lệ tử vong. 15-20% trẻ bị block dẫn truyền sơ sinh có thể tử vong trong vòng 3 năm đầu đời. 63-95% trẻ cần máy tạo nhịp để sống. Cho đến nay không có gì có thể dự đoán chắc chắn lupus sơ sinh, điều cần thiết là theo dõi sát trong vòng một năm sau sinh. Tổn thương da có thể xuất hiện sau sinh hay một vài tuần sau đó, tổn thương nhạy cảm ánh sáng nên việc bảo vệ trước ánh nắng mặt trời giúp bạn nhanh hết hơn [1].

2.4. Biến chứng sau sinh

Mẹ có nguy cơ huyết khối và đợt cấp sau sinh. Bệnh nhân có hội chứng kháng phospholipid thì cần duy trì chống đông từ 6-

12 tuần sau sinh. Trầm cảm sau sinh là thường gặp và có thể cần phân biệt triệu chứng thần kinh của lupus [1].

III. CẬP NHẬT MỘT SỐ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ THAI KÌ TRÊN BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG MANG THAI

3.1. Đợt cấp lupus

Đợt cấp lupus nhẹ thì có thể điều chỉnh liều HCQ nếu đang sử dụng hoặc bắt đầu sử dụng nếu chưa sử dụng. Nếu không đáp ứng có thể điều chỉnh liều corticosteroid nếu bệnh nhân đang không sử dụng corticosteroid thì liều là 15-20mg prednisolone/ngày, nhưng nếu đang sử dụng thì có thể tăng lên liều là 20-30mg/ngày. Cần thiết phải xác định có phải đợt cấp không thông qua khám lâm sàng và đánh giá biến đổi của các dấu hiệu cận lâm sàng.

Đối với đợt cấp nặng thì cần phân biệt với tiền sản giật, một số gợi ý để phân biệt ở bảng 1. Liều glucocorticoid có thể tăng 1-1.5mg/ngày và sau đó dừng khi lâm sàng cải thiện. Cần nhắc sử dụng azathioprine hay cyclosporine. Trong một số biểu hiện nặng như thần kinh hay thận thì có thể phải sử dụng glucocorticoid tĩnh mạch và thuốc ức chế miễn dịch và/hay lọc huyết tương. Luôn cần sự phối hợp giữa bác sĩ cơ xương khớp, thận học và sản khoa.

3.2. Hội chứng kháng phospholipid

Nhóm bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng kháng phospholipid mà không có tiền sử huyết khối trước đó thì được khuyến cáo sử dụng kết hợp heparin trọng lượng phân tử thấp hay không phân đoạn kết hợp aspirin liều thấp dự phòng (Mức 2B). Trên nhóm bệnh nhân có tiền sử huyết khối và có kháng thể kháng phospholipid thì được khuyến cáo sử dụng

heparin trọng lượng phân tử thấp hay không phân đoạn (Mức 1B). Bệnh nhân LBDHT thỏa mãn tiêu chuẩn của hội chứng kháng phospholipid thì cần sử dụng chống đông suốt thai kì và sau sinh 6 tuần.

Bệnh nhân LBDHT có kháng thể kháng phospholipid có thể lên đến 40% nhưng chỉ một phần ba số bệnh nhân có kháng thể dương tính có biểu hiện lâm sàng của hội chứng kháng phospholipid. Trên những bệnh nhân LBDHT có kháng thể kháng phospholipid mà không có tiêu chuẩn lâm sàng thỏa mãn hội chứng kháng phospholipid thì được khuyến cáo sử dụng aspirin liều thấp (Mức 2C) [2].

3.3. Kháng thể anti-SSA, anti-SSB

Một số thuốc hay biện pháp được xem là dự phòng lupus sơ sinh được sử dụng trên thai phụ LBDHT dương tính với các kháng thể này: HCQ, corticosteroids, IVIG, thuốc chủ vận beta, siêu âm tim thai đánh giá khoảng PR, monitor hằng ngày tại nhà sử dụng phương tiện Doppler cầm tay [2]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc sử dụng HCQ suốt thai kì giảm nguy cơ block dẫn truyền sơ sinh hoàn toàn nên được sinh mổ và tại trung tâm có đơn vị tim mạch nhi khoa tốt.

Steroids không được sử dụng một cách thường quy để điều trị block tim thai nhi do kháng thể anti-SSA/SSB do lợi ích chưa được chứng minh và nguy cơ cho cả mẹ và thai (Mức 1C). Việc siêu âm tim thai nhiều lần để đánh giá khoảng PR không được khuyến cáo thực hiện thường quy trên những bệnh nhân với kháng thể anti-SSA, anti-SSB (Mức 1B) do những lợi ích cần được chứng minh [2]. Tuy nhiên một số tổ chức khác thì được khuyến cáo siêu âm tim thai nhiều lần từ tuần 16 của thai kì, trên bệnh nhân LBDHT có thai có kháng thể anti-SSA, anti-

SSB có thai nhi block tim độ 1-2 thì được khuyến cáo dexamethasone 4mg/ngày trong vòng một vài tuần kết hợp với HCQ. Mức độ 3 thì cho dexamethasone hay IVIg [7].

3.4. Chăm sóc thai kì bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống

3.4.1. Trước khi mang thai

- Tư vấn cho bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống ở giai đoạn chuẩn bị mang thai

- Thảo luận với bệnh nhân LBDHT về một số biến chứng có thể xảy ra trong thai kì như tiền sản giật, sinh non, thai lưu, lupus sơ sinh, thai chậm tăng trưởng.

- Ngừng NSAIDs hay các tác nhân độc tế bào

- Tiếp tục sử dụng HCQ và liều tối thiểu steroids

- Kế hoạch mang thai nên được tiến hành khi lui bệnh ít nhất 6 tháng

- Không nên mang thai khi bệnh nhân lupus hoạt động, tăng áp phổi, hay tổn thương cơ quan nặng hay huyết khối gần đây.

- Sử dụng acid folic

- Sử dụng biện pháp tránh thai khi mang thai cần trì hoãn

- Đối với bệnh nhân sử dụng metotrexate thời gian ngưng thuốc ít nhất là 1-3 tháng và mycophenolate ít nhất 6 tuần trước khi mang thai.

3.4.2. Chăm sóc thai kì

- Đánh giá tiền sử cũng như lâm sàng, cận lâm sàng hiện tại của LBDHT, đánh giá mức độ hoạt động bệnh (SLEDAI), viêm thận hoạt động, tăng huyết áp, tổn thương các cơ quan, huyết khối kết hợp chặt chẽ với bác sĩ cơ xương khớp, thận học.

- Phát hiện các dấu hiệu của đợt cấp của LBDHT.

- Một số xét nghiệm: Chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu, tỉ lệ protein/creatinin nước tiểu, công thức máu, hội chứng kháng phospholipid (kháng đông lupus, kháng thể kháng cardiolipin IgM và IgG, kháng thể kháng beta-2-glycoprotein-IgM và IgG). Anti-dsDNA, bổ thể, anti-Ro/SSA và La/SSB.

- Điều chỉnh thuốc: Ngưng NSAIDs và các tác nhân độc tế bào, tiếp tục sử dụng HCQ, liều tối thiểu steroids, sử dụng acid folic, liều thấp aspirin.

- Khuyến cáo thực hiện đánh giá sự phát triển của thai bằng siêu âm tại tuần 28 và tuần 3-34. Giám sát mỗi tuần bắt đầu từ tuần 32 đối với LBĐHT không có biến chứng và cá nhân hóa đối với trường hợp LBĐHT có biến chứng.

3.4.3. Chăm sóc sau sinh

Như với các bệnh tự miễn khác, tỉ lệ đợt cấp hay tái phát tăng lên sau sinh. Nên đánh giá tình trạng lâm sàng trên từng bệnh nhân.

Cho con bú nên được khuyến khích với sự xem xét các thuốc đang sử dụng trên mỗi bệnh nhân. Theo hội Nhi khoa Mỹ thì thuốc NSAIDs, HCQ, corticosteroids có thể sử dụng. Những thuốc khác thì có những hạn chế trong dữ liệu về tính an toàn khi cho con bú. Nên có sự trao đổi giữa thầy thuốc và bệnh nhân.

3.5. Tránh thai

Tránh thai hiệu quả cần được tư vấn trên bệnh nhân sử dụng các thuốc gây thai bất thường. Các biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài có thể phục hồi là thích hợp cho nhiều bệnh nhân LBĐHT. Dụng cụ tránh thai tử cung là phương pháp an toàn và hiệu quả. Dụng cụ tránh thai Levonorgestrel liên quan đến giảm mất máu trong chu kỳ kinh, lựa

chọn này có lợi trên bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông. Que cấy chứa etonogestrel có thể là một lựa chọn tốt nhưng nó tác động lên mật độ xương, mặc dù nguy cơ huyết khối là không chắc chắn nhưng không nên sử dụng trên bệnh nhân LBĐHT sử dụng kéo dài corticosteroids và hội chứng kháng phospholipid. Thuốc tránh thai chứa estrogen về mặt lý thuyết thì làm tăng nguy cơ xuất hiện đợt cấp tuy nhiên chưa được ghi nhận trên thử nghiệm lâm sàng cần thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân có tiền sử huyết khối và hay kháng thể kháng phospholipid. Lưu ý một số thuốc điều trị như mycophenolate, cyclosporine và wafarin làm giảm hiệu quả của các thuốc tránh thai. Thuốc tránh thai uống chứa progesterone thì an toàn nhưng ít hiệu quả. Tiêm bắp hay cấy progesteron như depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) là an toàn và hiệu quả hợp lý. Tuy nhiên có nguy cơ loãng xương nếu sử dụng lâu dài nên cần thận trọng trên bệnh nhân sử dụng corticosteroids [8].

IV. KẾT LUẬN

LBĐHT là bệnh tự miễn hệ thống với tổn thương đa cơ quan, bệnh ảnh hưởng chủ yếu trên nhóm bệnh nhân trẻ đang độ tuổi sinh đẻ. Bệnh nhân LBĐHT có thể mang thai thành công. Việc mang thai có kế hoạch giúp giảm nguy cơ các biến chứng cho cả mẹ và trẻ. Việc đánh giá đầy đủ về tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng giúp tiên lượng có hướng điều trị phù hợp trên bệnh nhân. Cần có sự phối hợp giữa bác sĩ cơ xương khớp, sản khoa, tim mạch, thận học, nhi khoa trong việc tối ưu chăm sóc thai kì trên bệnh nhân LBĐHT và trẻ sinh ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dao, K.H. and B.L. Bermas**, Systemic lupus erythematosus management in pregnancy. *International journal of women's health*, 2022: p. 199-211.
2. **Cuneo, B.F., et al.**, Knowledge is power: regarding SMFM Consult Series# 64: Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2023. 229(4): p. 361-363.
3. **Magallares, B., et al.**, Assessment of EULAR/ACR-2019, SLICC-2012 and ACR-1997 classification criteria in SLE with longstanding disease. *Journal of clinical medicine*, 2021. 10(11): p. 2377.
4. **Zhao, Y., et al.**, Performance validation of the 2023 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism antiphospholipid syndrome classification criteria in an antiphospholipid syndrome cohort. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2024. 22(6): p. 1660-1674.
5. **Yelnik, C.M., et al.**, Lupus anticoagulant is the main predictor of adverse pregnancy outcomes in aPL-positive patients: validation of PROMISSE study results. *Lupus science & medicine*, 2016. 3(1): p. e000131.
6. **Andrade, R., et al.**, Adverse pregnancy outcomes in women with systemic lupus erythematosus from a multiethnic US cohort: LUMINA (LUI). *Clinical and experimental rheumatology*, 2008. 26(2): p. 268.
7. **Clowse, M.E., et al.**, The prevention, screening and treatment of congenital heart block from neonatal lupus: a survey of provider practices. *Rheumatology*, 2018. 57(suppl_5): p. v9-v17.
8. **Clowse, M.E., et al.**, Alignment of contraception use with the ACR reproductive health guidelines in women with systemic lupus erythematosus within the RISE registry. *Lupus Science & Medicine*, 2024. 11(2): p. e001192.

THOÁI HOÁ KHỚP Ở NGƯỜI TRẺ TUỔI NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Mai Hồng¹

TÓM TẮT

Thoái hóa khớp (THK) ngày càng ảnh hưởng nhiều hơn đến người trẻ tuổi, với các nguyên nhân chính bao gồm chấn thương cơ học, béo phì, rối loạn chuyển hóa và rối loạn sinh học tế bào sụn. Chấn thương vi mô lặp lại từ các môn thể thao tác động mạnh hoặc hoạt động quá sức làm tăng nguy cơ thoái hóa sớm, đặc biệt ở những người trẻ tuổi có hoạt động thể thao quá mức. Ngoài ra béo phì không chỉ gia tăng áp lực cơ học lên khớp mà còn thúc đẩy viêm mạn tính và mất cân bằng chuyển hóa lipid, dẫn đến tổn thương sụn khớp. Các chất trung gian như leptin, TNF- α và IL-6 đóng vai trò quan trọng trong quá trình này. Ngoài ra, yếu tố di truyền, lối sống ít vận động và chế độ ăn uống không lành mạnh cũng làm tăng tốc độ thoái hóa khớp. Việc chẩn đoán sớm thường bị chậm trễ ở người trẻ, nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp phòng ngừa và nhận biết triệu chứng. Hiện nay các phương pháp điều trị tiên tiến như liệu pháp tế bào gốc và huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) đang mở ra cơ hội mới trong việc tái tạo sụn và làm chậm tiến triển bệnh.

Từ khóa: Thoái hóa khớp, người trẻ tuổi

SUMMARY

OSTEOARTHRITIS IN YOUNG INDIVIDUALS: CAUSES AND TREATMENT

¹Phó chủ tịch Hội loãng xương Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mai Hồng

SĐT: 0988068915

Email: drmaihong@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

Osteoarthritis (OA) is increasingly affecting younger individuals, with mechanical injuries, obesity, metabolic disorders, and cellular dysfunction playing pivotal roles in its early onset. Repeated microtrauma from high-impact sports or mechanical overuse significantly raises the risk of OA, particularly in athletes. Obesity contributes not only through increased joint load but also via chronic low-grade inflammation and altered lipid metabolism. Metabolic and inflammatory mediators such as leptin, TNF- α , and IL-6 exacerbate cartilage degradation. Additionally, genetic predisposition, sedentary lifestyle, and poor diet further accelerate joint degeneration. Early diagnosis is often delayed in younger individuals, emphasizing the need for heightened awareness and preventive measures. Emerging therapies, including stem cell treatments and Platelet-Rich Plasma (PRP), show promise in addressing cartilage damage and halting disease progression.

Keywords: osteoarthritis, young adults

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) từ lâu được coi là bệnh lý của người cao tuổi, nhưng hiện nay tình trạng thoái hóa khớp ở người trẻ tuổi đang gia tăng đáng kể. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng sống mà còn gây gánh nặng kinh tế và xã hội. Theo nghiên cứu của Jessica M. Wilfong và cs.¹, thực hiện trên người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên ở Canada (Khảo sát Sức khỏe Cộng đồng Canada) kết quả đưa ra 50,4% những người mắc THK dưới 65 tuổi, và một nửa trong số họ được chẩn đoán bệnh này ở độ tuổi dưới 50. 30,5% trong số đó được chẩn đoán THK

trước tuổi 45. Nghiên cứu này cho thấy rằng độ tuổi chẩn đoán THK ở người trẻ có sự chênh lệch lớn so với người lớn tuổi hơn. Người dưới 35 tuổi thường mất khoảng 9,2 năm từ khi có triệu chứng đến khi được chẩn đoán bệnh, trong khi những người lớn tuổi hơn chỉ mất khoảng 1-2 năm. Những người trẻ tuổi mắc THK triệu chứng cũng gần tương tự như những người lớn tuổi mắc bệnh về vị trí khớp thoái hoá, mức độ nghiêm trọng của cơn đau, mệt mỏi cũng như những hạn chế vận động. Điều này cho thấy THK ở người trẻ có thể bị bỏ qua hoặc chậm trễ trong chẩn đoán, mặc dù họ có triệu chứng bệnh. Thực tế, một nghiên cứu gần đây ở Mỹ cũng phát hiện độ tuổi trung bình khi phát bệnh là 55 tuổi, và nhiều người trẻ bị chẩn đoán muộn do các triệu chứng khớp chưa được phát hiện kịp thời.¹

Nhiều nghiên cứu dự báo tỷ lệ mắc bệnh THK ở người trẻ tuổi có thể tăng trong những năm tới do sự gia tăng của hai trong số các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là chấn thương liên quan đến thể thao và béo phì. Ngoài ra, nhận thức ngày càng tăng về bệnh THK ở người trẻ tuổi và số lượng nghiên cứu về THK sớm ngày càng tăng có thể dẫn đến sự gia tăng các chẩn đoán xác định THK ở người trẻ.

II. NGUYÊN NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP Ở NGƯỜI TRẺ

2.1. Chấn thương và tổn thương cơ học (Mechanical Injury)

Chấn thương vi thể là yếu tố chính dẫn đến thoái hoá sớm. Các tổn thương nhỏ lặp đi lặp lại, đặc biệt là trong thể thao và các hoạt động nặng, gây ra sự bào mòn sụn khớp. Theo nghiên cứu của Barbara Snoeker² và cộng sự thì tác động của loại chấn thương như rách sụn chêm, rách/loại chấn thương

sụn khớp khác, rách dây chằng chéo, rách dây chằng bên, chấn thương phần mềm quanh khớp, gãy xương, trật khớp có nguy cơ THK gối. Ở người trưởng thành trẻ tuổi, chấn thương gối làm tăng nguy cơ THK gối được chẩn đoán trong tương lai khoảng sáu lần, với nguy cơ cao nhất sau khi bị chấn thương dây chằng chéo, rách sụn chêm và gãy xương diện khớp.

Các nghiên cứu cũng cho thấy người trẻ có nguy cơ cao THK do tham gia các môn thể thao tác động mạnh như bóng đá, bóng rổ. Ví dụ, các vận động viên có thể có nguy cơ thoái hóa khớp gối sớm hơn từ 5-10 năm so với người bình thường (Smith et al., 2022). Tỷ lệ mắc THK gối và háng cao hơn ở những vận động viên chuyên nghiệp so với những đối tượng khác (tỷ lệ odds là 1,9).

2.2. Béo phì và rối loạn chuyển hóa (Metabolic Disorders)

Béo phì và kháng insulin là những yếu tố nguy cơ cao, béo phì gây viêm mãn tính, làm tăng tải trọng lên các khớp, đồng thời kích thích quá trình thoái hóa sụn qua các cytokine như IL-1 β và TNF- α . Chỉ số khối cơ thể (BMI) cao là yếu tố nguy cơ phổ biến liên quan đến THK.

Béo phì và rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng trong cơ chế gây thoái hóa khớp thông qua nhiều yếu tố. Béo phì không chỉ tăng tải trọng cơ học lên khớp mà còn gây viêm mãn tính với sự gia tăng các adipokine như leptin và adiponectin, cùng các cytokine tiền viêm như TNF- α và IL-6. Leptin kích thích sản xuất các enzyme phân hủy sụn (MMPs, ADAMTS) và các cytokine gây viêm, trong khi adiponectin vừa có tác động bảo vệ sụn ở nồng độ cao, vừa thúc đẩy viêm và phân hủy sụn ở nồng độ thấp. Rối loạn lipid máu, đặc biệt là giảm HDL và tăng LDL, làm tổn hại chức năng bảo vệ của

HDL, góp phần gây viêm và tổn thương sụn khớp. Ngoài ra, VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor- yếu tố tăng trưởng nội mạch), một nhóm protein tăng trưởng có vai trò chính trong quá trình tạo mạch máu (angiogenesis) và tăng tính thấm mạch máu cao trong dịch khớp ở bệnh nhân THK, thúc đẩy tạo xương bất thường và khớp. Tác động phối hợp của các yếu tố này làm mất cân bằng giữa quá trình tổng hợp và phân hủy mô ngoại bào, từ đó thúc đẩy viêm và thoái hóa trong khớp, qua đó nhân mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát béo phì và rối loạn lipid máu để giảm nguy cơ và tiến triển của THK.⁴

2.3. Rối loạn sinh học tế bào sụn (Chondrocyte Biology)

Khi sụn khớp không thể tự tái tạo, các tế bào sụn (chondrocytes) bị hư hại hoặc chết làm giảm khả năng phục hồi của khớp. Điều này càng trở nên nghiêm trọng khi có sự kết hợp với yếu tố di truyền, viêm mãn tính. Trong quá trình viêm, cytokine và các yếu tố tăng trưởng được kích hoạt gây sản xuất các enzym thoái hóa và là chất trung gian cho sự thoái hóa sụn. Bệnh nhân THK có nồng độ các cytokine như interleukin (IL)-1, IL-6, IL-15, IL-17, IL-18, yếu tố hoại tử khối u (TNF) và yếu tố ức chế bạch cầu (LIF) cao hơn. Interferon (IFN), IL-6, IL-10, IL-4 và TGF- hoạt động như yếu tố chống viêm. Những chấn thương sụn tương tác với các thụ thể giống Toll (TLR), được tìm thấy trên bề mặt tế bào miễn dịch, kích hoạt hệ thống miễn dịch dẫn đến phản ứng viêm vô khuẩn tại khớp. Trong mô hoạt dịch, tổn thương xương khớp và màng hoạt dịch của bệnh nhân thoái hóa khớp, TLR-2 và TLR-4 đều tăng cao. Kết quả là oxit nitric, prostaglandin E2 và MMP tăng lên. Các cytokine tiền viêm, enzyme phân giải protein và chemokine tăng

lên khi có phản ứng viêm, trong khi các cytokine chống viêm và các yếu tố tăng trưởng giảm xuống. Các đại thực bào sẽ giải phóng ra các cytokine gây viêm nhằm thúc đẩy tế bào T CD4+, hình thành mạch và tăng nồng độ COX-2 trong màng hoạt dịch khớp và tăng tính thấm của mạch máu. Đặc biệt, các tế bào T loại Th1 có thể kích hoạt các phản ứng miễn dịch gây viêm màng hoạt dịch và thúc đẩy sự thoái hóa sụn khớp.

2.4. Yếu tố di truyền và lối sống

Yếu tố gen và tiền sử gia đình có thể đóng vai trò trong việc hình thành thoái hóa khớp. Bên cạnh đó, lối sống ít vận động và chế độ ăn uống không hợp lý cũng là những yếu tố thúc đẩy bệnh lý THK.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Các triệu chứng thường gặp là đau khớp, hoặc lực khục khi cử động khớp (dấu hiệu phá rí khớp) đặc biệt khi hoạt động thể lực. Đau thường xuyên và kéo dài, có thể kèm theo cứng khớp và giảm khả năng vận động.

3.2. Cận lâm sàng

- **Chụp X-quang:** Đánh giá sự mất cấu trúc sụn, hẹp khe khớp, và sự hình thành gai xương.

- **Siêu âm khớp:** quan sát sụn khớp, tổn thương phần mềm quanh khớp và tràn dịch khớp.

- **Chụp cộng hưởng từ:** Là công cụ chẩn đoán chính xác phát hiện tổn thương sớm của sụn, dây chằng và các mô mềm khớp.

- **Chỉ số viêm và xét nghiệm máu:** Xét nghiệm CRP (C Reaction Protein - protein C phản ứng)/tốc độ máu lắng (VSS) có thể giúp phát hiện thoái hóa khớp có phản ứng viêm. Tuy nhiên, kết quả xét nghiệm ít có giá trị

trong chẩn đoán thoái hóa khớp ở giai đoạn đầu.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc

- Tránh các hoạt động gây quá tải cho khớp;

- Tập thể dục để tăng sức mạnh cơ: (thể dục nhịp điệu hoặc bơi lội), rèn luyện sức mạnh và giãn cơ. Các bài tập tăng cường sức mạnh cơ tứ đầu đùi làm tăng số lượng sarcomeres và sợi cơ (sợi actin và myosin cần thiết trong quá trình co cơ), giúp tăng sức mạnh cơ bắp. Các bài tập thực hiện thường xuyên sẽ giúp tăng độ ổn định và giảm viêm dưới sụn khớp, từ đó giúp giảm đau.

- Giảm cân: Giảm cân rất quan trọng đối với bệnh nhân thừa cân và béo phì; Giảm 0,5 kg có thể giảm tải cho đầu gối từ 3 đến 6 lần, đồng thời cải thiện chức năng thể chất và cơ sinh học khi kết hợp với tập thể dục

- Sử dụng dụng cụ hỗ trợ bằng chun khi vận động, nẹp, gậy hoặc nạng khi đau nhiều.

- Vật lý trị liệu: các bài tập giúp giảm cứng khớp và tăng sức mạnh cơ bắp.

4.2. Điều trị nội khoa

- **Thuốc giảm đau và chống viêm:** thuốc chống viêm không Steroid giúp giảm đau và viêm, nhưng cần sử dụng thận trọng để tránh tác dụng phụ lâu dài.

- **Thuốc tiêm khớp (Corticosteroids, Hyaluronic Acid):** Tiêm corticosteroids giúp giảm viêm trong giai đoạn cấp, trong khi tiêm hyaluronic acid có thể giúp cải thiện chất lượng sụn khớp.

- **Phương pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu-PRP (Platelet Rich Plasma):** Nhiều nghiên cứu cho thấy PRP có thể giúp giảm đau và tái tạo mô. PRP tự thân của tiểu cầu ở người bao gồm các yếu tố tăng trưởng do tiểu cầu tiết ra để hỗ trợ sửa chữa mô trung

mô, vì vậy giúp kiểm soát các tổn thương thoái hóa sụn khớp và viêm khớp. PRP có ba thành phần dạng hạt: hạt α , hạt rắn và hạt lysosomal: Hạt α là nguồn cung cấp các yếu tố tăng trưởng như PDGF (yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu), IGF-1 (yếu tố tăng trưởng giống insulin), VEGF (yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu), TGF (yếu tố tăng trưởng chuyển đổi), PF4 (tiểu cầu) và FGF (yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi); những yếu tố này có vai trò trong quá trình tăng sinh, biệt hóa tế bào và điều chỉnh các yếu tố gây viêm để hình thành các vùng tái tạo mô⁴. PRP có tác dụng làm giảm viêm IFP bằng cách điều hòa giảm các cytokine và adipokine tiền viêm, kích thích hình thành sụn, cải thiện sự cân bằng trao đổi chất để hỗ trợ quá trình chữa lành mô. Trên thế giới PRP chưa phải là liệu pháp điều trị thường quy đối với THK nhưng đối với người trẻ bị chấn thương và có THK tiêm PRP hiệu quả hơn Hyaluronic Acid.

- Điều trị bằng tế bào gốc (Stem Cell Therapy)

Điều trị thoái hóa khớp gối bằng tế bào gốc có tác dụng chống viêm, tái tạo sụn và phục hồi chức năng khớp. Hiện nay, hai phương pháp điều trị thoái hóa khớp bằng tế bào gốc phổ biến là tế bào gốc tự thân từ mô mỡ tự thân hoặc tế bào gốc đồng loài từ mô dây rốn (phương pháp này đang được triển khai áp dụng, tuy nhiên vẫn cần được nghiên cứu thêm).

4.3. Điều trị ngoại khoa

- **Phẫu thuật tái tạo sụn:** Các phương pháp mới như ghép tế bào sụn hoặc cấy ghép tế bào gốc có thể giúp tái tạo sụn và phục hồi chức năng khớp.

- **Phẫu thuật thay khớp:** Khi thoái hóa khớp tiến triển đến giai đoạn nặng, phẫu thuật thay khớp có thể là lựa chọn cuối cùng.

V. KẾT LUẬN

Thoái hóa khớp ở người trẻ là một vấn đề đang ngày càng trở nên phổ biến, gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống, mặc dù có các triệu chứng ở khớp nhưng THK có thể bị bỏ qua ở những người trẻ tuổi. Các yếu tố như chấn thương, lối sống, và các rối loạn chuyển hóa đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành bệnh lý này. Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp sẽ giúp giảm sự tiến triển lâu dài của bệnh. Trong khi các phương pháp điều trị hiện tại như thuốc giảm đau, vật lý trị liệu giúp kiểm soát triệu chứng, những tiến bộ trong việc điều trị bằng tế bào gốc và PRP hứa hẹn mở ra những hướng đi mới để khôi phục chức năng khớp và hạn chế sự tiến triển của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilfong JM, Badley EM, Perruccio AV.** Old Before Their Time? The Impact of Osteoarthritis on Younger Adults. *Arthritis Care Res.* 2024;76(10): 1400-1408. doi:10.1002/acr.25374
2. **Snoeker B, Turkiewicz A, Magnusson K, et al.** Risk of knee osteoarthritis after different types of knee injuries in young adults: a population-based cohort study. *Br J Sports Med.* 2020;54(12): 725-730. doi:10.1136/bjsports-2019-100959
3. **Amoako AO, Pujalte GGA.** Osteoarthritis in Young, Active, and Athletic Individuals. *Clin Med Insights Arthritis Musculoskeletal Disord.* 2014;7: 27-32. doi:10.4137/CMAMD.S14386
4. **Thijssen E, van Caam A, van der Kraan PM.** Obesity and osteoarthritis, more than just wear and tear: pivotal roles for inflamed adipose tissue and dyslipidaemia in obesity-induced osteoarthritis. *Rheumatol Oxf Engl.* 2015; 54(4): 588-600. doi:10.1093/rheumatology/keu464
5. **Gupta S, Paliczak A, Delgado D:** Evidence-based indications of platelet-rich plasma therapy . *Expert Rev Hematol.* 2021, 14:97-108
6. **Y Chen, RJ Cheng, Y Wu, D Huang.** Advances in Stem Cell-Based Therapies in the Treatment of Osteoarthritis.2023 *International Journal of Molecular Sciences*

VAI TRÒ CỦA HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN GIÀU FIBRIN (PRF- PLATELET RICH FIBRIN): TỪ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG ĐẾN BẰNG CHỨNG HIỆU QUẢ TRÊN LÂM SÀNG

Nguyễn Việt Khánh¹, Hoàng Văn Dũng¹

TÓM TẮT

Trong vài thập kỉ vừa qua, trên thế giới đã có nhiều dạng huyết tương giàu tiểu cầu được phát triển và chứng minh có hiệu quả ứng dụng trên lâm sàng. Các sản phẩm thế hệ mới, bao gồm huyết tương giàu tiểu cầu giàu fibrin (Platelet rich fibrin – PRF) đã cho thấy nhiều đặc tính sinh học ứng dụng trong lĩnh vực y học tái tạo nói chung và chuyên ngành cơ xương khớp nói riêng. Cấu trúc của PRF được tạo nên từ mạng lưới fibrin sinh học hoạt động như một kiến trúc ba chiều hoàn chỉnh giúp tạo điều kiện thuận lợi cho việc tập trung một nồng độ cao tiểu cầu và các protein tăng trưởng trong một thể tích nhỏ từ đó tạo thuận lợi cho việc truyền tín hiệu ở mức độ phân tử và tế bào từ đó kích thích, thúc đẩy quá trình tái tạo và tăng trưởng mô.

Từ khoá: Huyết tương giàu tiểu cầu giàu fibrin, PRF

SUMMARY

THE ROLE OF PLATELET RICH FIBRIN (PRF): MECHANISM TO CLINICAL EVIDENCES

Over the past few decades, various forms of platelet concentrates have evolved with

significant clinical utility. The newer generation products, including platelet-rich fibrin (PRF) have shown superior biological properties in regenerative medicine and also musculoskeletal regeneration. These newer platelet concentrates have a complete matrix of physiological fibrin that acts as a scaffold with a three-dimensional (3D) architecture that facilitates the high concentration of platelet and growth factor in a small form. Therefore, It create benefits for intercellular signaling and migration, thereby promoting angiogenic, chondrogenic, and osteogenic activities

Keywords: Platelet rich fibrin

I. SỰ CẢI TIẾN CÔNG ĐẶC TIỂU CẦU

1.1. Keo fibrin

Hơn 40 năm trước, một số sản phẩm được tạo ra từ máu đã được sử dụng như biện pháp để tăng tốc khả năng tự chữa lành tự nhiên của cơ thể. Thời điểm ban đầu chỉ có khối tiểu cầu cô đặc được ứng dụng điều trị các trường hợp giảm tiểu cầu nặng với mục đích cầm máu. Việc sử dụng các sản phẩm cô đặc tiểu cầu để kích thích sự tái tạo mô bắt đầu bằng việc nhận ra vai trò kết dính và tạo thành mô nền tái tạo của mạng fibrin và sự sẵn có của các yếu tố tăng trưởng trong mạng lưới này [1]. Việc sản xuất fibrin tự thân bắt đầu bằng việc sử dụng huyết tương của người hiến tặng, sau đó là sự kết hợp của trombin cũng như canxi để khởi động quá trình trùng hợp. Việc bổ sung trombin, cũng như canxi vào huyết tương đã được xử lý sẽ

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Khánh

SĐT: 0397934138

Email: khanhkykhoa2509@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

kích hoạt quá trình trùng hợp, tạo ra chất kết dính fibrin hoạt tính sinh học có ích trong lâm sàng, tương tự như giai đoạn cuối của dòng đông máu [2]. Hạn chế lớn nhất của việc áp dụng chất kết dính fibrin có bán trên thị trường trong y học tái tạo là khả năng truyền bệnh (từ huyết tương gộp hoặc huyết tương của một người hiến tặng), có thể được giảm thiểu bằng cách sử dụng huyết tương tự thân [3]. Tuy nhiên, chi phí chế tạo, thời gian xử lý nhiều hơn, nồng độ khác nhau và độ bền kéo của fibrin vẫn chưa được xác định đầy đủ.

1.2. Huyết tương giàu tiểu cầu (Platelet rich plasma – PRP)

Huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) là thể hệ sản phẩm ứng dụng kỹ thuật cô đặc tiểu cầu đầu tiên với sự kết hợp của các yếu tố tăng trưởng khác nhau và nút fibrin, từ đó giúp tăng cường khả năng chữa lành cũng như khả năng tái tạo của các mô [4,5]. Mặc dù các quy trình chuẩn bị và sử dụng PRP không được chuẩn hóa nhưng nó đã được sử dụng rộng rãi trong các liệu pháp tái tạo [6]. Cho đến nay, hơn 40 kỹ thuật chuẩn bị PRP từ máu toàn phần tự thân đã được áp dụng [7]. Hạn chế chính của PRP là (1) chất lượng và hiệu quả điều trị của PRP phụ thuộc vào

nồng độ tiểu cầu trong lượng tiểu cầu cô đặc của từng bệnh nhân, (2) khoảng thời gian từ khi phân lập đến khi sử dụng PRP sau khi giải phóng 95 % yếu tố tăng trưởng trong vòng 10 phút đầu tiên và (3) việc bổ sung chất chống đông sẽ phá vỡ tiến trình đông máu và ức chế sự kích hoạt để hình thành nút fibrin [8,9]. Sự phát triển của các yếu tố tăng trưởng và sự thiếu đồng nhất trong các giao thức phân lập PRP đã góp phần phát triển một kỹ thuật cô đặc tiểu cầu mới với khả năng khắc phục những hạn chế đã được nêu trước đó.

1.3. Huyết tương giàu tiểu cầu giàu fibrin (Platelet rich fibrin – PRF)

PRF là một cấu trúc mạng lưới fibrin có chứa tiểu cầu, bạch cầu và đại thực bào, đây là một bước tiến lớn trong lĩnh vực y học tái tạo. Các yếu tố tăng trưởng có trong PRF giúp tăng cường tái tạo mô, tạo mạch mới và ức chế vi khuẩn (Bảng 1). PRF đóng vai trò như một cấu trúc nền lý tưởng cho các giai đoạn khác nhau của quá trình chữa lành mô vì nó đơn giản để chuẩn bị, không tốn kém, ít gây nguy hiểm cho bệnh nhân, và thậm chí có thể được sử dụng bên ngoài môi trường bệnh viện [10].

Bảng 1. Các yếu tố tăng trưởng mô và vai trò

Các yếu tố tăng trưởng mô	Vai trò
TGF-β	Ngăn ngừa sự phân huỷ collagen Kích thích tăng trưởng nguyên bào sợi Kích thích quá trình hoá ứng động của tế bào miễn dịch Ức chế sự hình thành của huỷ cốt bào Ức chế quá trình thoái hoá mô xương
PDGF	Kích thích sự tăng sinh và biệt hoá của tế bào gốc trung mô Kích thích hình thành mạch máu mới Hoá ứng động đại thực bào Kích hoạt đại thực bào

IGF-1	Kích thích hoá hướng động Kích thích tạo cốt bào Kích thích quá trình tạo xương Kích thích quá trình biệt hoá tế bào trong mô tác động Kích thích tăng sinh của các tế bào trong mô đệm
VEGF	Khởi phát quá trình hình thành mạch máu Tăng cường tính thấm mạch máu Kích thích tế bào nội mô mao mạch trưởng thành Kích thích tế bào nội mô mao mạch phân chia
EGF	Thúc đẩy quá trình hình thành mạch máu mới Kích thích tế bào biểu mô tăng sinh Biệt hoá tế bào biểu mô Kích thích tăng tiết cytoline ở tế bào biểu mô và trung mô
IL-1β	Tăng biểu hiện các phân tử kết dính trên tế bào biểu mô Kích thích sự hoạt động của tế bào lympho T hỗ trợ Kích thích tạo cốt bào

Đóng vai trò như một cấu trúc nền sinh học và là nơi chứa yếu tố tăng trưởng để tái tạo mô, PRF là màng fibrin 3D rắn chứa mạng lưới fibrin dày đặc bên trong có nhiều tiểu cầu và các yếu tố tăng trưởng, được tạo ra chủ yếu từ máu toàn phần không có chất chống đông máu (Kardos et al., 2018; Mazzotta et al., 2021). Máu toàn phần chia thành ba lớp cấu trúc sau khi ly tâm, đó là huyết tương nghèo tiểu cầu bề mặt (PPP), fibrin giàu tiểu cầu trung gian (L-PRF) và lớp hồng cầu cơ bản (RBCs) (Kazemi và cộng sự, 2017; Kardos và cộng sự, 2018). Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc ly tâm 9 mL mẫu máu tạo ra PRF với thể tích fibrin khoảng 1 mL, được làm giàu với khoảng 97% tiểu cầu và hơn 50% bạch cầu trong máu (Dohan Ehrenfest et al., 2010). Nhuộm H&E cho thấy hai vùng riêng biệt, vùng tiểu cầu và fibrin, được quan sát thấy trong PRF; vùng tiểu cầu tập trung nhiều tiểu cầu màu tím sẫm; ở vùng fibrin, người ta thấy nhiều tế bào máu khác nhau có cấu trúc lưới màu hồng liên kết chéo (Kang và cộng sự, 2011). Cấu trúc vi mô của PRF chỉ ra rằng nó đáp

ứng về mặt vật lý và sinh học các đặc tính thiết yếu của một cấu trúc nền lý tưởng và các tế bào máu khác nhau có thể cư trú trong PRF và tiết ra các cytokine theo thời gian để thúc đẩy tái tạo mô cơ xương (Madurantakam et al., 2015).

Fibrin và fibronectin (các thành phần chính của PRF) thực hiện vai trò phụ thuộc lẫn nhau trong quá trình đông máu, tương tác giữa các thành phần trong ma trận tế bào và góp phần chữa lành vết thương. Bắt đầu quá trình cầm máu và cung cấp cấu trúc nền ban đầu có thể được sử dụng để bám dính, di chuyển, tăng sinh và biệt hóa tế bào (Noori et al., 2017). Ngoài ra, fibronectin còn đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành mạch máu và tái tạo xương. Sự tương tác của phân tử fibronectin beta15-42 với peucedolin, một thụ thể của tế bào nội mô mạch máu, thúc đẩy sự hình thành mao mạch và hoạt động của nó được tăng cường bằng cách liên kết với các yếu tố tăng trưởng như yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi-2 (FGF-2) và yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (Mosesson, 2005). Miron và cộng sự đã báo

cáo một kỹ thuật mới để thu hoạch PRF đậm đặc với số lượng tiểu cầu và bạch cầu tăng gấp 10 lần [10]. Dohan và cộng sự báo cáo không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng tiểu cầu và thành phần cytokine (TGF- β 1, PDGF-BB và IGF-1) trong các phần khác nhau của PRF và huyết tương [6]. Với sự hiện diện của bạch cầu, Dohan và cộng sự thậm chí đã báo cáo PRF như một biện pháp điều trị để giảm nhiễm trùng sau phẫu thuật. Họ đã phân tích IL-1 β , IL-6 và TNF- α (các cytokine tiền viêm), IL-4 (cytokin chống viêm) và VEGF (chất kích thích tăng trưởng tạo mạch) trong huyết tương nghèo tiểu cầu (PPP) và PRF. Nồng độ của các cytokine và yếu tố tăng trưởng có mối tương quan tích cực với mức độ thu được từ gel PPP và PRF. Họ kết luận rằng gel PRF có đặc tính điều hòa miễn dịch với khả năng kiểm soát phản ứng viêm [7]. Khác với quy trình thực hiện của PRP, đối với PRF mẫu máu được lấy mà không sử dụng chất chống đông và được ly tâm ngay lập tức [7,8]. Khi quá trình hoàn tất, các tế bào hồng cầu (RBC) sẽ được tìm thấy ở lớp dưới cùng của ống ly tâm và huyết tương nghèo tiểu cầu sẽ được nhìn thấy ở đầu ống. Ở phần giữa của ống, giữa lớp PPP và lớp hồng cầu, cục máu đông PRF phát triển [9]. Cục máu đông này chứa một số lượng đáng kể tiểu cầu, bạch cầu, cytokine và các yếu tố tăng trưởng. Khi lớp PPP trên cùng bị loại bỏ, PRF thu được có thể được thu thập tương đối dễ dàng. Nguyên tắc thiết yếu này cho phép kích hoạt tiểu cầu và trùng hợp fibrin theo cách tương tự như ở trạng thái bình thường. Các tiểu cầu được kích hoạt ngay lập tức khi nó tiếp xúc với thành ống ly tâm, điều này cuối cùng dẫn đến việc tạo ra mạng lưới fibrin dày đặc có chứa tiểu cầu được hoạt hoá sẵn sàng giải phóng yếu tố tăng trưởng mô [10].

PRF - thể hệ cô đặc tiểu cầu thứ hai, được tạo nên bởi Choukroun và cộng sự vào năm 2001 [5], có rất nhiều ưu điểm so với thể hệ thứ nhất là PRP bao gồm: (1) Kỹ thuật chuẩn bị PRF không liên quan đến bất kỳ chất phụ gia nào (thuốc chống đông máu, trombin hoặc canxi clorua), nên quá trình lành vết thương được bảo tồn và hơn thế nữa loại bỏ những rủi ro liên quan đến việc sử dụng thrombin nguồn gốc động vật gây nên các tình trạng dị ứng hay rối loạn đông máu. (2) PRF có phản ứng điều hòa miễn dịch và kháng khuẩn, hỗ trợ quá trình chữa lành vết thương. (3) Gel PRF phát triển một mạng lưới fibrin dày một cách tự nhiên và tự thân, điều này cho phép tốc độ phân hủy của mạng fibrin chậm hơn và cung cấp sự giải phóng nhịp nhàng của các yếu tố tăng trưởng bền vững lâu dài tại vị trí mong muốn. (4) Gel PRF có độ dẻo và đàn hồi cao. (5) Ngoài ra, việc sản xuất và tiêu chuẩn hóa PRF đáng tin cậy và kinh tế hơn khi so sánh với sản xuất PRP [8]. Tuy nhiên hạn chế của PRF là (1) sự thành công của việc phân lập PRF phụ thuộc vào tốc độ xử lý của quá trình lấy máu, (2) gel PRF phải được sử dụng ngay lập tức vì nó mất tính toàn vẹn cấu trúc và mô đun đàn hồi theo thời gian và (3) việc bảo quản gel PRF là rất khó khăn bởi bản chất gel có lượng nước rất ít và có khả năng nhiễm vi khuẩn [8]

II. ỨNG DỤNG PRF TRONG CHUYÊN NGÀNH CƠ XƯƠNG KHỚP

2.1. Tái tạo sụn

Đối với mô sụn, khả năng tự tái tạo khi có tổn thương kém hơn các mô khác trong cơ thể, việc ứng dụng các sản phẩm y học tái tạo có nguồn gốc tế bào (chẳng hạn như tế bào gốc, PRP, PRF) đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát các rối loạn của quá

trình tái tạo sụn [5]. Chien và cộng sự đã báo cáo mô hình cấu trúc của PRF tương tự như một giàn giáo tạo nên bởi mạng fibrin có khả năng giải phóng bền vững các chất tăng trưởng có hoạt tính sinh học với tác dụng tăng cường sự tăng sinh và biệt hóa của tế bào sụn, tăng cường đáng kể tốc độ phát triển của tế bào và tăng tổng hợp collagen type II và GAG từ RNA thông tin (mRNA) trong tế bào [6]. El Raouf và cộng sự so sánh PRF và PRP và báo cáo rằng PRF được cho là có tính ưu việt hơn trong việc điều chỉnh các gen tái tạo sụn và chống lại tác dụng của IL-1 β trong môi trường làm giảm viêm trong quá trình thoái hóa mô cơ xương khớp [7]. Trong các tổn thương sụn toàn phần thực hiện trên mô hình động vật, PRF đã chứng minh tái tạo hoàn toàn mô sụn thông qua các kích thích bền vững bằng giải phóng các yếu tố tăng trưởng trong thời gian dài. Kiểm tra bằng mô bệnh học cho thấy các phân tử hyaline trong cấu trúc sụn được tái tạo đầy đủ trong vòng 4 tuần sau phẫu thuật, đó là do PRF thúc đẩy sự tăng sinh tế bào sụn, đồng thời nồng độ mRNA của các phân tử cấu trúc sụn (gồm SOX-9, collagen type-2 và aggrecan) cao hơn rất nhiều khi so sánh với PRP tại thời điểm 4 tuần. Như vậy PRF có khả năng tái tạo sụn đáng kể so với PRP [7]. Các thử nghiệm trên người đã được thực hiện, Wong và cộng sự đã chứng minh phương pháp điều trị tổn thương sụn mà không cần giai đoạn nuôi cấy sụn đã sửa chữa các khuyết tật sụn khớp bằng cách kết hợp PRF và ghép sụn tự thân. PRF tạo điều kiện cho sự tăng sinh, di cư và biệt hóa của tế bào sụn [9]. Souza và cộng sự đã chứng minh sự tăng sinh và biệt hóa của tế bào gốc mô

mở tự thân khi kết hợp với PRF [9]. Về mặt mô học, các nghiên cứu đã chứng minh sự hiện diện của sụn hyaline được tái tạo vào cuối thời gian theo dõi 1 năm [4]. Wang và cộng sự đã chứng minh kết quả vượt trội với sự kết hợp giữa gel PRF và PRP được sử dụng để tái tạo sụn sau phẫu thuật nội soi khớp gối điều trị các khuyết tật của sụn chêm với 28 trường hợp [4]. Kazemi và cộng sự đã báo cáo cả sự khác biệt đáng kể về mặt hình thái và mô học giữa các khiếm khuyết sụn gối được điều trị bằng PRF và không được điều trị bằng PRF trên người [1]. Wu và cộng sự đã chứng minh bằng chứng mô học về sự hình thành sụn hyaline bằng cách tiêm PRF vào khớp kết hợp với tế bào gốc trung mô (Mesenchymal cell - MSC) có nguồn gốc từ tủy xương để điều trị các khiếm khuyết sụn do phẫu thuật gây ra ở lõi cầu đùi [2]. Với những công nghệ tiên tiến mới nhất, các nhà nghiên cứu đã tái tạo sụn bằng kỹ thuật PRF.

2.2. Sửa chữa, tăng sinh và tái tạo gân

PRF được chứng minh có thể tăng cường phản ứng tái tạo tế bào và tái lập một phần khả năng cơ học của gân sau chấn thương và nâng cao chất lượng sửa chữa cấu trúc gân đã tổn thương. Dietrich và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu so sánh khả năng tái tạo của PRF và PRP trên tổn thương gân Achilles. Nhóm được điều trị bằng PRF cho thấy sự giải phóng các yếu tố tăng trưởng bị trì hoãn trong 14 ngày khi so sánh với nhóm PRP đồng nghĩa biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân sẽ giảm chậm hơn với nhóm PRP tuy nhiên trên phân tích nhuộm H&E cho thấy nhóm được điều trị bằng PRF đã chứng minh tỷ lệ chữa lành được cải thiện ở cả hai mốc thời gian đánh giá so với nhóm PRP và nhóm

đôi chứng, điều này cũng tương đồng với khả năng giải phóng liên tục và bền vững yếu tố tăng trưởng ở mô tổn thương [8]. Anitua và cộng sự báo cáo rằng sự hiện diện của tiểu cầu trong mạng fibrin giúp tăng cường đáng kể sự tăng sinh của tế bào ở gân Achilles và thể hiện sự tổng hợp cao hơn của COL1 và các yếu tố tăng trưởng, chẳng hạn như VEGF và HGF [5]. Visser và cộng sự báo cáo nồng độ phân tử TGF- β 1 cao hơn và sự tăng sinh tế bào gân tại cấu trúc được bao phủ PRF là cao hơn rất nhiều so với nhóm chứng [7]. Trong phòng thí nghiệm, Beitzel và cộng sự đã nghiên cứu phản ứng của tế bào của gốc trung mô (MSC) với các tổ hợp cấu trúc kích thích tăng trưởng mô gồm PRP, PRF và dạng kết hợp PRP/PRF. Họ đã quan sát thấy một số lượng đáng kể MSC bám vào và tăng trưởng trong cấu trúc của PRF để tái tạo mô gân [3]. Zumstein và cộng sự đã báo cáo sự giải phóng lâu dài các yếu tố tăng trưởng trong cấu trúc mạng lưới của PRF trong điều trị tổn thương gân chóp xoay. Họ nhấn mạnh những yếu tố sau: (a) nồng độ tiểu cầu và bạch cầu được quan sát thấy rất cao (b) giải phóng liên tục các yếu tố tăng trưởng, chẳng hạn như TGF- β 1, VEGF và MPO, trong 7 ngày đầu tiên sử dụng PRF và (c) tăng cường giải phóng yếu tố tăng trưởng (CXCL4, IGF-1, PDGF-AB và VEGF) trong nhóm PRF ở dạng keo từ đó cung cấp các yếu tố tái tạo mô lên đến 28 ngày và giúp tăng cường khả năng phục hồi gân chóp xoay [2]. Castricini và cộng sự báo cáo rằng việc tăng cường PRF có thể có lợi trong các trường hợp rách chóp xoay nhỏ và trung bình, do tính không đồng nhất của các quy trình chuẩn bị PRF có sẵn trên thị trường [5]. PRF không cải thiện tỷ lệ tái diễn đứt gân trên gai và chức năng

khớp vai sau phẫu thuật nội soi khớp vai nối gân. Không có sự khác biệt về độ dày gân hoặc kích thước của độ dày vết gân được quan sát thấy với vết rách gân chóp xoay [5,8]. Alvitì và cộng sự báo cáo việc tái tạo gân Achilles, sau đó kết hợp sử dụng PRF, cho thấy sự cải thiện đáng kể chức năng và hiệu quả chuyển động so với việc chỉ tái tạo gân Achilles thông thường [7]. Việc tăng cường PRF trong sửa chữa gân cơ mông nhờ giúp cải thiện hiệu quả chuyển động của mông hơn đồng thời tăng cường hiệu quả giảm đau và có bằng chứng lâm sàng về việc giảm tỷ lệ tái rách gân [2]. Với các bằng chứng lâm sàng, tiền lâm sàng và in vitro sẵn có, vai trò của PRF trong việc tăng cường và sửa chữa gân nên được thực hiện trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có kiểm soát để chính thức trở thành một biện pháp điều trị được công nhận rộng rãi.

2.3. Chấn thương thể thao

Với sự phổ biến ngày càng tăng trong việc ứng dụng các sản phẩm tiểu cầu trong điều trị các chấn thương thể thao vì các sản phẩm này đẩy nhanh quá trình phục hồi dây chằng và gân, dẫn đến việc sớm quay trở lại hoạt động hàng ngày. Về mặt lý thuyết, PRF có tác dụng làm trưởng thành mảnh ghép và cầm máu cùng với tác dụng giảm đau trong giai đoạn hậu phẫu. Beyzadeoglu và cộng sự đã báo cáo sự tích hợp và trưởng thành của mảnh ghép ở vị trí kết nối với cấu trúc sụn và gân trong quá trình tái tạo dây chằng chéo trước khi được điều trị phối hợp sau phẫu thuật bằng PRF so sánh với các mảnh ghép không được điều trị phối hợp [3]. Các mảnh ghép gân kheo tự thân được xử lý bằng PRF biểu hiện trên phim cộng hưởng từ (MRI) tốt hơn trong giai đoạn hồi phục (tỷ trọng thấp

hơn và ít hình thái viêm hơn trên mặt cắt cấu trúc mảnh ghép khi so sánh với các biện pháp khác [6]. Matsunaga và cộng sự đã quan sát trên mô hình động vật và thấy rằng 78% thất bại trong sửa chữa mô tổn thương sau 20 tuần bằng mô hình gân bánh chè thỏ xảy ra ở vùng không được PRF bao phủ do đó đã chứng minh rằng PRF giúp tăng cường quá trình tái tạo dây chằng tổn thương [8].

2.4. Chấn thương sụn chêm

Chấn thương sụn chêm đặt ra thách thức lớn trong việc điều trị và theo dõi, vì có mối liên hệ giữa việc cắt bỏ một phần hay toàn bộ sụn chêm với sự phát triển của thoái hoá khớp gối [2,3]. Phương thức sinh học để sửa chữa sụn chêm đòi hỏi đảm bảo các yếu tố sau (a) một cấu trúc dạng khung có tính kết dính với mô sụn chêm, (b) phương thức điều trị giàu tín hiệu nội bào để tăng sinh tế bào và tổng hợp mạch máu mới với vai trò tăng nuôi dưỡng, và (c) số lượng tế bào thích hợp để thúc đẩy quá trình lành mô. Phân tích bằng kính hiển vi điện tử đối với PRF cho thấy hình dạng tổ ong với sự gắn kết của các tiểu cầu cùng với bộ xương fibrin [4]. Mạng lưới PRF cung cấp các cytokine đồng hóa để làm phong phú tế bào. PRF thúc đẩy quá trình tạo mạch mới vì nó có nồng độ trombin thấp để di chuyển các nguyên bào sợi và tế bào nội mô, có thể giúp chữa lành sụn chêm [7]. Narayanaswamy và cộng sự đã báo cáo việc sử dụng PRF trong việc sửa chữa và tái tạo sụn chêm [8]. Ứng dụng PRF giúp cải thiện hoạt động tốt hơn và mang lại kết quả hồi phục cấu trúc và chức năng đáng kể trong phẫu thuật cắt bỏ sụn chêm một phần. PRF duy trì tác dụng giải phóng các yếu tố tăng

trường trong 4 tuần, phù hợp với giai đoạn lành vết rách sụn chêm [10]. Wong và cộng sự đã chứng minh trên mô hình động vật PRF làm tăng khả năng sửa chữa sụn chêm bằng cách tạo điều kiện cho sự tăng sinh và di chuyển của tế bào sụn chêm và tăng cường tổng hợp ECM. PRF đã tăng cường sự tổng hợp và lắng đọng ECM bằng các tế bào gốc sụn được nuôi cấy, được đánh giá cả về mặt hình thái và mô học [6]. Kurnaz và cộng sự chứng minh rằng việc tăng cường cấu trúc mạng lưới PRF bằng PRP trên các vết rách sụn chêm đã dẫn đến sự phục hồi sớm và tăng cường sửa chữa mô sụn khớp [4]. Vai trò của PRF trong việc chữa lành và tái tạo mô sụn ở các vị trí khác cần được khám phá bằng các nghiên cứu tiếp theo.

III. KẾT LUẬN

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị tổn thương cơ xương khớp là nguyên nhân chính gây bệnh tật trên toàn thế giới. PRF đã vượt qua việc sử dụng các yếu tố tăng trưởng tái tổ hợp, không chỉ nhằm mục đích điều trị chấn thương cơ, gân và dây chằng mà còn trong điều trị chấn thương xương và sụn. Nó đã trở nên phổ biến do tính hiệu quả về mặt chi phí, tuổi thọ dài hơn và khả năng phân phối có cấu trúc hơn đến mô tái tạo. Việc áp dụng các nguyên tắc can thiệp bằng PRF làm giảm nhu cầu phẫu thuật khi điều trị các chấn thương của hệ cơ xương và làm tăng tỷ lệ thành công của các kỹ thuật phẫu thuật đang được thực hiện hiện nay. Để tối ưu hóa việc phân lập PRF và nghiên cứu các đặc điểm sinh học của PRF, các thử nghiệm nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm mới hơn sẽ được tiến hành trong tương lai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chenna, D.; Shastry, S.; Das, S.** Cocktail Protocol for Preparation of Platelet-Rich Fibrin Glue for Autologous Use. *Malays. J. Med. Sci.* 2021, 28, 35–40. [CrossRef]
2. **Weisel, J.W.; Litvinov, R.I.** Mechanisms of Fibrin Polymerization and Clinical Implications. *Blood* 2013, 121, 1712–1719. [CrossRef] [PubMed]
3. **Burnouf, T.; Su, C.-Y.; Radosevich, M.; Goubran, H.; El-Ekiaby, M.** Blood-Derived Biomaterials: Fibrin Sealant, Platelet Gel and Platelet Fibrin Glue. *ISBT Sci. Ser.* 2009, 4, 136–142. [CrossRef]
4. **Alves, R.; Grimalt, R.** A Review of Platelet-Rich Plasma: History, Biology, Mechanism of Action, and Classification. *SAD* 2018, 4, 18–24. [CrossRef] [PubMed]
5. **Alsousou, J.; Thompson, M.; Hulley, P.; Noble, A.; Willett, K.** The Biology of Platelet-Rich Plasma and Its Application in Trauma and Orthopaedic Surgery. *J. Bone Jt. Surg. Br. Vol.* 2009, 91, 987–996. [CrossRef]
6. **Everts, P.; Onishi, K.; Jayaram, P.; Lana, J.F.; Mautner, K.** Platelet-Rich Plasma: New Performance Understandings and Therapeutic Considerations in 2020. *Int. J. Mol. Sci.* 2020, 21, 7794. [CrossRef]
7. **Arshad, S.; Tehreem, F.; Ahmed, F.; Marya, A.; Karobari, M.I.** Platelet-Rich Fibrin Used in Regenerative Endodontics and Dentistry: Current Uses, Limitations, and Future Recommendations for Application. *Int. J. Dent.* 2021, 2021, e4514598. [CrossRef]
8. **Ramaswamy Reddy, S.H.; Reddy, R.; Babu, N.C.; Ashok, G.N.** Stem-Cell Therapy and Platelet-Rich Plasma in Regenerative Medicines: A Review on Pros and Cons of the Technologies. *J. Oral Maxillofac. Pathol.* 2018, 22, 367–374. [CrossRef]
9. **Redler, L.H.; Thompson, S.A.; Hsu, S.H.; Ahmad, C.S.; Levine, W.N.** Platelet-Rich Plasma Therapy: A Systematic Literature Review and Evidence for Clinical Use. *Phys. Sportsmed.* 2011, 39, 42–51. [CrossRef]
10. **Dohan, D.M.; Choukroun, J.; Diss, A.; Dohan, S.L.; Dohan, A.J.J.; Mouhyi, J.; Gogly, B.** Platelet-Rich Fibrin (PRF): A Second Generation Platelet Concentrate. Part I: Technological Concepts and Evolution. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 2006, 101, e37–e44. [CrossRef]

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT LỌC HẠT TOPHI TRONG KHỚP GỐI: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Quách Hữu Trung¹, Nguyễn Văn Tuấn¹, Phùng Cao Cường¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Lắng đọng tổ chức hạt tophi ở khớp gối có triệu chứng hiện nay chưa có sự đồng thuận về phương pháp điều trị tối ưu. Do đó, nhiều bệnh nhân phải đối mặt với tình trạng tái phát ảnh hưởng đến khả năng đi lại và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phẫu thuật điều trị lắng đọng hạt tophi trong khớp có triệu chứng đã được mô tả trước đây nhưng chưa được báo cáo rộng rãi trong y văn. Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật mổ nội soi cắt lọc hạt tophi lắng đọng trong khớp gối ở bệnh nhân gút mãn đã được điều trị nội khoa không hiệu quả và điếm lại y văn về kết quả điều trị bệnh lý trên. Chúng tôi mô tả tiến cứu các ca bệnh được mổ từ 01/2024 đến 06/2024 tại Khoa chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao tại Bệnh viện 199 Bộ Công an. Đánh giá kết quả tại thời điểm 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ bằng lâm sàng và cận lâm sàng, thang điểm VAS, KOOS trước mổ và sau mổ. Kết quả có tổng số 5 bệnh nhân tất cả đều là nam, tuổi 40 – 67 tuổi, thời gian nằm viện trung bình 4-7 ngày, Kết quả gần cho thấy điểm VAS cải thiện đáng kể sau mổ, Điểm KOOS tại thời điểm 1 năm sau mổ cải thiện và chỉ có 1/5 bệnh nhân tái phát và kiểm soát bằng nội khoa. **Kết luận:** Bệnh gút có lắng đọng tophi trong khớp gối gây nên nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau.

Điều trị nội khoa kết hợp phẫu thuật nội soi cắt lọc hạt tophi giúp kiểm soát tốt tình trạng đau và cải thiện chức năng khớp gối.

Từ khóa: Gút, tophi, đầu gối, nội soi khớp.

SUMMARY

ARTHROSCOPIC MANAGEMENT OF INTRA-ARTICULAR TOPHACEOUS GOUT OF THE KNEE: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Objective: Symptomatic intra - articular tophaceous gout of the knee currently have no consensus on optimal treatment. Therefore, many patients face relapse affecting the ability to movement and the quality of life. Surgical treatment intra-articular tophaceous gout of the knee has been previously described but has not been widely reported in literature. **Method:** The study recorded the results of the application of arthroscopic debriement intra - articular tophaceous gout of the knee in the chronic gout patient who has been treated inefficiently and review of the literature. We retrospectively described the cases being operated from Jan 2024 to june 2024 at the Department of Orthopedics and Sports Medicine at the 199 Ministry of Public Security Hospital. We evaluated short-term results within 30 days after surgery and long term results 6 months after surgery using VAS, KOOS and number of relapse. Result: there were a total of male 5 patients, 40-67 years old, the hospital stays on average 4-7 days, VAS point is significantly improved after surgery, KOOS point at 1 year after surgery .

¹Bệnh viện 199, Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Quách Hữu Trung
SĐT: 0916306466

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

Conclusion: intra-articular tophaceous gout of the knee causes many different clinical diseases. Medical treatment combined with endoscopic surgery toxy Tophi helps control pain and improves knee joint function.

Keywords: gout, tophi, knee, endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là một tình trạng tương đối phổ biến trong dân số ngày nay, ảnh hưởng đến khoảng 8 triệu người Mỹ. Tình trạng này là do nồng độ axit uric trong máu tăng cao, có thể xảy ra thứ phát do sự kết hợp giữa chế độ ăn uống và các yếu tố di truyền. Tăng axit uric kéo dài dẫn đến lắng đọng các tinh thể monosodium urat (MSU) trong các khớp và mô mềm, gây ra viêm khớp gút và nếu không được điều trị đúng cách, sẽ hình thành các cục tophi gút[1]. Viêm khớp do gút cấp tính thường xuất hiện với sự khởi phát đột ngột của khớp đau, đỏ và sưng. Khớp thường bị tổn thương ban đầu nhất là khớp bàn ngón chân thứ nhất, nhưng các khớp khác cũng có thể bị ảnh hưởng[1]. Viêm khớp gút do gút cấp tính nằm trong bệnh cảnh viêm bao hoạt dịch khớp gối do tinh thể, hoặc các bệnh lý tổn thương cấu trúc bên trong khớp gối có thể gây đau, cứng khớp, hình thành nốt dưới da, phá hủy khớp, biến dạng hoặc co rút mô mềm và hội chứng chèn ép dây thần kinh. Các đợt bùng phát bệnh gút cấp tính có thể được chẩn đoán bằng cách quan sát bằng cách phát hiện tinh thể uric từ dịch khớp[2]. Chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là MRI đóng một vai trò đáng kể trong việc đánh giá tổn thương và lên kế hoạch điều trị.

Quản lý bệnh viêm khớp do gút cấp tính chủ yếu sử dụng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) colchicine và corticosteroid được sử dụng làm liệu pháp thay thế[3]. Khi cơn cấp tính đã thuyên giảm, các loại thuốc

như Thuốc ức chế xanthine oxidase (allopurinol và febuxostat) và thuốc uricosuric (probenecid và sulfinpyrazone) có thể được sử dụng, ngoài việc thay đổi lối sống, để ngăn ngừa các cơn tái phát. Nhìn chung, việc điều trị bệnh gút có hạt tophi đã được quản lý về bằng thuốc ức chế xanthine oxidase[3]. Tuy nhiên, nhiều trường hợp chẩn đoán ban đầu được đưa ra như một phát hiện tình cờ trong quá trình nội soi khớp gối, được chỉ định để điều trị một chấn thương sụn khớp. Trường hợp điều trị nội khoa không hiệu quả, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng đi lại của bệnh nhân nhất là gây nên tổn thương sụn khớp, sụn chêm, dị vật làm hạn chế tầm vận động can thiệp ngoại khoa được đặt ra. Phẫu thuật nội soi khớp để điều trị các mảng bám ở đầu gối đã được y văn ghi nhận, chủ yếu thông qua các báo cáo trường hợp. Nói chung, nội soi khớp đối với các tổn thương do hạt tophi gây ra các triệu chứng cơ học có thể giúp giảm các triệu chứng. Ngoài ra, việc quản lý y tế bao gồm nội khoa, dinh dưỡng và phục hồi chức năng sau phẫu thuật là điều tối quan trọng[4].

Chúng tôi trình bày một loạt trường hợp bệnh gút có hạt tophi nội khớp sử dụng các triệu chứng cơ học được điều trị bằng nội soi khớp. Ngoài ra, chúng tôi đã xem tổng quan tài liệu về bệnh gút có hạt tophi nội khớp gây ra các triệu chứng cơ học để giúp phát triển phác đồ điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bao gồm các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khớp gối có lắng đọng urat gây triệu chứng tại Bệnh viện 199 Bộ công an từ

01/2024 đến 06/2024.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo Tiêu chuẩn Bennett và Wood (1968).

+ Có các triệu chứng tại khớp gối: viêm bao hoạt dịch, tổn thương sụn chêm, sụn khớp, hạn chế vận động khớp...điều trị bảo tồn không hiệu quả.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không tái khám theo lịch.

- Bệnh nhân tổn thương cấu trúc khác bên trong khớp gối kèm theo: DCCT, DCCS, thoái hoá khớp độ IV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu:**

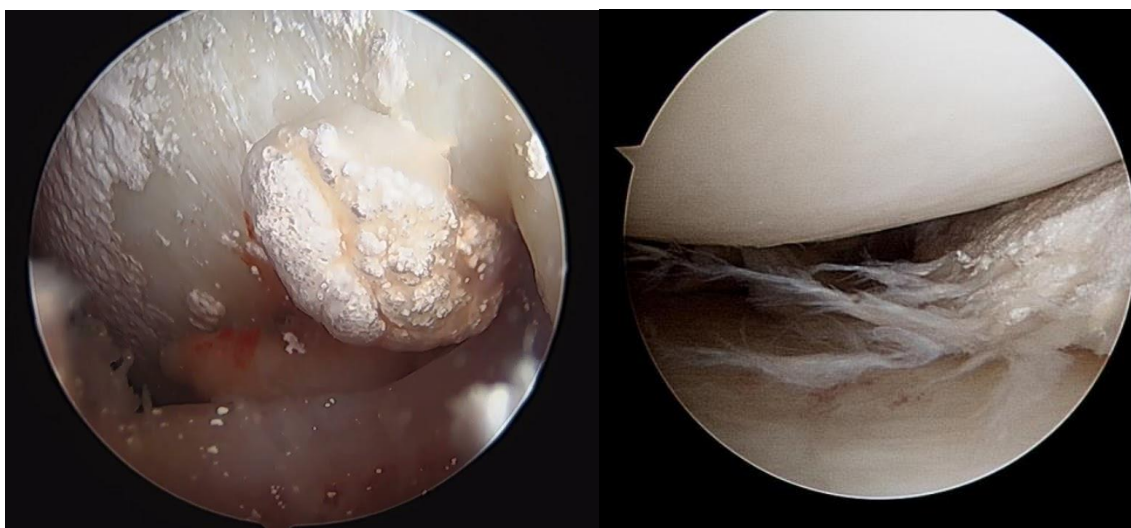
- Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Lấy mẫu toàn bộ: căn cứ vào tiêu chuẩn chọn bệnh, lấy toàn bộ bệnh nhân đầu tiên đến bệnh nhân cuối cùng theo thời gian nghiên cứu.

*** Quy trình và chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật:

- Đặc điểm lâm sàng, VAS, KOOS (Điểm kết quả chấn thương đầu gối và viêm xương khớp, <http://www.koos.nu>)[2] đã được áp dụng. KOOS là điểm số do bệnh nhân ghi nhận và được chia thành các mục đau, triệu chứng, hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL), chức năng thể thao và giải trí và chất lượng cuộc sống liên quan đến đầu gối (QoL). Mỗi danh mục phụ được tính bằng tổng của tất cả các mục được bao gồm. Điểm tối đa là 100 thể hiện không có vấn đề gì về đầu gối, trong khi điểm 0 thể hiện các vấn đề nghiêm trọng về đầu gối. KOOS tổng thể đại diện cho giá trị KOOS trung bình được tính từ tất cả các danh mục phụ. Sự hài lòng của bệnh nhân được theo dõi bằng bảng câu hỏi tiêu chuẩn liên quan đến việc sử dụng thuốc giảm đau, tự đánh giá kết quả lâm sàng, sẵn sàng thực hiện lại thủ thuật và đề xuất quy trình phẫu thuật, hình ảnh MRI trước mổ, chỉ số acid uric.



Hình 1: Hình ảnh lắng đọng hạt tophi ở khoang gian lồi cầu và sụn chêm

- Phẫu thuật nội soi cắt lọc hạt tophi, kiểm soát và dự phòng gút cấp. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng, kiểm soát acid uric, và dùng colchicin trước phẫu thuật. Tiến hành phẫu thuật nội soi khớp gối thường quy, quan sát tổn thương gối bao gồm tình trạng bao hoạt dịch, dây chằng, sụn chêm và sụn khớp, và mức độ lắng đọng hạt tophi, sử dụng lưới bảo, đầu đốt, purret lấy hạt tophi lắng đọng, làm vận động khớp, đặt dẫn lưu và đóng vết mổ.

- Bệnh nhân được tư vấn dinh dưỡng, tập Vật lý trị liệu sau mổ.

- Tái khám sau phẫu thuật 1 tháng(1M), 6 tháng(6M), 12 tháng(12M): VAS ,ROM, KOOS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2024 đến 06/2024 có bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt lọc hạt tophi khớp gối và tham gia tái khám đầy đủ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

STT	Bệnh nhân	Ngày mổ	Tuổi	Giới	Thời gian bị gút	Số đợt đau gối
1	Nguyễn Văn D.	20/01/2024	46	Nam	5	4
2	Tran Văn M.	16/02/2024	52	Nam	6	5
3	Nguyễn Ngọc A.	17/03/2024	48	Nam	8	7
4	Nguyễn Trần Đ	05/04/2024	55	Nam	10	6
5	Lê Văn H.	07/05/2024	50	Nam	9	3

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều là nam giới, tuổi từ 46 đến 55, thời gian bị gút ít nhất 5 năm và số đợt đau trong năm gần nhất từ 3 – 7 đợt.

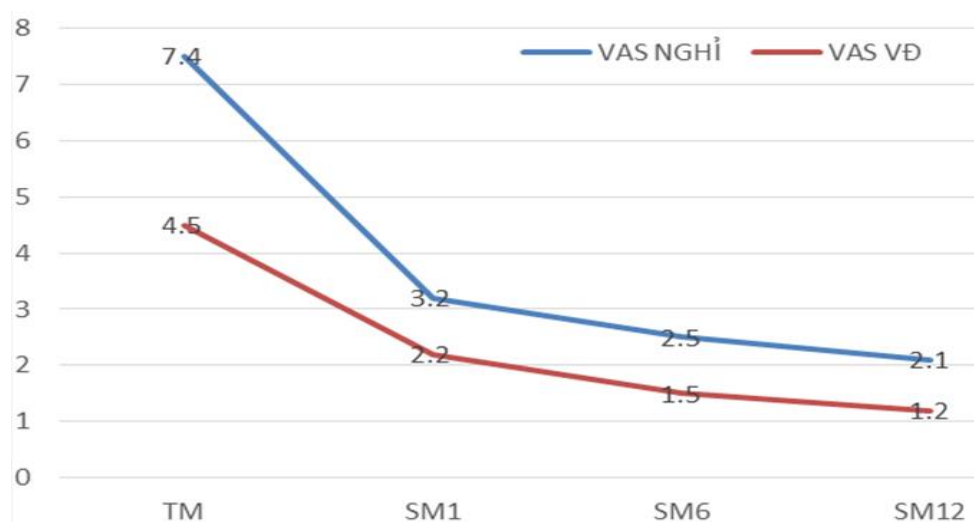
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

STT	Bệnh nhân	VAS	BBXBC	Gấp gối	Acid uric	MRI
1	Nguyễn Văn D.	8	+++	90	484	Viêm dày bao hoạt dịch, tràn dịch khớp gối, tăng tín hiệu DCCT
2	Tran Văn M.	8	++	80	511	Tăng tín hiệu sụn sau sụn chêm, tràn dịch khớp gối
3	Nguyễn Ngọc A.	6	++	100	526	Tăng tín hiệu sụn sau sụn chêm hoá, tràn dịch khớp gối
4	Nguyễn Trần Đ	7	+++	120	545	Sụn chêm trong rách kiểu thoái hoá tràn dịch khớp gối
5	Lê Văn H.	7	++	130	530	Sụn chêm rách kiểu thoái hoá tràn dịch khớp gối

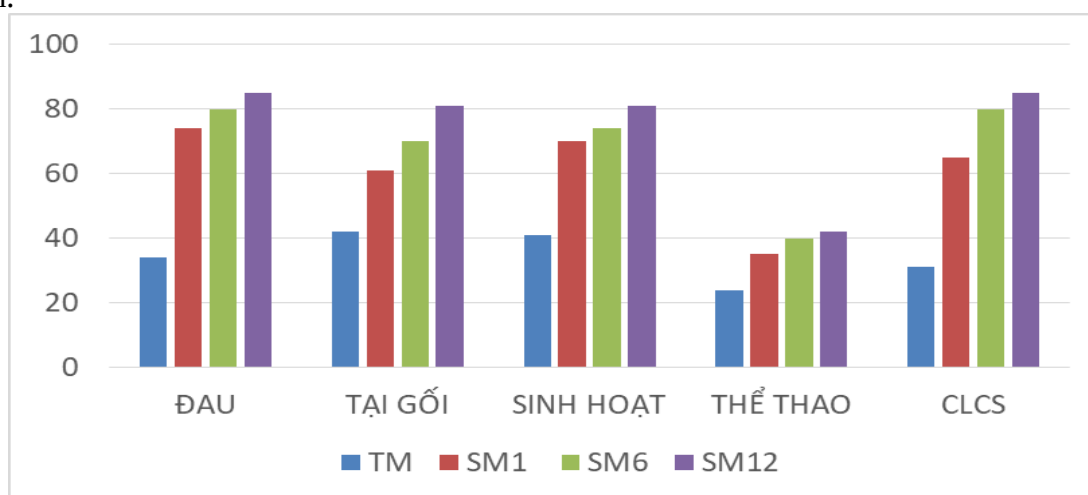
Nhận xét: Chỉ số acid uric luôn cao ở bệnh nhân được phẫu thuật, Hầu hết các bệnh nhân đều có tình trạng tràn dịch, viêm dày bao khớp. Tổn thương cấu trúc khớp gối như tín hiệu dây chằng, sụn chêm, sụn khớp cũng được ghi nhận.

3.3. Kết quả sau mổ



Biểu đồ 1: Điểm đau trước mổ và sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 1 năm

Nhận xét: Điểm VAS cải thiện ngay sau mổ tại thời điểm sau một 1 tháng ở cả 2 trạng thái vận động và nghỉ ngơi. Sau mổ 12 tháng tình trạng đau gần như được kiểm soát hoàn toàn.



Biểu đồ 2: Điểm KOOS trước mổ và sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 1 năm

Nhận xét: Điểm KOOS cải thiện ngay sau mổ tại thời điểm sau mỗi một tháng. Trong đó đau là triệu chứng cải thiện nhanh nhất đến chất lượng cuộc sống, khả năng chơi thể thao có số điểm thấp nhất, và cải thiện chậm nhất.

IV. BÀN LUẬN

Gút là tình trạng viêm các khớp ngoại vi do rối loạn chuyển hóa acid uric (AU) gây lắng đọng tinh thể monosodium urat (MSU)

ở một hoặc nhiều khớp và một số tổ chức khác dẫn đến những biểu hiện lâm sàng như viêm khớp và phần mềm cạnh khớp cấp, hạt tophi ở mô mềm, bệnh thận do gút và sỏi thận. Các phân tích dịch khớp được thực hiện trên những bệnh nhân không có triệu chứng trong giai đoạn ổn định (thời gian giữa các đợt tấn công hoặc đợt bùng phát) đã chứng minh mức độ tinh thể urat monosodium tăng cao, có thể góp phần hình thành hạt tophi. Bệnh gút lắng đọng trong khớp có thể xảy ra

ở những bệnh nhân không có cơn gút trước đó. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò nhất định trong việc đánh giá tình trạng lắng đọng hạt tophi. Tophi là chất thấu quang và không thể nhìn thấy được bằng X quang. Ko và cộng sự cho thấy các phát hiện MRI về hạt tophi do bệnh gút có thể không đặc hiệu nhưng có thể có cường độ tín hiệu trung gian thấp trên hình ảnh T1 và cường độ tín hiệu không đồng nhất trung gian thấp trên hình ảnh T2. Khi xem xét MRI các bệnh nhân cùng với bác sĩ X quang, không có dấu hiệu nào phù hợp với hạt tophi do bệnh gút mà là dấu hiệu của bệnh lý sụn chêm, viêm bao hoạt dịch, thoái hoá khớp... Bệnh lý đầu gối do hạt tophi trong khớp rất khó chẩn đoán chỉ bằng khám thực thể vì nó có thể giống với các tình trạng khác. Nếu bệnh nhân không bị cơn gút cấp tính thì đầu gối ít khi bị sưng hoặc đau dữ dội. Có 4/5 bệnh nhân gặp tình trạng hạn chế tầm vận động của đầu gối khi khám thực thể liên quan đến tình trạng mất vững khớp gối, bệnh lý sụn chêm, mất ổn định dây chằng hoặc tình trạng giống di vật khớp gối[5].

Điều trị hạt tophi do bệnh gút nội khớp trong khớp gối đã y văn ghi nhận. Những bệnh nhân này có thể được điều trị không phẫu thuật như Chatterjee và Ilaslan đã báo cáo một trường hợp hạt tophi trong khớp được điều trị nội khoa thành công bằng allopurinol đơn thuần trong 3 tháng mà không cần phẫu thuật nội soi khớp gối. Các báo cáo khác đã cho thấy lợi ích khi can thiệp bằng nội soi khớp. Aoki và cộng sự đã thực hiện phẫu thuật cắt bỏ một phần sụn chêm và cắt màng hoạt dịch cho bệnh gút trong sụn chêm tophi với biểu hiện tương tự như 3/5 bệnh nhân của chúng tôi[5]. Điều đó dẫn đến việc giải quyết cơn đau và các triệu chứng cơ năng khi theo dõi. Espejo-Baena et

al. đã điều trị cho một bệnh nhân có hạt tophi do bệnh gút trên bề mặt sụn chêm bằng phương pháp cắt bỏ nội soi khớp, điều này cũng giúp giảm bớt các triệu chứng của bệnh nhân. Li và cộng sự. đã mô tả một trường hợp trong đó một bệnh nhân bị chẩn đoán nhầm với khối u hoạt dịch khiến một khối cơ học bị ảnh hưởng trong phạm vi chuyển động. Sau khi cắt bỏ khối tophi qua nội soi khớp, bệnh nhân đã giải quyết được các triệu chứng và phục hồi phạm vi chuyển động bình thường[6]. Pan và cộng sự. đã xem xét 41 bệnh nhân bị bệnh gút đã trải qua phẫu thuật cắt lọc và tưới rửa qua nội soi khớp, kết quả là cải thiện đáng kể mức độ đau và phạm vi cử động. Trong tổng quan của họ, có 13 trường hợp tái phát sau phẫu thuật[7].

Trong trường hợp các bệnh nhân của chúng tôi, việc chẩn đoán có tinh thể urat bao phủ sụn khớp và sụn chêm đã được thực hiện trong quá trình nội soi khớp. Kết quả lâm sàng cho thấy triệu chứng đau và cơ năng tại khớp gối cải thiện rõ rệt dẫn tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng đáng kể tại thời điểm 1 tháng sau mổ. Sau đó cùng với việc kiểm soát bằng phương pháp nội khoa, dinh dưỡng và VLTL tình trạng khớp gối cải thiện và duy trì. Khả năng chơi thể thao cải thiện chậm, một phần do tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều lớn tuổi, nhu cầu và tình trạng thoái hoá khớp gối ảnh hưởng đến khả năng trở lại thể thao.

Phương pháp nội soi cắt bỏ các hạt tophi nằm trên sụn khớp và sụn chêm cũng như cắt bỏ một phần sụn chêm đối với bất kỳ bệnh lý sụn chêm nào liên quan. Khi loại bỏ tophi ở xương đùi và xương chày, bác sĩ phẫu thuật phải lưu ý đến sụn khớp bên dưới và tránh tổn thương do thao tác thô bạo có thể dẫn đến kết quả lâm sàng kém. Công cụ này rất hiệu quả trong việc loại bỏ các hạt tophi

đồng thời tránh được tổn thương do thầy thuốc gây ra cho sụn có thể xảy ra khi sử dụng máy cạo dao động nội soi khớp. Ngoài việc cắt bỏ hạt tophi, việc thực hiện phẫu thuật cắt bao hoạt dịch tại thời điểm phẫu thuật cũng đã được mô tả. Ở bệnh nhân của chúng tôi, việc cắt bỏ tophi và sụn chêm mà không cần cắt màng hoạt dịch là đủ để giảm đau/các triệu chứng cơ học. Sau phẫu thuật, bệnh nhân bắt buộc phải bắt đầu vật lý trị liệu tích cực ngay lập tức để lấy lại phạm vi chuyển động của đầu gối và tối đa hóa kết quả[8].

V. KẾT LUẬN

Lắng đọng hạt tophi khớp gối có thể gây ra các triệu chứng cơ học, thường giống các bệnh lý nội khớp khác, làm phức tạp việc chẩn đoán và quản lý. Mặc dù MRI có thể hữu ích nhưng không phải lúc nào nó cũng có thể chẩn đoán được hạt tophi do bệnh gút và bác sĩ nên lưu ý đến điều này khi phân biệt khi đánh giá một bệnh nhân có tiền sử bệnh gút. Chúng tôi đề xuất điều trị cho những bệnh nhân lắng đọng tophi do bệnh gút dẫn đến các triệu chứng cơ năng bằng cách loại bỏ các hạt tophi, sau đó là vật lý trị liệu tích cực để lấy lại phạm vi chuyển động bình thường. Nội soi khớp gối để loại bỏ các hạt tophi phía trên sụn khớp được chứng minh là một công cụ hữu hiệu giúp phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. P. Leask, T. O. Crişan, A. Ji, H. Matsuo, A. Köttgen, and T. R. Merriman,** "The pathogenesis of gout: molecular insights from genetic, epigenomic and transcriptomic studies," *Nature Reviews Rheumatology*, vol. 20, no. 8, pp. 510-523, 2024.
2. **P. Larsen, M. S. Rathleff, E. M. Roos, and R. Elsoe,** "Knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS)–National record-based reference values," *The Knee*, vol. 43, pp. 144-152, 2023.
3. **P. Richette et al.,** "2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout," *Annals of the rheumatic diseases*, vol. 76, no. 1, pp. 29-42, 2017.
4. **C. Shi et al.,** "Recent advances in gout drugs," *European Journal of Medicinal Chemistry*, vol. 245, p. 114890, 2023.
5. **C. Kijkunasathian, P. Woratanarat, and N. Saengpetch,** "Gouty tophi caused limited knee range of motion: a case report," *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet*, vol. 92, pp. S264-7, 2009.
6. **T.-J. Li, K.-H. Lue, Z.-I. Lin, and K.-H. Lu,** "Arthroscopic treatment for gouty tophi mimicking an intra-articular synovial tumor of the knee," *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, vol. 22, no. 8, pp. 910. e1-910. e3, 2006.
7. **F. Pan, Q. Li, X. Tang, J. Xue, and J. Li,** "Method and effectiveness of arthroscopic debridement for treating gouty arthritis of the knee," *Zhongguo xiu fu Chong Jian wai ke za zhi= Zhongguo Xiufu Chongjian Waike Zazhi= Chinese Journal of Reparative and Reconstructive Surgery*, vol. 25, no. 8, pp. 937-940, 2011.
8. **G. X. Xudoyberdiyevich, K. M. Alisherovna, T. D. Rustamovich, and K. D. Djamshedovna,** "QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GOUT," *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, vol. 12, pp. 156-164, 2023.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÔ TẾ BÀO

Hoàng Quốc Nam¹, Trương Thiện Ân^{1,2}, Tô Nam Kiên¹

TÓM TẮT

Viêm mô tế bào là một bệnh lý nhiễm trùng da và mô mềm thường gặp, liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ và diễn tiến phức tạp. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm gián đoạn hàng rào da, suy giảm miễn dịch (HIV, cấy ghép, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch), phù bạch huyết, béo phì, bệnh mạch máu ngoại biên và các bệnh lý đi kèm như đái tháo đường, xơ gan. Những yếu tố này không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh mà còn ảnh hưởng đến mức độ nghiêm trọng và khả năng tái phát. Tiên lượng viêm mô tế bào phụ thuộc vào nhiều yếu tố như bệnh nền, tình trạng lâm sàng và mức độ đáp ứng điều trị. Các công cụ như LRINEC và RAMA-NFB được sử dụng để đánh giá nguy cơ biến chứng (viêm cân mạc hoại tử, nhiễm trùng huyết và tổn thương lan rộng). Sốt cao, phù bạch huyết, albumin thấp và tình trạng viêm toàn thân là chỉ báo quan trọng cho tiên lượng xấu. Việc quản lý hiệu quả đòi hỏi nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ, sử dụng kháng sinh phù hợp và can thiệp kịp thời. Nghiên cứu tương lai cần tập trung vào việc cải thiện công cụ tiên lượng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Nhiễm trùng da và mô mềm, viêm mô tế bào, yếu tố nguy cơ, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CELLULITIS

Cellulitis is a frequent skin and soft tissue infection characterized by its association with numerous risk factors and a complex clinical course. Key risk factors include disruption of the skin barrier, lymphedema, obesity, peripheral vascular disease, and comorbidities such as diabetes mellitus. These factors not only increase susceptibility to cellulitis but also influence its severity and recurrence. The prognosis of cellulitis depends on various factors, including underlying conditions, clinical status, and the degree of therapeutic response. Tools such as LRINEC and RAMA-NFB are employed to evaluate the risk of complications, including necrotizing fasciitis, sepsis, and extensive tissue damage. Fever, lymphedema, hypoalbuminemia, and systemic inflammation serve as critical indicators of poor prognosis. Effective management necessitates early identification of risk factors, appropriate antibiotic therapy, and timely intervention. Future research should focus on enhancing prognostic tools.

Keywords: skin and soft tissue infection, cellulitis, risk factors, prognostic factors.

¹Bệnh viện Thống Nhất (TP.HCM)

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (TP.HCM)

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quốc Nam

SĐT: 0912.333.991

Email: bsnamth@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm mô tế bào (Cellulitis) là tình trạng nhiễm trùng cấp tính ở lớp hạ bì và mô dưới da, là nhiễm trùng da và mô mềm thường gặp nhất phải nhập viện, chiếm khoảng 10% số ca mắc bệnh truyền nhiễm phải nhập viện^[1]. Tỷ lệ nhập viện do viêm mô tế bào mỗi năm tăng đáng kể theo tuổi (gấp 5 lần ở bệnh

nhân trên 85 tuổi so với 54 tuổi)^[2]. Tỷ lệ mắc cao nhất là ở những người từ 18 đến 44 tuổi, nam giới và người da đen^[3]. Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân viêm mô tế bào nhập viện dao động từ 1,1 - 2,2% tùy nghiên cứu^[4].

1.2. Yếu tố nguy cơ

Bình thường, có nhiều rào cản vật lý và cơ chế bảo vệ chủ động để ngăn chặn sự xâm nhập của các vi khuẩn tấn công vào lớp da. Những khiếm khuyết trong tính toàn vẹn của da, khả năng miễn dịch hoặc bất thường mạch máu có thể được xem là các yếu tố thuận lợi dẫn đến viêm mô tế bào^[2].

Hầu hết viêm mô tế bào xảy ra sau khi hàng rào bảo vệ ở da bị phá vỡ. Các yếu tố liên quan chấn thương có thể gặp như vết rách, phẫu thuật gần đây, bỏng, trầy xước, vết gãy xương hở, sử dụng ma túy qua đường tiêm, vết cắn của người hoặc động vật và vết đốt của côn trùng. Ngoài ra, những tổn thương không do chấn thương như loét, nấm chân (tinea pedis), viêm da, viêm kẽ ngón chân cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh, đặc biệt là nhiễm các loại cầu khuẩn Gram dương (*Streptococcus* spp và *Staphylococcus aureus*)^[3]

Tiếp xúc với môi trường nước cũng có thể là nguồn nhiễm khuẩn, chẳng hạn như *Vibrio vulnificus* từ nước biển, *Aeromonas hydrophila* từ nước ngọt, hoặc *Streptococcus iniae* từ cá nuôi. Bệnh nhân có tiền sử viêm mô tế bào trước đó cũng dễ bị tái phát, đặc biệt nếu có kèm theo bệnh động mạch ngoại biên làm suy giảm tuần hoàn da. Tình trạng vô gia cư cũng làm tăng nguy cơ do điều kiện vệ sinh kém và dễ bị tổn thương da^[3].

Sự suy giảm khả năng thoát dịch cũng là yếu tố quan trọng (phù bạch huyết, suy tĩnh mạch, cắt bỏ hạch bạch huyết, bóc tách tĩnh mạch hiển và béo phì). Những bệnh lý nền

như đái tháo đường, xơ gan, HIV, giảm bạch cầu trung tính, ung thư máu, hội chứng thận hư, hoặc việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch sau cấy ghép cũng góp phần làm suy yếu hệ miễn dịch, làm tăng nguy cơ viêm mô tế bào^[3].

Viêm mô tế bào hiếm khi xuất phát từ nhiễm khuẩn huyết, nhưng có thể xảy ra ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch nghiêm trọng, như *Vibrio vulnificus* trên bệnh nhân xơ gan, ứ sắt hoặc thalassemia sau khi ăn hải sản. *E. coli*, *Pseudomonas aeruginosa* cũng có thể gây bệnh trong trường hợp suy giảm miễn dịch hoặc giảm bạch cầu hạt trung tính^[3].

Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ giúp định hướng điều trị phù hợp, ngăn ngừa biến chứng và giảm nguy cơ tái phát viêm mô tế bào.

1.3. Biến chứng

Biến chứng của viêm mô tế bào được phân loại thành biến chứng tại chỗ và biến chứng chung. Biến chứng tại chỗ của viêm mô tế bào gồm: áp xe, viêm cân mạc hoại tử, bọng nước xuất huyết, hoại tử và viêm tĩnh mạch. Các yếu tố sau đây có liên quan đến biến chứng tại chỗ của viêm mô tế bào: nghiện nicotine (OR 3,7; KTC95% 1,35 đến 10,7), sự chậm trễ trong việc bắt đầu dùng kháng sinh điều trị ≥ 10 ngày (OR 4,6; KTC95% 1,84 đến 11,80), sử dụng NSAID trước đó (OR 2,5; KTC95% 1,41 đến 4,45) và tăng tốc độ máu lắng (OR 1,03; KTC95% 1,00 đến 1,06). Về biến chứng chung, vi khuẩn từ vị trí viêm mô tế bào sau đó có thể lan truyền theo đường bạch huyết và đường máu, gây ra nhiễm trùng huyết và các cơ quan khác (phổi, xương, van tim,...)^[3]. Nguy cơ nhiễm trùng huyết thường trong các trường hợp nhiễm trùng liên quan đến liên cầu, tụ cầu hoặc gram âm. Viêm nội tâm mạc, viêm cầu thận, viêm tủy xương, sốc

nhiễm độc và bệnh phù voi verrucosa nostra cũng có thể phát triển^[2].

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán viêm mô tế bào chủ yếu vẫn dựa vào lâm sàng, biểu hiện là vùng ban đỏ cấp tính, giới hạn không rõ, kèm sưng, nóng, đau. Những điểm chính cần đánh giá trên lâm sàng bao gồm: vị trí tiêm chích, chấn thương, nhiễm nấm; tiền sử viêm mô tế bào trước đó; tiền sử du lịch; nguy cơ tác nhân không điển hình: suy giảm miễn dịch nặng, vết cắn của động vật hoặc người, tiếp xúc với nước biển hoặc nước ngọt bao gồm cả hồ bơi và spa, tiếp xúc với động vật, cá, bò sát, sử dụng ma túy tiêm tĩnh mạch, kiểu nhiễm trùng (có mủ hay không), tuổi và bệnh đồng mắc (đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh gan, bệnh mạch máu, suy giảm miễn dịch); điều trị kháng sinh gần đây, tốc độ tiến triển, mức độ nặng và biến chứng^[5].

Về cận lâm sàng, tăng bạch cầu gặp ở 34% đến 50%, tốc độ máu lắng 59% đến 91% và protein phản ứng C (CRP) 77% đến 97% bệnh nhân. Tuy nhiên, các xét nghiệm này không đặc hiệu cho viêm mô tế bào. Vai trò của pro-calcitonin trong nhiễm trùng da và mô mềm còn hạn chế. Nghiên cứu duy nhất so sánh bệnh nhân viêm mô tế bào với giả viêm mô tế bào cho thấy pro-calcitonin có độ nhạy là 58,1%, độ đặc hiệu là 82,4%, tỷ số khả dĩ dương là 3,3 và tỷ số khả dĩ âm là 0,5 (ngưỡng cắt 0,1 µg/L). Cần có thêm các nghiên cứu trước khi pro-calcitonin có thể được khuyến nghị rộng rãi^[2]. Chức năng gan và thận ban đầu giúp đánh giá rối loạn chức năng cơ quan đích và tính liều kháng sinh. Cây máu, hút dịch hoặc sinh thiết mô không được khuyến khích ở viêm mô tế bào đơn giản và trên người khỏe mạnh do tỷ lệ

dương tính thấp, chỉ cần nhắc khi: có triệu chứng toàn thân của nhiễm trùng huyết, suy giảm miễn dịch hoặc liên quan đến chấn thương, ngâm nước hoặc bị động vật cắn^[5]. Nuôi cấy tẩm bông bề mặt da, đặc biệt là các vết loét mạn tính thường là đa vi khuẩn hoặc kháng nhiều loại thuốc, nhưng lại không liên quan đến nguyên nhân gây viêm mô tế bào. Do đó, cần thận trọng khi giải thích kết quả nuôi cấy bề mặt^[2].

Về hình ảnh học, chụp X-quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, hoặc chụp cộng hưởng từ có thể cho thấy phù nề mô mềm hoặc dày cân mạc, tụ dịch hoặc khí trong mô mềm. Ngoài ra còn giúp loại trừ các chẩn đoán phân biệt^[3]. Các nghiên cứu riêng biệt đã kết luận rằng khoảng 30% bệnh nhân viêm mô tế bào bị chẩn đoán sai^[5]. Các chẩn đoán phân biệt thường gặp bao gồm viêm da tiếp xúc, viêm da do ứ trệ tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch nông, bệnh gút và phù bạch huyết, nhưng cũng có thể bao gồm các tình trạng nghiêm trọng hơn như huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm cân mạc hoại tử và viêm khớp nhiễm trùng. Việc phân biệt giữa áp xe (môt khối mủ trong lớp hạ bì) và viêm mô tế bào có ý nghĩa quan trọng về mặt cơ chế bệnh sinh và điều trị. Áp xe nhiều khả năng là do tụ cầu vàng và chủ yếu được điều trị bằng cách rạch và dẫn lưu mủ. Viêm cân mạc hoại tử là nhiễm trùng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng ở mô dưới da và cân mạc với tỷ lệ tử vong cao. Nó có thể giống với viêm mô tế bào với tình trạng ban đỏ lan rộng trên da. Tuy nhiên, điểm khác biệt đó là tình trạng đau không tương xứng với triệu chứng lâm sàng, phù nề, hoại tử da, bóng nước, mất cảm giác, sốt hoặc tiếng lép lép ở da^[2].

III. ĐIỀU TRỊ

Việc quản lý viêm mô tế bào chủ yếu được xác định bởi loại nhiễm trùng (có mủ hay không), mức độ nghiêm trọng, độ cấp tính của diễn tiến, vị trí nhiễm trùng và các bệnh đồng mắc.

3.1. Nhiễm trùng nhẹ đến vừa

Viêm mô tế bào không có mủ mức độ nhẹ đến trung bình đáp ứng tốt với beta-lactam. Những bệnh nhân không cải thiện hoặc xấu đi sau 48 giờ, xem xét dùng kháng sinh để điều trị MRSA và hình ảnh học để phát hiện mủ. Nếu có mủ, ở những vùng dễ tiếp cận có thể được điều trị thêm bằng cách rạch và dẫn lưu. Trong viêm mô tế bào không biến chứng, thời gian điều trị 5 ngày có hiệu quả như 10 ngày^[3].

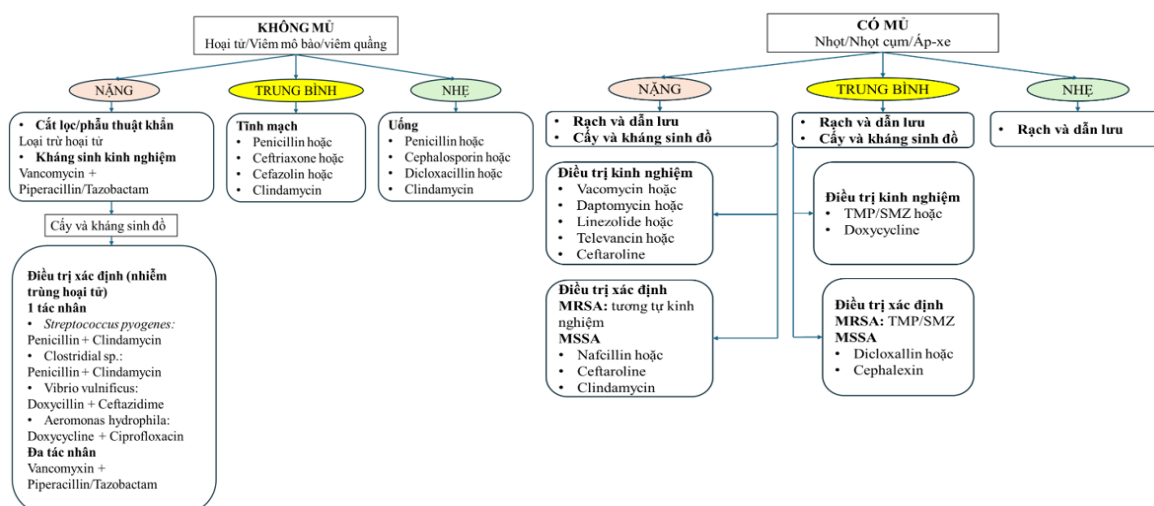
3.2. Nhiễm trùng nặng

Điều trị nội trú nếu thất bại với kháng sinh đường uống ở ngoại trú, hoặc ngay từ ban đầu đã có biểu hiện nhiễm trùng nặng hoặc phức tạp, bệnh đi kèm không ổn định hoặc nhiễm trùng huyết hoặc cần can thiệp phẫu thuật. Kháng sinh phổ rộng phủ vi khuẩn gram dương, gram âm và kỵ khí nên được sử dụng cho đến khi có kháng sinh đồ;

sau đó có thể xuống thang. Kháng sinh tĩnh mạch nên được tiếp tục cho đến khi tình trạng lâm sàng cải thiện, bệnh nhân có thể dung nạp đường uống và dẫn lưu hoặc cắt lọc hoàn tất. Thời gian điều trị kháng sinh được khuyến cáo cho bệnh nhân nhập viện là từ 7 đến 14 ngày^[3].

Lưu đồ tiếp cận điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm cho viêm mô tế bào và các dạng khác trong Nhiễm trùng da và mô mềm được tóm tắt trong Sơ đồ 1. Lưu ý rằng loại kháng sinh lựa chọn còn tùy thuộc độ nhạy cảm của vi khuẩn tại địa phương.

Thời gian điều trị kháng sinh tối ưu trong viêm mô tế bào vẫn chưa rõ. Hầu hết bệnh nhân mắc viêm mô tế bào không biến chứng có thể chuyển sang kháng sinh uống một cách an toàn sau 1–4 ngày. Hướng dẫn của CREST đề xuất khi tình trạng sốt ổn định, các bệnh đi kèm ổn định, vùng viêm đỏ thu hẹp lại và các dấu hiệu viêm giảm là tiêu chí để chuyển sang dùng đường uống. Cần giải quyết bất kỳ yếu tố nguy cơ nào (nám chân, phù bạch huyết, v.v.) để giảm nguy cơ viêm mô tế bào tái phát^[5].



Sơ đồ 1. Quản lý nhiễm trùng da và mô mềm (bao gồm viêm mô tế bào)^[6]

IV. TIỀN LƯỢNG

Về **tiền lượng**, ba câu hỏi quan trọng cần đặt ra khi đứng trước một trường hợp viêm mô tế bào đó là: 1/ Nguy cơ diễn tiến nặng là cao hay thấp; 2/ Nguy cơ viêm cân mạc hoại tử là cao hay thấp? và 3/ Bệnh nhân nào dễ có biến chứng?

Để phân loại nguy cơ diễn tiến nặng, phân loại Dundee sửa đổi năm 2011 được khuyến nghị sử dụng (bảng 1^[5]). Các dấu hiệu nhiễm trùng huyết dựa theo tiêu chuẩn hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS). Mặt khác, viện sức khỏe quốc gia của Anh (NICE) đưa ra tiêu chuẩn nguy cơ cao nhiễm trùng huyết do viêm mô tế bào (bảng 3)^[5]

Bảng 1. Phân loại Dundee sửa đổi 2011 đánh giá mức độ nặng của viêm mô tế bào^[5]

Nhóm	Bệnh đi kèm ^a	Nhiễm trùng huyết	Điểm SEWS	Điều trị kháng sinh	Nhập viện
I	Không	Không	< 4	Uống	Ngoại trú
II	>1	Không	< 4	Uống	Ngoại trú
III	Bất kể	Có	< 4	Tĩnh mạch	Nhập viện
IV	Bất kể	Bất kể	≥ 4	Tĩnh mạch	Nhập viện

^a : béo phì, bệnh mạch máu ngoại biên hoặc suy tĩnh mạch

SEWS = Điểm cảnh báo sớm chuẩn hóa

Bảng 2. Điểm cảnh báo sớm chuẩn hóa (SEWS) ^[5]

Thông số	Điểm số						
	3	2	1	0	1	2	3
Nhịp thở (lần/phút)	< 8	/	/	9–20	21–30	31–35	≥36
Độ bão hòa Oxy (%)	<85	85–89	90–92	≥93	/	/	/
Nhiệt độ (°C)	<34	34–34.9	35–35.9	36–37.9	38–38.4	≥38.5	/
Huyết áp tâm thu (mmHg)	< 69	70–79	80–99	100–199	/	≥200	/
Nhịp tim (lần/phút)	< 29	30–39	40–49	50–99	100–109	110–129	≥130
Đáp ứng AVPU	Không đáp ứng	Đáp ứng khi kích thích đau	Đáp ứng với lời nói	Tỉnh táo	/	/	/

Bảng 3. Tiêu chuẩn nguy cơ cao nghi ngờ nhiễm trùng huyết năm 2016^[5]

❖ Tri giác: rối loạn ý thức cấp tính. ❖ Nhịp thở: ≥ 25 nhịp thở mỗi phút hoặc nhu cầu oxy (≥40% FiO₂) để duy trì độ bão hòa ≥ 92% (hoặc ≥88% trong bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính đã biết) ❖ Nhịp tim: ≥130 nhịp/phút ❖ Huyết áp tâm thu ≤90 mmHg hoặc giảm ≥ 40 mmHg so với mức bình thường ❖ Thiếu niệu: không đi tiểu trong vòng 18 giờ trước đó hoặc nước tiểu < 0,5 mL/kg mỗi giờ ❖ Da: Vết mất tái xanh, nhợt nhạt, hoặc tím tái (da, môi, lưỡi), ban tẩm nhuận trên da
--

Với viêm cân mạc hoại tử, Wall và cộng sự thấy rằng số lượng bạch cầu (>15,4 k/uL), nồng độ natri huyết thanh (<135 mEq/L) có thể hướng đến chẩn đoán viêm cân mạc hoại

tử (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 76%). Wong và cộng sự đã phát triển “chỉ số nguy cơ viêm cân mạc hoại tử” (bạch cầu, CRP, hemoglobin, natri huyết thanh, creatinine và

glucose huyết thanh) độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 95%, tỷ số khả dĩ (LR) dương là 19,95 và LR âm là 0,10. Murphy thì lại dùng nồng độ lactat huyết thanh ($>2,0$ mmol/L) (độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 76%). Các chỉ số này được đưa ra như các công cụ hỗ trợ để hướng đến chẩn đoán của viêm cân mạc hoại

tử^[2]. Hội Bác sĩ gia đình Mỹ đưa ra thang điểm LRINEC để phân tầng nguy cơ cao và thấp đối với viêm cân mạc hoại tử; dương tính nếu có tổng điểm số từ 6 trở lên, trong khi trên 8 là có khả năng dự đoán mạnh (giá trị tiên đoán dương = 93,4%)^[3].

Bảng 4. Thang điểm LRINEC^[3]

Xét nghiệm	Điểm	Xét nghiệm	Điểm	Xét nghiệm	Điểm
CRP, mg/l		Hemoglobin, g/dl		Glucose, mg/dl	
<150	0	>13.5	0	≤180	0
≥150	4	11 – 13.5	1	>180	1
		<11	2		
Creatinine, mg/dl		Natri máu, mEq/L		WBC, mỗi mm³	
≤1,6	0	≥135	0	<15.000	0
>1,6	2	<135	2	15.000 – 25.000	1
				>25.000	2

Trong tiên lượng biến chứng, một nghiên cứu cho thấy sáu biến số dự báo biến chứng viêm mô tế bào: tuổi ≥ 65 tuổi, chỉ số khối cơ thể ≥ 30 kg/m², đái tháo đường, nhiệt độ cơ thể ≥ 38 °C, huyết áp tâm thu ≤ 100 mmHg và liên quan đến chi dưới, gọi là “điểm dự báo viêm cân mạc hoại tử/nhiễm khuẩn huyết Ramathibodi (RAMA-NFB)” với độ chính xác là 82,93% (KTC95%, 0,77–0,89). Nguy cơ cao (điểm RAMA-NFB > 6) có khả năng tiến triển biến chứng của viêm mô tế bào là 8,75 lần (KTC95%, 4,41–18,12; $p < 0,001$). Một phân tích hồi cứu khác cho thấy các yếu tố liên quan độc lập với tỷ lệ tử vong, kết cục bất lợi và thời gian nằm viện kéo dài (> 7 ngày) là nhiễm khuẩn huyết và albumin <30 g/L. Một mô hình phân tầng nguy cơ được thiết kế dựa trên các yếu tố liên quan độc lập với kết cục bất lợi: rối loạn ý thức (5 điểm), tăng/giảm bạch cầu trung tính (2 điểm), tiết dịch (2 điểm), giảm albumin máu (2 điểm) và tiền sử suy tim sung huyết (2 điểm). Nguy cơ kết cục bất lợi ở những bệnh nhân có điểm số

< 4 , 6-9 và >9 lần lượt là $< 20\%$, 55% và 100%. Tất cả bệnh nhân tử vong đều có điểm nhập viện là ≥ 4 . Ngoài ra, các yếu tố liên quan độc lập với thời gian nằm viện kéo dài là: tuổi > 60 , thời gian triệu chứng kéo dài > 4 ngày, giảm albumin máu, nhiễm khuẩn huyết, phân lập MRSA và thời gian đến khi dùng kháng sinh có hiệu quả > 8 giờ^[7].

Các triệu chứng lâm sàng tiên lượng bệnh nặng cần can thiệp ngoại khoa bao gồm: Đau cơ dữ dội tiến triển nhanh, tiếng kêu lép lép khi ấn vùng viêm mô tế bào, da sẫm màu hoặc cứng như gỗ, đau nhiều và không tương xứng với thăm khám, hạ huyết áp kéo dài, phù nề hoặc căng cứng vùng tổn thương, ban đỏ xuất xuất hiện nhanh gấp đôi diện tích trong vòng 24 giờ^[7].

V. HƯỚNG NGHIÊN CỨU TƯƠNG LAI

Nghiên cứu tương lai cần tập trung vào ba lĩnh vực chính: 1/cách phân biệt viêm mô tế bào với các bệnh lý tương tự giúp chẩn đoán chính xác 2/ vai trò của hệ vi sinh vật

da, các tác nhân chống viêm và nguồn vi khuẩn gây tái phát cũng cần được làm rõ 3/ xác định bệnh nhân nào có thể không cần dùng kháng sinh, điều trị thời gian ngắn hơn, hoặc nguy cơ thất bại khi điều trị ngoại trú, ai cần liều cao hơn hay thời gian điều trị kéo dài. Các câu hỏi này không chỉ định hướng cho các nghiên cứu sâu hơn mà còn mở ra cơ hội tối ưu hóa quản lý bệnh lý viêm mô tế bào.

VI. KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán và điều trị viêm mô tế bào hiệu quả đòi hỏi hiểu biết sâu sắc về các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng và yếu tố tiên lượng. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức trong thực hành khi mà thiếu các xét nghiệm đặc hiệu cho chẩn đoán xác định bệnh, thiếu các công cụ chuẩn hóa để dự báo và phát hiện sớm các biến chứng. Nghiên cứu trong tương lai cần tập trung vào các công cụ dự báo và tiên lượng hầu có thể giúp cải thiện kết cục điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christensen KL, et al.** Infectious disease hospitalizations in the United States. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.*

- Oct 1 2009;49(7): 1025-35. doi:10.1086/605562
2. **Raff AB, Kroshinsky D.** Cellulitis: A Review. *Jama.* Jul 19 2016;316(3):325-37. doi:10.1001/jama.2016.8825
3. **Ramakrishnan K, et al.** Skin and Soft Tissue Infections. *American family physician.* Sep 15 2015;92(6):474-83.
4. **Figtree M, et al.** Risk stratification and outcome of cellulitis admitted to hospital. *The Journal of infection.* Jun 2010; 60(6):431-9. doi:10.1016/j.jinf.2010.03.014
5. **Sullivan T, de Barra E.** Diagnosis and management of cellulitis. *Clinical medicine (London, England).* Mar 2018;18(2):160-163. doi:10.7861/clinmedicine.18-2-160
6. **Stevens DL, et al.** Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* Jul 15 2014;59(2):e10-52. doi:10.1093/cid/ciu444
7. **Figtree M, et al.** Risk stratification and outcome of cellulitis admitted to hospital. *Journal of Infection.* 2010/06/01/ 2010;60(6): 431-439. doi:https:// doi.org/10.1016/j.jinf. 2010.03.014

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2024

Dương Thị Thùy¹, Vũ Thị Ngọc Thành¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc¹,
Hoàng Viết Tài¹, Nguyễn Thị Hằng Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện E năm 2024; Xác định các yếu tố liên quan đến tổn thương cột sống cổ ở người bệnh viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 34 bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp điều trị tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện E từ tháng 1/2024 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Điểm VAS đau cột sống cổ trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,29 \pm 1,27$. Trên XQuang cột sống cổ nghiêng, có 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%) có chỉ số AADI (Anterior atlantodental interval) $> 5\text{mm}$ và có 4 bệnh nhân (chiếm 11,8%) có chỉ số PADI (Posterior atlantodental interval) $< 14\text{ mm}$. Trên phim cộng hưởng từ (MRI), có 6 bệnh nhân có tổn thương C1-2, chiếm 17,7%. Nhóm bệnh nhân có tổn thương C1-2 trên MRI có thời gian bị bệnh dài hơn, số khớp biến dạng nhiều hơn, trị số AntiCCP cao hơn và phải dùng liều Methylprednisolone duy trì cao hơn nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Với điểm Cut-off là 13 khớp có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 71,4%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giữa số khớp biến dạng và

nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 79,2% ($p = 0,027$). Với điểm Cut-off là 309 U/mL có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 64,3%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giá trị AntiCCP và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 76,2% ($p = 0,047$). **Kết luận:** Tổn thương cột sống cổ trong Viêm khớp dạng thấp thường gặp và có nguy cơ gây biến chứng phức tạp; Thời gian bị bệnh, số khớp biến dạng, giá trị AntiCCP và liều Methylprednisolone duy trì là các yếu tố liên quan đến tổn thương C1-2 trên bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, bán trật đội trực, cột sống cổ C1-2.

SUMMARY

CERVICAL SPINE LESIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS AT E HOSPITAL IN 2024

Objectives: Describe the characteristics of cervical spine lesions in patients with rheumatoid arthritis at the Department of Rheumatology, E Hospital in 2024; Identify factors related to cervical spine lesions in patients with rheumatoid arthritis. **Subjects and methods:** patients with rheumatoid arthritis treated at the Department of Rheumatology, E Hospital from January 2024 to November 2024. **Results:** The average VAS score of cervical spine pain in the study group was 5.29 ± 1.27 . On lateral cervical spine X-ray, 2 patients (5.9%) had AADI (Anterior atlantodental interval) $> 5\text{mm}$ and 4 patients (11.8%) had PADI (Posterior atlantodental interval) $< 14\text{ mm}$. On magnetic resonance

¹Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Thùy

SĐT: 0382424259

Email: thuyduong211093@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

imaging (MRI), 6 patients had C1-2 lesions, accounting for 17.7%. The group of patients with C1-2 lesions on MRI had a longer disease duration, more deformed joints, higher AntiCCP value, and required a higher maintenance dose of Methylprednisolone than the other group, with statistical significance ($p < 0.05$). With a Cut-off point of 13 joints, the sensitivity was 83.3% and the specificity was 71.4%, the area under the curve of the ROC Curve between the number of deformed joints and the risk of C1-2 lesions on MRI was 79.2% ($p = 0.027$). With a Cut-off point of 309 U/mL, the sensitivity was 83.3% and the specificity was 64.3%, the area under the curve of the ROC Curve between AntiCCP values and the risk of C1-2 lesions on MRI was 76.2% ($p = 0.047$). **Conclusions:** Cervical spine lesions in Rheumatoid Arthritis are common and have the risk of causing complex complications; Disease duration, number of deformed joints, AntiCCP value and maintenance Methylprednisolone dose are factors related to C1-2 lesions in Rheumatoid Arthritis patients.

Keywords: Rheumatoid arthritis, axial subluxation, C1-2 cervical spine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh lý viêm hệ thống chưa rõ nguyên nhân với tổn thương cơ bản của bệnh là tổn thương viêm mạn tính màng hoạt dịch gây ra sự phá hủy cấu trúc xương và sụn khớp. Ngoài ảnh hưởng đến các khớp ngoại vi, cột sống cổ cũng có những khớp hoạt dịch đặc biệt có thể bị tổn thương trong viêm khớp dạng thấp. Theo nghiên cứu tổng hợp của tác giả Andrei F. Joaquim và cộng sự năm 2014, tỷ lệ tổn thương tại cột sống cổ trên người bệnh viêm khớp dạng thấp có thể lên tới 80%¹. Tiền sử sử dụng corticoid, mức độ tổn thương các khớp ngoại biên, BMI cao được cho là các

yếu tố liên quan^{2,3}. Sự phá hủy các khớp hoạt dịch gây nên sự mất vững của cột sống. Tổn thương thường gặp nhất là trượt đội trực, trượt đội chằm. Tình trạng mất ổn định đặc biệt xảy ra ở C1-C2, khi tổn thương khớp liên mấu và dây chằng quanh mỏm nha, C1 sẽ trượt ra trước, mỏm nha sẽ gây chèn ép trực tiếp vào tủy sống. Bên cạnh đó, tổn thương khớp giữa C1- xương chằm khi mỏm nha di chuyển lên trên gây chèn ép tủy cổ, với các đốt sống dưới C2, có thể gây lên trượt đốt sống, gây chèn ép tủy sống và các rễ thần kinh. Triệu chứng lâm sàng đa dạng, đau tại vùng cột sống cổ là triệu chứng sớm nhất và thường gặp nhất. Đau tại vùng nền sọ thường gặp và là biểu hiện của sự chèn ép tủy sống và các rễ thần kinh. Đau do viêm các khớp hoạt dịch ở đây thường âm thầm và không rõ ràng. Bên cạnh đó, sự chèn ép vào mạch máu đốt sống có thể gây nên các cơn choáng ngất. Các triệu chứng thay đổi về khả năng đi lại, dáng đi, cân bằng cũng có thể gặp. Các triệu chứng chèn ép thần kinh khác đáng lưu tâm như rối loạn cơ tròn, teo yếu cơ, tê bì mất cảm giác. Do vậy chẩn đoán và điều trị sớm tổn thương cột sống cổ xuất hiện ở bệnh viêm khớp dạng thấp nên được quan tâm và đánh giá trong quá trình điều trị bệnh nhân. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá về biểu hiện lâm sàng, tổn thương chẩn đoán hình ảnh ở khớp ngoại vi và tổn thương cột sống cổ trên bệnh nhân VKDT. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tổn thương cột sống cổ ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Đặc điểm tổn thương cột sống cổ ở người bệnh Viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện E năm 2024**” với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện

E năm 2024; Xác định các yếu tố liên quan đến tổn thương cột sống cổ ở người bệnh viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ ACR 1987 hoặc tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010)

- Bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện E

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật liên quan cột sống cổ, tổn thương cột sống cổ cũ hoặc do các bệnh lý khác chấn thương, nhiễm khuẩn, lao cột sống,...

- Bệnh nhân có bệnh viêm khớp khác kèm theo.

- Bệnh nhân có chống chỉ định chụp XQuang; phụ nữ có thai

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 đến tháng 11/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện E

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu thuận tiện, 34 bệnh nhân

- Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: các đặc điểm về dịch tễ học.

+ Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh, liều Methylprednisolon duy trì, các thuốc đang điều trị, bệnh lý kèm theo, số khớp sưng đau, biến dạng, triệu chứng đau tại cột sống cổ, triệu chứng chèn ép tủy cổ.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: bao gồm các chỉ số đánh giá bệnh (máu lắng, CRP, RF, AntiCCP) và các dấu hiệu trên chẩn đoán hình ảnh (Xquang, MRI cột sống cổ). Trong đó, trên Xquang cột sống cổ: Khoảng cách đội trực trước – AADI: từ cùng trước C1 đến bờ trước mỏm răng C2; khoảng cách đội trực sau – PADI: từ bờ sau mỏm răng C1 đến cùng sau C1(Theo Timoleon Siempis, 2022⁴). Trên MRI cột sống cổ đánh giá đặc điểm: tăng sinh màng máu màng hoạt dịch C1-C2 (Pannus), trượt C1-C2, chèn ép tủy, phù tủy, phình đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm, xẹp đốt sống.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu

- Thu thập tiền cứu qua thăm khám và qua hồ sơ bệnh án nội trú

- Các biến số nghiên cứu được ghi nhận sớm nhất sau khi bệnh nhân vào viện

- Kết quả thu thập được nhập và xử lý theo phần mềm SPSS26.0.

- Các thuật toán sử dụng thống kê mô tả, so sánh trung bình, so sánh tỷ lệ lấy mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,4 \pm 7,79$ (năm). Trong đó, nhóm tuổi từ 50 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,5%). Trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân nữ chiếm đa số (79,4%), tỷ lệ nữ/nam: 3,85. Thời gian bị bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $12,35 \pm 9,17$ (năm). Nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,4%. Điểm đau cột sống cổ trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,29 \pm 1,27$. Có 10 bệnh nhân (29,4%) có triệu chứng đau chói sau chằm, 16 bệnh nhân (47,1%) đau kiểu rễ thần kinh và 12 bệnh nhân (35,3%) có triệu chứng đau đầu kèm theo.

Bảng 1: Đặc điểm XQuang cột sống cổ

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
AADI	> 5 mm	2	5,9%	PADI	< 14 mm	4	11,8%
	≤ 5 mm	32	94,1%		≥ 14 mm	30	88,2%

Nhận xét: Có 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%) có chỉ số AADI > 5mm và có 4 bệnh nhân (chiếm 11,8%) có chỉ số AADI < 14 mm.

Bảng 2: Đặc điểm MRI cột sống cổ

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương C1-2	Pannus	5	14,7%
	Trượt đội – trực	1	2,9%
	Tổng	6	17,7%
Các thoát vị đĩa đệm dưới C1-2		18	52,9%

Nhận xét: Trên MRI, có 6 bệnh nhân có tổn thương C1-2, chiếm 17,7%. Trong đó có 1 bệnh nhân trượt đội trực thực sự. Có 52,9% bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm dưới C2.

Bảng 3: Liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm Xquang cột sống cổ

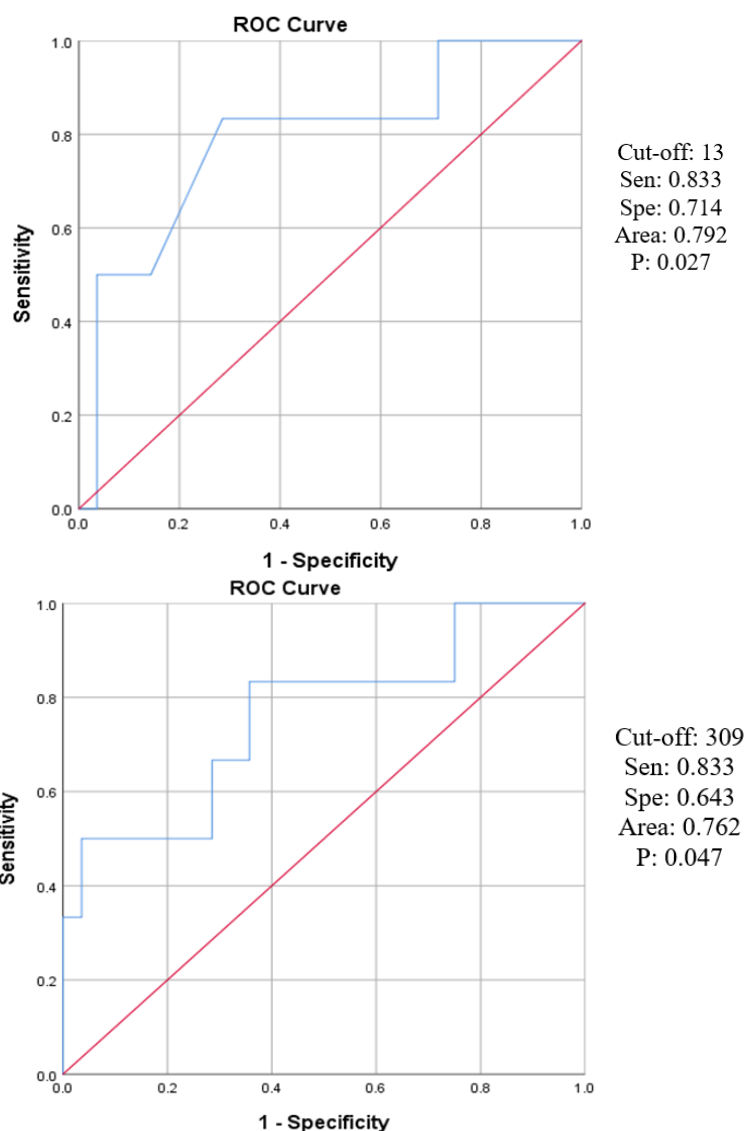
Yếu tố	AADI			PADI		
	> 5 mm	≤ 5 mm	p	< 14 mm	≥ 14 mm	p
Thời gian bị bệnh(năm)	21,5±4,95	11,78±9,11	0,149	17,5±8,66	11,67±9,15	0,238
Số khớp biến dạng	22,01±2,83	9,31±7,09	0,018	15,75±10,21	9,3±6,97	0,108
Máu lắng (mm)	59,5±20,51	75,63±37,56	0,556	35,5±31,03	79,9±34,64	0,121
CRP(mg/L)	42,65±13,08	37,61±55,83	0,901	26,31±29,55	39,45±56,82	0,656
RF(U/mL)	179,5±149,1	196,8±218,4	0,913	127,7±135,2	204,9± 221,7	0,505
AntiCCP (U/mL)	439,1±171,1	321,7±363,5	0,657	269,7±250,2	336,5± 368,9	0,731
Liều Methylprednisolon duy trì (mg)	12,00	6,06±2,56	0,003	10,00±2,31	5,933±2,59	0,006

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tổn thương C1-2 trên XQuang có số khớp biến dạng nhiều hơn và liều Methyprednisolon duy trì cao hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$).

Bảng 4: Liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với đặc điểm tổn thương trên MRI cột sống cổ

Yếu tố	Tổn thương C1-2 trên MRI		p
	Có	Không	
Thời gian bị bệnh (năm)	18,33±5,85	11,07±9,31	0,048
Số khớp biến dạng	16,51±7,99	8,68±6,79	0,018
Máu lắng (mm)	51,3±21,6	79,6±37,7	0,177
CRP(mg/L)	30,6±24,1	39,5±58,8	0,724
RF(U/mL)	119,8±106,1	212,1±227,9	0,344
AntiCCP(U/mL)	697,1±678,9	249,7±178,2	0,003
Liều Methylprednisolon duy trì (mg)	10,00±2,19	5,64±2,37	0,001

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tổn thương C1-2 trên MRI có thời gian bị bệnh dài hơn, số khớp biến dạng nhiều hơn, trị số AntiCCP cao hơn và phải dùng liều Methyprednisolon duy trì cao hơn nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1: Biểu đồ ROC Curve giữa số khớp biến dạng, giá trị AntiCCP và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI

Nhận xét: Với điểm Cut-off là 13 khớp có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 71,4%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giữa số khớp biến dạng và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 79,2% ($p = 0,027$). Với điểm Cut-off là 309 U/mL có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 64,3%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giữa giá trị AntiCCP và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 76,2% ($p = 0,047$).

IV. BÀN LUẬN

Viêm khớp dạng thấp là bệnh lý khớp viêm mạn tính, có ảnh hưởng đến khoảng 0,5-1% dân số trưởng thành, trong đó hay gặp ở nữ giới với tỷ lệ 2-3/1⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,4 \pm 7,79$ (năm), nhỏ nhất là 42 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 50 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (73,5%). Nhóm < 50 tuổi có 1 bệnh

nhân, chiếm 2,9%; nhóm > 70 tuổi có 8 bệnh nhân, chiếm 23,5%. Trong đó, bệnh nhân nữ chiếm đa số (79,4%), tỷ lệ nữ/nam: 3,85. Thời gian mắc bệnh kể từ khi có triệu chứng là một trong các yếu tố tiên lượng bệnh, thời gian mắc bệnh càng dài tiên lượng về tổn thương hủy hoại khớp, để lại di chứng cho bệnh nhân VKDT càng nặng nề hơn, đặc biệt là ở bệnh nhân không được điều trị sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian bị bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $12,35 \pm 9,17$ (năm). Nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,4%. Các nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài hơn là 5-10 năm, 10-20 năm, trên 20 năm chiếm tỷ lệ lần lượt là 23,5%; 26,5%; 17,6%.

Triệu chứng cơ năng ở bệnh nhân có tổn thương cột sống cổ rất đa dạng trong đó đau cổ là triệu chứng hay gặp nhất. Thời gian bị bệnh kéo dài, tổn thương tiến triển nặng lên đặc biệt ở những BN có trật mồm nha lên trên có thể biểu hiện chèn ép tủy sống cảm giác tê bì tứ chi, rối loạn cảm giác, tăng phản xạ gân xương, liệt tứ chi, nặng hơn có thể tử vong. Theo nghiên cứu của Menezes và cộng sự năm 1985 ở 45 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cho thấy ở bệnh nhân có trật đốt trục lên trên 100% bệnh nhân có triệu chứng đau đầu vùng chẩm khi quay cổ⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau cột sống cổ trung bình của nhóm nghiên cứu là $5,29 \pm 1,27$. Có 10 bệnh nhân có triệu chứng đau chói sau chẩm (29,4%), 16 bệnh nhân đau kiểu rẽ (47,1%) và 12 bệnh nhân có đau đầu (35,3%).

Xquang cột sống cổ là phương tiện đầu tay, đơn giản, dễ thực hiện giúp khảo sát cơ bản được các bất thường. Các tư thế chụp cần thực hiện đầy đủ bao gồm: thẳng, nghiêng, chéch. Tư thế nghiêng nên được

chụp ở cả các tư thế cúi và uốn tối đa. Khi đó khoảng cách đội trục trước (anterior atlanto-dental interval: AADI) và khoảng cách đội trục sau (posterior atlanto-dental interval PADI) được đánh giá. Theo Timoleon Siempis và cộng sự, ở người trưởng thành bình thường khoảng cách đội trục trước trên Xquang có giá trị nhỏ hơn 3mm. AADI > 5 mm là một dấu hiệu của mất ổn định vị trí đội trục. Còn PADI là khoảng cách phản ánh độ rộng của khoang tủy vị trí C1-C2 và thường có giá trị từ 19 đến 27 mm trên phim Xquang cổ nghiêng. PADI < 14 mm thường liên quan đến các biến chứng phức tạp⁴. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%) có chỉ số AADI > 5mm và có 4 bệnh nhân (chiếm 11,8%) có chỉ số PADI < 14 mm (Bảng 1). Tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp rất đa dạng, và tỉ lệ khác bệnh nhân có tổn thương dao động giữa các nghiên cứu. Tuy vậy, vẫn có đặc điểm chung giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác kiểu tổn thương hay gặp nhất là trật khớp đội trục, trật khớp dưới trục và trật đốt trục lên trên, và mỗi bệnh nhân có thể bị nhiều kiểu tổn thương. Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được chụp MRI cột sống cổ để đánh giá rõ hình thái tổn thương của C1 và C2 cũng như tìm hiểu các nguyên nhân khác gây đau tại cột sống cổ cho người bệnh. Trên MRI, chúng tôi thấy có 6 bệnh nhân có tổn thương C1-2, chiếm 17,7%. Trong đó 5 bệnh nhân có tổn thương tăng sinh mạnh mạch máu màng hoạt dịch (Pannus) (14,7%) và 1 bệnh nhân có trật khớp đội – trục thực sự (2,9%). Với 5 bệnh nhân có tổn thương Pannus, chúng tôi lập kế hoạch điều trị bolus glucocorticoid, sau đó bệnh nhân được xem xét điều trị thuốc sinh học để kiểm soát bệnh ổn định. Đồng thời,

đai cổ mềm được chỉ định để hỗ trợ, cố định tương đối cột sống cổ, hạn chế các cử động quá mức và phòng chống các biến chứng bất ngờ. Điều trị nội khoa có vai trò kiểm soát mức độ hoạt động bệnh, ngăn chặn các quá trình viêm đang diễn tiến tiếp tục tại chỗ. Theo Sofat N. và cộng sự năm 2006, corticosteroid đôi khi được sử dụng trong điều trị các trường hợp chèn ép tủy cấp⁷. Với bệnh nhân có trật khớp đội trực thực sự, chúng tôi rất lưu tâm tới ca lâm sàng này. Bệnh nhân này có chỉ định điều trị ngoại khoa bắt buộc. Trong quá trình phẫu thuật, do cột sống cổ của bệnh nhân không chỉ có tổn thương tại khớp đội trực trước làm mất vững mỏm răng, mà còn tổn thương tại cặp khớp đội trực sau 2 bên, làm khối bên C1 bào mòn xương, không thể bắt vít được, nên bệnh nhân phải đặt nẹp cổ chằm, dẫn tới hạn chế vận động gấp duỗi cổ. Với các bệnh nhân có khối bên C1-2 chưa bị phá hủy nhiều, nẹp cố định C1-2 đơn thuần có thể được chỉ định mà không cần can thiệp kết hợp các đốt sống cổ khác. Vì vậy, khảo sát tổn thương cột sống cổ trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cần thiết để có biện pháp điều trị tốt nhất cho người bệnh.

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân có tổn thương C1-2 trên XQuang có số khớp biến dạng nhiều hơn và liều Methylprednisolon duy trì cao hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$). Chưa thấy mối liên quan giữa thời gian bị bệnh, số khớp sưng đau, các chỉ số máu lắng, CRP, RF, antiCCP và tình trạng điều trị thuốc sinh học với sự thay đổi của AADI và PADI trên XQuang cột sống cổ (Bảng 3). Tổn thương khớp ngoại vi thường xuất hiện sớm và hay gặp hơn tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tiến triển của tổn thương cột sống cổ có mối liên quan chặt chẽ với tổn thương khớp ngoại

vi, mức độ hoạt động bệnh của khớp ngoại vi. Bệnh nhân VKDT đã có tổn thương khớp ngoại vi trên lâm sàng sẽ có khả năng xuất hiện tổn thương cột sống cổ cao hơn. Đồng thời những bệnh nhân đã tổn thương khớp ngoại vi, cần được đánh giá đầy đủ tổn thương ở cột sống cổ để có kế hoạch theo dõi và điều trị phù hợp. Mức độ hoạt động bệnh được kiểm soát biểu hiện qua liều Methylprednisolon bệnh nhân duy trì. Chúng tôi đã hỏi các bệnh nhân về liều Methylprednisolon trung bình cần thiết phải duy trì trong một năm qua và kết quả Bảng 3 đã cho thấy nhóm có tổn thương cột sống cổ C1-2 có liều dùng Methylprednisolon cần duy trì cao hơn nhóm còn lại với $p < 0,05$. Tuy không theo dõi dọc trong thời gian dài được cho người bệnh, nhưng kết quả này cũng phản ánh rất đáng tin cậy. Nghiên cứu của tác giả Eko Agus Subagio và cộng sự năm 2023 gần đây đã tổng hợp các trường hợp tử vong đột ngột do trật khớp đội trực trong viêm khớp dạng thấp từ 1975 đến 2010 cho thấy, trong số các yếu tố nguy cơ tử vong, thời gian sử dụng glucocorticoid kéo dài đã được đề cập đến rất rõ³.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có tổn thương C1-2 trên MRI có thời gian bị bệnh dài hơn, số khớp biến dạng nhiều hơn, trị số AntiCCP cao hơn và phải dùng liều Methylprednisolon duy trì cao hơn nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 4). Thời gian mắc bệnh càng dài có liên quan đến xuất hiện tổn thương cột sống cổ. Theo nghiên cứu Takashi Yurube và cộng sự năm 2012 cho thấy theo dõi dọc ít nhất 5 năm, thu được kết quả với thời gian theo dõi trung bình là $6 \pm 0,5$ năm ở 140 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp chưa có tổn thương trên X - quang có 43,6% bệnh nhân trong số BN nghiên cứu

xuất hiện tổn thương cột sống cổ với 32,1% trật khớp đội trực trước; 11,4% trật mồm nha lên trên; 16,4% trật khớp dưới trực. Bên cạnh đó ở nhóm có tổn thương ban đầu sau khi theo dõi trên 5 năm thì xuất hiện tổn thương mới nặng hơn; 33,3% BN ban đầu có trật khớp đội trực ra trước sẽ tiến triển nặng hơn hay ở nhóm có trật khớp đội trực lên trên sẽ có 41,7% BN có thêm trật khớp dưới trực. Ở nhóm BN không có tổn thương cột sống cổ trước đó, có 12,9% BN sẽ có tiến triển và trật mồm nha lên trên xuất hiện với tỷ lệ 7,1%. Mặc dù vậy, ở nhóm bệnh nhân đã có tổn thương tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương mới cao hơn ở nhóm chưa có tổn thương sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,003^8$. Chính vì lý do đó đánh giá tổn thương cột sống cổ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp sớm là cần thiết.

Trong viêm khớp dạng thấp nồng độ RF và anti – CCP dương tính cao là yếu tố dự báo tổn thương, đặc biệt là tổn thương khớp ngoại vi, cũng như tổn thương cột sống cổ. Tương tự nghiên cứu Cardoso và cộng sự (2010) tỉ lệ bệnh nhân có RF dương tính ở nhóm có tổn thương và không có tổn thương tương ứng là 85 với 57%, tác giả cũng khẳng định không có mối liên quan giữa BN có RF dương tính với tổn thương cột sống cổ⁹. Nghiên cứu của Kuchi Avni và cộng sự nghiên cứu trên 60 bệnh nhân năm 2014, ở nhóm có tổn thương cột sống cổ tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ RF > 12 U/mL và anti – CCP > 25 U/mL tương ứng 70% và 53,3% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có tổn thương với $p < 0,001^{10}$. Từ các kết quả trên, chúng tôi tiến hành phân tích và đánh giá kĩ hơn về ảnh hưởng của số khớp biến dạng cũng như giá trị antiCCP với sự xuất hiện tổn thương C1-2 trên MRI. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy: với điểm Cut-off là

13 khớp có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 71,4%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giữa số khớp biến dạng và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 79,2% ($p=0,027$) (Biểu đồ 3.4); và với điểm Cut-off là 309 U/mL có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu 64,3%, diện tích dưới đường cong của biểu đồ ROC Curve giữa giá trị antiCCP và nguy cơ tổn thương C1-2 trên MRI là 76,2% ($p=0,047$) (Biểu đồ 3.5). Như vậy trên nhóm bệnh nhân có tổn thương biến dạng trên 13 khớp hoặc nồng độ antiCCP cao trên 309 U/mL, chúng ta nên có các thăm dò sớm và kĩ càng hơn để đánh giá tổn thương của khớp đội trực, mang đến tiên lượng sớm cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương cột sống cổ trong Viêm khớp dạng thấp thường gặp và có nguy cơ gây biến chứng phức tạp. Thời gian bị bệnh, số khớp biến dạng, giá trị AntiCCP và liều Methylprednisolon duy trì là các yếu tố liên quan đến tổn thương C1-2 trên bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joaquim AF, Appenzeller S.** Cervical spine involvement in rheumatoid arthritis--a systematic review. *Autoimmun Rev.* 2014; 13(12): 1195-1202. doi:10.1016/j.autrev. 2014.08.014
2. **Baek IW, Joo YB, Park KS, Kim KJ.** Risk factors for cervical spine instability in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2021;40(2): 547-555. doi:10. 1007/s10067-020-05243-9
3. **Subagio EA, Wicaksono P, Faris M, Bajamal AH, Abdillah DS.** Diagnosis and Prevalence (1975-2010) of Sudden Death due to Atlantoaxial Subluxation in Cervical

- Rheumatoid Arthritis: A Literature Review. ScientificWorldJournal. 2023;2023:6675489. doi:10.1155/2023/6675489
4. **Siempis T, Tsakiris C, Anastasia Z, Alexiou GA, Voulgaris S, Argyropoulou MI.** Radiological assessment and surgical management of cervical spine involvement in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatol Int. 2023;43(2): 195-208. doi:10.1007/s00296-022-05239-5
5. **Venetsanopoulou AI, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA.** Epidemiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis Development. Mediterr J Rheumatol. 2023;34(4): 404-413. doi:10.31138/mjr.301223.eaf
6. **Menezes AH, VanGilder JC, Clark CR, el-Khoury G.** Odontoid upward migration in rheumatoid arthritis. An analysis of 45 patients with “cranial settling.” J Neurosurg. 1985;63(4):500-509. doi:10.3171/jns.1985.63.4.0500
7. **Sofat N, Malik O, Higgins CS.** Neurological involvement in patients with rheumatic disease. QJM. 2006;99(2):69-79. doi:10.1093/qjmed/hcl005
8. **Yurube T, Sumi M, Nishida K, et al.** Accelerated development of cervical spine instabilities in rheumatoid arthritis: a prospective minimum 5-year cohort study. PLoS One. 2014;9(2):e88970. doi:10.1371/journal.pone.0088970
9. **Passos Cardoso AL, Da Silva NA, Daher S, De Moraes FB, Do Carmo HF.** EVALUATION OF THE CERVICAL SPINE AMONG PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. Rev Bras Ortop. 2010;45(2): 160-165. doi:10.1016/S2255-4971(15)30287-1
10. **Kuchi Avni, Perchinkova Mishevskia Snezhan.** Atlanto-Axial Instability in Rheumatoid Arthritis. Macedonian Medical Review, 2014, No 2. Published online 2014. doi:https://doi.org/10.2478/mmr-2014-0015

DỰ ĐOÁN NGUY CƠ TIM MẠCH BẰNG THANG SCORE-VN Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Tạ Thị Hương Trang^{1,2}, Ren Panharith¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE-VN ở bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT). 2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 người bệnh VKDT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2010, điều trị tại viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** điểm nguy cơ tim mạch trung bình của bệnh nhân VKDT theo thang điểm SCORE-VN là $5,42 \pm 3,95$. Tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp có nguy cơ tim mạch thấp-trung bình là 52,6%, nguy cơ tim mạch cao là 25,9% và nguy cơ tim mạch rất cao 21,5%. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp: bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm với $OR=3,87$; Bệnh nhân VKDT có RF dương tính có nguy cơ tim mạch cao hơn bệnh nhân có RF âm tính với $OR=2,93$; Bệnh nhân có nồng độ RF dương tính cao có nguy cơ tim mạch cao hơn nhóm bệnh nhân có RF dương tính thấp hoặc RF

âm tính với $OR=2,52$. **Kết luận:** Bệnh nhân VKDT có nguy cơ tim mạch cao. Một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKDT: thời gian mắc bệnh VKDT, nồng độ RF trong huyết thanh, mức độ hoạt động bệnh. Cần đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKDT để sớm xác định các yếu tố nguy cơ tim mạch của người bệnh để can thiệp kịp thời.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ tim mạch, Viêm khớp dạng thấp, SCORE-VN

SUMMARY

PREDICTING CARDIOVASCULAR RISK ACCORDING TO SCORE-VN SCALE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Objectives: 1. Survey cardiovascular risk using the SCORE-VN scale in patients with rheumatoid arthritis. 2. Find out the relationship between cardiovascular risk according to the SCORE-VN scale and some clinical, paraclinical characteristics of the study subjects. **Methods:** A Cross-sectional descriptive study on 116 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to the criteria of ACR/EULAR 2010, who were treated at Bach Mai Hospital from October 2023 to October 2024. **Results:** In the 116 study subjects, the average cardiovascular risk score of RA patients according to the SCORE-VN scale is $5,42 \pm 3,95$. The proportion of rheumatoid arthritis patients with low-moderate cardiovascular risk was 52,6%, high cardiovascular risk was 25.9% and very high cardiovascular risk was 21.5%. Some factors related to cardiovascular risk in patients with

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang

SĐT: 0948253307

Email: trangntnoi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

rheumatoid arthritis: RA patients with disease duration ≥ 5 years had a higher risk of cardiovascular disease than RA patients with disease duration less than 6 years with OR = 3,87; Rheumatoid arthritis patients with positive RF had a higher cardiovascular risk than patients with negative RF with OR = 2.93; Patients with high RF positivity have a higher cardiovascular risk than patients with low RF positivity or RF negativity with OR = 2.52. **Conclusion:** RA patients had high cardiovascular risk. Some factors were related to cardiovascular risk in RA patients: disease duration, RF concentration, disease activity level. It is necessary to assess cardiovascular risk in RA patients to early identify the patient's cardiovascular risk factors for timely intervention.

Keywords: Cardiovascular risk, Rheumatoid Arthritis, SCORE-VN

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh lý tự miễn có tính chất hệ thống với các tổn thương tại màng hoạt dịch khớp và biểu hiện ngoài khớp như tim mạch, hô hấp, thận...[1]. Có khoảng 30% bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có tổn thương tim mạch [2]. Tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, chiếm tỷ lệ khoảng 39,6% [2]. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp gồm các yếu tố nguy cơ truyền thống và yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh viêm khớp dạng thấp. Các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống gồm: Tuổi, giới nam, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc. Các yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan tới bệnh viêm khớp dạng thấp: tình trạng viêm hệ thống, sử dụng các thuốc điều trị như chống viêm không steroid và corticosteroid. Các

thuốc này đều làm tăng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân. Vì vậy, việc dự phòng các biến cố tim mạch bằng cách đánh giá các nguy cơ tim mạch hiện tại. Điều trị, dự phòng sớm các yếu tố nguy cơ tim mạch giúp ngăn ngừa các biến cố tim mạch. Hội Tim mạch học Can thiệp Việt Nam phát triển thang điểm SCORE_VN dựa trên thang điểm SCORE2, dùng để đánh giá nguy cơ tim mạch cho người Việt Nam bằng ngôn ngữ Việt. Thang điểm SCORE-VN đơn giản, dễ thực hành trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Khảo sát nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE-VN ở bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT).
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 116 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/ EULAR 2010, có tuổi từ 40-69.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh mắc các bệnh lý mô liên kết hỗn hợp giữa VKDT với lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm cơ tự miễn...

+ Người bệnh có bệnh lý cấp tính kèm theo như nhiễm trùng huyết, viêm phổi,...

+ Người bệnh đang mắc các bệnh lý tim mạch như bệnh cơ tim, bệnh van tim, bệnh tim mạch bẩm sinh, bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh mạch vành trước đó, tiền sử hoặc hiện tại có tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại vi.

+ Người bệnh đái tháo đường, bệnh thận mạn mức độ trung bình - nặng (MLCT < 60 ml/phút)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án chung

+ Khai thác thông tin về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, huyết áp lúc vào viện, tiền sử hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh, thời gian cứng khớp buổi sáng.

+ Xét nghiệm cận lâm sàng: công thức máu, định lượng Cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C, Triglycerid, CRP-hs,

Glucose, Creatinin máu thực hiện tại trung tâm huyết học và truyền máu, khoa Hóa sinh bệnh viện Bạch Mai với các tham số giá trị đã được công bố trước đó.

+ Đánh giá mức độ hoạt động bệnh của viêm khớp dạng thấp theo DAS28-CRP được chia làm 4 mức độ như sau: DAS28-CRP < 2,6: Bệnh không hoạt động, DAS28-CRP từ 2,6 đến < 3,2: Hoạt động bệnh mức độ nhẹ, DAS28-CRP từ 3,2 đến ≤ 5,1: Hoạt động bệnh mức độ trung bình và DAS28-CRP > 5,1: Bệnh hoạt động mạnh.

- Khảo sát thang điểm SCORE-VN

+ Truy cập vào phần mềm SCORE-VN.

+ Điền các số liệu cần thiết đã thu thập bao gồm: Tuổi, giới (Nam/Nữ), huyết áp tâm thu (mmHg), Cholesterol toàn phần (mmol/L), HDL-C (mmol/L), hút thuốc lá (Có/Không).

+ Dựa vào kết quả thu được suy ra nguy cơ tim mạch trong 10 năm của bệnh nhân (tính bằng %)

+ Phân tầng nguy cơ tim mạch⁵:

Nguy cơ/tuổi	Dưới 50 tuổi	Từ 50-69 tuổi
Nguy cơ thấp đến trung bình	< 2,5%	< 5%
Nguy cơ cao	2,5 % - < 7,5%	5% - < 10%
Nguy cơ rất cao	≥ 7,5%	≥ 10%

- Đánh giá mối liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học:

- Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, Min, Max.

- So sánh trung bình của 2 biến bằng kiểm định T-test

- So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Fisher's Exact, với $p < 0,05$ thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khảo sát thang điểm SCORE-VN ở bệnh nhân VKDT

Bảng 1: Nguy cơ tim mạch và phân tầng nguy cơ theo SCORE-VN ở người bệnh VKDT (N=116)

Tiêu chí		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ tim mạch trong 10 năm (%)		5,42 ± 3,95	
Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE_VN	Thấp – Trung bình	61	52,6
	Cao	30	25,9
	Rất cao	25	21,5

Nhận xét: Nguy cơ tim mạch trung bình theo thang điểm SCORE_VN chung cho cả nhóm là 5,42 ± 3,95 %. Trong 116 đối tượng nghiên cứu, nguy cơ tim mạch thấp – trung bình chiếm cao nhất là 52,6%; sau đó lần

lượt tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao và rất cao là 25,9% và 21,5%.

3.2. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và thời gian mắc bệnh

Các tiêu chí thành phần		Số lượng (n)	Dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 5	64	4,27 ± 3,76	<0,05
	≥ 5	52	6,85 ± 3,75	

Nhận xét: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên là 6,85 ± 3,75% cao hơn so với nhóm đối tượng có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm là 4,27 ± 3,76%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mắc bệnh với p<0,05.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch và thời gian mắc bệnh

Phân tầng nguy cơ	Cao – Rất cao N(%)	Thấp – Trung bình N(%)	Tổng	P	OR (CI 95%)
Thời gian mắc bệnh					
< 5	21(32,8%)	43(67,2%)	64(100%)	<0,05	3,87 (1,78 – 8,39)
≥ 5	34(65,4%)	18(34,6%)	52(100%)		
Tổng	55(47,4%)	61(52,6%)	116(100%)		

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao và rất cao ở bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên là 65,4%, tăng gấp 3,87 lần so với bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (p<0,05).

Bảng 4: Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và mức độ hoạt động bệnh VKDT

Các tiêu chí thành phần		Số lượng (n)	Dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
Mức độ hoạt động bệnh (Theo DAS28-CRP)	Bệnh không hoạt động hoặc hoạt động nhẹ	73	4,90 ± 3,61	<0,05
	Hoạt động trung bình và mạnh	43	6,65 ± 3,64	

Nhận xét: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh cao hơn so với bệnh nhân VKDT có mức hoạt động bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ. ($p < 0,05$).

Bảng 5. Nguy cơ tim mạch trung bình và yếu tố dạng thấp RF

Các tiêu chí thành phần		Số lượng (n)	Dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
RF	Âm tính	42	4,17 ± 2,92	<0.05
	Dương tính	74	6,14 ± 4,29	

Nhận xét: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu có yếu tố dạng thấp RF dương tính là 6,14 ± 4,29% cao hơn so với nhóm có yếu tố dạng thấp RF âm tính. ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và yếu tố dạng thấp RF (n=116)

RF \ Phân tầng nguy cơ	Cao – Rất cao N(%)	Thấp – Trung bình N(%)	Tổng	P	OR
Âm tính	13(31%)	29(69%)	42(100%)	<0,05	2,93 (1,32–6,51)
Dương tính	42(56,8%)	32(43,2%)	74(100%)		
Tổng	55(47,4%)	61(52,6%)	116(100%)		

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao – rất cao ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có RF dương tính và RF âm tính với $p < 0,05$. Nguy cơ tim mạch cao – rất cao ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có RF dương tính cao hơn 2,93 lần so với bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có RF âm tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 52,6% bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp

– trung bình, tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao và rất cao lần lượt là 25,9% và 21,5%. Nguy cơ tim mạch trung bình theo thang điểm SCORE_VN chung cho cả nhóm là 5,42 ± 3,95%. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Huế (2016), đánh giá nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE trên 227 bệnh nhân VKDT tại phòng khám Nội Khớp và khoa nội Cơ xương khớp bệnh viện Chợ Rẫy cho kết quả bố như sau: nguy cơ tim mạch cao và rất cao, nguy cơ tim mạch trung bình và nguy cơ tim mạch thấp chiếm tỷ lệ lần lượt là: 21,6%, 43,2%, 35,1% [3]. Nghiên cứu của Ivan và cộng sự năm 2021, cho kết quả phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh

nhân VKDT là nguy cơ tim mạch thấp – trung bình 58%, nguy cơ tim mạch cao chiếm 34% và nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ 8% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân VKDT có nguy cơ tim mạch thấp – trung bình tương đương với nghiên cứu của Ivan, nhưng nguy cơ tim mạch cao – rất cao thì cao hơn so với nghiên cứu của Ivan. Có sự khác biệt này có thể do các nước châu Âu được xếp vào nhóm có nguy cơ thấp trong khi đó Việt Nam được xếp vào nhóm có nguy cơ cao.

4.2. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh viêm khớp dạng thấp

Nguy cơ tim mạch và thời gian mắc bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình thấp hơn bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên (là $4,27 \pm 3,76$ (%) so với $6,85 \pm 3,75$ (%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 2). Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao – rất cao ở nhóm bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm 65,4% cao hơn nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (32,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3). Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm có nguy cơ tim mạch cao gấp 3,87 lần so với nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm với $p < 0,05$. Theo khuyến cáo của EULAR, thời gian mắc bệnh trên 10 năm là một chỉ điểm quan trọng trong đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch cho bệnh nhân VKDT. Tác giả Chung P.C chứng minh

bệnh nhân có thời gian bệnh càng kéo dài, nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm càng tăng [5]. Nghiên cứu khác của Naz S.M theo dõi 1.098 bệnh nhân trong 5 năm ghi nhận thời gian bệnh trên 10 năm làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch gấp 2 lần so với các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm $p < 0,05$ [6]. Như vậy, thời gian mắc bệnh càng lâu thì càng có nguy cơ tim mạch cao.

Nguy cơ tim mạch và mức độ hoạt động bệnh theo DAS28-CRP: trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh nhẹ hoặc bệnh không hoạt động có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình cao hơn bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh ($4,90 \pm 3,61$ và $6,65 \pm 3,64$) (bảng 4). Theo tác giả Huỳnh Hồng Nhung khảo sát liên quan giữa hoạt tính và nguy cơ tim mạch theo Framingham và kết luận hoạt động bệnh mạnh làm tăng nguy cơ tim mạch có ý nghĩa [7]. Tác giả Elke E.A.A. và cộng sự xác định DAS 28 liên quan với nguy cơ bệnh tim mạch 10 năm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$) [8].

Nguy cơ tim mạch và nồng độ RF: Nghiên cứu của chúng tôi thấy bệnh nhân VKDT có RF dương tính có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình cao hơn so với nhóm RF âm tính với $p < 0,05$ (bảng 5). Bệnh nhân có RF dương tính có nguy cơ tim mạch cao – rất cao chiếm 56,8% cao hơn gấp 2,93 lần so với nhóm bệnh nhân có RF âm tính (31%) (bảng 6), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Tomasson. G, kết luận RF là một yếu tố nguy cơ của thiếu máu cơ tim trong VKDT, làm tăng tỉ lệ tử vong bệnh mạch vành. Naz S.M. theo dõi 5

năm 1.098 bệnh nhân VKDT kết luận bệnh nhân có RF dương tính có nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch cao hơn nhóm RF âm tính có ý nghĩa ($HR = 1,93$; KTC 95%: 1,08–3,19; $p < 0,05$) [6].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân VKDT có nguy cơ tim mạch cao. Một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKDT: thời gian mắc bệnh, nồng độ RF trong huyết thanh, mức độ hoạt động bệnh. Cần đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKDT để sớm xác định các yếu tố nguy cơ tim mạch của người bệnh để can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McInnes IB, Schett GJNEJoM.** The pathogenesis of rheumatoid arthritis. 2011;365(23):2205-2219.
2. **Sandoo A, Veldhuijzen van Zanten JJ, Metsios GS, Carroll D, Kitas GD.** Vascular function and morphology in rheumatoid arthritis: a systematic review. Rheumatology (Oxford, England). 2011;50(11):2125-2139.
3. **Nguyễn Thị Hồng Huế.** Nguy Cơ Bệnh Tim Mạch Do Xơ Vữa Ở Bệnh Nhân Viêm Khớp
4. **I. Ferraz-Amaro và cộng sự.** SCORE2 Assessment in the Calculation of Cardiovascular Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis. Diagnostics (Basel, Switzerland). 2021;11(12)
5. **C. P. Chung và cộng sự.** Utility of the Framingham risk score to predict the presence of coronary atherosclerosis in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis research & therapy. 2006;8(6):R186.
6. **S. M. Naz và cộng sự.** The influence of age at symptom onset and length of followup on mortality in patients with recent-onset inflammatory polyarthritis. Arthritis and rheumatism. 2008;58(4):985-989.
7. **Huỳnh Thị Hồng Nhung và cộng sự.** Khảo sát đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Luận Văn Tốt nghiệp Thạc Sĩ Y Học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2015.
8. **Elke E A Arts và cộng sự.** The effect of disease duration and disease activity on the risk of cardiovascular disease in rheumatoid arthritis patients. 2015;74(6):998-1003. arthritis. Arthritis research & therapy. 2006;8(6):R186.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG TIM Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Hoàng Trung Dũng¹, Bùi Hải Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và tìm hiểu mối liên quan một số đặc điểm hình thái và chức năng tim với đặc điểm lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** 122 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và 51 người bình thường được khảo sát đặc điểm hình thái và chức năng tim bằng siêu âm Doppler tim. **Kết quả:** Một số chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp không có sự khác biệt so với nhóm chứng. Có mối tương quan thuận chỉ số chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd, chỉ số chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd với tuổi ($r = 0,39$; $r = 0,40$) và thời gian mắc bệnh ($r = 0,39$; $r = 0,28$) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp với $p < 0,01$. **Kết luận:** Có mối tương quan một số chỉ số chức năng tâm trương với tuổi và thời gian mắc bệnh.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, chức năng tâm trương, siêu âm Doppler tim

SUMMARY

STUDY LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC FUNCTION BY TISSUE DOPPLER IMAGING IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

SĐT: 0983712158

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

Objective: Review the morphological and functional characteristics of the heart in patients with rheumatoid arthritis and study the relationship of some morphological and functional characteristics of the heart with clinical characteristics. **Subjects and methods:** 122 patients with rheumatoid arthritis and 51 normal people were examined for morphological characteristics and cardiac function using Doppler echocardiography. **Results:** Some morphological indices and left ventricular systolic function in patients with rheumatoid arthritis did not differ from the control group. There is a positive correlation between Interventricular Septal Diastolic index (IVSd) and Left ventricular posterior wall diastolic index (LVPWd) with age ($r = 0.39$; $r = 0.40$) and disease duration ($r = 0.39$; $r = 0.28$) in arthritis patients. rheumatoid form with $p < 0.01$. **Conclusion:** There is a correlation of some diastolic function indices with age and disease duration

Keywords: Rheumatoid arthritis, Diastolic function, Doppler echocardiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh viêm khớp mạn tính tự miễn, tổn thương cơ bản tại màng hoạt dịch các khớp. Bệnh diễn biến mạn tính với nhiều đợt tiến triển cấp tính. Trong giai đoạn tiến triển cấp tính có sưng đau nhiều khớp dẫn tới hủy khớp gây tàn phế cho người bệnh. Ngoài tổn thương khớp bệnh có thể kèm theo tổn thương tim:

viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, bệnh lý van tim... dẫn đến suy tim [1].

Tổn thương tim nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời thì tổn thương tim sẽ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và là nguy cơ tử vong của bệnh nhân VKDT. Một trong các phương pháp đánh giá về hình thái và chức năng tim là phương pháp siêu âm Doppler tim.

Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm: Nhận xét đặc điểm hình thái và chức năng tim ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và tìm hiểu mối liên quan một số đặc điểm hình thái và chức năng tim với đặc điểm lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu: 122 bệnh nhân VKDT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2014 đến tháng 04/2018. Chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn ACR 1987 [2] và 51 người bình thường cùng tuổi và giới làm nhóm chứng.

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có nhiễm khuẩn: Viêm phổi, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm tiết niệu sinh dục... Các bệnh nhân có bệnh nội khoa khác kết hợp có thể ảnh hưởng đến chức năng tim: Tăng huyết áp, bệnh basedow, hội chứng Cushing, lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng thận hư, đái tháo đường...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, có so sánh bệnh chứng.

Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và làm một số xét nghiệm để xác định là VKDT. Siêu âm Doppler tim thực hiện trên

máy siêu âm Doppler màu 4D Prosoud F75 của hãng Aloka tại Phòng Siêu âm Tim - Bệnh viện Bạch Mai do bác sĩ chuyên khoa tim mạch thực hiện.

Tiến hành siêu âm Doppler tim thăm dò một số chỉ số hình thái và chức năng tim bằng siêu âm mode Time Motion (TM): đường kính thất trái cuối tâm trương Dd (Diastolic diameter) mm, đường kính thất trái cuối tâm thu Ds (Dimension) mm, chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd (Interventricular Septal Diastolic) mm, chiều dày vách liên thất cuối tâm thu IVSs (Interventricular Septal Systolic) mm, chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd (Left ventricular posterior wall diastolic) mm, chiều dày thành sau thất trái cuối tâm thu LVPWs (Left ventricular posterior wall systolic) mm, khối lượng cơ thất trái LVM (Left Ventricular Mass) g, thể tích thất trái cuối tâm trương EDV (End diastolic Volume) ml, thể tích thất trái cuối tâm thu ESV (End-systolic volume) ml, cung lượng tim CO (Cardiac Output) l/ph, phân số co ngắn sợi cơ FS (Fractional Shortening) %, phân số tổng máu thất trái EF (Ejection Fraction) %, vận tốc tối đa của sóng đổ đầy đầu tâm trương E (cm/s), vận tốc tối đa của sóng đổ đầy cuối tâm trương A (cm/s), tỷ lệ E/A, thời gian giảm tốc của sóng đổ đầy đầu tâm trương DT (Deceleration Time) ms, thời gian giãn cơ đồng thể tích IVRT (Isovolumic relaxation time) ms.

Xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm bệnh (n=122)	Nhóm chứng (n=51)	p
Tuổi (năm)		48,9 ± 11,3	48,1 ± 11,7	> 0,05
Giới	Nam, n (%)	19 (15,6%)	8 (15,7%)	> 0,05
	Nữ, n (%)	103 (84,4%)	43 (84,3%)	> 0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)		119,30 ± 5,73	117,55 ± 8,27	> 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)		77,21 ± 4,55	76,57 ± 4,74	> 0,05

Nhận xét: Tuổi, giới, huyết áp tâm thu và tâm trương của nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm bệnh (n = 122)		
	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị	Min-Max
Thời gian mắc bệnh (năm)	5,37 ± 5,25	3,60	0,3 - 25,0
Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút)	61,48 ± 27,64	60	10 - 180
Số khớp đau (khớp)	13,30 ± 4,34	13	4 - 23
Số khớp sưng (khớp)	9,95 ± 3,71	10	1 - 19
Chỉ số DAS28 CRP	5,77 ± 0,94	6,02	2,85 - 7,86

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân VKDT trung bình là 5,37 ± 5,25 năm. Thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình là 61,48 ± 27,64 phút. Số khớp đau trung bình là 13,30 ± 4,34 khớp, số khớp sưng trung bình là 9,95 ± 3,71 khớp. Chỉ số DAS28 CRP bệnh nhân VKDT đều ở mức độ hoạt động bệnh.

Bảng 3.3. Chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm TM (Time Motion Mode) của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm bệnh (n = 122)	Nhóm chứng (n = 51)	p
Đường kính thất trái cuối tâm trương Dd (mm)	44,39 ± 4,14	45,41 ± 3,52	> 0,05
Đường kính thất trái cuối tâm thu Ds (mm)	27,34 ± 3,46	27,82 ± 3,30	> 0,05
Chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd (mm)	7,74 ± 1,29	7,00 ± 0,96	< 0,05
Chiều dày vách liên thất cuối tâm thu IVSs (mm)	11,07 ± 1,41	10,51 ± 1,35	< 0,05
Chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd (mm)	7,46 ± 1,10	7,18 ± 0,71	> 0,05
Chiều dày thành sau thất trái cuối tâm thu LVPWs (mm)	12,55 ± 1,47	11,88 ± 1,21	< 0,05
Khối lượng cơ thất trái LVM (g)	104,87 ± 24,77	99,12 ± 16,78	> 0,05
Thể tích thất trái cuối tâm trương EDV (ml)	90,79 ± 19,47	95,49 ± 16,93	> 0,05
Thể tích thất trái cuối tâm thu ESV (ml)	28,52 ± 8,69	29,75 ± 9,02	> 0,05
Cung lượng tim CO (l/ph)	5,67 ± 1,19	5,55 ± 1,55	> 0,05
Phân số co ngắn sợi cơ FS %	38,13 ± 5,31	38,62 ± 4,19	> 0,05
Phân số tổng máu thất trái EF %	68,27 ± 6,43	68,93 ± 5,36	> 0,05

Các chỉ số về hình thái và chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm TM của nhóm bệnh và nhóm chứng đều tương đồng nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ có chiều dày vách liên thất cuối

tâm trương IVSd, tâm thu IVSs và chiều dày thành sau thất trái cuối tâm thu LVPWs của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Chỉ số siêu âm Doppler qua van hai lá của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm bệnh (n = 122)	Nhóm chứng (n = 51)	P
Vận tốc tối đa của sóng đồ đầy đầu tâm trương E (cm/s)	69,00 ± 16,71	69,72 ± 12,87	> 0,05*
Vận tốc tối đa của sóng đồ đầy cuối tâm trương A (cm/s)	71,44 ± 15,84	64,82 ± 12,41	< 0,01*
Tỷ lệ E/A	1,02 ± 0,35	1,11 ± 0,28	< 0,05 ⁺
Thời gian giảm tốc của sóng đồ đầy đầu tâm trương DT (ms)	162,93 ± 49,79	184,49 ± 37,51	< 0,01 ⁺
Thời gian giãn cơ đồng thể tích IVRT (ms)	78,34 ± 23,16	84,31 ± 16,27	< 0,05 ⁺

Sóng A của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ E/A và chỉ số IVRT của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số DT của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.5. Tương quan một số chỉ số hình thái, chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm TM với một số đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh

Các biến tương quan	Tuổi	TGMB	DAS28 CRP
Đường kính thất trái cuối tâm trương Dd (mm)	- 0,15	- 0,14	- 0,12
Đường kính thất trái cuối tâm thu Ds (mm)	- 0,15	- 0,09	0,09
Chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd (mm)	0,39**	0,39**	0,14
Chiều dày vách liên thất cuối tâm thu IVSs (mm)	0,41**	0,28**	0,07
Chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd (mm)	0,40**	0,28**	0,04
Chiều dày thành sau thất trái cuối tâm thu LVPWs (mm)	0,31**	0,17	0,08
Khối lượng cơ thất trái LVM (g)	0,22*	0,17	0,01
Thể tích thất trái cuối tâm trương EDV (ml)	- 0,14	- 0,14	- 0,11
Thể tích thất trái cuối tâm thu ESV (ml)	- 0,12	- 0,08	0,09
Cung lượng tim CO (l/ph)	- 0,08	- 0,08	0,05
Phân số co ngắn sợi cơ FS %	0,05	- 0,05	- 0,27**
Phân số tổng máu thất trái EF %	0,05	- 0,04	- 0,24**

Chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd, cuối tâm thu IVSs và chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd có mối tương quan thuận với tuổi và thời gian mắc bệnh. Phân số tổng máu thất trái EF và phân số co ngắn sợi cơ FS có mối tương quan nghịch với chỉ số DAS28 CRP.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của bệnh nhân VKDT dao động từ 18 - 73 tuổi, trung bình là $48,9 \pm 11,3$ tuổi. Tuổi của nhóm chứng từ 22 - 75 tuổi, trung

bình là $48,1 \pm 11,7$ tuổi. Tuổi trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các chỉ số về hình thái và chức năng tim có liên quan đến tuổi nên chúng tôi chọn hai nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình tương tự nhau để đảm bảo tính khách quan và chính xác khi so sánh các chỉ số nghiên cứu. Theo tác giả Tomas L. và cs (2013) [3] nghiên cứu 60 bệnh nhân VKDT và 30 người khỏe mạnh làm nhóm chứng ở Slovakia. Tuổi trung bình của nhóm bệnh là $48,8 \pm 1,5$ tuổi, nhóm chứng là $46,7 \pm 2,0$ tuổi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi của nhóm bệnh chiếm 84,4%, của nhóm chứng là 84,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ nữ/nam của nhóm bệnh là 5/1, của nhóm chứng là 5/1. Do vậy tỷ lệ nữ/nam ở nhóm bệnh và nhóm chứng tương đồng nhau.

Huyết áp tâm thu trung bình của nhóm bệnh là $119,30 \pm 5,73$ (mmHg), nhóm chứng là $117,55 \pm 8,27$ (mmHg), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Huyết áp tâm trương trung bình của nhóm bệnh là $77,21 \pm 4,55$ (mmHg), nhóm chứng là $76,57 \pm 4,74$ (mmHg), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Huyết áp có ảnh hưởng đến chức năng tim nên bệnh nhân có tăng huyết áp đã loại ra khỏi nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,37 \pm 5,25$ năm (từ 0,3 - 25 năm). Theo Mokotedi L. và cs (2017) [4] người Bỉ nghiên cứu 176 bệnh nhân VKDT. Thời gian mắc bệnh trung bình là 14,5 năm (thấp nhất là 8,9 năm, cao nhất là 22 năm). Như vậy trong nghiên cứu

của chúng tôi bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh ngắn hơn tác giả trên.

Thời gian cứng khớp buổi sáng của bệnh nhân VKDT trung bình là $61,48 \pm 27,64$ (phút) (từ 10 đến 180 phút). Theo Shrivastava A.K. và cs (2015) [5] thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình là $85 \pm 41,75$ (phút).

Số khớp sưng trung bình là $9,95 \pm 3,71$ khớp (từ 1 - 19 khớp, trung vị 10 khớp), số khớp đau trung bình là $13,30 \pm 4,34$ khớp (từ 4 - 23 khớp, trung vị 13 khớp).

Chỉ số DAS28 CRP trung bình là $5,77 \pm 0,94$ (từ 2,85 - 7,86, trung vị 6,02). Theo nghiên cứu của Shrivastava A.K. và cs (2015) [5] chỉ số DAS28 CRP trung bình là $4,13 \pm 1,77$. Qua kết quả nghiên cứu có thể thấy bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có mức độ hoạt động bệnh cao hơn tác giả trên.

Một số chỉ số hình thái thất trái và chức năng tâm thu của đối tượng nghiên cứu

Đánh giá hình thái thất trái trên siêu âm 2D và TM ở 122 BN VKDT và 51 người bình thường làm nhóm chứng, chúng tôi nhận thấy các chỉ số: đường kính thất trái cuối tâm trương Dd, đường kính thất trái cuối tâm thu Ds, chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd, khối lượng cơ thất trái LVM của nhóm bệnh nhân VKDT và nhóm chứng đều tương đồng nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ có chỉ số chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd, tâm thu IVSs và chiều dày thành sau thất trái cuối tâm thu LVPWs của nhóm bệnh nhân VKDT cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo Sitia S. và cs (2012) [6] nghiên cứu 22 bệnh nhân VKDT và 20 người khỏe mạnh làm nhóm chứng ở Italia kết quả cho thấy: chỉ số Dd và chỉ số Ds của nhóm bệnh và

nhóm chứng tương tự nhau với $p > 0,05$. Theo Fatma E. và cs (2015) [7] chỉ số Dd của nhóm bệnh và nhóm chứng tương tự nhau với $p = 0,536$. Chỉ số IVSd và chỉ số LVPWd nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng với $p < 0,05$

Như vậy, các chỉ số về hình thái thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của các tác giả trên.

Chức năng tâm thu thất trái

Nguyên nhân tử vong của bệnh nhân VKDT hàng đầu là tổn thương tim mạch [8]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy chỉ số đánh giá chức năng tâm thu thất trái như EF % thường thay đổi muộn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một số chỉ số đánh giá CNTT thất trái như: phân số tổng máu thất trái EF %, phân số co ngắn sợi cơ FS %, thể tích thất trái cuối tâm trương EDV, thể tích thất trái cuối tâm thu ESV, cung lượng tim CO của nhóm BN VKDT và nhóm chứng tương tự nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nhiều nghiên cứu khác trên thế giới như Pinheiro F.A và cs (2015) [8] cũng cho kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Như vậy, chỉ số đánh giá chức năng tâm thu thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh và nhóm chứng tương tự nhau và cũng tương tự như các tác giả trên.

Tương quan một số chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm TM với một số đặc điểm lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan thuận chiều dày vách liên thất cuối tâm trương IVSd ($r = 0,39$; $r = 0,39$; $p < 0,01$), chiều dày vách liên thất cuối tâm

thu IVSs ($r = 0,41$; $r = 0,28$; $p < 0,01$) và chiều dày thành sau thất trái cuối tâm trương LVPWd ($r = 0,40$; $r = 0,28$; $p < 0,01$) với tuổi và thời gian mắc bệnh. Có mối tương quan nghịch phân số tổng máu thất trái EF ($r = -0,24$; $p < 0,01$) và phân số co ngắn sợi cơ FS ($r = -0,27$; $p < 0,01$) với chỉ số DAS28 CRP. Các chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái còn lại không tương quan với tuổi, thời gian mắc bệnh và chỉ số DAS28 CRP với $p > 0,05$.

Như vậy, VKDT là bệnh lý viêm mạn tính, ngoài tổn thương khớp bệnh có thể kèm theo tổn thương tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái với các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VKDT. Kết quả này cũng tương tự như một số tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Qua nhận xét đặc điểm hình thái và chức năng tim ở 122 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và 51 người bình thường chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Một số chỉ số hình thái và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp không có sự khác biệt so với nhóm chứng.

- Có sự biến đổi một số chỉ số chức năng tim ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp so với nhóm chứng: Doppler xung qua van hai lá: A nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng với $p < 0,01$. Tỷ lệ E/A, DT, IVRT nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng với $p < 0,05$.

- Có mối tương quan thuận chỉ số IVSd, chỉ số LVPWd với tuổi ($r = 0,39$; $r = 0,40$), với thời gian mắc bệnh ($r = 0,39$; $r = 0,28$) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holmqvist M., Ljung L., Askling J.** (2018). Mortality following new-onset Rheumatoid Arthritis: has modern Rheumatology had an impact? *Ann Rheum Dis*, 77(1):85-91.
2. **Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A., et al.** (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 31(3):315-324.
3. **Tomas L., Lazurova I., Oetterova M., et al.** (2013). Left ventricular morphology and function in patients with rheumatoid arthritis. *Wien Klin Wochenschr*, 125(9-10):233-238.
4. **Mokotedi L., Gunter, S., Robinson, C.** (2017). The Impact of Different Classification Criteria Sets on the Estimated Prevalence and Associated Risk Factors of Diastolic Dysfunction in Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Rheumatology*, 17(9):1-12.
5. **Shrivastava A.K., Singh H.V., Raizada A., et al.** (2015). Inflammatory markers in patients with rheumatoid arthritis. *Allergol Immunopathol (Madr)*.43(1):81-87.
6. **Sitia S., Tomasoni L., Cicala S., et al.** (2012). Detection of preclinical impairment of myocardial function in rheumatoid arthritis patients with short disease duration by speckle tracking echocardiography. *Int J Cardiol*,160(1):8-14.
7. **Fatma E., Bunyamin K., Savas S., et al.** (2015). Epicardial fat thickness in patients with rheumatoid arthritis. *Afr Health Sci*,15(2):489-495.
8. **Pinheiro F.A., Souza D.C. Sato E.I.** (2015). A Study of Multiple Causes of Death in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*,42(12): 2221-2228.

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÂM TRƯƠNG THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Phạm Minh Trãi¹, Nguyễn Hoàng Thanh Vân¹, Phạm Thị Ngọc Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu biến đổi các thông số đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tìm hiểu mối liên quan giữa biến đổi các thông số chức năng tâm trương thất trái với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 38 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 06/2022 đến 08/2023. Bệnh nhân được khảo sát các chỉ số đánh giá chức năng tâm trương bằng siêu âm tim. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 2,6%. Trong đó, biến đổi thông số e' bên có tỷ lệ cao nhất với 55,3%, sau đó là biến đổi thông số e' vách với 28,9%; biến đổi LAVI (10,6%), biến đổi E/e' (5,3%), biến đổi TRpV (2,6%). Sự biến đổi thông số e' vách cao hơn ở nhóm tuổi ≥ 60 , có đái tháo đường, tăng huyết áp. Sự biến đổi thông số e' bên cao hơn ở nhóm tuổi ≥ 60 . **Kết luận:** Cần mở rộng nghiên cứu về cỡ mẫu cũng như thời gian để đánh giá

sâu hơn sự biến đổi các thông số chức năng tâm trương thất trái ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, chức năng tâm trương thất trái, siêu âm tim

SUMMARY

ASSESSMENT OF LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: Research on changes in left ventricular diastolic dysfunction assessment parameters in patients with rheumatoid arthritis, evaluating the relationship between changes in left ventricular diastolic function parameters and clinical and sub-clinical factors in patients with rheumatoid arthritis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 38 rheumatoid arthritis patients diagnosed according to ACR/EULAR 2010 criteria at the Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2022 to August 2023. **Results:** The rate of left ventricular diastolic dysfunction was 2.6%. The variation of the lateral e' velocity has the highest rate at 55.3%, the septal e' velocity at 28.9%, the left atrial volume index at 10.6%, E/e' at 5.3%, and TRpV variation at 2.6%. The variation of the septal e' was higher in the age group ≥ 60 , with diabetes and hypertension. The variation of the lateral e' was higher in the age group ≥ 60 . **Conclusion:** To further evaluate the changes in left ventricular diastolic function parameters in this group of patients, the study must be expanded in terms of sample size and time.

¹Bộ môn Nội, trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

²Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thanh Vân

SĐT: 0905202068

Email: ngoangthanhvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

Keywords: rheumatoid arthritis, left ventricular diastolic dysfunction, echocardiography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh tự miễn biểu hiện đau, sưng, cứng khớp có thể gây tổn thương khớp nghiêm trọng làm mất chức năng và tàn tật. VKDT có tần suất mắc bệnh khoảng 1-2% dân số chung [1] và có thể gây ra các triệu chứng ngoài khớp như ở da, cơ, xương, tim mạch, phổi, thận... Nguy cơ tử vong của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cao hơn so với dân số chung từ 1,5-1,6 lần, trong đó liên quan nhiều nhất đến bệnh lý tim mạch, sau đó nhiễm trùng, bệnh lý hô hấp và thận [2]. Các nghiên cứu thấy rằng, bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có nguy cơ suy tim cao hơn từ 1,5 đến 2 lần so với người bình thường và suy tim là một yếu tố nguy cơ độc lập tử vong ở bệnh nhân VKDT, chiếm 1/8 nguyên nhân tử vong ở bệnh nhân VKDT [3]. Trong đó, suy tim EF bảo tồn là thường gặp hơn so với suy tim có phân suất tống máu giảm. Rối loạn chức năng tâm trương thất trái (RLCNTTrTT) đặc trưng bởi giảm khả năng thư giãn và tăng áp lực đổ đầy buồng thất trái, đây được xem là biểu hiện sớm của suy tim phân suất tống máu bảo tồn. Viêm khớp dạng thấp gây ra rối loạn chức năng tâm trương thông qua con đường tiền viêm, từ đó gây ra sự cứng và xơ hóa của cơ tim dưới lâm sàng [4].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp” nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu biến đổi các thông số đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa biến đổi các thông số chức năng tâm trương thất trái với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 38 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 06/2022 đến 08/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử hoặc đang mắc bệnh lý tim bẩm sinh, suy tim, rối loạn nhịp, bệnh mạch vành, bệnh lý van tim...; đang có bệnh lý nhiễm trùng kèm theo; có bệnh lý tự miễn dịch phối hợp: lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm da cơ-viêm đa cơ, bệnh mô liên kết hỗn hợp...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đánh giá các biến số: Anti-CCP >20UI/l: Tăng RF >14 UI/l: Tăng

- ESR >28mm/h: Tăng CRP >8mg/l: Tăng

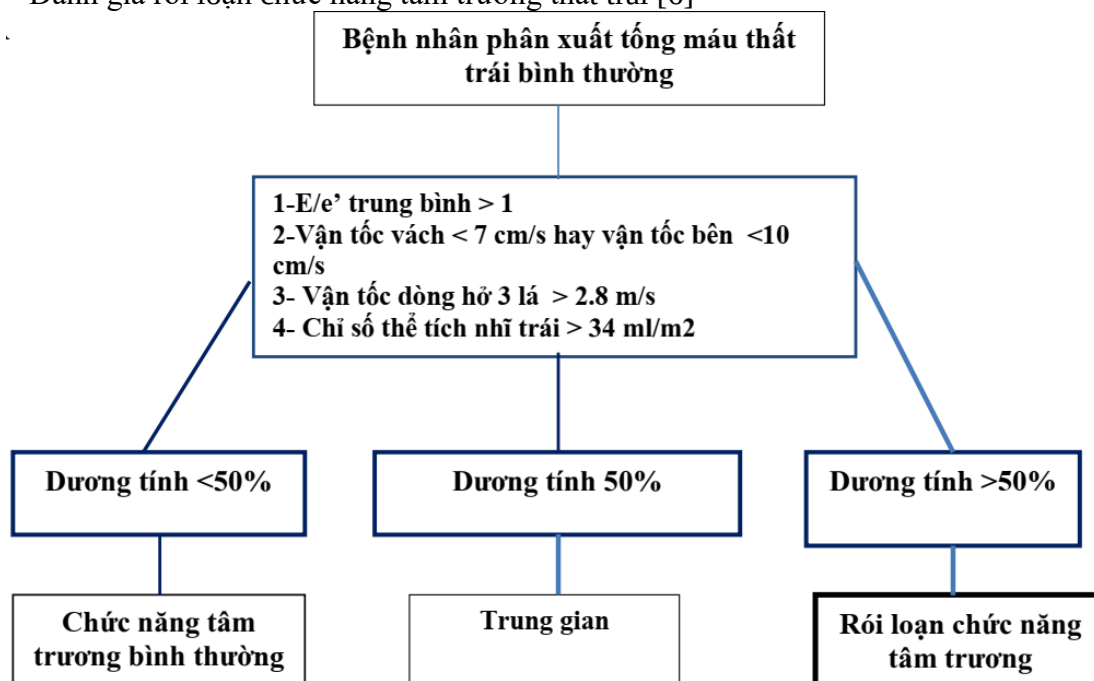
- Cholesterol >5,2 mmol/l: Tăng

- LDL-C >3,5 mmol/l: Tăng Triglyceride >1,7 mmol/l: Tăng

Đánh giá sự biến đổi các thông số trên siêu âm tim bằng máy siêu âm Affinity 50G-Philips: [5]

Thông số	Bình thường	Biến đổi
Tỷ lệ E/e' van hai lá (E/e')	≤ 1	> 1
Vận tốc e' vách (e' vách) (cm/s)	≥ 7	< 7
Vận tốc e' bên (e' bên) (cm/s)	≥ 10	< 10
Vận tốc e' vách hoặc bên (e' vách/bên)	e vách bình thường và e bên bình thường	e vách bất thường và/hoặc e bên bất thường
Vận tốc dòng hở 3 lá (TRpV) (m/s)	$\leq 2,8$	$> 2,8$
Chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) (ml/m ²)	≤ 34	> 34

- Đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái [6]



Hình 1. Sơ đồ chẩn đoán rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân có phân suất tổng máu bình thường [6]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n	%	X $\pm$ SD (min – max)
Giới	Nam	9	23,7	
	Nữ	29	76,3	
Tuổi	≥ 60	18	47,4	59,0 $\pm$ 11,8 (25 – 79)
	< 60	20	52,6	
Bệnh kèm	Đái tháo đường	8	21,1	
	Tăng huyết áp	6	15,8	
	Hút thuốc lá	6	15,8	

Thời gian mắc bệnh	<1 năm	14	25,9	3,3 ± 4,7 (0-20)
	1-5 năm	15	38,5	
	>5 năm	10	25,6	
BMI	<18,5	7	18,4	21,8 ± 3,9 (11,4 – 29,8)
	18,5-23	18	47,4	
	>23	13	34,2	
ESR/h		38		40,7 ± 31,3 (3 – 125)
CRP (mg/l)		38		45,6 ± 62,0 (79 – 322,12)
RF (UI/l)		38		235,1 ± 321,4 (2,9 – 1279,8)
Anti-CCP UI/l		38		263,9 ± 192,3 (7 – 500)
DAS28-CRP		38		5,5 ± 1,4 (2,6 – 8,0)
DAS28-ESR		38		13,6 ± 7,1 (1,9 – 25,0)
SDAI		38		34,1 ± 15,1 (8 – 68,1)
CDAI		38		34,0 ± 15,1 (8 – 68)
Cholesterol (mmol/l)		38		4,49 ± 1,16 (1,88 – 8,34)
Triglyceride (mmol/l)		38		1,69 ± 0,99 (0,66 – 5,77)
LDL – Cholesterol (mmol/l)		38		2,88 ± 0,97 (0,83 – 5,58)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có nữ giới chiếm ưu thế (74,4%), tuổi trung bình 59,49±12,0. Có bệnh kèm đái tháo đường (21,1%), tăng huyết áp (15,8%), hút thuốc lá (15,8%), thừa cân béo phì chiếm 34,2%.

Khoảng 1/4 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh <1 năm.

3.2. Đặc điểm biến đổi các thông số đánh giá CNTTTr thất trái

Bảng 2. Biến đổi các thông số đánh giá CNTTTr thất trái và RLCNTTr thất trái

		n	%
Biến đổi các chỉ số đánh giá CNTTTr	LAVI	4	10,5
	E/e'	2	5,3
	e' vách hoặc e' bên	22	57,9
	e' vách	11	28,9
	e' bên	21	55,3
	TRpV	1	2,6
Rối loạn CNTTTr	Có	1	2,6
	Trung gian	2	5,3
	Không	35	92,1

Nhận xét: Biến đổi thông số e' bên chiếm tỉ lệ cao nhất với 55,3%, sau đó là biến đổi thông số e' vách với 28,9%. Có 1/38 bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương thất trái (2,6%).

3.3. Mối liên quan giữa các chỉ số đánh giá RLCNTTr và các đặc điểm liên quan

Bảng 3. Mối liên quan giữa biến đổi e' vách và các đặc điểm liên quan

		Biến đổi e' vách		p
		Có	Không	
Tuổi	≥ 60	8	10	0,046
	< 60	3	17	
Giới	Nam	4	5	0,241
	Nữ	7	22	
Đái tháo đường	Có	5	3	0,019
	Không	6	24	
Tăng huyết áp	Có	5	1	0,001
	Không	6	26	
Hút thuốc lá	Có	3	3	0,215
	Không	8	24	
Thừa cân-béo phì	Có	5	8	0,351
	Không	6	19	
CDAI	≤ 22	3	6	0,74
	> 22	8	21	
SDAI	≤ 26	4	8	0,685
	> 26	7	19	
DAS28-CRP	≤ 5.1	5	10	0,630
	> 5.1	6	17	
DAS28-ESR	≤ 5.1	3	4	0,369
	> 5.1	8	23	
Anti-CCP	Tăng	9	22	0,981
	Bình thường	2	5	
RF	Tăng	9	24	0,559
	Bình thường	2	3	
ESR	Tăng	5	16	0,438
	Bình thường	6	11	
CRP	Tăng	6	19	0,351
	Bình thường	5	8	
Cholesterol	Tăng	1	6	0,344
	Bình thường	10	21	
LDL-C	Tăng	9	20	0,611
	Bình thường	2	7	
Triglyceride	Tăng	03	11	0,435
	Bình thường	8	16	
Thời gian mắc bệnh	1 năm	5	9	0,704
	1-5 năm	4	10	
	> 5 năm	2	8	

Nhận xét: Biến đổi e' vách ở nhóm ≥ 60 tuổi, có đái tháo đường, có tăng huyết áp cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Biến đổi e' vách không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm của các yếu tố khác.

Bảng 4. Mối liên quan giữa biến đổi e' bên và các đặc điểm liên quan

		Rối loạn e bên		p
		Có	Không	
Tuổi	≥ 60	5	13	0,046
	< 60	8	12	
Giới	Nam	6	3	0,431
	Nữ	15	14	
Đái tháo đường	Có	5	3	0,643
	Không	16	14	
Tăng huyết áp	Có	5	1	0,132
	Không	16	16	
Hút thuốc lá	Có	4	2	0,54
	Không	17	15	
Thừa cân béo phì	Có	7	6	0,899
	Không	14	11	
CDAI	≤ 22	7	2	0,12
	> 22	14	15	
SDAI	≤ 26	9	3	0,096
	> 26	12	14	
DAS28-CRP	≤ 5.1	11	4	0,07
	> 5.1	10	13	
DAS28-ESR	≤ 5.1	6	1	0,073
	> 5.1	15	16	
Anti-CCP	Tăng	17	14	0,912
	Bình thường	4	3	
RF	Tăng	18	15	0,819
	Bình thường	3	2	
ESR	Tăng	11	10	0,691
	Bình thường	10	7	
CRP	Tăng	14	11	0,899
	Bình thường	7	6	
Cholesterol	Tăng	2	5	0,116
	Bình thường	19	12	
LDL-C	Tăng	18	11	0,130
	Bình thường	3	6	
Triglyceride	Tăng	7	7	0,618
	Bình thường	14	10	

Thời gian mắc bệnh	1 năm	9	5	0,491
	1-5 năm	6	8	
	>5 năm	6	4	

Nhận xét: Biến đổi thông số e' bên ở nhóm tuổi <60 tuổi có tỉ lệ cao hơn nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Biến đổi thông số e' bên không có sự khác biệt giữa các nhóm của các yếu tố khác.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân có RLCNTTrTT chiếm 2,6%, 35 bệnh nhân không có RLCNTTrTT chiếm 92,1%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Ghaleb R.M. và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 75 bệnh nhân VKDT với 38 nhóm chứng đã ghi nhận RLCNTTr được tìm thấy ở 28% ở bệnh nhân VKDT so với 10,5% ở nhóm chứng ($p < 0,05$) [8], thấp hơn nghiên cứu của Sharma A. và cộng sự (2015) với tỉ lệ bệnh nhân có RLCNTTr là 43% [2], tuy nhiên nghiên cứu này đánh giá RLCNTTr qua các thông số vận tốc sóng E, A, tỉ số E/A, thời gian giảm tốc DT và thời gian thư giãn đẳng tích IVRT, còn nghiên cứu của chúng tôi đánh giá các thông số E/ e' , e' vách hoặc e' bên, LAVI, TRpV và sự khác nhau trong lựa chọn cỡ mẫu nghiên cứu.

Trong các thông số thường được sử dụng để đánh giá CNTTrTT thì biến đổi thông số e' bên được gặp nhiều nhất với 55,3%, sau đó biến đổi thông số e' vách (28,9%), biến đổi LAVI (10,6%), biến đổi E/ e' (5,3%), biến đổi TRpV (2,6%). Nghiên cứu của Park E. và cộng sự (2022) trên 158 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cũng ghi nhận tỉ lệ biến

đổi e' bên, e' vách, LAVI, E/ e' , TRpV lần lượt là 37%, 26%, 6,9%, 3,2%, 6,5%. Qua theo dõi trên 60 bệnh nhân, tác giả đã ghi nhận có sự gia tăng tỉ lệ biến đổi e' bên từ 21% đến 46% ($p=0,045$), e' vách tăng từ 10% đến 32% ($p=0,07$) sau 3-5 năm [4]. Từ những kết quả này, có thể gợi ý rằng biến đổi thông số e' vách và e' bên có thể là những biến đổi sớm của RLCNTTrTT ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Do đó, cần có các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để xác nhận và chú ý trong đánh giá trên siêu âm và thực tế lâm sàng có phát hiện sớm RLCNTTrTT trong quần thể bệnh nhân VKDT.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự biến đổi thông số e' vách và e' bên cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tuổi ≥ 60 . Kết quả này cũng tương tự tác giả Elizabeth Park và cộng sự (2022) khi ghi nhận có mối liên quan thuận giữa tuổi với các thông số E/ e' và LAVI [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận sự biến đổi thông số e' vách gặp với tỉ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp và đái tháo đường. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp vì tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường được xem là những yếu tố được xem là nguy cơ chung của RLCNTTrTT. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận được mối liên quan giữa biến đổi các thông số e' bên với các yếu tố nguy cơ chung khác là: tăng huyết áp, đái tháo đường. Không ghi nhận mối liên quan giữa biến đổi e' vách và e' bên với tiền sử hút thuốc lá,

tình trạng thừa cân, béo phì. Điều này có thể do cỡ mẫu còn nhỏ và nghiên cứu chưa đánh giá hết mức độ của các yếu tố nguy cơ này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa ghi nhận mối liên quan giữa biến đổi thông số e' vách và e' bên với các xét nghiệm viêm (ESR, CRP), miễn dịch (RF, Anti-CCP) và mức độ hoạt động bệnh (DAS28-CRP, DAS28-ESR, SDAI, CDAI), nồng độ Cholesterol, LDL-cholesterol, triglyceride và thời gian mắc bệnh. Tác giả Park E. và cộng sự cũng ghi nhận các marker viêm như ESR, CRP không liên quan với RLCNTTr, tuy nhiên tác giả lại ghi nhận hoạt động bệnh theo CDAI, DAS-28CRP có mối liên quan thuận với RLCNTTr sau khi đã loại bỏ các yếu tố nhiễu như hút thuốc lá, tăng huyết áp, nồng độ cholesterol máu. Trong một số nghiên cứu khác cũng cho thấy mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp và các thông số tâm trương [4]. Nghiên cứu của Sharma và cộng sự (2015) cũng ghi nhận RLCNTTr có mối liên quan với hoạt động bệnh theo thang điểm DAS-28 ($p=0.038$) và thời gian mắc bệnh ($p=0.01$) và không có mối liên quan với tốc độ lắng máu, CRP, RF, ACPA. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tác giả đánh giá RLCNTTr bằng các thông số: tỉ số E/A, thời gian thư giãn đẳng tích (IVRT), thời gian thư giãn (DT), vận tốc sóng E, vận tốc sóng A [2]. Nghiên cứu của Liang K. P. và cộng sự (2010) ghi nhận bệnh nhân VKDT có tỉ lệ RLCNTTrTT cao hơn so với dân số chung và RLCNTTrTT liên quan với thời gian mắc bệnh và nồng độ IL-6 sau khi đã điều chỉnh các yếu tố nguy cơ tim

mạch khác [9]. Ghaleb R.M. và cộng sự (2019) cũng ghi nhận có mối liên quan giữa RLCNTTr với thời gian mắc bệnh và hoạt động bệnh theo DAS28 với $p<0,05$ [8]. Nghiên cứu của Targonska-Stepniak và cộng sự (2019), đánh giá RLCNTTrTT thông qua thông số E/A ghi nhận tỉ số E/A giảm xảy ra ở 1/3 số bệnh nhân dù có hoạt động bệnh thấp, tỉ số E/A giảm nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, có nồng độ Triglyceride cao hơn, BMI cao hơn, thời gian mắc bệnh lâu hơn, ESR cao hơn, hoạt động bệnh theo DAS28 cao hơn và nồng độ RF cao hơn, có ăn mòn xương [7]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu còn nhỏ, tỉ lệ có RLCNTTrTT thấp, thời gian mắc bệnh trung bình thấp hơn nên chưa thể hiện được mối liên quan này nên cần các nghiên cứu tiếp theo ở quy mô lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 38 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tỉ lệ rối loạn chức năng tâm trương thất trái là 2,6%. Trong đó, biến đổi thông số e' bên có tỉ lệ cao nhất với 55,3%, sau đó là biến đổi thông số e' vách với 28,9%; biến đổi LAVI (10,6%), biến đổi E/e' (5,3%), biến đổi TRpV (2,6%). Sự biến đổi thông số e' vách cao hơn ở nhóm tuổi ≥ 60 , có đái tháo đường, tăng huyết áp. Sự biến đổi thông số e' bên cao hơn ở nhóm tuổi ≥ 60 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Saadati N., Moosavi M. (2018), "Evaluation of heart dysfunction in patients with rheumatoid arthritis", *Rheumatology Research*, 3(3), 101-106.

2. **Sharma A., Kaushik R., Kaushik R. M., Kakkar R.** (2015), “Echocardiographic evaluation of diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis - a case-control study”, *Modern rheumatology*, 25(4), 552–557.
3. **Aslam F., Bandeali S. J., Khan N. A., Alam M.** (2013), “Diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis: a meta-analysis and systematic review”, *Arthritis care & research*, 65(4), 534–543.
4. **Park E., Ito K., Iqbal R. et al.** (2022), “Prospective changes in diastolic function in patients with rheumatoid arthritis”, *Arthritis Res Ther*, 24, 184.
5. **Kossaify A., Nasr M.** (2019), “Diastolic Dysfunction and the New Recommendations for Echocardiographic Assessment of Left Ventricular Diastolic Function: Summary of Guidelines and Novelties in Diagnosis and Grading”, *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 35(4), 317-325.
6. **Nagueh SF, Smiseth OA, Appleton CP, et al** (2016), “Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging”, *J Am Soc Echocardiogr*, 29(4), 277-314.
7. **Targońska-Stępnia B., Biskup M., Biskup W. et al.** (2019), “Diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis patients with low disease activity”, *Clin Rheumatol*, 38, 1131–1137.
8. **Ghaleb R.M., Abd Elazeem M.I. & Amin O.A.** (2019), “Diastolic dysfunction in patients with rheumatoid arthritis”, *Egypt Rheumatol Rehabil*, 46, 148–153.
9. **Liang KP, Myasoedova E, Crowson CS, et al.** (2010), “Increased prevalence of diastolic dysfunction in rheumatoid arthritis”, *Ann Rheum Dis*, 69(9), 1665-1670.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI KẼ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP GIAI ĐOẠN SỚM

Tạ Thị Hương Trang¹, Nguyễn Văn Hùng¹, Phan Thu Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 32 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm có viêm phổi kẽ. Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực lớp mỏng có độ phân giải cao để xác định tổn thương viêm phổi kẽ theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi kẽ của ATS/ERS 2018. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi bị bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT) trung bình là $48,34 \pm 5,7$ (tuổi). Thời gian bị bệnh VKDT trung bình là $12,3 \pm 5,5$ tháng. Mức độ hoạt động bệnh VKDT trung bình theo DAS28-CRP: $3,8 \pm 2,4$. Nồng độ RF trung bình $114,54 \pm 34,5$ (UI/ml), nồng độ Anti CCP huyết thanh trung bình là $132,14 \pm 91,12$ (UI/ml). Có 12,5% bệnh nhân có biểu hiện ho khan, 6,25% bệnh nhân có biểu hiện đau ngực trên lâm sàng, khó thở khi gắng sức là 3,13%; rale nổ khi nghe phổi là 15,64%. Kiểu hình tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao (HRCT): viêm phổi kẽ thông thường (UIP) là 34,38%, có thể là UIP chiếm tỷ lệ 18,75%, viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP) là 46,87%. **Kết**

luận: Viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm thường ít có biểu hiện triệu chứng hô hấp trên lâm sàng. Vì vậy, trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cần chú ý sàng lọc để phát hiện viêm phổi kẽ sớm. **Từ khóa:** Viêm khớp dạng thấp, viêm phổi kẽ.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF EARLY STAGE RHEUMATOID ARTHRITIS – ASSOCIATE INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Objectives: To assess clinical and subclinical characteristics of early stage rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. **Subjects and methods:** 32 early stage rheumatoid arthritis patients with interstitial lung disease. Patients with rheumatoid arthritis diagnosed in accordance with ACR/EULAR 2010 were scanned by high-resolution computed tomography to identify interstitial lung disease according to ATS/ERS 2018 criteria. **Research results:** Average age of rheumatoid arthritis is $48,34 \pm 5,7$. The average duration of rheumatoid arthritis is $12,3 \pm 5,5$ (months). Average disease activity according to DAS28-CRP: $3,8 \pm 2,4$. Average serum CRP concentration was $3,4 \pm 1,2$ (mg/dl), average RF concentration $114,54 \pm 34,5$ (UI/ml), average serum Anti CCP concentration: $132,14 \pm 91,12$ (UI/ml). 12,5 % of patients presented with dry cough, 3,13% of patients showed difficulty breathing during exertion. 6,25% of patients had clinical chest pain. 15,64% of patients had fine crackle on auscultation. Phenotype of lung on high-resolution computed tomography: Usual interstitial pneumonia (UIP):

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang

SĐT: 0948253307

Email: trangntnoi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

34,38%, possible UIP was 18,75%, non-specific interstitial pneumonia: 46.87% **Conclusion:** Interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis often has few clinical manifestations. In the process of diagnosis and treatment patients with rheumatoid arthritis we need to have more attention to detect early interstitial lung disease.

Keywords: Rheumatoid arthritis, interstitial pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh lý tự miễn điển hình, diễn biến kéo dài với các biểu hiện tại khớp và ngoài khớp [1]. Biểu hiện bệnh tại hệ hô hấp gồm có tổn thương nhu mô phổi, màng phổi, đường dẫn khí và mạch máu phổi. Các biểu hiện tại phổi ở bệnh nhân VKDT thường xảy ra trong vòng 5 năm đầu trong quá trình tiến triển của bệnh và có thể xuất hiện trước các biểu hiện tại khớp [2]. Viêm phổi kẽ là biểu hiện thường gặp nhất trong các tổn thương phổi ở bệnh nhân VKDT với tỷ lệ dao động tùy theo nghiên cứu và cách phát hiện. Trong nghiên cứu của Giles và cộng sự, tỷ lệ viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 33% trên chụp HRCT và thường gặp ở lứa tuổi 50 đến 60.

Bệnh nhân VKDT với viêm phổi kẽ có tiên lượng xấu hơn, tăng nguy cơ tử vong lên 3 lần so với bệnh nhân VKDT không có viêm phổi kẽ [2]. Có nhiều bệnh nhân VKDT không có biểu hiện các triệu chứng về hô hấp trên lâm sàng mặc dù có viêm phổi kẽ trên các thăm dò hình ảnh. Tỷ lệ bệnh nhân VKDT có biểu hiện triệu chứng hô hấp thấp khoảng 5-10%. Theo tác giả Giles và cộng sự, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao phát hiện được 33% bệnh nhân có viêm phổi kẽ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Nhận xét

các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán VKDT có viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2020 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 có viêm phổi kẽ được xác định theo tiêu chuẩn ATS/ERS 2018 có thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp ≤ 24 tháng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ kết hợp với các bệnh tự miễn khác. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được khai thác bệnh và khám bệnh theo mẫu bệnh án chung. Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, thăm dò chẩn đoán hình ảnh thực hiện tại các khoa chuyên trách tại bệnh viện Bạch Mai

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Thời gian bị bệnh; tuổi khởi phát bệnh; số bao hút thuốc/năm; số khớp đau, số khớp sưng; đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo DAS 28-CRP; các triệu chứng hô hấp: ho, khó thở, đau ngực, nghe phổi.

+ Cận lâm sàng: Công thức máu, máu lắng; sinh hóa: CRP, RF, Anti CCP; chụp cắt lớp vi tính lồng ngực lớp mỏng độ phân giải cao; đo chức năng hô hấp.

- **Xử lý số liệu:** Theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

- Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu thực hiện nghiêm túc các quy định về y đức của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 32 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm có viêm phổi kẽ. Chúng tôi có các kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

		X ± SD	Max	Min
Tuổi (năm)		48,34±5,7	71	32
Thời gian bị bệnh VKDT (tháng)		12,3 ± 5,5	18	1
DAS 28-CRP		3,8 ± 2,4	5,72	1,00
Giới	Nam, n (%)	4 (12,5%)		
	Nữ, n (%)	28 (87,5%)		
Hút thuốc lá	Có, n (%)	3 (9,38%)		
	Không, n (%)	29 (90,62%)		

Nhận xét: Tuổi trung bình bị bệnh VKDT của bệnh nhân là 48,34±5,7; thời gian mắc bệnh VKDT trung bình của bệnh nhân là 12,3 ± 5,5 tháng. Bệnh nhân nữ giới chiếm 87,5%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân VKDT

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân VKDT

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %
Ho khan	4	12,5%
Khó thở khi gắng sức	1	3,13%
Đau ngực	2	6,25%
Rale nổ	5	15,63%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi 12,5% bệnh nhân có biểu hiện ho khan. Đau ngực có 6,25% bệnh nhân. Triệu chứng rale nổ khi nghe phổi có 15,63% bệnh nhân.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân VKDT

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm huyết học và sinh hóa của nhóm BN nghiên cứu

Đặc điểm		X±SD	Min/Max
Máu lắng (mm)	1h	49,60± 21,42	15/71
	2h	75,54± 21,77	20/90
CRP (mg/dl)		5,66 ± 4,75	1/15
RF (UI/ml)		114, 54 ± 34,5	8/146
Anti CCP (UI/ml)		132,14 ± 91,12	4/ 300

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CRP trung bình là 5,66 ± 4,75 (mg/dl). Nồng độ RF trung bình là 114, 54 ± 34,5 (UI/ml). 132,14 ± 91,12 (UI/ml) là nồng độ Anti CCP trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương phổi trên chụp HRCT

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %
Tổn thương dạng lưới	18	56,25%
Tổn thương dạng tổ ong	11	34,38%
Tổn thương dạng kính mờ	25	78,13%
Giãn phế nang co kéo	7	21,88%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 56,25% bệnh nhân có tổn thương dạng lưới, 78,13% bệnh nhân có tổn thương dạng kính mờ, giãn phế quản co kéo là 21,88%, tổn thương dạng tổ ong là 34,38% trên phim HRCT

Bảng 5: Kiểu hình tổn thương viêm phổi kẽ HCRT

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %
UIP	11	34,38%
Có thể UIP	6	18,75%
NSIP	15	46,87%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 34,38% bệnh nhân có tổn thương dạng UIP, tổn thương dạng NSIP là 46,87%.

Bảng 6: Đặc điểm chức năng hô hấp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ

Đặc điểm		N	Tỷ lệ %
Chức năng hô hấp bình thường		26	81,25%
Rối loạn thông khí hạn chế	Mức độ nhẹ	6	18,75%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 81,25% bệnh nhân có chức năng hô hấp bình thường. Có 18,75% bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế mức độ nhẹ.

Bảng 7. Kết quả đo chức năng hô hấp bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ (n=32)

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	<80%	≥80	≥70%
VC (%)	85,46±13,43	55	116	6 (18,75%)	26(81,25)	
FEV1	92,06±14,08	61	117	8 (25%)	24 (75%)	
Tỷ số Gaensler FEV1/FVC	103,6±6,82	84	119			100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị VC trung bình là 85,46±13,43 (%dự đoán), FEV1 trung bình là 92,06±14,08 (% dự đoán).

Theo bảng số 1, nghiên cứu trên 32 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ cho thấy tuổi trung bình bị bệnh 48,34±5,7 tuổi. Nữ giới mắc VKDT chiếm tỷ lệ 87,5%, phù hợp với các kết quả nghiên cứu là VKDT thường gặp ở nữ giới, tuổi trung niên. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ VKDT ở nữ giới có thấp hơn một số nghiên cứu khác có

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

thể do trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ. Theo các nghiên cứu viêm phổi kẽ hay gặp ở nam giới. Thời gian mắc bệnh VKDT trung bình ở các bệnh nhân là $12,3 \pm 5,5$ (tháng), thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 18 tháng, điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh bệnh VKDT, là bệnh khớp viêm mạn tính. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, đối tượng chọn bệnh nhân là các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp kéo dài dưới 24 tháng, nên so với các nghiên cứu khác thì thời gian mắc bệnh trung bình viêm khớp dạng thấp của chúng tôi ngắn hơn. Nghiên cứu của Koduri và cộng sự (2010), nghiên cứu trên 31 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ, thời gian bị bệnh trung bình của bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ là 13,7 (năm) [3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy trong số 32 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ thì có 3 bệnh nhân có hút thuốc lá chiếm 9,38%. Theo một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ hút thuốc lá ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Theo Koduri và cs, có tới 28,2% bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ có hút thuốc lá [3]. Nghiên cứu của Solomon và cộng sự bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có hút thuốc lá là 14,6%. Điều này có thể do đặc điểm về bệnh và khác biệt về văn hoá. Do bệnh nhân viêm khớp dạng thấp chủ yếu gặp ở nữ giới và tỷ lệ hút thuốc lá ở nữ giới Việt Nam ít.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Theo bảng 2, trong 32 bệnh nhân nghiên cứu có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,5% có biểu hiện ho khan trên lâm sàng. Có 1 bệnh nhân có triệu chứng khó thở khi gắng sức chiếm tỷ lệ 3,13%. 2 bệnh nhân có biểu hiện đau ngực chiếm tỷ lệ 6,25%. Có 5 bệnh nhân có rale nổ khi nghe phổi trên lâm sàng chiếm 15,63%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu khác là các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ ít có biểu hiện lâm sàng. Theo nghiên cứu của tác giả Habib và cộng sự (2010), khi nghiên cứu trên 40 bệnh nhân chẩn đoán viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ chỉ có 10% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng [4]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự trên 63 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ thấy có (9,53%) bệnh nhân có triệu chứng khó thở hoặc ho [5]. Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy rằng tỷ lệ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng của viêm phổi kẽ ở bệnh nhân VKDT là thấp.

Trong bệnh viêm khớp dạng thấp, có tình trạng viêm mạn tính kéo dài các khớp làm tăng mức độ viêm trên xét nghiệm. Theo bảng 3, mức độ máu lắng trung bình 1h trong nghiên cứu của chúng tôi là $49,60 \pm 21,42$ (mm). Nồng độ CRP (mg/dl) trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $5,66 \pm 4,75$ (mg/dl). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Wu (2020) cho biết giá trị máu lắng trung bình của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ là $54,2 \pm 34,3$ (mm). Nồng độ RF trung bình của bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là $114,54 \pm 34,5$ (UI/ml). Nồng độ anti CCP trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $132,14 \pm 91,12$ (UI/ml). Nghiên cứu

của Castellanos và cộng sự (2020) trên 37 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ thấy nồng độ RF trung bình của bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ 105 (UI/ml) tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Chụp HRCT là một trong các pháp được sử dụng để chẩn đoán xác định viêm phổi kẽ ở nhiều nghiên cứu về viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 56,25% bệnh nhân có tổn thương dạng lưới, 34,38% bệnh nhân có tổn thương dạng tổ ong, 78,13% bệnh nhân có tổn thương dạng kính mờ, 21,88% bệnh nhân có giãn phế nang co kéo. Theo tác giả Yongfeng Zhang và cộng sự (2018) nghiên cứu trên 550 bệnh nhân VKDT có 237 bệnh nhân có viêm phổi kẽ chiếm tỷ lệ 43,1%. Các loại tổn thương thường gặp gồm tổn thương dạng lưới chiếm 57,8%; tổn thương dạng kính mờ 53,2%; tổn thương dạng tổ ong 18,6% [6]. Theo bảng 5, kiểu hình tổn thương viêm phổi trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao có 34,38% bệnh nhân có tổn thương dạng UIP, có thể UIP là 18,75%, viêm phổi kẽ không đặc hiệu là 46,87%. Theo tác giả Yongfeng Zhang và cộng sự (2018) thấy có 18,6% bệnh nhân có viêm phổi kẽ loại UIP và 57,8 bệnh nhân có viêm phổi kẽ loại NSIP [6]. Nghiên cứu của Yunt và cộng sự (2017), nghiên cứu trên 158 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ có (63,3%) UIP, (14,6%) có thể là UIP và (22,1%) là NSIP [7]. So với các nghiên cứu thì tỷ lệ viêm phổi kẽ kiểu hình UIP, có thể UIP của chúng tôi thấp hơn điều này có thể do đối tượng chọn bệnh nhân nghiên cứu của chúng

tôi là các bệnh nhân VKDT có thời gian mắc bệnh dưới ≤ 24 tháng.

Theo bảng 6 và 7, giá trị VC trung bình là $85,46 \pm 13,43$ (% dự đoán), với bệnh nhân có $VC \leq 80\%$, FEV1/FVC là $103,6 \pm 6,82$. Theo nghiên cứu của Ting Wang (2015) nghiên cứu trên 25 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ cho kết quả là FEV1 $76,96 \pm 22,89$; VC $80,76 \pm 22,24$. FEV1/FVC 77,80 (41,67; 95,4) [8]. Nghiên cứu của Chen và cộng sự, (2014) nghiên cứu trên 47 bệnh nhân VKDT có viêm phổi kẽ cho kết quả như sau FEV1 $74,1 \pm 14,6$, FVC $74,9 \pm 12,2$ [5]. So với các nghiên cứu này thì giá trị VC, FVC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trên. Điều này có thể liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân VKDT điều trị tại chuyên khoa Cơ xương khớp, có thời gian mắc bệnh ngắn. Bệnh nhân đi khám chủ yếu là do các triệu chứng liên quan đến cơ quan Cơ xương khớp, khi kiểm tra tình cờ phát hiện thêm viêm phổi kẽ

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2020 đến tháng 12 năm 2024 chúng tôi đưa ra các kết luận sau:

- Có 12,5% bệnh nhân có biểu hiện ho khan, 6,25% bệnh nhân có biểu hiện đau ngực trên lâm sàng, khó thở khi gắng sức là 3,13%; rale nổ khi nghe phổi là 15,64%.
- Kiểu hình tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao: viêm

phổi kẽ thông thường (UIP) là 34,38%, có thể là viêm phổi kẽ thông thường chiếm tỷ lệ 18,75%, viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP) là 46,87%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2009), "Viêm khớp dạng thấp. Bệnh học Cơ xương khớp nội khoa", Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam pp. 9-35.
2. **Megan Shaw Bridget F. Collins, Lawrence A.Ho, Ganesh Raghu** (2014), "Rheumatoid arthritis- associated lung disease", European Respiratory society. 24(135)
3. **Koduri G, Norton S, Young A, et al.** Interstitial lung disease has a poor prognosis in rheumatoid arthritis: results from an inception cohort. *Rheumatol Oxf Engl.* 2010;49(8):1483-1489.
4. **Habib HM, Eisa AA, Arafat WR, Marie MA.** Pulmonary involvement in early rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol.* 2011;30(2):217-221.
5. **Chen J, Shi Y, Wang X, Huang H, Ascherman D.** Asymptomatic preclinical rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Clin Dev Immunol.* 2013;2013:406927.
6. **Zhang Y, Li H, Wu N, Dong X, Zheng Y.** Retrospective study of the clinical characteristics and risk factors of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Clin Rheumatol.* 2017;36(4):817-823.
7. **Yunt ZX, Chung JH, Hobbs S, et al.** High resolution computed tomography pattern of usual interstitial pneumonia in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: Relationship to survival. *Respir Med.* 2017;126:100-10
8. **Wang T, Zheng XJ, Liang BM, Liang ZA.** Clinical features of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *Sci Rep.* 2015;5(1):14897.

TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG, ĐIỂM SỐ XƯƠNG BÈ THẤP VÀ NGUY CƠ GÃY XƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Kim Hường¹, Đoàn Công Minh², Nguyễn Đình Khoa³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) có nguy cơ cao loãng xương và gãy xương, đặc biệt khi sử dụng glucocorticoid. Điểm số xương bè (TBS) đánh giá cấu trúc xương là công cụ bổ sung quan trọng, giúp cải thiện dự đoán nguy cơ gãy xương bên cạnh mật độ xương (BMD). Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ loãng xương, TBS thấp, nguy cơ gãy xương và chỉ định điều trị loãng xương trên bệnh nhân VKDT.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân VKDT điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. BMD và TBS được đo bằng phương pháp DXA. TBS được phân loại với ngưỡng $\leq 1,23$ và $\leq 1,32$. Nguy cơ gãy xương đánh giá theo mô hình FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS, can thiệp dựa trên khuyến cáo của Hội Loãng xương châu Á Thái bình dương (APCO). Đồng thuận giữa BMD và TBS, cũng như giữa FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS, được phân tích qua chỉ số Kappa.

Kết quả: Nghiên cứu thu nhận 131 bệnh nhân VKDT, trong đó nữ chiếm 83,2%, tuổi trung bình $60,2 \pm 9,3$, BMI trung bình $23,0 \pm 3,4$ kg/m². Có 21,4% bệnh nhân có tiền sử gãy

xương, 33,6% đang điều trị loãng xương bằng biphosphonate. Các bệnh đi kèm phổ biến gồm tăng huyết áp (44,3%), thiếu cơ (20,6%), đái tháo đường (17,5%), và mãn kinh sớm (8,4%). Thời gian bệnh trung vị là 7 (3-11) năm, với 41,2% bệnh nhân có tổn thương cấu trúc, 61% sử dụng glucocorticoid. Tỷ lệ loãng xương là 22,1%, thiếu xương 60,3%. TBS thấp được ghi nhận ở 26%, suy giảm một phần ở 35,1%. Đồng thuận giữa TBS và BMD thấp (Kappa = 0,2), nhưng kết hợp giúp phát hiện 32,8% bệnh nhân nguy cơ cao. Ngược lại, FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS có đồng thuận rất cao (Kappa > 0,8 cho cả 2 vị trí), giúp phát hiện thêm 5,3% và 31% bệnh nhân thiếu xương thuộc nhóm nguy cơ cao cho gãy xương chính (MOF) và gãy cổ xương đùi (HF). Theo APCO, 58,8% bệnh nhân cần điều trị loãng xương.

Kết luận: Đánh giá kết hợp TBS và BMD nâng cao hiệu quả phát hiện bệnh nhân nguy cơ cao. Theo APCO, hơn một nửa bệnh nhân cần điều trị loãng xương, nhấn mạnh vai trò của đánh giá sức khỏe xương toàn diện trong nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, Loãng xương, Điểm số xương bè, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

PREVALENCE OF OSTEOPOROSIS, LOW TRABECULAR BONE SCORE, AND FRACTURE RISK IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Background and Objectives: Patients with rheumatoid arthritis (RA) are at high risk of developing osteoporosis and fractures,

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

SĐT: 0932125757

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

particularly with prolonged glucocorticoid use. Trabecular Bone Score (TBS), a tool for assessing bone microarchitecture, is a valuable complement to bone mineral density (BMD) in improving fracture risk prediction. This study was to determine the prevalence of osteoporosis, low TBS, fracture risk, and indications for osteoporosis treatment in RA patients.

Patients and Methods: A cross-sectional study was conducted on RA patients, treated at Nguyen Tri Phuong Hospital. BMD and TBS were measured using DXA method. TBS was categorized with thresholds of ≤ 1.23 and ≤ 1.32 . Fracture risk was assessed using FRAX and TBS-adjusted FRAX, with treatment recommendations based on APCO guidelines. Concordance between BMD and TBS, as well as between FRAX and TBS-adjusted FRAX, was analyzed using the Kappa coefficient.

Results: The study recruited 131 RA patients, 83.2% of which were females, with a mean age of 60.2 ± 9.3 years and a mean BMI of 23.0 ± 3.4 kg/m². A history of fractures was reported in 21.4% of patients, and 33.6% were undergoing osteoporosis treatment with bisphosphonates. Common comorbidities included hypertension (44.3%), sarcopenia (20.6%), diabetes (17.5%), and early menopause (8.4%). The median disease duration was 7 (3–11) years, with 41.2% of patients showing structural damage. Glucocorticoid use was recorded in 61% of patients. The prevalence of osteoporosis was 22.1%, while osteopenia was observed in 60.3%. Low TBS was identified in 26% of patients, and partially degraded TBS in 35.1%. Concordance between TBS and BMD was low (Kappa = 0,2), but combining these tools identified 32.8% of patients at high risk. In contrast, concordance between FRAX and TBS-adjusted FRAX was very high (Kappa > 0.8 for both sites), detecting an additional 5.3% and 31%

of osteopenic patients as being at high risk for major osteoporotic fractures (MOF) and hip fractures (HF), respectively. According to APCO recommendations, 58.8% of patients required osteoporosis treatment.

Conclusions: Combining TBS and BMD evaluation improves the identification of high-risk patients. According to APCO guidelines, more than half of RA patients require osteoporosis treatment. Comprehensive management strategies are essential to address bone health and reduce fracture risk in this population.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Osteoporosis, Trabecular bone score, Risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương xương là một trong những biến chứng ngoài khớp quan trọng nhất của viêm khớp dạng thấp (VKDT), bắt nguồn từ quá trình viêm mạn tính gây tăng mất xương. Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đặc biệt dễ bị loãng xương và gãy xương, dù phần lớn các trường hợp xảy ra ở những người có mật độ xương (Bone Mineral Density, BMD) trên ngưỡng loãng xương¹. Điều này cho thấy các yếu tố ngoài BMD như suy giảm vi cấu trúc xương, tuổi tác, thiếu cơ, bệnh lý đi kèm, tiền sử gãy xương, nguy cơ té ngã và gãy xương trước đó đóng vai trò quan trọng trong đánh giá nguy cơ gãy xương toàn diện.

Để ước tính nguy cơ gãy xương, mô hình FRAX được sử dụng rộng rãi. Công cụ này tính toán xác suất gãy cổ xương đùi (Hip Fracture, HF) và gãy xương chính (Major Osteoporotic Fracture, MOF) trong 10 năm, dựa trên các yếu tố nguy cơ lâm sàng của cá nhân². Ngoài ra, điểm số xương bè (Trabecular bone score, TBS), một phép đo dựa trên hình ảnh DXA cột sống, đã trở

thành công cụ đáng chú ý trong lâm sàng nhờ khả năng đánh giá vi cấu trúc xương độc lập với BMD³. TBS phản ánh chất lượng xương và là yếu tố dự đoán mạnh mẽ nguy cơ gãy xương, đặc biệt ở bệnh nhân VKDT⁴ hoặc những người dùng Glucocorticoid⁵.

Trên thế giới, tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân VKDT dao động từ 12% đến 36,2% ở cổ xương đùi và từ 10,7% đến 28,8% ở cột sống thắt lưng⁶⁻⁸. Trong khi đó, TBS suy giảm một phần và suy giảm hoàn toàn được báo cáo lần lượt là 31,8% và 33,3% bởi Tavassoli (2021)⁹. Những con số này nhấn mạnh gánh nặng của các biến chứng xương trong VKDT và tầm quan trọng của việc đánh giá toàn diện nguy cơ gãy xương.

Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ loãng xương, TBS thấp, nguy cơ gãy xương và chỉ định điều trị loãng xương trên bệnh nhân VKDT trong môi trường bệnh viện, góp phần cải thiện chiến lược quản lý và giảm thiểu nguy cơ gãy xương trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành lấy mẫu thuận tiện trên 131 bệnh nhân VKDT đến khám và điều trị tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Nguyễn Tri Phương, từ tháng 12/2023 đến tháng 06/2024. Cỡ mẫu tối thiểu được tính là 97 dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho các tỷ lệ với $\alpha = 0,05$, sai số ước lượng $d = 10\%$ với các tỷ lệ trong y văn đã ghi nhận^{6-8,9}.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nam và nữ 40-90 tuổi, được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thỏa mãn tiêu chuẩn phân loại ACR/EULAR 2010.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc các bệnh lý khớp viêm khác như viêm khớp vảy nến, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp nhiễm

trùng, lao khớp, chấn thương khớp, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm da cơ; các bệnh chuyển hóa xương như Paget, xương thủy tinh, loạn sản sụn, bệnh xương đá; mắc các bệnh tâm thần hoặc không có khả năng trả lời các câu hỏi; BMI ngoài khoảng 15-37 kg/m² như khuyến cáo của nhà sản xuất TBS.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Bệnh nhân được đo nhân trắc, đánh giá bảng câu hỏi gồm lối sống, tiền sử gãy xương, tiền căn bệnh lý, các yếu tố liên quan VKDT (thời gian bệnh, DAS28, tổn thương cấu trúc, mất chức năng, đánh giá thiếu cơ cơ bằng SARC F ≥ 4) và dùng thuốc, gồm corticoid, thuốc chống hủy xương, thuốc chống thấp làm thay đổi bệnh (DMARDs).

BMD được đo ở cột sống thắt lưng (CSTL) và vùng hông bằng máy Hologic, model Discovery Wi. Số liệu mật độ xương (g/cm²) được ghi nhận tại 3 vị trí cổ xương đùi (CXĐ), xương đùi toàn bộ (XĐTB) và CSTL. Phân loại loãng xương, thiếu xương, bình thường theo định nghĩa của WHO.

Phân tích TBS được thực hiện nhờ sự trợ giúp của Medimaps Group SA tại Server chính tại Thụy Sĩ bằng phần mềm iNsight phiên bản TBS v4 beta (Core Module v19.4.0). Phân loại TBS thấp, suy giảm 1 phần và bình thường ở các ngưỡng cắt theo Cohort Manitoba $\leq 1,23$ và $\leq 1,32$.

Dùng công cụ FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX>) phiên bản Thái Lan, tính toán giá trị MOF (nguy cơ 10 năm gãy xương chính) và HF (nguy cơ 10 năm gãy cổ xương đùi) theo FRAX nguyên thủy (dựa trên BMD cổ xương đùi và các yếu tố nguy cơ) và FRAX hiệu chỉnh theo TBS. Ngưỡng cắt cho FRAX MOF nguy cơ thấp/trung bình/cao là 10%, 20% và ngưỡng

cắt FRAX HF là 1%, 3%.

Chỉ định điều trị loãng xương dựa trên khuyến cáo APCO được định nghĩa gồm tiền sử gãy xương do xương yếu, loãng xương bởi Tscore $\leq -2,5$ ở tối thiểu 1 vị trí hoặc thiếu xương kèm nguy cơ gãy xương cao (theo FRAX)

Dữ liệu được phân tích sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 20, với biến định tính thể hiện bằng tỉ lệ (%), biến định lượng thể hiện bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn), hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (phân phối không chuẩn) và tính hệ số tương quan Kappa với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Đồng thuận giữa BMD và TBS, cũng như giữa FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS, được phân tích qua chỉ số Kappa

Nghiên cứu được thông quan và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (3026/NTP-HĐĐĐ ngày 29/12/2023).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

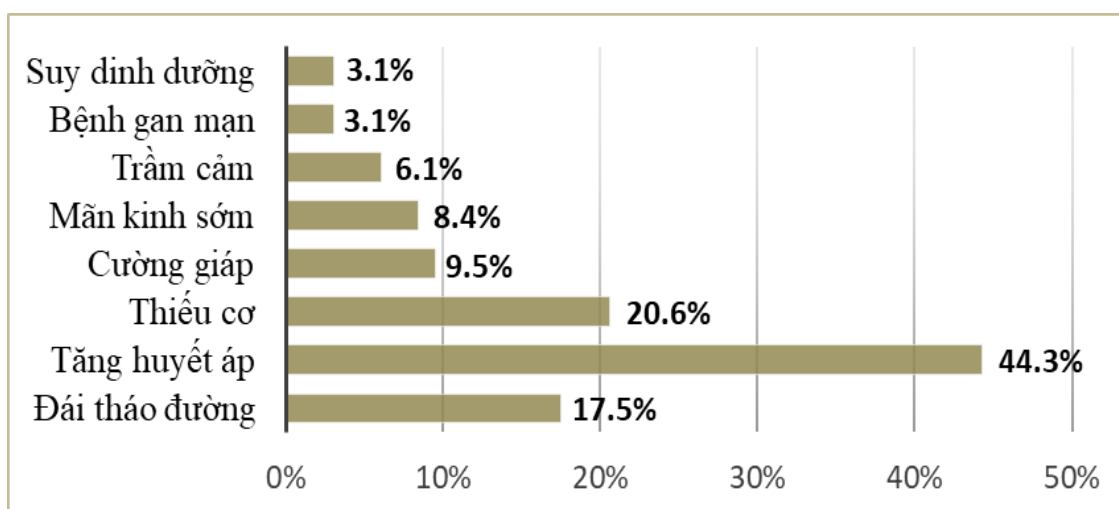
Trong tổng số 131 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 83,2% là nữ giới, tương đương tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 5:1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,2 \pm 9,3$ tuổi, với chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $23,0 \pm 3,4$ kg/m². Phân loại thể trạng dựa trên BMI cho thấy 51,1% bệnh nhân có thể trạng bình thường, 4,6% bị thiếu cân, và 44,3% thuộc nhóm thừa cân hoặc béo phì.

Bảng 1: Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ loãng xương

Đặc điểm	Giá trị (N = 131)
Tuổi (năm)	$60,2 \pm 9,3^*$
Giới nữ (%)	83,2%
Chiều cao (cm)	155,0 (152,0 – 160,0) **
Cân nặng (kg)	55,0 (50,0 – 61,0) **
BMI (kg/m ²)	$23,0 \pm 3,4^*$
Phân loại BMI	Thiếu cân: 4,6%, Bình thường: 51,1%, Thừa cân: 22,1%, Béo phì độ I: 20,6%, Béo phì độ II: 1,5%
Hút thuốc hiện tại (%)	13%
Uống rượu ≥ 3 đơn vị/ngày (%)	5,3%
Tiền sử gãy xương (%)	21,4%
Tiền sử gãy cổ xương đùi của cha/mẹ (%)	9,2%
Glucocorticoid (%)	61,1%, với 2/3 trong số đó liều thấp ($<5\text{mg}/24\text{h}$)
Thuốc loãng xương (%)	Calci: 78,6%, Vitamin D: 29,4%, Bisphosphonat: 33,6%

* Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Đáng chú ý, 61,1% bệnh nhân sử dụng glucocorticoid, trong đó 2/3 dùng liều thấp (<5 mg/24h). Việc điều trị loãng xương được ghi nhận với tỷ lệ 78,6% sử dụng canxi, 29,4% dùng vitamin D, và 33,6% sử dụng bisphosphonate.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các bệnh đồng mắc

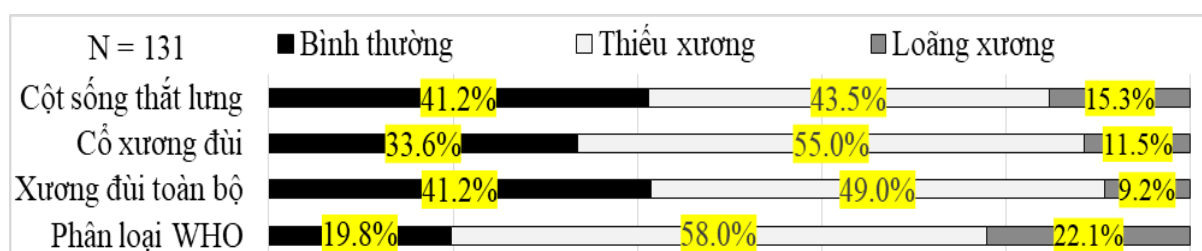
Các bệnh đi kèm phổ biến gồm tăng huyết áp (44,3%), thiếu cơ (20,6%), đái tháo đường (17,5%) và mãn kinh sớm (8,4%).

Bảng 2: Đặc điểm liên quan VKDT

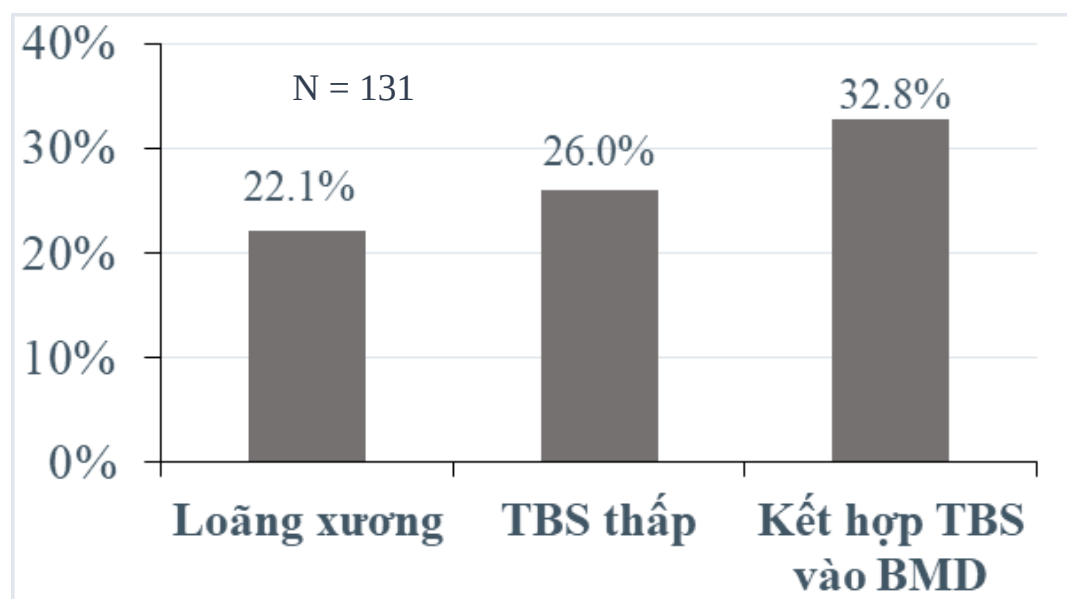
Đặc điểm	Giá trị (N = 131)
Thời gian bệnh (năm)	7 (3 – 11) *
DAS28-VS	3,4 (2,8 – 24,2) *
DAS28-CRP	2,6 (1,7 – 3,4) *
Tổn thương cấu trúc (%)	41,2%
Mất chức năng (%)	11,5%
Máu lắng (mm/h)	40 (24 – 55) *
CRP (mg/L)	3,6 (1,1 – 19,0) *
RF	Âm tính (< 15): 23,8% Dương tính thấp: 13,1% Dương tính cao (≥ 45): 63,1%
Anti CCP	Âm tính (< 20): 34,4% Dương tính thấp: 14,8% Dương tính cao (≥ 60): 50,8%
Điều trị cơ bản	DMARD cổ điển đơn trị: 67,9% DMARD cổ điển kết hợp: 14,5% DMARD sinh học: 4,6% Ức chế JAK: 7,6%

* Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp trung vị là 7 (3-11) năm. Tình trạng hoạt động bệnh được đo lường thông qua chỉ số DAS28, với giá trị DAS28-VS trung vị là 3,4 (2,8–4,2) và DAS28-CRP là 2,6 (1,7–3,4). Ngoài ra, 41,2% bệnh nhân có tổn thương cấu trúc và 11,5% mất chức năng.



Biểu đồ 2: Phân loại loãng xương theo WHO cho từng vị trí



Biểu đồ 3: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ gãy xương cao theo BMD và TBS

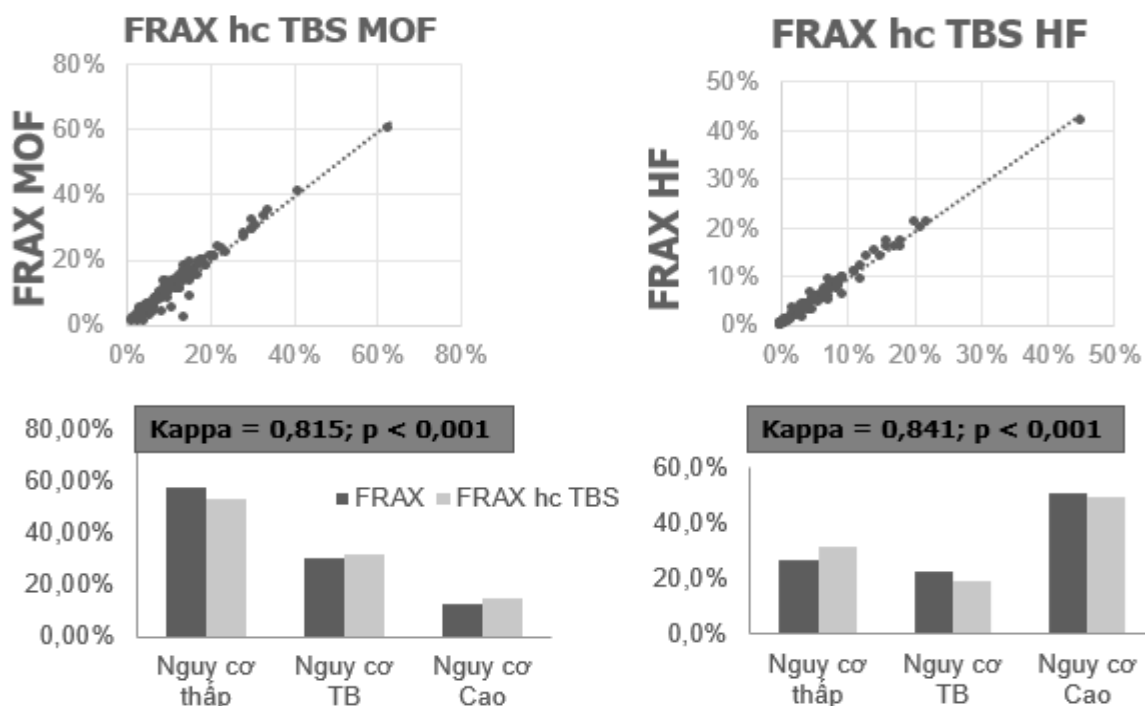
Tỷ lệ loãng xương là 22,1%, thiếu xương 60,3%. TBS thấp được ghi nhận ở 26%, suy giảm một phần ở 35,1%. Sự kết hợp giúp phát hiện 32,8% bệnh nhân nguy cơ cao, nghĩa là bổ sung 10,7% so với đánh giá loãng xương dựa vào mật độ xương đơn thuần.

Bảng 3: Bảng tương hợp phân loại loãng xương BMD và TBS

Phân loại TBS	Phân loại mật độ xương (theo T-score)			Tổng
	Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương	
TBS bình thường	22 (16,8%)	28 (21,4%)	1 (0,8%)	51 (38,9%)
TBS suy giảm một phần	1 (0,8%)	37 (28,2%)	8 (6,1%)	46 (35,1%)
TBS thấp	0 (0,0%)	14 (10,7%)	20 (15,3%)	34 (26,0%)
Tổng	23 (17,6%)	79 (60,3%)	29 (22,1%)	131 (100%)

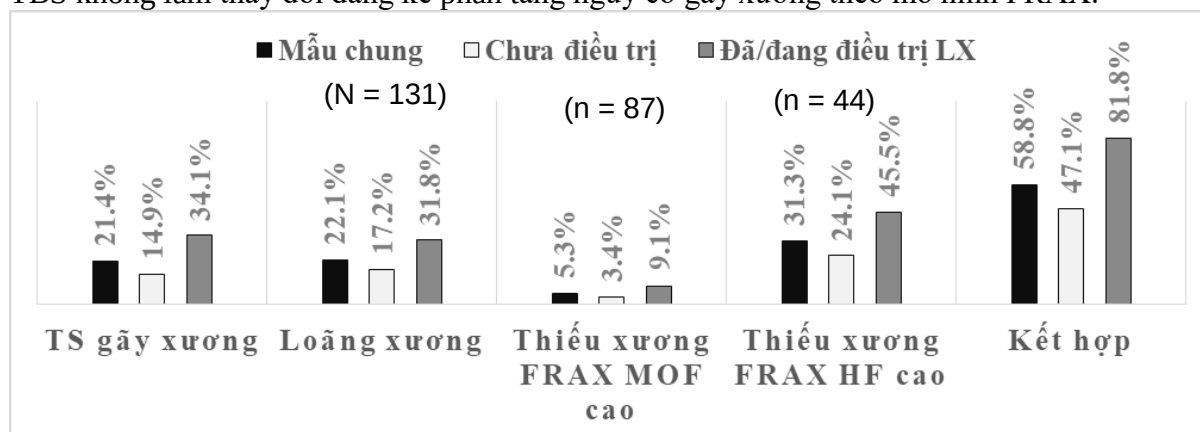
Hệ số tương hợp Kappa: 0,199, $p < 0,001$

Phân loại TBS và BMD có mức tương hợp thấp (Kappa = 0,199), cần được sử dụng bổ sung để đánh giá toàn diện nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân VKDT.



Hình 1: Scatter plot tương quan tuyến tính giữa FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS (a, b); Phân tầng nguy cơ FRAX và FRAX hiệu chỉnh TBS (c, d)

Trên bệnh nhân VKDT, nguy cơ gãy xương đánh giá theo FRAX thường đánh giá cao ở cổ xương đùi (FRAX HF 50,4%) so với nguy cơ gãy xương chính (FRAX MOF 12,2%). FRAX truyền thống và FRAX điều chỉnh TBS có sự tương hợp cao, cho thấy việc bổ sung TBS không làm thay đổi đáng kể phân tầng nguy cơ gãy xương theo mô hình FRAX.



Biểu đồ 4: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ gãy xương cao theo APCO, có phân nhóm chưa và đã/đang điều trị loãng xương (LX)

FRAX MOF và FRAX HF giúp phát hiện thêm 5,3% và 31% bệnh nhân thiếu xương thuộc nhóm nguy cơ cao cho gãy xương chính (MOF) và gãy cổ xương đùi (HF). Theo APCO, 58,8% bệnh nhân VKDT cần điều trị loãng xương trong mẫu nghiên cứu, riêng chỉ tính nhóm chưa điều trị cũng có 47,1% bệnh nhân đạt ngưỡng cần bổ sung điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 22,1% và thiếu xương 60,3%, tương đồng với Sinigaglia (2000) là 28,8% loãng xương⁶. Tỷ lệ TBS thấp (26%) trong nghiên cứu cũng thấp hơn Tavassoli (2021) (33,3%)⁹. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ kỹ thuật lấy mẫu, phương pháp đo mật độ xương và máy đo, giá trị tham chiếu White hay Asian, cũng như đặc điểm nội tại của từng dân số. Điều này khẳng định rằng VKDT không chỉ là bệnh viêm mạn tính mà còn là yếu tố nguy cơ chính gây suy giảm mật độ xương và cấu trúc vi mô, từ đó làm tăng nguy cơ gãy xương.

Các yếu tố nguy cơ như tỷ lệ nữ giới cao (83,2%), tuổi trung bình lớn (60,2 tuổi), sử dụng glucocorticoid (61,1%) và đồng mắc các bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp (44,3%) và đái tháo đường (17,5%) góp phần đáng kể vào tình trạng này. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy bệnh nhân VKDT là nhóm nguy cơ cao cần được ưu tiên trong quản lý loãng xương.

Việc kết hợp chỉ số TBS và BMD trong đánh giá nguy cơ gãy xương mang lại hiệu quả cao hơn so với chỉ sử dụng BMD đơn thuần. Nghiên cứu cho thấy mức độ tương hợp thấp giữa TBS và BMD ($Kappa = 0,199$, $p < 0,001$), nhưng sự kết hợp hai phương pháp giúp phát hiện thêm 10,7% bệnh nhân nguy cơ cao, nâng tỷ lệ này lên 32,8%. Điều này khẳng định rằng BMD không đủ nhạy để đánh giá toàn diện, đặc biệt ở bệnh nhân VKDT có vi cấu trúc xương suy giảm nhưng chưa đạt ngưỡng loãng xương¹. TBS giúp nhận diện những trường hợp nguy cơ tiềm ẩn và bổ sung giá trị quan trọng trong đánh giá nguy cơ gãy xương³.

Tuy nhiên, hệ số Kappa so sánh giữa chỉ

số FRAX truyền thống và FRAX hiệu chỉnh TBS đạt giá trị rất cao ($Kappa = 0,815$ cho nguy cơ gãy xương chính [MOF] và 0,841 cho nguy cơ gãy cổ xương đùi [HF], với $p < 0,001$), cho thấy mức độ tương hợp rất lớn giữa chúng. Điều này có nghĩa rằng việc bổ sung TBS vào FRAX không làm thay đổi đáng kể phân tầng nguy cơ gãy xương. Nói cách khác, TBS không mang lại giá trị bổ sung rõ rệt trong đánh giá nguy cơ gãy xương đối với bệnh nhân VKDT khi đã sử dụng FRAX truyền thống. Kết quả này không chỉ nhấn mạnh tính chính xác cao của FRAX trong dự đoán nguy cơ gãy xương mà còn đặt câu hỏi về tính cần thiết của việc bổ sung TBS trong thực hành lâm sàng khi sử dụng FRAX để đánh giá.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân VKDT cần điều trị loãng xương rất cao, đạt 58,8% theo tiêu chí APCO, trong đó 47,1% bệnh nhân chưa được điều trị. Kết quả này nhấn mạnh sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị loãng xương, dù đây là nhóm nguy cơ cao.

Hạn chế của nghiên cứu bao gồm thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu tương đối nhỏ và chưa xem xét các yếu tố lối sống (chế độ ăn uống, vận động). Các nghiên cứu trong tương lai cần thiết kế tiền cứu với quy mô lớn hơn để đánh giá toàn diện hơn vai trò của TBS và FRAX trong quản lý loãng xương ở bệnh nhân VKDT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cung cấp thêm bằng chứng về tỷ lệ loãng xương (22,1%), điểm số xương bẻ thấp (26%) trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và kết hợp TBS và BMD nâng cao hiệu quả phát hiện bệnh nhân nguy cơ cao (32,8%). Ngoài ra, theo APCO, hơn một nửa bệnh nhân cần điều trị loãng xương,

nhấn mạnh vai trò của đánh giá sức khỏe xương toàn diện trong nhóm bệnh nhân này. FRAX truyền thống cho thấy tính chính xác cao và tương hợp tốt với FRAX hiệu chỉnh TBS, gợi ý rằng việc bổ sung TBS vào FRAX không mang lại giá trị bổ sung đáng kể. Tuy nhiên, khi kết hợp BMD và TBS, sự đánh giá nguy cơ trở nên toàn diện hơn. Điều này nhấn mạnh rằng các công cụ hiện đại cần được lựa chọn một cách hợp lý tùy vào tình huống lâm sàng nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị và giảm thiểu nguy cơ gãy xương ở bệnh nhân VKDT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Breban S, Briot K, Kolta S, et al.** Identification of rheumatoid arthritis patients with vertebral fractures using bone mineral density and trabecular bone score. *Journal of clinical densitometry : the official journal of the International Society for Clinical Densitometry*. Jul-Sep 2012;15(3):260-6.
2. **Elde KD, Madsen OR.** FRAX 10-yr Fracture Risk in Rheumatoid Arthritis- Assessments With and Without Bone Mineral Density May Lead to Very Different Results in the Individual Patient. *Journal of clinical densitometry: the official journal of the International Society for Clinical Densitometry*. Jan-Mar 2019;22(1):31-38.
3. **Hans D, Goertzen AL, Krieg MA, Leslie WD.** Bone microarchitecture assessed by TBS predicts osteoporotic fractures independent of bone density: the Manitoba study. *J Bone Miner Res*. Nov 2011;26(11):2762-9.
4. **Kim D, Cho SK, Kim JY, Choi YY, Sung YK.** Association between trabecular bone score and risk factors for fractures in Korean female patients with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol*. Jul 2016;26(4):540-5.
5. **Choi YJ, Chung YS, Suh CH, Jung JY, Kim HA.** Trabecular bone score as a supplementary tool for the discrimination of osteoporotic fractures in postmenopausal women with rheumatoid arthritis. *Medicine (Baltimore)*. Nov 2017;96(45):e8661.
6. **Sinigaglia L, Nervetti A, Mela Q, et al.** A multicenter cross sectional study on bone mineral density in rheumatoid arthritis. *Italian Study Group on Bone Mass in Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol*. Nov 2000;27(11):2582-9.
7. **Lodder MC, Haugeberg G, Lems WF, et al.** Radiographic damage associated with low bone mineral density and vertebral deformities in rheumatoid arthritis: the Oslo-Truro-Amsterdam (OSTRA) collaborative study. *Arthritis Rheum*. Apr 15 2003;49(2):209-15.
8. **Kvien TK, Haugeberg G, Uhlig T, et al.** Data driven attempt to create a clinical algorithm for identification of women with rheumatoid arthritis at high risk of osteoporosis. *Ann Rheum Dis*. Oct 2000;59(10):805-11.
9. **Tavassoli S, Rajaei A, Emam MM, Farsad F.** Evaluating the Value-Added of the Trabecular Bone Score in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Arch Iran Med*. Mar 1 2021;24(3):193-198.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI HỘI CHỨNG DỄ BỊ TỔN THƯƠNG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Trần Huyền Trang^{1,2}, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Hội chứng dễ bị tổn thương (HCDBTT) là một quá trình động, có thể chuyển dịch trạng thái từ tiền suy yếu, suy yếu về khoẻ mạnh nếu can thiệp sớm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 402 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024. Đánh giá hội chứng dễ bị tổn thương bằng thang điểm CRAF (Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty – Thang điểm đánh giá HCDBTT một cách toàn diện theo quan điểm của Thấp khớp học) **Kết quả nghiên cứu:** Điểm CRAF trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $0,27 \pm 0,11$. Trong đó, tỉ lệ HCDBTT ở nhóm suy yếu nặng, trung bình và nhẹ lần lượt là: 22,4%; 31,8% và 41,3%. Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy: tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh, điểm chỉ số bệnh phối hợp, điểm PHQ -9, BMI đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CRAF trung bình. Trong đó, điểm PHQ -9, số lượng thuốc dùng của bệnh nhân và điểm chỉ số bệnh phối

hợp có mức độ ảnh hưởng đáng kể đến điểm CRAF trung bình. **Kết luận:** Tỉ lệ hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tương đối cao. Hiểu được một số yếu tố liên quan đến hội chứng dễ bị tổn thương giúp phát triển các biện pháp can thiệp nhằm kiểm soát tình trạng suy yếu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Từ khóa: Hội chứng dễ bị tổn thương, viêm khớp dạng thấp, CRAF

SUMMARY

ASSESSMENT OF VARIOUS RELATED FACTORS WITH FRAILTY SYNDROME IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Background: Frailty syndrome is a dynamic process that can change from pre-frailty, frailty to health if intervened early. **Aim:** To determine various related factors with frailty syndrome in patients with rheumatoid arthritis. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study on 402 patients in rheumatoid arthritis, treated at Bach Mai hospital, from March 2023 to December 2024, using CRAF (Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty) to assessment frailty syndrome. **Results:** The average CRAF score was $0,27 \pm 0,11$. In particular, the prevalences of the severe, moderate and mild frailty were 22,4%; 31,8% and 41,3%, respectively. Univariate regression analysis results showed that: age, disease duration, disease activity, The rheumatic diseases comorbidity index, PHQ -9 score, BMI all had statistically significant associations with the average CRAF score. In which, PHQ -9 score, number of medications and

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Trung tâm cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huyền Trang

SĐT: 0984778780

Email: tranhuyentrang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

comorbidity index had a significant impact on the average CRAF score. **Conclusion:** The incidence of frailty syndrome in patients with rheumatoid arthritis is relatively high. Understanding factors related to frailty syndrome can help in developing targeted interventions to manage and potentially reverse frailty in patients with rheumatoid arthritis

Keywords: Frailty syndrome, rheumatoid arthritis, CRAF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng dễ bị tổn thương là một hội chứng trong đó chức năng và khả năng hoạt động sinh lý của cơ thể bị suy giảm, dẫn đến tăng nguy cơ bị tổn thương và các kết quả bất lợi cho sức khỏe.¹ Tình trạng dễ bị tổn thương được xác định có liên quan với tăng tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong, tăng các chi phí y tế và xã hội.² Tỉ lệ hội chứng dễ bị tổn thương dao động từ 7% đến 10% ở những người trên 65 tuổi và gấp từ 20–40% ở những người trên 80 tuổi.³ Mặc dù phổ biến ở người cao tuổi, các nghiên cứu gần đây đã nhấn mạnh việc xuất hiện hội chứng dễ bị tổn thương trong một số quần thể mắc các bệnh mạn tính, không phụ thuộc vào tuổi tác, như: xơ gan, bệnh thận mạn, suy tim, bệnh lý cơ xương khớp. Hội chứng dễ bị tổn thương trong các bệnh lý cơ xương khớp nghiêm trọng vì có thể gặp ở người trẻ và có thể dẫn đến hoặc làm nặng tình trạng bệnh, gây tăng tỉ lệ suy giảm chức năng và tàn phế ở những bệnh nhân này. Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp viêm mạn tính, bệnh có thể dẫn đến di chứng, tàn tật, giảm chất lượng cuộc sống thậm chí có thể dẫn đến tử vong ở người bệnh. Trong những năm gần đây, HCDBTT ở bệnh nhân VKDT đang ngày càng được quan tâm. Tỉ lệ hội chứng dễ bị tổn thương tăng dần theo tuổi, nhưng một

số nghiên cứu đã chỉ ra tình trạng suy yếu là một quá trình động, có thể chuyển dịch trạng thái từ tiền suy yếu, suy yếu về khoẻ mạnh ở tương ứng 25%; 3% người bệnh.⁴ Một số những thiếu hụt, suy giảm ở người bệnh có hội chứng dễ bị tổn thương có thể hồi phục nếu được can thiệp sớm. Chính vì lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với hội chứng dễ bị tổn thương ở người bệnh viêm khớp dạng thấp.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 402 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, điều trị nội trú và ngoại trú tại Trung tâm cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu được chẩn đoán xác định bệnh viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2010. Bệnh nhân có thể thực hiện được các bộ câu hỏi, các thăm dò cận lâm sàng và các bài kiểm tra chức năng theo chỉ định và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị loại trừ khỏi nghiên cứu khi có một trong các tiêu chuẩn sau: Đang mắc các bệnh lý cấp tính nặng như: nhiễm khuẩn huyết, hôn mê do hạ glucose máu, tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm toan ceton, suy gan nặng, tai biến mạch não giai đoạn cấp, rối loạn ý thức.

2.2. Thời gian, địa điểm thực hiện nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bạch Mai

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên

Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu
- Z= 1,96 (với độ tin cậy là 95 %)
- p = tỉ lệ HCDBTT ở bệnh nhân VKDT, tại Việt Nam chưa có công bố nào về tỉ lệ mắc HCDBTT ở bệnh nhân VKDT nên chúng tôi lựa chọn p = 0,351 theo kết quả nghiên cứu của Salaffi và cộng sự năm 2020.³

- d = sai số mong đợi, chọn d = 0,05

Theo công thức này, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 350 bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 402 bệnh nhân.

2.4. Tiến hành nghiên cứu

- Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và khai thác thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, thời gian mắc bệnh, tiền sử mắc các bệnh lý mạn tính, số khớp sưng, số khớp đau đau, số lượng thuốc sử dụng, điểm đau VAS.

- Hội chứng dễ bị tổn thương được đánh giá theo thang điểm CRAF.³(Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty – Thang điểm đánh giá HCDBTT một cách toàn diện theo quan điểm của Thấp khớp học): Các tiêu chí chính của thang CRAF bao gồm: tình trạng dinh dưỡng (được đánh giá thông qua chỉ số khối cơ thể, BMI), giảm cơ lực, té ngã, tình trạng mắc các bệnh lý kèm theo, tình trạng dùng nhiều loại thuốc, mức độ hạn chế hoạt động xã hội, mức độ đau,

mệt mỏi, hạn chế chức năng về thể chất và trầm cảm. Một số biến số (tình trạng dinh dưỡng, tình trạng dùng nhiều loại thuốc, và hạn chế các hoạt động xã hội) có 3 mức độ đánh giá và cho điểm (0; 0,5; 1,0); trong khi các biến số khác, như tỷ lệ mắc bệnh lý kèm theo và những biến số do người bệnh tự đánh giá (mức độ đau, mệt mỏi, chức năng thể chất và trầm cảm) có từ năm (0; 0,25; 0,5; 0,75; 1,0) tới sáu cấp độ (0; 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 và 1,0) để phản ánh sự khác biệt về mức độ nghiêm trọng của từng tiêu chí.

Điểm CRAF dựa trên tổng của mười biến số chia cho 10 và được phân loại như sau:

Bình thường: $0 \leq \text{điểm CRAF} \leq 0,12$.

HCDBTT mức độ nhẹ: $0,12 < \text{điểm CRAF} \leq 0,24$.

HCDBTT mức độ vừa: $0,24 < \text{điểm CRAF} \leq 0,36$.

HCDBTT mức độ nặng: điểm CRAF > 0,36.

- Sức mạnh cơ tay: Được đánh giá bằng đo cơ lực tay. Cơ lực tay (hand grip strength - HGS) thường được sử dụng trong các nghiên cứu để đánh giá khả năng thực hiện động tác. Cơ lực tay được đánh giá qua số kilogram khi sử dụng máy đo cơ lực nắm tay. Nghiên cứu này chúng tôi sử dụng máy Jamar Hydraulic Hand Dynamometer 5030 J1 để đo cơ lực tay bệnh nhân.

- Bảng câu hỏi sức khỏe bệnh nhân PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).⁵ với 9 câu hỏi (triệu chứng), các triệu chứng này kéo dài ít nhất hai tuần. Cách cho điểm mỗi triệu chứng dựa trên thang điểm gồm 4 mức độ, sau đó tính điểm trung bình của 9 câu trả lời.

Cách đánh giá:

0-4 điểm: Không có trầm cảm

5-9 điểm: Trầm cảm nhẹ

10-14 điểm: Trầm cảm trung bình

15-19 điểm: Trầm cảm nặng vừa

20-27 điểm: Trầm cảm nghiêm trọng

- Mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp được đánh giá qua thang điểm DAS28- CRP

- Chỉ số mắc các bệnh lý đi kèm ở bệnh nhân cơ xương khớp (RDCI - The Rheumatic Diseases Comorbidity Index)³: RDCI được tính bằng tổng số điểm các bệnh kèm theo ở bệnh nhân cơ xương khớp.

Trong đó: hệ số của mỗi nhóm bệnh lý kèm theo khác nhau, như sau:

Hệ số =2 với bệnh phổi, nhồi máu cơ tim, bệnh lý tim mạch khác, hoặc đột quỵ

Hệ số =1 với tăng huyết áp, viêm hoặc bệnh lý tiêu hóa khác, đái tháo đường, loãng xương, ung thư, trầm cảm.

- Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu được thực hiện tại trung tâm Huyết học và truyền máu, khoa Hóa sinh bệnh viện Bạch Mai, với các giá trị tham chiếu chuẩn đã được công bố trước đó.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh giá trị trung bình của hai mẫu độc lập khác nhau khi phương sai không bằng nhau sử dụng Welch's t- test.

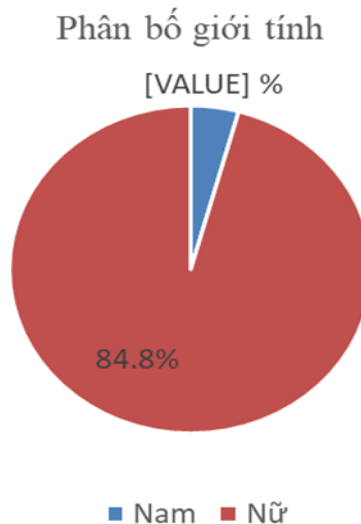
Phân tích hồi quy đơn biến được sử dụng để xác định mối liên quan giữa hội chứng dễ bị tổn thương với tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh và một số yếu tố khác.

Nếu $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% của sự khác biệt không chứa 0 thì các giá trị trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các quy định của khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội và lãnh đạo bệnh viện Bạch Mai (Số: 828/GCN-HĐĐĐNCYSH- ĐHYHN)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính (n=402)

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành trên 402 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, trong đó có 61 bệnh nhân nam, 341 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nữ/ nam = 5,6/1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n= 402)

	Giới tính						p
	Nam		Nữ		Tổng		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Tuổi (năm)	57,9	13,4	57,0	12,4	57,1	12,5	0,624
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,55	4,39	5,57	5,42	5,42	5,29	0,110
RDCI (Điểm, 0-11)	1,21	1,11	1,14	1,05	1,15	1,06	0,638
Số lượng thuốc dùng (số thuốc)	2,62	1,61	2,75	1,75	2,73	1,72	0,575
BMI (kg/m ²)	21,49	2,14	20,95	1,92	21,04	1,96	0,048*
Số khớp sưng (số khớp)	6,20	5,67	4,11	4,37	4,43	4,65	0,008**
Số khớp đau (Số khớp)	9,13	5,10	7,72	4,70	7,94	4,78	0,048*
PHQ-9 (Điểm, 0-27)	7,75	4,65	7,58	4,43	7,61	4,45	0,78
VAS (Điểm, 0-10)	5,18	1,65	4,41	1,55	4,52	1,59	0,001**
CRP (mg/dl)	54,93	69,78	33,80	48,50	37,00	53,51	0,027*
DAS28 - CRP (Điểm, 0-9,4)	4,34	0,98	4,00	0,94	4,05	0,96	0,013**

Ghi chú: * p <0.05, ** p<0.01, ***p<0.001. Kết quả từ Welch's t-test

Nhận xét:

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 57 tuổi, thời gian mắc bệnh là 5,42 ± 5,29 năm, điểm RDCI trung bình là 1,15 ± 1,06, điểm PHQ-9 là 7,61 ± 4,45, không có sự khác biệt giữa tuổi trung bình, thời gian mắc bệnh trung bình, điểm RDCI và điểm PHQ -9 trung bình giữa nhóm bệnh nhân nghiên cứu là nam giới với nữ giới.

Số khớp sưng trung bình là 4 khớp, số khớp đau trung bình là 8 khớp, điểm VAS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 4,52 ± 1,59, Nồng độ CRP trong máu trung bình là 37,00 mg/L, điểm DAS28 - CRP trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 4,05, BMI trung bình là 21,04 ± 1,96. Trong đó, số khớp sưng, số khớp đau, điểm VAS, nồng độ CRP trung bình, chỉ số BMI trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu là khác biệt và có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2. Phân nhóm HCDBTT theo thang điểm CRAF (n= 402)

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bình thường	18	4,5
HCDBTT mức độ nhẹ	166	41,3
HCDBTT mức độ trung bình	128	31,8
HCDBTT mức độ nặng	90	22,4

Nhận xét: Điểm CRAF trung bình là 0,27 ± 0,11 điểm, nhóm bệnh nhân có HCDBTT mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất là 41,3 %. Tỉ lệ HCDBTT mức độ trung bình và nặng lần lượt là 31,8% và 22,4%.

Bảng 3: Hồi quy đơn biến phân tích mối liên quan giữa điểm CRAF với một số yếu tố ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (n=402)

Các yếu tố	Hệ số hồi quy đã chuẩn hóa	R ² hiệu chỉnh	p
Tuổi	0,259	0,065	0,000***
Thời gian mắc bệnh	0,259	0,065	0,000***
RCDI	0,436	0,188	0,000***
Số lượng thuốc dùng	0,581	0,336	0,000***
BMI	-0,128	0,014	0,010*
Số khớp sưng	0,105	0,009	0,035*
Số khớp đau	0,292	0,083	0,000***
VAS	0,166	0,025	0,001**
CRP	0,201	0,038	0,000***
DAS28 - CRP	0,304	0,090	0,000***
PHQ-9	0,735	0,539	0,000***

Ghi chú: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Nhận xét:

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến cho thấy tất cả các yếu tố trên đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CRAF trung bình ($p < 0,05$). Trong đó, điểm PHQ-9 có hệ số hồi quy đã chuẩn hóa cao nhất ($\beta = 0,735$), với giá trị R² hiệu chỉnh = 0,539, cho thấy đây là yếu tố ảnh hưởng mạnh mẽ nhất, tác động cùng chiều lên điểm CRAF trong các biến được khảo sát.

Một số biến khác như số thuốc uống ($\beta = 0,581$; R² hiệu chỉnh = 0,336; $p < 0,001$) và RCDI ($\beta = 0,436$; R² hiệu chỉnh = 0,188; $p < 0,001$) cũng có mối liên hệ đáng kể, thể hiện mức độ ảnh hưởng lớn và tác động cùng chiều với điểm CRAF.

Biến tuổi ($\beta = 0,259$; R² hiệu chỉnh = 0,065; $p < 0,001$), thời gian mắc bệnh ($\beta = 0,259$; R² hiệu chỉnh = 0,065; $p < 0,001$), có tác động nhỏ hơn, cùng chiều lên điểm CRAF.

Biến DAS28-CRP ($\beta = 0,304$; R² hiệu chỉnh = 0,090; $p < 0,001$) cho thấy mức độ hoạt động bệnh có mối liên hệ cùng chiều với điểm CRAF ở mức độ trung bình.

BMI với $\beta = -0,128$; R² hiệu chỉnh = 0,014; $p = 0,010$), chỉ ra rằng BMI có tác động nhỏ, ngược chiều lên điểm CRAF.

IV. BÀN LUẬN

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh khớp viêm phổ biến, với đặc trưng cơ bản của bệnh là tình trạng viêm mạn tính màng hoạt dịch của các khớp, diễn biến từ từ, dai dẳng gây phá hủy sụn khớp, xương dưới sụn, gây dính và biến dạng khớp, cuối cùng là tàn phế ở các mức độ khác nhau. Bệnh nhân VKDT có thể có những đặc điểm của HCDBTT như yếu cơ, mệt và giảm hoạt động thể chất, đặc biệt khi bệnh không được kiểm soát tốt. Các yếu tố như việc sử dụng kéo dài corticosteroid, DMARDs cũng góp phần làm tăng tỷ lệ mắc HCDBTT ở bệnh nhân VKDT. Hội chứng dễ bị tổn thương ở bệnh nhân VKDT đã được đánh giá trong một số

ngiên cứu gần đây. Vào năm 2019, trong một nghiên cứu so sánh giữa nhóm gồm 210 bệnh nhân mắc VKDT với nhóm đối chứng gồm những người khỏe mạnh, HCDBTT được đánh giá theo tiêu chí SHARE-FI đã cho thấy tình trạng suy yếu phổ biến hơn ở nhóm đối tượng mắc VKDT so với nhóm chứng (16,6% so với 8% ở nhóm chứng). Tuổi tác, việc mắc các bệnh lý kèm theo và mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp có mối liên quan độc lập với tình trạng dễ bị tổn thương.⁶

Kết quả phân tích hồi quy đơn biến đánh giá mối liên quan giữa điểm CRAF trung bình với một số yếu tố lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện tại bảng 3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng các yếu tố: tuổi, thời gian mắc bệnh, điểm chỉ số bệnh phổi hợp RDCI, số khớp sưng, số khớp đau, điểm VAS trung bình, nồng độ CRP trung bình, điểm DAS28- CRP trung bình đều có mối tương quan đồng biến với điểm CRAF ($p < 0,05$). Trong đó, các yếu tố như PHQ-9, số lượng thuốc dùng của bệnh nhân và điểm RCDI có ảnh hưởng đáng kể, trong khi một số yếu tố khác như điểm DAS28- CRP, nồng độ CRP, số khớp sưng, đau, thời gian mắc bệnh, tuổi có mức độ ảnh hưởng thấp hơn.

Tương tự như nhiều nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa tuổi và điểm CRAF trung bình. Đây là mối tương quan đồng biến, có ý nghĩa thống kê, mặc dù mức độ ảnh hưởng của tuổi lên điểm CRAF trung bình ở mức độ thấp, với $\beta = 0,259$. Nghiên cứu CHIKARA thực hiện trên 100 bệnh nhân VKDT vào năm 2019 tại Nhật Bản, nghiên

cứ tiến hành phân tích và xác định tỉ lệ mắc HCDBTT ở nhóm bệnh nhân trên và dưới 60 tuổi, đã cho thấy tỉ lệ HCDBTT và tiền suy yếu ở nhóm bệnh nhân VKDT trên 60 tuổi cao hơn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở Nhật Bản, tỉ lệ HCDBTT ở người già là 24,3 % ở nam giới và 32,4 % ở nữ giới, tỉ lệ này tăng lên ở người trên 80 tuổi với 45,3% ở nam giới và 50% ở nữ giới.⁷

Tương tự như tuổi, thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp cũng là một yếu tố có mối tương quan đồng biến, với mức ảnh hưởng thấp lên điểm CRAF trung bình. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có một số điểm tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu khác. Trong một phân tích hệ thống, khi tổng hợp kết quả nghiên cứu từ 5 nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa tình trạng suy yếu và thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp, 3 nghiên cứu đưa ra kết quả không có mối liên quan giữa tình trạng suy yếu và thời gian mắc bệnh.⁶ Bên cạnh đó, có 2 nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng suy yếu và thời gian mắc bệnh viêm khớp dạng thấp.⁷

Rối loạn cảm xúc (ví dụ như trầm cảm) là một dấu hiệu có khả năng dự đoán suy giảm chức năng ở người cao tuổi và đã được đề xuất như một thành phần của hội chứng dễ tổn thương. Phân tích dữ liệu từ các nghiên cứu cho thấy tình trạng trầm cảm mạn tính ở người cao tuổi tăng 5,3 lần nguy cơ suy giảm chức năng so với các cá nhân không trầm cảm trong ba năm theo dõi. Cho đến nay cơ chế bệnh sinh của rối loạn trầm cảm ở VKDT vẫn chưa thực sự được làm sáng tỏ. Tuy nhiên, ngày càng có thêm nhiều nghiên

cứu về vấn đề này. Trầm cảm có liên quan với sự suy giảm các chức năng của người bệnh và xảy ra sau sự suy giảm chức năng này, đặc biệt các hoạt động mà bệnh nhân coi là quan trọng như thăm nom gia đình, đi nghỉ dưỡng, chơi thể thao... Nghiên cứu của Dickens C. và Creed F. (2001) chỉ ra rằng khi có sự giảm 10% khả năng thực hiện các hoạt động chức năng sẽ dẫn đến tăng 7 lần nguy cơ bị trầm cảm ở năm sau.⁸ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3 cho thấy rằng, điểm trung bình PHQ -9 cùng với điểm RDCI và số lượng thuốc bệnh nhân dùng có mối tương quan đồng biến và có ảnh hưởng lớn đến điểm trung bình CRAF.

Mức độ hoạt động bệnh cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến điểm trung bình CRAF. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của một số nghiên cứu trước đó. Theo dữ liệu tổng hợp từ 10 nghiên cứu, sử dụng 7 công cụ đánh giá HCDBTT và 4 công cụ đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp (4 nghiên cứu dùng DAS28, 2 nghiên cứu dùng RADAI, 2 nghiên cứu dùng SDAI và 2 nghiên cứu dùng CDAI) tất cả đều cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng suy yếu và mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp.^{4,9} Masahiro Tada và cộng sự trong một nghiên cứu cắt ngang vào năm 2019 trên 100 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đã đưa ra kết luận HCDBTT có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp. Việc kiểm soát mức độ hoạt động bệnh tốt giúp ngăn ngừa tình trạng suy yếu.⁷ Hai nghiên cứu dựa trên dữ liệu về tỉ lệ mắc và mức độ nặng của HCDBTT, được phân tầng dựa trên mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp (lui bệnh, hoạt động bệnh thấp, hoạt động

bệnh trung bình và hoạt động bệnh cao), Tada và cộng sự đã cho thấy, tỉ lệ HCDBTT ở nhóm lui bệnh, nhóm hoạt động bệnh thấp, nhóm hoạt động bệnh trung bình và cao lần lượt là 6,7%; 18 %; 47%.⁷ Salaffi và cộng sự trong nghiên cứu vào năm 2020, dùng thang điểm CRAF để đánh giá HCDBTT đã cho thấy: không có bệnh nhân nào trong nhóm lui bệnh hoặc nhóm bệnh hoạt động thấp có điểm CRAF ở mức trung bình, trong khi đó ở nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có mức độ hoạt động bệnh cao thì điểm CRAF gần với suy yếu rất nặng.³ Một nghiên cứu thuần tập đánh giá mối liên quan giữa HCDBTT và sự thay đổi mức độ hoạt động bệnh theo thời gian, kết quả nghiên cứu chưa cho thấy có mối liên hệ đáng kể giữa tình trạng suy yếu và sự thay đổi mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp khi sử dụng chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh VKDT do bệnh nhân tự đánh giá (RADAI) trong 3,7 năm theo dõi. Cũng trên cơ sở dữ liệu đó, kết quả nghiên cứu lại cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng suy yếu và mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp khi sử dụng thang điểm DAS 28 để đánh giá mức độ hoạt động bệnh. Như vậy, việc sử dụng các thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh VKDT khác nhau có thể đem lại các kết quả nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng dễ bị tổn thương gặp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp với tỉ lệ khá cao. Một số yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm CRAF trung bình: tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh, điểm chỉ số bệnh phối hợp, điểm PHQ -9,

BMI đều. Trong đó, điểm PHQ -9, số lượng thuốc dùng của bệnh nhân và điểm chỉ số bệnh phối hợp có mức độ ảnh hưởng đáng kể đến điểm CRAF trung bình

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motta F, Sica A, Selmi C.** Frailty in Rheumatic Diseases. *Front Immunol.* 2020;11: 576134. doi:10.3389/fimmu.2020.576134
2. **Salaffi F, Farah S, Di Carlo M.** Frailty syndrome in rheumatoid arthritis and symptomatic osteoarthritis: an emerging concept in rheumatology. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis.* 2020;91(2):274-296. doi:10.23750/abm.v91i2.9094
3. **Carlo MD, Farah S, Carotti M.** The Comprehensive Rheumatologic Assessment of Frailty (CRAF): development and validation of a multidimensional frailty screening tool in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology.* Published online 2020:12.4.
4. **Hanlon P, Morrison H, Morton F, et al.** Frailty in people with rheumatoid arthritis: a systematic review of observational studies. Published online September 20, 2022. doi:10.12688/wellcomeopenres.17208.2
5. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB.** The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001; 16(9): 606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
6. **Salaffi F, Di Carlo M, Farah S, Di Donato E, Carotti M.** Prevalence of frailty and its associated factors in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional analysis. *Clin Rheumatol.* 2019;38(7):1823-1830. doi:10.1007/s10067-019-04486-5
7. **Tada M, Yamada Y, Mandai K, Hidaka N.** Correlation between frailty and disease activity in patients with rheumatoid arthritis: Data from the CHIKARA study. *Geriatr Gerontol Int.* 2019; 19(12):1220-1225. doi: 10.1111/ggi.137958.
8. **Dickens C.** The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology.* 2001;40(12):1327-1330. doi: 10.1093/rheumatology/40.12.1327
9. **Dougados M, Soubrier M, Antunez A, et al.** Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis.* 2014;73(1): 62-68. doi:10.1136/annrheumdis-2013-204223

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN E

Trần Thị Hồng Hạnh¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Tuấn Anh¹,
Nguyễn Thị Thảo¹, Đoàn Thị Phương Anh¹, Hồ Thị Bích Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện dưới dạng mô tả cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ 93 người bệnh nội trú được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của ACR 1987 hoặc tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 tại bệnh viện E từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2024. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp chủ yếu ở mức trung bình. Nhóm bệnh nhân nữ, trên 60 tuổi, thừa cân/béo phì, loãng xương, bệnh nhân độc thân, có điều kiện kinh tế kém có chất lượng cuộc sống thấp hơn nhóm còn lại. **Kết luận:** Những bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe có chất lượng cuộc sống cao hơn những bệnh nhân không được tư vấn. Điều đó cho thấy vai trò tư vấn của điều dưỡng trong công tác chăm sóc, điều trị rất quan trọng.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, chất lượng cuộc sống, vai trò của điều dưỡng, bệnh lý kèm theo.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT THE

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Hạnh

SĐT: 0372215981

Email: tranthihonghanh8194@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

MUSCULOSKELETAL DEPARTMENT, E HOSPITAL IN 2024

Objective: Survey of quality of life and some related factors in patients with rheumatoid arthritis. **Methodology:** The study was conducted as a cross-sectional descriptive study, with a convenient sample of 93 inpatients diagnosed with RA according to the 1987 ACR criteria or the 2010 ACR/EULAR criteria at E Hospital from January to September 2024. **Results:** The quality of life of RA patients was mainly at a moderate level. Female patients, those over 60 years old, overweight/obese, osteoporosis, single patients, and those with poor economic conditions had a lower quality of life compared to other groups. **Conclusion:** Patients who received health education counseling had a higher quality of life than those who did not. This highlights the important role of nurses in care and treatment.

Keywords: Rheumatoid arthritis, quality of life, role of nurses, comorbidities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp viêm tự miễn, diễn biến mạn tính, hậu quả gây huỷ khớp, biến dạng khớp và cuối cùng làm mất chức năng của khớp. Tỷ lệ mắc bệnh: 0,5 – 1% dân số. Nhiều bệnh nhân VKDT phải trải qua sự mệt mỏi, giảm chất lượng giấc ngủ, trầm cảm và giảm năng suất làm việc. Nghiên cứu về chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh viêm khớp dạng thấp giúp cung cấp thông tin về tình

trạng sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh từ đó có các biện pháp cải thiện phương pháp điều trị và hỗ trợ tốt hơn. Theo nghiên cứu “Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân người Ecuador mắc viêm khớp dạng thấp” của tác giả Yessenia Cruz-castillo và cộng sự trên 163 bệnh nhân chỉ ra CLCS của bệnh nhân giảm đáng kể, liên quan tới đau và căng thẳng thần kinh. Nhóm tác giả Phạm Hoài Thu và cộng sự (2017) đã tiến hành nghiên cứu trên 60 người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai cho thấy CLCS của người bệnh VKDT được đánh giá theo SF-36 chủ yếu ở mức độ trung bình và thấp người bệnh bị ảnh hưởng nặng nề về sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tinh thần.

Đề tài nghiên cứu “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp tại khoa cơ xương khớp bệnh viện E năm 2024” với mục tiêu: *Khảo sát đến chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm khớp dạng thấp tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện E.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 93 bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của ACR 1987 hoặc ACR/EULAR 2010 và tiến hành khảo sát ngay thời điểm nhập viện.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện E, từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi về chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT sử dụng trong nghiên cứu này gồm 3 phần. Phần 1: các câu hỏi về thông tin chung của người bệnh: tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình. Phần 2: Thông tin liên quan đến bệnh VKDT, thời gian mắc bệnh; BMI; bệnh lý kèm theo; mức độ đau khớp theo đánh giá VAS. Phần 3: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh bằng bộ câu hỏi SF-36. Bộ câu hỏi SF-36 gồm 8 yếu tố về sức khỏe: Hoạt động thể lực, các hạn chế do sức khỏe thể lực, các hạn chế do dễ xúc động, sinh lực, sức khỏe tinh thần, hoạt động xã hội, cảm giác đau, sức khỏe chung và được chia ra làm 2 phần đánh giá.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 23.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Phân tích các yếu tố liên quan bằng phép so sánh thống kê. Kiểm định các mối liên quan được sử dụng là kiểm định Chi bình phương, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng để phiên giải và nhận định kết quả nghiên cứu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân được giải thích rõ, sẵn sàng trả lời các thông tin liên quan. Các thông tin các nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khảo sát chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp

Bảng 1. Phân bố đối tượng NC theo nhóm tuổi và giới tính

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 30 tuổi	1	1,1%
	30 – 39 tuổi	1	1,1%
	40 – 49 tuổi	4	4,3%
	50 – 59 tuổi	29	33,8%
	≥ 60 tuổi	58	62,4%
	Tổng	93	100%
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	62,10 $\pm$ 10,30 (21-83)	
Giới tính	Nam	27	29%
	Nữ	66	71%

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là: 62,10 $\pm$ 10,30. Độ tuổi thường gặp nhất từ là ≥ 60 tuổi, chiếm 62,4%. Tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp là nữ giới chiếm 64,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh VKDT

Bảng 2. Kết quả CLCS của người bệnh VKDT theo thang điểm SF-36

Các lĩnh vực đánh giá		$\bar{X} \pm SD$
Thể chất	Hoạt động thể chất	36,8 $\pm$ 26,5
	Giới hạn sức khỏe	29,0 $\pm$ 38,0
	Cảm nhận đau đớn	38,0 $\pm$ 27,5
	Sức khỏe chung	39,0 $\pm$ 16,4
Sức khỏe thể chất		35,8 $\pm$ 24,4
Tinh thần	Vấn đề tinh thần	37,3 $\pm$ 20,2
	Cảm nhận mệt mỏi	47,9 $\pm$ 22,5
	Trạng thái tâm lí	51,6 $\pm$ 18,7
	Chức năng xã hội	47,5 $\pm$ 30,1
Sức khỏe tinh thần		46,0 $\pm$ 25,2
Tổng điểm SF-36		40,9 $\pm$ 24,0

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT về sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần lần lượt là 35,8 $\pm$ 24,4 và 46,0 $\pm$ 25,5. Tổng điểm chất lượng cuộc sống theo SF-36 là 40,9 $\pm$ 24,0 điểm.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kết quả hoạt động tư vấn, GDSK với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp

Kết quả tư vấn, GDSK	Chất lượng cuộc sống				OR 95% CI	p
	Tốt		Trung bình/Kém			
	N	%	N	%		
Tốt	61	80,3	15	19,7	3,4	0,001
Chưa tốt	8	47,1	9	52,9	(1,767-6,368)	

Nhận xét: Người bệnh được tư vấn, GDSK tốt có chất lượng cuộc sống tốt cao gấp 3,4 lần nhóm nhận được tư vấn, GDSK chưa tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp

Đặc điểm chung		Chất lượng cuộc sống				OR (95% CI)	p
		Tốt		Trung bình/Kém			
		N	%	N	%		
Tuổi	< 60 tuổi	28	84,8	5	15,2	5,2 (1,394-4,91)	0,002
	≥ 60 tuổi	31	51,7	29	48,3		
Giới	Nữ	10	18,5	44	81,5	4,205 (0,866-20,410)	0,048
	Nam	2	5,1	37	94,9		
Nghề nghiệp	Khác	7	11,7	53	88,3	0,740 (0,215-2,545)	0,631
	Hưu trí	5	15,2	28	84,8		

BMI	Bình thườ ng/N hệ cân	62	77,5	18	22,5	4,1 (1,722- 3.54)	0,0 45
	Thừa cân/ Béo phì	1	7,7	12	92,3		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, BMI với CLCS của người bệnh viêm khớp dạng thấp ($p < 0,05$). Người bệnh dưới 60 tuổi có CLCS tốt hơn 5,2 lần so với nhóm từ 60 tuổi trở lên. CLCS người bệnh BMI Bình thường/Nhẹ cân có xu hướng tốt hơn 4,1 lần nhóm Thừa cân/Béo phì. Người bệnh giới tính nam có CLCS tốt hơn 4,2 lần so với nữ giới.

Bảng 5. Mối liên quan giữa hoàn cảnh sống với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp

Hoàn cảnh sống		Chất lượng cuộc sống				OR (95 % CI)	p
		Tốt		Trung bình/Kém			
		N	%	N	%		
Tình trạng hôn nhân	Đã lập gia đình	44	62,0	27	38,0	3,5 (1.12 - 5,95 3)	0,0 25
	Độc thân/L y hôn	7	31,8	15	68,2		
Người sống cùng	Người thân	42	53,2	37	46,8	2,84 (0,16 9- 4,47 1)	0,8 67
	Một mình	4	28,6	10	71,4		
	Cận nghèo/ Nghèo	8	10,3	70	89,7		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân và người sống cùng với CLCS của người bệnh VKDT ($p < 0,05$). Người bệnh đã lập gia đình có CLCS tốt hơn 3,5 lần so với nhóm Độc thân/Ly hôn. Đồng thời người bệnh sống cùng người thân có CLCS tốt gấp 2,84 lần nhóm sống một mình.

Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm bệnh lý với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp

Đặc điểm bệnh lý		Chất lượng cuộc sống				OR 95% CI	p
		Tốt		Trung bình/Kém			
		N	%	N	%		
Thời gian phát hiện bệnh	< 5 năm	11	17,5	52	82,5	6,135 (0,754-49,942)	0,057
	≥ 5 năm	1	3,3	29	96,7		
Viêm loét dạ dày tá tràng	Không	10	14,1	61	85,9	1,639 (0,331-8,120)	0,542
	Có	2	9,1	20	90,9		
Bệnh hô hấp	Không	11	13,1	73	86,9	1,205 (0,137-10,593)	0,866
	Có	1	11,1	8	88,9		
Loãng xương	Không	12	77,8	45	22,2	2,689 (1,390-4,403)	0,003
	Có	18	58,8	16	41,2		
Bệnh nội tiết	Không	12	14,1	73	85,9	0,859 (0,788-0,936)	0,255
	Có	0	0,0	8	100,0		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phát hiện bệnh và bệnh lý kèm theo (loãng xương) với CLCS của người bệnh VKDT ($p < 0,05$). Người bệnh phát hiện bệnh dưới 5 năm có CLCS tốt hơn nhóm phát hiện từ 5 năm trở lên gấp 6 lần. Nhóm người bệnh VKDT không mắc kèm loãng xương có CLCS tốt hơn nhóm có mắc kèm theo loãng xương là 2,6 lần

Bảng 7. Mối liên quan giữa hoạt động tư vấn, GDSK của điều dưỡng với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp

Hoạt động tư vấn, GDSK		Chất lượng cuộc sống				OR 95% CI	p
		Tốt		Trung bình/Kém			
		N	%	N	%		
Tư vấn về dinh dưỡng	Có	12	16,4	61	83,6	0,836 (0,755- 0,925)	0,052
	Không	0	0,0	20	100,0		
Tư vấn kiến thức về bệnh	Có	12	16,4	61	83,6	0,836 (0,755- 0,925)	0,049
	Không	0	0,0	20	100,0		
Tư vấn về biến chứng của a bệnh	Có	12	15,0	68	85,0	0,850 (0,775- 0,932)	0,135
	Không	0	0,0	13	100,0		
Hướng dẫn vệ sinh cá nhân	Có	12	14,0	74	86,0	0,860 (0,790- 0,937)	0,290
	Không	0	0,0	7	100,0		
Tư vấn về tuân thủ thuốc	Có	12	14,0	74	86,0	0,860 (0,790- 0,937)	0,290
	Không	0	0,0	7	100,0		
Tư vấn về tập vận động	Có	12	14,3	72	85,7	0,857 (0,785- 0,935)	0,224
	Không	0	0,0	9	100,0		
Tư vấn về tái khám	Có	12	15,4	66	84,6	0,846 (0,770- 0,930)	0,104
	Không	0	0,0	15	100,0		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa một số hoạt động tư vấn, GDSK của điều dưỡng với CLCS người bệnh VKDT. Người bệnh được tư vấn kiến thức về bệnh có CLCS tốt hơn so với nhóm không nhận được tư vấn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân VKDT

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,10 chiếm 62,4%. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với đa số các nghiên cứu tại Việt Nam khi người mắc bệnh VKDT. Người bệnh từ sau độ tuổi trung niên cần được chú ý tư vấn về lối sống lành mạnh, ví dụ như các biện pháp cải thiện chất lượng giấc ngủ, ngủ đủ giấc và tập thể dục giúp nâng cao sức khỏe, hạn chế ăn chất béo và hút thuốc lá. Về giới tính, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ, chiếm tỷ lệ 64,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Singh, Jasvinder A (2015) cho thấy đa số người mắc bệnh viêm khớp dạng thấp là nữ giới với tỷ lệ từ 70 – 80%; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh (2019) là 84,5%; nghiên cứu của Phạm Hoài Thu (2017) là 86,7%. Các bệnh lý kèm theo, kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mắc bệnh loãng xương chiếm tỉ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Hồ Thị Vân Trang (2022) cho thấy tỷ lệ người bệnh mắc kèm loãng xương tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi, chiếm 40,8%. Loãng xương được coi như một biến chứng ngoài khớp của bệnh

VKDT liên quan đến rất nhiều yếu tố: Sử dụng thuốc corticoid, tuổi cao >50 , mãn kinh, bất động kéo dài, thời gian viêm khớp kéo dài. Loãng xương là một bệnh lý của xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương cần theo dõi đo mật độ xương của người bệnh, đặc biệt là ở nhóm người có nguy cơ cao: người cao tuổi, nữ giới, người có chế độ dinh dưỡng bất cân đối, thừa cân/béo phì, sử dụng thuốc chống viêm steroid. Chất lượng cuộc sống: Tổng điểm CLCS theo SF-36 là 40.9 ± 24.0 điểm. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hoài Thu và cộng sự (2017) với điểm hoạt động thể lực trung bình là $31,9 \pm 4,7$ và thấp hơn so với nghiên cứu của Ten Klooster PM (2013) là $52,87 \pm 23,51$. Do đó, điều dưỡng cần quan tâm, chú trọng hơn tới sức khỏe tinh thần của người bệnh, đặc biệt là tư vấn các biện pháp giúp cải thiện vấn đề mệt mỏi nhằm nâng cao CLCS.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến CLCS của người bệnh

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi với CLCS của người bệnh VKDT ($p < 0,05$). Người bệnh dưới 60 tuổi có CLCS tốt hơn so với nhóm từ 60 tuổi trở lên. Nguyên nhân có thể do người cao tuổi mắc kèm nhiều bệnh lý nên cần sử dụng nhiều loại thuốc, dễ gặp tác dụng phụ, từ đó dẫn đến giảm tuân thủ thuốc, giảm hiệu quả điều trị. Về giới tính, kết quả phân tích cho thấy đa phần người bệnh VKDT là nữ giới, đồng thời mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm giới tính và

CLCS. Nữ giới có CLCS thấp hơn so với nam giới. Về tình trạng hôn nhân/hoàn cảnh sống, chúng tôi thấy rằng người bệnh đã lập gia đình có CLCS tốt hơn so với nhóm độc thân/ly hôn. Nguyên nhân người bệnh VKDT gặp khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày do các triệu chứng sưng, đau khớp gây ra. Việc sống cùng người thân giúp người bệnh được chăm sóc và phục hồi tốt hơn, từ đó cải thiện CLCS. Ngoài ra, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng đã phát hiện thêm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI với CLCS của người bệnh viêm khớp dạng thấp ($p < 0,05$). Trong đó, CLCS người bệnh BMI Bình thường/Nhẹ cân tốt hơn nhóm Thừa cân/Béo phì. Nhóm yếu tố thuộc về bệnh. Đặc điểm bệnh lý: Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê bệnh lý kèm theo (loãng xương) với CLCS của người bệnh VKDT. Do đó, cần có dự phòng bệnh, biến chứng thông qua giáo dục sức khỏe, khuyến khích người bệnh sống lành mạnh, thường xuyên hoạt động thể chất. Đối với nhóm yếu tố thuộc về cán bộ y tế, tư vấn và Giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế, đặc biệt là điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả hoạt động tư vấn, GDSK của điều dưỡng viên và CLCS người bệnh VKDT. Cụ thể nhóm người bệnh được tư vấn về kiến thức về bệnh có CLCS tốt hơn so với nhóm không nhận được tư vấn. Cán bộ y tế có đầy đủ kiến thức, kinh nghiệm và năng lực để tư vấn, cung cấp cho

người bệnh những thông tin cần thiết; cũng như trực tiếp hướng dẫn người bệnh một số thực hành nâng cao sức khỏe. Từ đó giúp người bệnh nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe và cải thiện chất lượng cuộc sống. Bên cạnh hoạt động chăm sóc, tư vấn cung cấp kiến thức cho người bệnh cũng là một hoạt động cần được thực hiện thường xuyên. Giáo dục sức khỏe là đặc biệt quan trọng giúp người bệnh có thể chủ động thực hiện hành vi sức khỏe có lợi, giảm dần và dừng những thói quen ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Để người bệnh đạt được kết quả CLCS tốt, điều dưỡng cần tăng cường tư vấn, hướng dẫn vệ sinh cá nhân, tập vận động cho người bệnh. Hiện tại, công tác chăm sóc toàn diện cho người bệnh viêm khớp dạng thấp tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện E được điều dưỡng chú trọng và thực hiện tốt. Điều này có tác động tích cực đến chất lượng cuộc sống người bệnh, giúp người bệnh nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có khả năng tự thực hiện tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá trên 93 đối tượng nghiên cứu cho thấy: Bệnh nhân tại khoa Cơ xương khớp có thời gian mắc bệnh từ mới mắc tới mạn tính, có nhiều bệnh lý đồng mắc, gặp chủ yếu từ lứa tuổi trung niên trở lên. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VKDT chủ yếu ở mức trung bình. Nhóm bệnh nhân nữ, trên 60 tuổi, thừa cân/béo phì, có bệnh kèm theo loãng xương, sống độc thân, có chất lượng cuộc sống giảm thấp hơn. Những bệnh nhân được tư vấn giáo dục sức khỏe có chất lượng

cuộc sống cao hơn so với những bệnh nhân không được tư vấn sức khỏe. Điều đó cho thấy vai trò của điều dưỡng trong công tác chăm sóc, điều trị rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hương Thùy** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VKDT > 60 tuổi tại khoa cơ, xương, khớp bệnh viện Bạch Mai, Luận văn bác sĩ đa khoa.
2. **Đoàn Thị Dung** (2012), Nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở người bệnh VKDT tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai bằng bộ câu hỏi HAQ, Luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia** (2019), Cách tính BMI và chế độ ăn hợp lý, Chuyên trang thông tin giáo dục truyền thông dinh dưỡng.
4. **Nguyễn Thị Lan Anh, Hà Thị Mai Hương, Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Thị Thanh Luyện**, (2022), "Chất lượng cuộc sống của người bệnh loét dạ dày-tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2021", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 156(8), tr. 301-310.
5. **Hồ Kim Chung** (2009), Bệnh khớp và viêm khớp – Những vấn đề về liệu pháp thay thế thuốc và vai trò của dinh dưỡng, Nhà xuất bản Y học.
6. **Esam Mohammed Abu Al-Fadla và các cộng sự**. (2014), "Assessment of health-related quality of life, anxiety and depression in patients with early rheumatoid arthritis". 36(2), tr. 51-56.
7. **Elizabeth Alexander và các cộng sự**. (2018), LB6. Oral lefamulin is safe and effective in the treatment of adults with community-acquired bacterial pneumonia (CABP): results of lefamulin evaluation against pneumonia (LEAP 2) study, Open Forum Infectious Diseases, Oxford University Press US, tr. S761-S761.
8. **Elena M Andresen và Allan R Meyers** (2000), "Health-related quality of life outcomes measures", Archives of physical medicine rehabilitation. 81, tr. S30-S45.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM HAQ8-ID TRONG ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG HÀNG NGÀY CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Ngọc Xuyên¹, Bui Minh Thu¹,
Nguyễn Phương Hoa², Nguyễn Thị Chinh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá năng vận động hàng ngày của người bệnh viêm khớp dạng thấp điều trị tại trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai bằng thang điểm HAQ8-ID và một số yếu tố liên quan.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang được tiến hành trên 110 người bệnh được chẩn đoán xác định bệnh lý Viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán ACR/EULAR - 2010 điều trị tại Trung tâm Cơ Xương khớp, bệnh viện Bạch Mai. Thang điểm HAQ8-ID được sử dụng để đánh giá chức năng vận động hàng ngày của người bệnh.

Kết quả: Trong số 110 người bệnh, chủ yếu là bệnh nhân nữ (82,7%) và dưới 60 tuổi (64,5%). Hầu hết có thu nhập thấp (41,8% dưới 4 triệu VNĐ/tháng), sống cùng gia đình (67,3%). 69,1% bệnh nhân bị mất chức năng vận động. Các hoạt động hàng ngày bị ảnh hưởng nhiều, đặc biệt là đi bộ, tắm rửa, cúi nhặt đồ, và mở đóng vòi nước. Các yếu tố như tuổi ≥ 60 , thời gian phát hiện bệnh ≥ 12 tháng, mức độ đau

(VAS ≥ 6) và triệu chứng cứng khớp buổi sáng có mối liên quan với mất chức năng vận động ($p < 0,05$). Nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ mất chức năng vận động cao nhất (87,2%).

Kết luận: Nghiên cứu đã xác định tỷ lệ mất chức năng vận động và một số yếu tố liên quan đến chức năng vận động hàng ngày của bệnh nhân. Nhóm tuổi, thu nhập, thời gian phát hiện bệnh, thói quen tập thể dục và triệu chứng cứng khớp buổi sáng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Việc áp dụng thang điểm HAQ8-ID trong đánh giá chức năng vận động, giúp nhân viên y tế đưa ra các quyết định điều trị phù hợp, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, HAQ8-ID, Vận động hàng ngày.

SUMMARY

APPLY HAQ8-ID SCALE IN ASSESSMENT DAILY MOTOR FUNCTION OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT CENTRE FOR RHEUMATOLOGY, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the daily mobility of rheumatoid arthritis patients treated at the Musculoskeletal Center, Bach Mai Hospital using the HAQ8-ID scale and some related factors.

Study method: Cross-sectional descriptive study on 110 rheumatoid arthritis patients identified according to ACR/EULAR criteria.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Xuyên
SĐT: 0988493721

Email: xuyentran91180@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

The HAQ8-ID scale was used to evaluate the daily mobility of patients.

Results: Among the 110 patients, the majority were female (82.7%) and under 60 years old (64.5%). Most had low income (41.8% under 4 million VND/month), living with family (67.3%). Factors such as age ≥ 60 , disease detection time ≥ 12 months, pain level (VAS ≥ 6) and morning stiffness were related with loss of motor function ($p < 0.05$). The group ≥ 60 years old had the highest rate of loss of motor function (87.2%). Daily activities were greatly affected, especially walking, bathing, bending to pick up objects, and opening and closing the faucet. 69.1% of patients had loss of motor function.

Conclusion: The study determined the rate of loss of motor function, and some factors related to daily motor function of patients. Age group, income, time of disease detection, exercise habits and symptoms of morning stiffness had a statistically significant relationship ($p < 0.05$). The application of the HAQ8-ID scale in assessing motor function helps medical staff make appropriate treatment decisions, improving the quality of life for patients with rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, HAQ8-ID, daily motor function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh viêm khớp mạn tính phổ biến nhất trong nhóm các bệnh khớp viêm, gây ra viêm mạn tính tại các khớp, dẫn đến suy giảm hoặc mất chức năng vận động và tàn phế cho người bệnh. Bệnh xảy ra ở mọi quốc gia, mọi chủng tộc và mọi điều kiện khí hậu. Theo nghiên cứu của Almutairi và cộng sự (2021), VKDT chiếm tỷ lệ 0,46% dân số toàn cầu, gây ra gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế và kinh tế [1].

Đánh giá chức năng vận động là yếu tố quan trọng trong việc xác định mức độ

ngghiêm trọng của VKDT, từ đó định hướng các biện pháp điều trị, phục hồi chức năng, và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Zhao và cộng sự (2015) chỉ ra rằng 58,48% người bệnh VKDT bị mất chức năng vận động sau khi xuất viện. Chức năng vận động ở người bệnh này có xu hướng suy giảm dần theo thời gian, gây khó khăn trong các hoạt động hàng ngày như đi lại, tự chăm sóc và tham gia công việc xã hội [2].

Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chức năng vận động của bệnh nhân VKDT, bao gồm tuổi, giới, tình trạng bệnh lý kèm theo, mức độ đau, sưng khớp, cứng khớp buổi sáng, và biến dạng khớp [3]. Trong đó, đau và cứng khớp buổi sáng là những triệu chứng đặc trưng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng vận động.

Trên thế giới, thang điểm Health Assessment Questionnaire (HAQ) là công cụ phổ biến để đánh giá chức năng vận động ở bệnh nhân VKDT. Phiên bản rút gọn HAQ-II giúp tối ưu hóa thời gian đánh giá mà vẫn đảm bảo độ chính xác [4]. Tại Việt Nam, phiên bản được nội địa hóa HAQ8-ID đã được triển khai nhằm phù hợp với văn hóa và thói quen sinh hoạt của người Việt. Tuy nhiên, dữ liệu về việc áp dụng HAQ8-ID trong thực tế còn hạn chế.

Việc nghiên cứu và đánh giá hiệu quả của thang điểm HAQ8-ID trong đo lường chức năng vận động hàng ngày ở bệnh nhân VKDT là rất cần thiết. Điều này không chỉ giúp chuẩn hóa công cụ này trong thực hành lâm sàng mà còn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Đồng thời, nghiên cứu cũng giúp xác định các yếu tố liên quan đến suy giảm chức năng vận động, từ đó xây dựng các chương trình hỗ trợ điều trị và phục hồi hiệu quả hơn.

Vì những lý do trên, đề tài “**Áp dụng thang điểm HAQ8-ID trong đánh giá chức năng vận động hàng ngày của người bệnh Viêm khớp dạng thấp tại trung tâm Cơ Xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai**” được thực hiện với mục tiêu: **Đánh giá năng vận động hàng ngày của người bệnh viêm khớp dạng thấp điều trị tại trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai bằng thang điểm HAQ8-ID và một số yếu tố liên quan.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 03/2023 – 09/2023
- Địa điểm: Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có chẩn đoán xác định bệnh lý Viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán ACR/EULAR.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc VKDT.
- Người bệnh có khả năng giao tiếp, đọc viết bằng tiếng Việt và không có rối loạn hành vi.
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh đang có biến chứng nặng nề.
- Người bệnh đang cấp cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu

Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2(1-p)p}{d^2}$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu
- d: độ chính xác mong muốn 0,08.
- p: thường gặp là 0,2.
- α : 0,05.

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 97. Trong nghiên cứu này chọn được 110 người bệnh tham gia.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Phần 1. Thông tin chung của bệnh nhân.

Các thông tin chung bao gồm: tên, tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, thu nhập 1 tháng, BHYT, thông tin gia đình.

Phần 2. Thông tin liên quan đến tình trạng lâm sàng

Các thông tin bao gồm: chẩn đoán, tiền sử bệnh, tiền sử bệnh gia đình, thời gian chẩn đoán bệnh, bệnh kèm theo, thói quen sinh hoạt, mức độ đau (VAS), sưng khớp, cứng khớp buổi sáng.

Phần 3. Đánh giá chức năng vận động của người bệnh (HAQ8-ID).

HAQ8-ID là bộ câu hỏi ngắn mà đánh giá tình trạng chức năng vận động qua tám hoạt động hàng ngày: mặc quần áo, thay đổi tư thế lên và xuống khỏi giường, cầm chén, cốc, đi bộ, vệ sinh thân thể, cúi, cầm nắm, mở và đóng vòi nước và bước lên xuống cầu thang.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch bằng và mã hóa số liệu tại excel, sau đó chuyển dữ liệu qua phần mềm SPSS 21. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 21.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=110)

STT	Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Tuổi (năm)	55,00 ± 11,97		
		<60	71	64,5
		60+	39	35,5
2	Giới	Nam	19	17,3
		Nữ	91	82,7
3	Nghề nghiệp	Thất nghiệp	3	2,7
		Nghỉ hưu	21	19,1
		Nội trợ	4	3,6
		Nông dân	39	35,5
		Công nhân	9	8,2
		Buôn bán	12	10,9
		Nhân viên văn phòng	8	7,3
		Khác	14	12,7
4	Thu nhập 1 tháng	<900.000VNĐ	27	24,5
		900.000 - <1.300.000VNĐ	7	6,4
		1.300.000 - <1.950.000VNĐ	6	5,5
		1.950.000 - <4.000.000VNĐ	24	21,8
		≥4.000.000VNĐ	46	41,8
5	Thời gian phát hiện ra bệnh	<12 tháng	40	36,4
		≥12 tháng	70	63,6
6	Bệnh kèm theo	Không có	56	50,9
		1-2 bệnh	50	45,5
		>2 bệnh	4	3,6
7	Lối sống	Hút thuốc	4	3,6
		Uống rượu bia	2	1,8
		Có tập thể dục	70	63,6

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 55,00 ± 11,97, chủ yếu đối tượng dưới 60 tuổi (64,5%). Giới tính nữ chiếm 82,7%. Nghề nghiệp phổ biến là nông dân (35,5%). 41,8% có thu nhập từ 4.000.000 VNĐ/tháng. Thời gian phát hiện bệnh chủ yếu từ 12 tháng (63,6%) và có bệnh kèm theo (49,1%). Phần lớn đối tượng không hút thuốc, có thói quen tập thể dục thường xuyên (63,6%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và chức năng vận động hàng ngày của người bệnh

Bảng 2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm		Nam (%)	Nữ (%)
Đau khớp	Không	1 (7,7%)	12 (92,3%)
	Có	18 (18,6%)	79 (81,4%)
Không đau (0 điểm)		0 (0%)	0 (0%)
Nhẹ (1-3 điểm)		4 (11,1%)	32 (88,9%)
Vừa (4-6 điểm)		15 (20,8%)	57 (79,2%)
Nặng (7-10 điểm)		0 (0,0%)	2 (100,0%)
Cứng khớp buổi sáng	Không	4 (12,9%)	27 (87,1%)
	Có	15 (19,0%)	64 (81,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ nữ có triệu chứng đau khớp cao hơn nam (81,4% so với 18,6%). Tỷ lệ nữ có cứng khớp buổi sáng vượt trội so với nam (81,0% so với 19,0%).

Bảng 3. Chức năng vận động hàng ngày của người bệnh VKDT

Mức độ hạn chế vận động	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không mất chức năng	34	30,9
Mất chức năng	76	69,1

Nhận xét: Trong số 110 đối tượng tham gia nghiên cứu, phần lớn (69,1%) bị mất chức năng vận động, cho thấy mức độ hạn chế vận động đáng kể.

Bảng 4. Chức năng vận động hàng ngày của người bệnh theo thang HAQ8-ID

STT	Nội dung	n (%)			
		Làm được bình thường (0đ)	Hơi khó khăn (1đ)	Rất khó khăn (2đ)	Không thể làm được (3đ)
1	Tự mặc quần áo cho mình, bao gồm cả buộc dây dây và cài nút giày?	59 (53,6)	35 (31,8)	11 (10,0)	5 (4,5)
2	Lên và xuống khỏi giường?	40 (36,4)	33 (30,0)	26 (23,6)	11 (10,0)
3	Cầm chén hoặc cốc đầy để uống?	74 (67,3)	22 (20,0)	8 (7,3)	6 (5,5)
4	Đi bộ ngoài trời, mặt đất bằng phẳng	34 (30,9)	46 (41,8)	20 (18,2)	10 (9,1)
5	Tắm và lau khô toàn bộ cơ thể?	39 (35,5)	29 (26,4)	21 (19,1)	21 (19,1)
6	Cúi xuống, nhặt quần áo từ sàn nhà?	36 (32,7)	30 (27,3)	19 (17,3)	25 (22,7)
7	Mở và đóng vòi nước?	40 (36,4)	47 (42,7)	13 (11,8)	10 (9,1)
8	Bước lên và bước xuống cầu thang?	34 (30,9)	41 (37,3)	23 (20,9)	12 (10,9)

Nhận xét: Đánh giá chức năng vận động hàng ngày của người bệnh cho thấy, cầm chén hoặc cốc uống nước là hoạt động được thực hiện dễ dàng nhất, với 67,3% làm được bình thường. Có 30,9% đối tượng đi bộ dễ dàng, nhưng tỷ lệ gặp khó khăn (60,0%). Khoảng

35,5% đối tượng tắm và lau khô cơ thể bình thường, trong khi 19,1% không thể làm được. Chỉ 32,7% đối tượng cúi nhặt quần áo bình thường, còn tới 22,7% không thể thực hiện hoạt động này. Đa số đối tượng (54,5%) gặp khó khăn trong mở và đóng vòi nước.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến chức năng vận động hàng ngày của người bệnh

Đặc điểm		Không mất chức năng		Mất chức năng		p
		n	%	n	%	
Tuổi	<60	29	40,8	42	59,2	0,002*
	≥60	5	12,8	34	87,2	
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	0	0,0	3	100,0	0,038*
	Nghỉ hưu	7	33,3	14	66,7	
	Nội trợ	0	0,0	4	100,0	
	Nông dân	7	17,9	32	82,1	
	Công nhân	2	22,2	7	77,8	
	Buôn bán	7	58,3	5	41,7	
	Nhân viên văn phòng	4	50,0	4	50,0	
	Khác	7	50,0	7	50,0	
Thu nhập	<900.000VNĐ	4	14,8	23	85,2	0,031*
	900.000-<1.300.000VNĐ	1	14,3	6	85,7	
	1.300.000-<1.950.000VNĐ	0	0,0	6	100,0	
	1.950.000- <4.000.000VNĐ	10	41,7	14	58,3	
	≥4.000.000VNĐ	19	41,3	27	58,7	
Thời gian phát hiện bệnh	<12 tháng	21	52,5	19	47,5	0,000*
	≥12 tháng	13	18,6	57	81,4	
Tập thể dục	Không	20	50,0	20	50,0	0,001*
	Có	14	20,0	56	80,0	
Đau khớp	Không	7	53,8	6	46,2	0,050*
	Có	27	27,8	70	72,2	
Cứng khớp buổi sáng	Không	17	54,8	14	45,2	0,001*
	Có	17	21,5	62	78,5	
	Có	11	26,8	30	73,2	

Nhận xét: Các yếu tố như tuổi, nghề nghiệp, thu nhập, thời gian phát hiện bệnh, tập thể dục, và tình trạng đau khớp, cứng khớp buổi sáng có liên quan đến chức năng vận động của người bệnh ($p \leq 0,05$). Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi có tỷ lệ mất chức năng vận động lên tới 87,2%, cao hơn so với nhóm < 60 tuổi (59,2%). Về thu nhập, nhóm có thu nhập dưới 900.000 VNĐ/tháng có tỷ lệ mất chức năng lên tới 85,2%, so với 58,3% ở nhóm thu nhập 1.950.000 - <4.000.000 VNĐ/tháng. Nhóm không tập thể dục có tỷ lệ

mất chức năng là 50%, trong khi nhóm có tập thể dục là 80%. Tình trạng cứng khớp buổi sáng cũng cho thấy sự khác biệt rõ rệt, với 78,5% ở nhóm có cứng khớp so với 45,2% ở nhóm không bị. Thời gian phát hiện bệnh kéo dài hơn 12 tháng làm tăng tỷ lệ mất chức năng lên đến 81,4%, cao hơn so với 47,5% ở nhóm phát hiện bệnh dưới 12 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng là $55,00 \pm 11,97$,

với nhóm tuổi <60 chiếm đa số (64,5%). Điều này phù hợp với nhận định rằng VKDT thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên và cao tuổi, đặc biệt do những thay đổi về miễn dịch liên quan đến tuổi tác. Tỷ lệ nữ (82,7%) cao hơn nhiều so với nam (17,3%), tương tự như nghiên cứu của Mulumba C. (2019) [6]. Tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn có thể do ảnh hưởng của hormone estrogen, có vai trò bảo vệ khớp và suy giảm sau mãn kinh, khiến phụ nữ dễ mắc bệnh hơn [1,4].

Đa số bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở và trung học phổ thông (83,6%), phản ánh rằng người bệnh thường thuộc nhóm dân cư có trình độ giáo dục cơ bản, khả năng tiếp cận kiến thức y tế còn hạn chế. Tình trạng hôn nhân chủ yếu là đã lập gia đình (83,6%), điều này có thể mang lại sự hỗ trợ tâm lý và vật chất quan trọng trong quá trình điều trị và phục hồi. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu rõ ràng về mối liên hệ giữa trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và mức độ ảnh hưởng của VKDT, đây là vấn đề cần được nghiên cứu sâu hơn.

Nghề nghiệp phổ biến nhất là nông dân (35,5%) và các công việc lao động phổ thông, chiếm hơn 50%. Đặc điểm nghề nghiệp này cho thấy những người làm việc trong môi trường nặng nhọc, đòi hỏi vận động thể chất dễ bị ảnh hưởng bởi VKDT hơn. Thu nhập chủ yếu dưới 4.000.000 VNĐ/tháng (58,2%) phản ánh mức sống trung bình thấp, có thể hạn chế khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế và điều trị chất lượng cao. Điều này có thể giải thích VKDT ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng lao động, đặc biệt là các công việc đòi hỏi vận động.

Hơn 63,6% người bệnh bệnh phát hiện bệnh ≥ 12 tháng, điều này cho thấy đa số bệnh nhân đã ở giai đoạn mạn tính của bệnh. Đây là một điểm đáng lưu ý vì việc can thiệp

sớm có thể giúp giảm thiểu tổn thương khớp và cải thiện chức năng vận động. Gần một nửa bệnh nhân có bệnh kèm theo (49,1%), bao gồm các bệnh lý như tăng huyết áp, tiểu đường và các bệnh mạn tính khác, làm tăng thêm gánh nặng điều trị và nguy cơ suy giảm chức năng vận động hàng ngày.

Chức năng vận động của người bệnh

Nghiên cứu cho thấy mức độ đau VAS từ 7-10 điểm chiếm đa số, với 69,1% bệnh nhân bị mất chức năng vận động hàng ngày. Những hoạt động đòi hỏi sự linh hoạt hoặc sức mạnh như cúi nhặt đồ (22,7% không thể thực hiện) và bước lên xuống cầu thang (10,9% không thể thực hiện) là những hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất. Ngược lại, các hoạt động đơn giản như cầm chén hoặc mở vòi nước ít bị ảnh hưởng hơn. Điều này nhấn mạnh rằng các triệu chứng như đau khớp đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế chức năng vận động hàng ngày của người bệnh.

Thang điểm HAQ8-ID đã chứng minh hiệu quả trong việc đánh giá mức độ hạn chế chức năng vận động, từ đó giúp phân loại bệnh nhân theo mức độ nghiêm trọng. Công cụ này không chỉ giúp xác định các khó khăn trong hoạt động hàng ngày mà còn hỗ trợ bác sĩ theo dõi tiến triển bệnh và hiệu quả điều trị. Điều này phù hợp với nhận định của các nghiên cứu quốc tế về tính chính xác và ứng dụng thực tế của HAQ trong quản lý VKDT [6].

Các yếu tố liên quan đến chức năng vận động hàng ngày

Tuổi: Nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ mất chức năng vận động cao nhất (87,2%, $p=0,002$). Tuổi cao liên quan đến suy giảm khả năng tái tạo sụn và tăng cường tình trạng viêm khớp, điều này phù hợp với nghiên cứu của Claudia (2021), nhấn mạnh rằng tuổi tác là yếu tố

nguy cơ hàng đầu cho suy giảm chức năng vận động [4].

Nghề nghiệp và thu nhập: Những người làm nghề nông, lao động phổ thông hoặc không có việc làm có tỷ lệ mất chức năng vận động cao hơn đáng kể so với nhóm lao động trí thức ($p=0,038$). Thu nhập thấp (<900.000 VNĐ/tháng) cũng liên quan đến nguy cơ mất chức năng vận động cao hơn ($p=0,031$), do hạn chế trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế và điều trị.

Thói quen tập thể dục và triệu chứng đau khớp, cứng khớp buổi sáng: Thói quen tập thể dục không phù hợp có thể làm gia tăng nguy cơ mất chức năng vận động (80%, $p=0,001$). Đau và cứng khớp buổi sáng cũng là yếu tố quan trọng (78,5%, $p=0,001$; 72,2%, $p=0,050$), phản ánh đặc trưng lâm sàng của VKDT và tác động tiêu cực đến các hoạt động của người bệnh.

Thời gian phát hiện bệnh: Thời gian phát hiện bệnh ≥ 12 tháng làm tăng nguy cơ mất chức năng vận động (81,4%, $p=0,000$), nhấn mạnh vai trò của việc chẩn đoán và điều trị sớm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ mất chức năng vận động của người bệnh là khá cao ($>60\%$). Tuổi là yếu tố ảnh hưởng lớn, với tỷ lệ mất chức năng tăng cao ở nhóm ≥ 60 tuổi. Những người làm nghề lao động phổ thông, thu nhập trung bình – thấp, thời gian phát hiện bệnh ≥ 12 tháng, có thói quen tập thể dục hoặc có triệu chứng đau khớp, cứng khớp buổi sáng thường gặp khó khăn lớn trong các hoạt động hàng ngày. Việc áp dụng thang điểm HAQ8-ID rất hiệu quả trong việc

đánh giá chức năng vận động của bệnh nhân VKDT. Việc áp dụng thang điểm này có thể giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị phù hợp, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT và nâng cao hiệu quả phục hồi chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Almutairi K, Nossent J, Preen D, Keen H, Inderjeeth C.** The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatol Int.* 2021;41(5):863-877. doi:10.1007/s00296-020-04731-0
2. **Zhao J, Zeng X, et al.** Functional status and its associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology International.* 2015;35(6):1021-1028.
3. **Claudia L.** Factors associated with functional disability in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2021;22:123.
4. **Health Assessment Questionnaires (HAQ, HAQ-II)** — RheumInfo. Accessed January 7, 2025. <https://rheuminfo.com/en/physician-tools/health-assessment-questionnaires-haq-haq-ii-mdhaq/>
5. **Kay J, Upchurch KS.** ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51 Suppl 6:vi5-9. doi:10.1093/rheumatology/kes279
6. **Mulumba C, Lebughe P, Mbuyi-Muamba JM, et al.** Prevalence and associated factors of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis at the university hospital of Kinshasa. *BMC Rheumatol.* 2019;3:37. doi:10.1186/s41927-019-0085-4

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG BỆNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP BẰNG BỘ CÂU HỎI RAID

Lê Đăng Võ¹, Nguyễn Hoàng Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ hoạt động bệnh ở bệnh viêm khớp dạng thấp bằng bộ câu hỏi RAID, đánh giá mối tương quan giữa RAID với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các thang điểm DAS28-CRP, CDAI trên nhóm nghiên cứu này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 69 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, điều trị tại khoa Nội Tổng hợp - Nội tiết - Cơ xương khớp, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Mức độ hoạt động bệnh đánh giá theo bộ câu hỏi RAID: nhóm bệnh không hoạt động chiếm 5,8%: $2,59 \pm 1,14$; nhóm bệnh hoạt động nhẹ chiếm 13%: $3,8 \pm 1,58$; nhóm bệnh hoạt động trung bình chiếm 33,3%: $4,84 \pm 1,73$; nhóm bệnh hoạt động mạnh chiếm 47,8%: $6,22 \pm 1,41$. Có sự tương quan giữa điểm số RAID với các triệu chứng lâm sàng về số lượng khớp sưng, số lượng khớp đau và chỉ số xét nghiệm CRP. Có sự tương quan chặt chẽ giữa điểm số RAID với các thang điểm đánh giá bệnh khác như DAS28-CRP và CDAI. RAID = 3,65 điểm, có giá trị chẩn đoán bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị (độ nhạy 96,8%, độ đặc hiệu 100%). RAID = 4,92 điểm có giá trị chẩn đoán

mức độ hoạt động bệnh mạnh (độ nhạy 95,2 % và độ đặc hiệu 74,1%). **Kết luận:** Bộ câu hỏi RAID có ý nghĩa trong việc đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp, có thể áp dụng rộng rãi trên thực tế lâm sàng, đặc biệt trong các trường hợp theo dõi điều trị ngoại trú và tại các tuyến y tế cơ sở.

Từ khoá: viêm khớp dạng thấp, RAID, mức độ hoạt động bệnh, DAS 28

SUMMARY

SURVEYING THE DISEASE ACTIVITY STATUS OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS USING THE RAID QUESTIONNAIRE

Objective: To survey the disease activity status of rheumatoid arthritis using the RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) questionnaire, to evaluate the correlation between the RAID questionnaires and clinical and paraclinical symptoms and the results of the assessment using the DAS28-CRP, CDAI scales in patients with rheumatoid arthritis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 69 patients over 16 years old diagnosed with rheumatoid arthritis according to the ACR/EULAR 2010 criteria, treated at the Department of Internal Medicine - Endocrinology - Musculoskeletal, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from March 2022 to October 2023. **Results:** The level of disease activity assessed by the RAID questionnaire: the inactive group accounted for 5.8% with a RAID score of 2.59 ± 1.14 ; the mildly active group accounted for 13% with a

¹Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thanh Vân

SĐT: 0905292068

Email: ngoangthanhvan@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

RAID score of 3.8 ± 1.58 ; The moderately active disease group accounted for 33.3% with a RAID score of 4.84 ± 1.73 ; the highly active disease group accounted for 47.8% with a RAID score of 6.22 ± 1.41 . There was a correlation between the RAID score and clinical symptoms of the number of swollen joints, the number of painful joints, and the CRP test index. There was a close correlation between the RAID score and other disease assessment scales, such as DAS28-CRP and CDAI. With a RAID cut-off of 3.65 points, the diagnostic value for patients achieving the treatment goal (96.8% sensitive and 100% specific). At a RAID cut-off of 4.92 points, the diagnostic value for severe disease activity was 95.2% sensitivity and 74.1% specificity.

Conclusion: The RAID questionnaire was meaningful in assessing the level of rheumatoid arthritis disease activity and can be widely applied in clinical practice, especially in outpatient treatment monitoring and at primary healthcare facilities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp viêm tự miễn mạn tính thường. Tần suất hiện mắc VKDT khoảng 0,5 - 1% dân số ở châu Âu và khoảng 0,17 - 0,3% ở châu Á. Theo nghiên cứu về tình hình bệnh tật tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai, VKDT chiếm tỷ lệ 21,94% [3]. Tỷ lệ nam:nữ = 1:3, gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, thường từ 40-60 tuổi [2]. Bệnh diễn biến mạn tính với các đợt cấp tính. Tổn thương khớp do bệnh thường dẫn đến xơ hoá, dính và biến dạng khớp, hậu quả là tàn phế ở người bệnh [2],[3]. Việc đánh giá mức độ hoạt động của bệnh, cũng như theo dõi hiệu quả điều trị ở bệnh nhân VKDT là hết sức quan trọng nhằm quyết định chiến lược điều trị phù hợp, ngăn chặn quá trình hủy hoại khớp, cải thiện

tiền lượng bệnh [7]. Việc đánh giá này phải thực hiện trên hai khía cạnh: tình trạng viêm khớp và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng các công cụ đánh giá tình trạng bệnh thường được sử dụng phần lớn đánh giá tình trạng viêm. Hiện nay có ít công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống được phát triển chuyên sâu dành riêng cho bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Bộ câu hỏi RAID ra đời dựa trên nhu cầu đánh giá toàn diện chất lượng cuộc sống do bệnh nhân tự đánh giá, và đã được EULAR thông qua [4]. Chính vì vậy nó có tiềm năng lớn trong việc quản lý bệnh nhân VKDT, tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về ứng dụng bộ câu hỏi này trên lâm sàng. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **Khảo sát tình trạng hoạt động bệnh trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp bằng bộ câu hỏi RAID** (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) với mục tiêu:

1. Khảo sát mức độ hoạt động bệnh ở bệnh viêm khớp dạng thấp bằng bộ câu hỏi RAID.

2. Đánh giá mối tương quan giữa bộ câu hỏi RAID với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các thang điểm DAS28-CRP, CDAI trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 16 trở lên được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, điều trị tại khoa Nội tổng hợp – Nội tiết – Cơ xương khớp từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân không thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, không đồng ý tham gia nghiên cứu, có bệnh lý tâm thần kinh ảnh hưởng đến việc trả lời bộ câu hỏi, có bệnh lý nền ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với n=69 bệnh nhân

Các bước tiến hành:

- Khám lâm sàng: tuổi, giới, thời gian cứng khớp buổi sáng, số lượng khớp đau, số lượng khớp sưng.

- Chỉ định xét nghiệm: CRP, anti-CCP, RF.

- Đánh giá bộ câu hỏi RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease) [4]:

Được tính theo công thức:

Giá trị của RAID = (giá trị NRS* đau (phạm vi 0-10) x 0,21) + (giá trị NRS chức năng (phạm vi 0-10) x 0,16) + (giá trị NRS mệt mỏi (dải 0-10) x 0,15) + (giá trị NRS sức khỏe thể chất (phạm vi 0-10) x 0,12) + (giá trị NRS khi ngủ (phạm vi 0-10) x 0,12) + (NRS cảm xúc khỏe mạnh giá trị (phạm vi 0-10) x 0,12) + (giá trị NRS đối phó (phạm vi 0-10) x 0,12).

*NRS=numeric rating scale

NRS đau: điểm số bệnh nhân đánh giá tình trạng đau của mình do bệnh VKDT trong tuần vừa qua, đánh giá trên thang điểm 10.

NRS chức năng: điểm số bệnh nhân đánh giá mức độ khó khăn trong sinh hoạt hằng ngày do bệnh VKDT gây ra trong tuần vừa qua. Đánh giá dựa trên mức độ khó khăn khi thực hiện các hoạt động, đi lại so với bình thường, với 0 điểm: không có khó khăn, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: xấu, 8-10 điểm: rất xấu.

NRS mệt mỏi: là điểm số bệnh nhân đánh giá mức độ mệt mỏi do bệnh VKDT gây ra trong tuần vừa qua, với 0 điểm: không mệt mỏi, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: xấu và 8-10 điểm: rất xấu.

NRS giấc ngủ: là điểm số bệnh nhân đánh giá mức độ khó khăn khi nghỉ ngơi ban đêm do bệnh VKDT gây ra trong tuần qua. Đánh giá thông qua tình trạng khó đi vào giấc ngủ, thời gian ngủ và chất lượng giấc ngủ với 0 điểm: không khó ngủ, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: xấu và 8-10 điểm: rất xấu.

NRS sức khỏe thể chất: là đánh giá của bệnh nhân về tổng trạng thể chất của bản thân trong tuần vừa qua với 0 điểm: tốt, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: xấu và 8-10 điểm: tồi tệ.

NRS sức khỏe tinh thần: là đánh giá của bệnh nhân về tình trạng cảm xúc, thoải mái, tinh thần của bản thân trong tuần vừa qua với 0 điểm: tốt, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: xấu và 8-10 điểm: tồi tệ.

NRS đối phó: là đánh giá của bản thân về khả năng tự đối phó của bản thân đối với bệnh VKDT với 0 điểm: tốt, 1-3 điểm: bình thường, 4-7 điểm: cần hỗ trợ, 8-10 điểm: bất lực.

Đánh giá mức độ hoạt động bệnh bằng thang điểm RAID [6].

RAID $\leq$ 3 điểm: Bệnh không hoạt động.

3 < RAID $\leq$ 4 điểm: Mức độ hoạt động bệnh nhẹ.

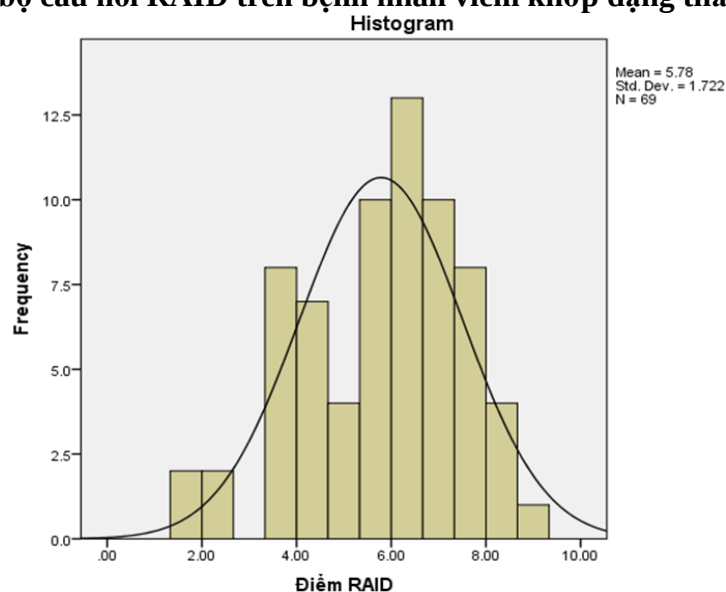
4 < RAID $\leq$ 6 điểm: Mức độ hoạt động bệnh trung bình.

6 < RAID: Mức độ hoạt động bệnh mạnh.

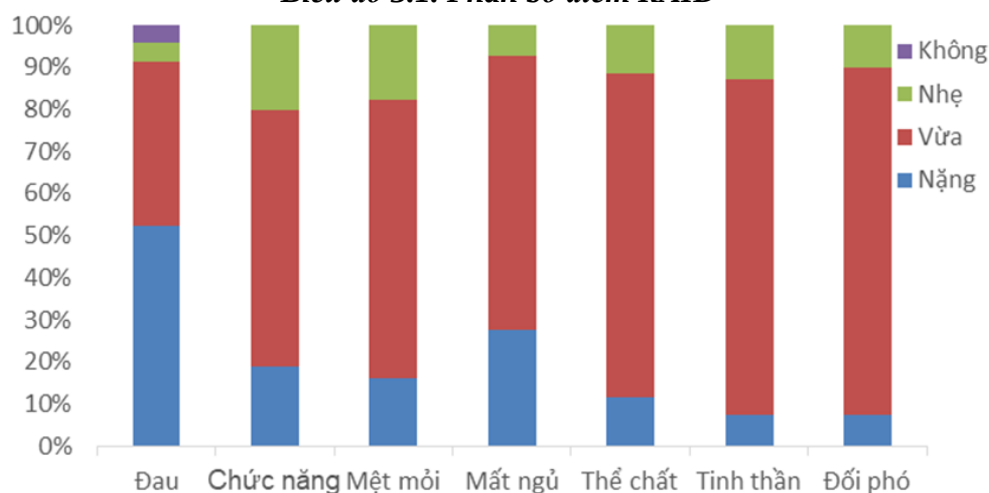
Phương pháp xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá bộ câu hỏi RAID trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp



Biểu đồ 3.1. Phân bố điểm RAID



Biểu đồ 3.2. Đánh giá 7 lĩnh vực của bộ câu hỏi RAID

Bảng 3.1. Đánh giá bộ câu hỏi RAID theo giới tính và thời gian mắc bệnh

RAID		Số lượng	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn	P
		69	1,54	8,97	5,78	1,72	0,58
Giới	Nam	16	2,33	8,57	5,57	1,83	
	Nữ	53	1,54	8,97	5,85	1,7	
Thời gian mắc bệnh	Mới mắc	34	5,91 ± 1,66				0,93
	Dưới 1 năm	11	5,78 ± 1,36				
	Dưới 5 năm	12	5,69 ± 1,94				
	Trên 5 năm	12	5,58 ± 2,13				

Bảng 3.2. Đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo RAID

Nhóm	n	%	Trung bình
$RAID \leq 3$	4	5,8	$2,59 \pm 1,14$
$3 < RAID \leq 4$	9	13	$3,8 \pm 1,58$
$4 < RAID \leq 6$	23	33,3	$4,84 \pm 1,73$
$6 < RAID$	33	47,8	$6,22 \pm 1,41$
Tổng	69	100	$5,78 \pm 1,72$

3.2. Mối tương quan giữa điểm số RAID và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.3. Mối tương quan giữa RAID và các đặc điểm lâm sàng

Nhóm biến số		Thời gian mắc bệnh	Thời gian cứng khớp buổi sáng	Số lượng khớp sưng	Số lượng khớp đau
RAID	r	-0,032	0,279	0,314	0,627
	p	0,793	0,02	0,008	0,001
	Mẫu	69	69	69	69
	Độ tin cậy	95%	95%	99%	99%

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa RAID và các chỉ số cận lâm sàng

Nhóm biến số		Chỉ số CRP	Chỉ số RF	Chỉ số anti-CCP
RAID	r	0,29	0,213	0,076
	p	0,016	0,056	0,537
	Mẫu	69	68	69
	Độ tin cậy	95%	95%	95%

3.3. Mối tương quan giữa đánh giá bộ câu hỏi RAID và các thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh khác

Bảng 3.5. Mối tương quan giữa bộ câu hỏi RAID với DAS28-CRP và CDAI

Nhóm biến số		CDAI	DAS28-CRP
RAID	r	0,764	0,776
	p	0,001	0,001
	Cỡ mẫu	69	69
	Độ đặc hiệu	99%	99%

Bảng 3.6. Đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo RAID và DAS28-CRP

RAID \ DAS28-CRP		Không hoạt động	Mức độ nhẹ	Mức độ trung bình	Mức độ mạnh	Tổng
Không hoạt động	Số lượng	2	1	1	0	4
	Tỷ lệ %	50,0	25,0	25,0	0,0	100,0
Mức độ nhẹ	Số lượng	0	2	6	1	9
	Tỷ lệ %	0,0	22,2	66,7	11,1	100,0
Mức độ trung bình	Số lượng	0	0	11	12	23
	Tỷ lệ %	0,0	0,0%	47,8	52,2	100,0

Mức độ mạnh	Số lượng	0	0	4	29	33
	Tỷ lệ %	0,0	0,0%	12,1	87,9	100,0
Tổng	Số lượng	2	3	22	42	69
	Tỷ lệ %	2,9	4,3	31,9	60,9	100,0

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm nghiên cứu tương đồng với một số nghiên cứu với tỷ lệ nam:nữ là 1: 3,3 [8], điểm số RAID tính được là $5,78 \pm 1,72$ điểm, tương đương với nghiên cứu của Suardi năm 2023 [8].

Đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo RAID thì có 5,8% bệnh nhân trong trạng thái bệnh không hoạt động; 13 % bệnh nhân mức độ hoạt động bệnh nhẹ; 33,3% bệnh hoạt động trung bình và 47,8% bệnh hoạt động mạnh. Phân phối điểm số của RAID là phân phối chuẩn. Kết quả này không có sự khác biệt trong đánh giá của bệnh nhân nam và nữ ($p=0,58$) và cũng không có sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh khác nhau ($p=0,93$).

Đánh giá từng lĩnh vực riêng lẻ chúng tôi nhận thấy trong 7 lĩnh vực được khảo sát, hầu hết đều được bệnh nhân đánh giá trong mức độ trung bình và nặng, đặc biệt là 2 lĩnh vực đau và mất ngủ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Suardi năm 2023 [8]. Lý giải cho vấn đề này có một số yếu tố có thể được nêu ra như đau và mất ngủ có quan hệ qua lại với nhau, bệnh nhân đau sẽ ảnh hưởng nhiều đến chất lượng giấc ngủ, và ngược lại khi bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém, sẽ trở nên nhạy cảm hơn với tình trạng đau, điều này như một vòng xoáy bệnh lý đòi hỏi nhân viên y tế cần can thiệp một cách toàn diện.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có sự tương quan giữa đánh giá RAID với các triệu chứng lâm sàng, đặc biệt

là sự tương quan thuận chặt chẽ giữa RAID và số lượng khớp đau và viêm. Bởi vì chính triệu chứng viêm khớp gây nên tình trạng đau và mệt mỏi của bệnh nhân. Đối với các chỉ số cận lâm sàng, ghi nhận được có sự tương quan thuận mức độ yếu giữa điểm số này với kết quả CRP, nhưng không thấy có sự tương quan của nó với chỉ số RF và anti-CCP. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lưu Văn Ái khi khảo sát các cytokines trên bệnh nhân VKDT [1]. Đối với các công cụ đánh giá bệnh khác: điểm số RAID có mối tương quan thuận chặt chẽ với DAS28-CRP với $r = 0,776$, $p < 0,01$ và CDAI với $p = 0,001$ và $r = 0,764 > 0,7$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới về đánh giá mức độ hoạt động bệnh VKDT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình của điểm số RAID trong từng nhóm hoạt động bệnh (đánh giá bằng thang điểm DAS28 CRP) lần lượt là $1,60 \pm 0,08$ cho mức độ bệnh không hoạt động; $3,16 \pm 0,72$ cho mức độ hoạt động bệnh nhẹ; $4,78 \pm 1,28$ cho mức độ hoạt động bệnh trung bình và $6,69 \pm 1,15$ cho mức độ hoạt động bệnh mạnh. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Salaffi với các điểm số bệnh không hoạt động RAID ≤ 3 , bệnh hoạt động nhẹ $3 < \text{RAID} \leq 4$, bệnh hoạt động trung bình $4 < \text{RAID} \leq 6$ và bệnh hoạt động mạnh RAID > 6 [6].

Về điểm cắt của RAID, chúng tôi xác định khi RAID = 3,65 điểm cho phép kết luận bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát bệnh (độ nhạy 96,8%, độ đặc hiệu 100%). Kết quả này so với nghiên cứu của Fausto Salaffi và

Marco Di Carlo 2017 trên 622 bệnh nhân VKDT trừ trung tâm dữ liệu bệnh tật châu Âu lấy điểm cắt RAID = 4 điểm trong nghiên cứu có sự chênh lệch [6], điều này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn. Ngoài ra trong nghiên cứu này chúng tôi cũng xác định tại điểm cắt RAID = 4,92 điểm có giá trị chẩn đoán mức độ hoạt động bệnh mạnh với độ nhạy 95,2% và độ đặc hiệu 74,1%. Theo nghiên cứu của Jatin Mistry và Mohammed Sharit (2020) đưa ra điểm cắt RAID < 2 điểm là trạng thái bệnh nhân chấp nhận được [5]. Sự khác nhau giữa các điểm cắt có thể do khác nhau cỡ mẫu cũng như chế độ chăm sóc y tế và điều kiện sinh hoạt.

V. KẾT LUẬN

- Đánh giá tình trạng bệnh bằng bộ câu hỏi RAID: nhóm bệnh không hoạt động chiếm 5,8 % với điểm RAID: $2,59 \pm 1,14$; nhóm bệnh hoạt động nhẹ chiếm 13% với điểm RAID: $3,8 \pm 1,58$, nhóm bệnh hoạt động trung bình chiếm 33,3% với điểm RAID: $4,84 \pm 1,73$; nhóm bệnh hoạt động mạnh chiếm 47,8% với điểm RAID: $6,22 \pm 1,41$.

- Có sự tương quan thuận giữa đánh giá bộ câu hỏi RAID với số lượng khớp sưng, khớp đau, với chỉ số CRP và đánh giá bằng các bộ công cụ khác như DAS28 CRP và CDAI.

- RAID = 3,65 điểm, giá trị chẩn đoán bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị (bệnh không hoạt động và mức độ hoạt động bệnh nhẹ) có độ nhạy 96,8% và độ đặc hiệu là 100%. RAID = 4,92 điểm có giá trị chẩn đoán mức độ hoạt động bệnh mạnh với độ nhạy 95,2 % và độ đặc hiệu 74,1%.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần mở rộng nghiên cứu, với cỡ mẫu lớn hơn và nhiều trung tâm để có thể xem xét áp dụng bộ câu hỏi RAID trên thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lưu Văn Ái** (2024), "Mối tương quan giữa nồng độ của một số cytokine, kháng thể và mức độ hoạt động của viêm khớp dạng thấp", Tạp chí Y học Việt Nam, số 543, tr. 372-376.
2. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Lê Thị Hồng Vân** (2018), Viêm khớp dạng thấp, Bệnh học nội khoa, Bộ môn Nội, Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr.622-630.
3. **Võ Tam** (2021), Chẩn đoán và điều trị viêm khớp dạng thấp, Nhà xuất bản Y học, tr. 16-17.
4. **Gossec L., et al.** (2011), "Finalisation and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative", Ann Rheum Dis. 70(6), pp. 935-942.
5. **Mistry J., et al.** (2020), "Use of rheumatoid arthritis impact of disease (RAID) in routine care; identification of DAS28 remission and unmet patient-reported outcomes", Rheumatol Adv Pract. 4(2), p. rkaa013.
6. **Salaffi F., et al.** (2018), "Validity of the rheumatoid arthritis impact of disease (RAID) score and definition of cut-off points for disease activity states in a population-based European cohort of patients with rheumatoid arthritis", Joint Bone Spine. 85(3), pp. 317-322.
7. **Smolen J. S., et al.** (2020), "EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update", Ann Rheum Dis. 79(6), pp. 685-699.
8. **Suardi I., et al.** (2023), "Disease activity and disease-related factors are drivers of patient global assessment in rheumatoid arthritis: a real-life cross-sectional study", Rheumatol Int. 43(10), pp. 1885-1895.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN CỦA FERRITIN HUYẾT THANH TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG BỆNH VIÊM ĐA CƠ, VIÊM DA CƠ

Nguyễn Thị Hạnh¹, Đinh Hà Giang¹,
Nguyễn Thị Bảo Thoa¹, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan của ferritin huyết thanh trong đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 63 bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2017, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024. Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các thăm dò cận lâm sàng cần thiết và xét nghiệm định lượng nồng độ ferritin huyết thanh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Các bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ có mức độ hoạt động bệnh càng mạnh thì nồng độ ferritin trong huyết thanh càng tăng cao ($p < 0,001$). Nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân có bệnh phổi kẽ cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có bệnh phổi kẽ ($p < 0,001$). Mức tăng của nồng độ ferritin trong huyết thanh có giá trị dự báo tốt trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ và nguy cơ bị bệnh phổi kẽ với giá trị ngưỡng là 429,2 ng/ml. **Kết luận:** Nồng độ ferritin huyết

thanh ở nhóm bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ có tương quan thuận với mức độ hoạt động bệnh. Mức tăng của nồng độ ferritin huyết thanh có giá trị dự báo mức độ hoạt động bệnh và nguy cơ bị bệnh phổi kẽ ở bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ.

Từ khóa: Ferritin huyết thanh, viêm đa cơ, viêm da cơ.

SUMMARY

PROGNOSTIC THE RELATIONSHIP OF SERUM FERRITIN IN ASSESSING DISEASE ACTIVITY OF POLYMYOSITIS AND DERMATOMYOSITIS

Objective: To survey the relationship of serum ferritin in assessing disease activity of polymyositis and dermatomyositis. **Subject:** 63 patients with polymyositis and dermatomyositis diagnosed according to ACR/EULAR 2017 criteria, treated at Center for Rheumatology, Bach Mai Hospital from January 2023 to August 2024. Patients were examined, performed necessary clinical investigations and quantified serum ferritin level. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Serum ferritin levels are significantly increased in patients with polymyositis and dermatomyositis with high disease activity ($p < 0,001$). Serum ferritin levels in the group of patients with interstitial pneumonia on high-resolution chest computed tomography were significantly higher than patients without interstitial pneumonia ($p < 0,001$). Degree of increase in serum ferritin

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

SĐT: 0966274629

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

concentration has a good predictive value for assessing disease activity of polymyositis, dermatomyositis and the risk of interstitial lung disease with cut off 429,2 ng/ml. **Conclusion:** Serum ferritin in patients with polymyositis and dermatomyositis are positively correlated with disease activity. Degree of increase in serum ferritin level has a good predictive value for disease activity and the risk of interstitial lung disease in patients with polymyositis and dermatomyositis.

Keywords: Ferritin huyết thanh, polymyositis, dermatomyositis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa cơ và viêm da cơ là hai thể lâm sàng thường gặp nhất của nhóm lý bệnh viêm cơ tự miễn, với tổn thương cơ bản là tình trạng viêm mạn tính của các sợi cơ vân và biểu hiện yếu cơ trên lâm sàng. Bệnh nhân thường có triệu chứng yếu cơ vùng gốc chi đối xứng hai bên và bệnh tiến triển nặng dần lên theo thời gian. Ngoài tổn thương cơ, bệnh nhân có thể biểu hiện triệu chứng ở các cơ quan khác như da, khớp, hô hấp, tim mạch và tiêu hóa. Ở người già, viêm đa cơ và viêm da cơ có thể kết hợp với ung thư [1]. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 8/100 000 người, thường gặp ở lứa tuổi từ 5 - 15 tuổi với trẻ em và 40 - 60 tuổi với người lớn. Đây là nhóm bệnh có tỷ lệ tử vong trong vòng 5 năm sau khi phát hiện bệnh còn cao, dao động từ 12,3- 60,1% với nguyên nhân chủ yếu do nhiễm trùng cơ hội, tổn thương tim mạch, bệnh phổi kẽ và ung thư kết hợp [2]. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã tìm hiểu các yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ, qua đó có thể đưa ra các định hướng điều trị giúp làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Ferritin là một protein hòa tan trong nước và có mặt trong nhiều tế bào. Sự tổng hợp ferritin trong cơ thể được điều hòa bởi nhiều yếu tố như: nồng độ sắt huyết thanh, các cytokine gây viêm và hormon tuyến giáp. Các cytokine gây viêm và các phân tử tín hiệu cận tiết như NO được giải phóng trong quá trình viêm làm tăng tổng hợp ferritin huyết thanh ở cả cấp độ phiên mã và dịch mã. Nhiều nghiên cứu cho thấy, trong bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ nồng độ ferritin huyết thanh tăng cao và có giá trị tiên lượng mức độ tiến triển nặng của bệnh, đặc biệt với những bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ [3], [4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **Khảo sát mối liên quan của nồng độ ferritin huyết thanh trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa cơ, viêm da cơ theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2017 (39 bệnh nhân viêm đa cơ và 24 bệnh nhân viêm da cơ), điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024.

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu dựa trên các tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Được chẩn đoán xác định viêm đa cơ hoặc viêm da cơ theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2017 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ mắc kèm các bệnh hệ thống khác như: lupus ban

đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì toàn thể.

- Bệnh nhân mắc kèm các bệnh lý: gan mạn tính (xơ gan, bệnh gan do rượu, gan nhiễm mỡ, viêm gan virus), nghiện rượu, béo phì và hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường và tình trạng kháng insulin, đang có viêm nhiễm cấp tính, có các khối u ác tính hay bệnh lý ung thư huyết học.

- Bệnh nhân được truyền máu nhiều lần (truyền ≥ 10 đơn vị máu), uống quá liều sắt.

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh ứ đọng sắt bẩm sinh hoặc hội chứng quá tải sắt rối loạn chuyển hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu toàn bộ với 63 bệnh nhân viêm đa cơ hoặc viêm da cơ.

- Nội dung nghiên cứu: bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm cận lâm sàng theo một mẫu bệnh án chung.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm nhân trắc học của bệnh nhân: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng.

- Thời gian mắc bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ (tháng).

- Các triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ, khám cơ lực 8 nhóm cơ theo thang điểm MMT8, thang điểm đánh

giá mức độ hoạt động bệnh MDAAT 2005, đánh giá của bác sĩ về mức độ hoạt động bệnh (PGA) theo thang điểm Likert.

- Sinh hóa máu gồm có: Creatinin, CK, GOT, GPT, CRPhs, ferritin được tiến hành tại khoa Hóa sinh Bệnh viện Bạch Mai. Xét nghiệm ferritin máu được tiến hành dựa trên phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang Eclia trên máy xét nghiệm Cobas. Kết quả được đọc dựa theo đường cong chuẩn hiện trên máy. Giá trị bình thường của ferritin huyết thanh: nam 30 - 400 ng/ml ($\mu\text{g/l}$), nữ 13 - 150 ng/ml ($\mu\text{g/l}$). (Theo tiêu chuẩn của Kit Cobas tại Khoa sinh hóa Bệnh viện Bạch Mai, đã được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn ISO 15189).

- Xét nghiệm kháng thể trong bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ.

- Công thức máu, máu lắng.

- Tổng phân tích nước tiểu.

- Chụp Xquang ngực thẳng, HRCT ngực, đo chức năng hô hấp.

- Điện tâm đồ, siêu âm tim.

Các số liệu được nhập và xử lý phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các thăm dò cận lâm sàng nếu không thực hiện được trên tất cả các bệnh nhân thì các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm và các phân tích thống kê được tính toán, so sánh trong số bệnh nhân được làm xét nghiệm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 63)

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %	p
Giới	Nam	20	31,7	0,005
	Nữ	43	68,3	
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	52,4 $\pm$ 1,8		

Nhận xét: Bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ gặp chủ yếu ở nữ (68,3%). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 52,4 tuổi.

3.2. Nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 63).

Nồng độ ferritin (ng/ml)	Viêm đa cơ, viêm da cơ (n = 63)	Viêm đa cơ (n = 24)	Viêm da cơ (n = 39)	p
$\bar{X} \pm SD$	748,8 $\pm$ 97	971,1 $\pm$ 168,8	612 $\pm$ 113,5	0,072

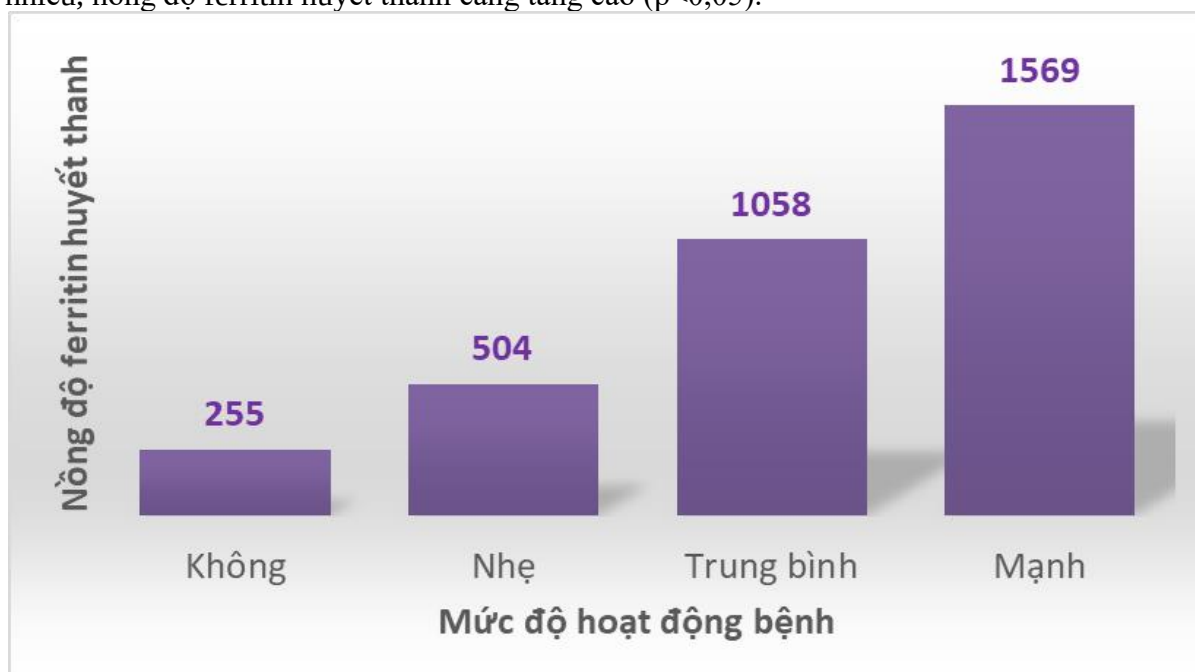
Nhận xét: Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình ở bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ là 748,8 ng/ml. Không có sự khác biệt về nồng độ ferritin huyết thanh giữa nhóm bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ.

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ ferritin huyết thanh với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ

Bảng 3.3. Liên quan giữa nồng độ ferritin và số lượng cơ quan bị tổn thương

Số cơ quan bị tổn thương	n	Ferritin huyết thanh (ng/ml)	p
0	11	342,7 $\pm$ 81,8	0,01
1	18	535,6 $\pm$ 154,3	
2	16	754 $\pm$ 171,3	
≥ 3	18	1205,7 $\pm$ 223,6	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, các bệnh nhân có số lượng cơ quan bị tổn thương càng nhiều, nồng độ ferritin huyết thanh càng tăng cao ($p < 0,05$).



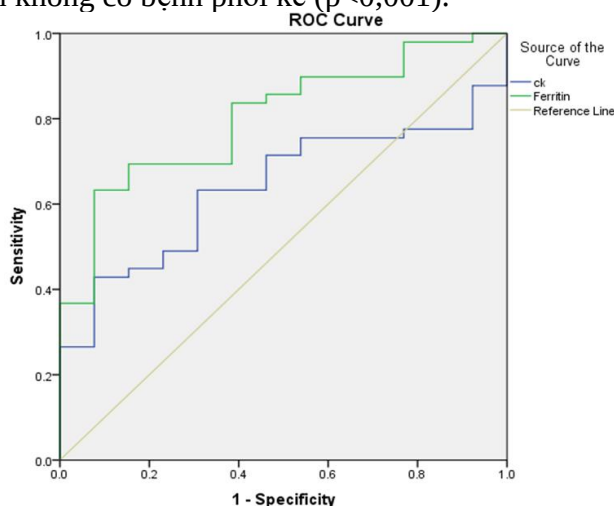
Biểu đồ 3.1. Nồng độ ferritin huyết thanh ở các mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm Likert của bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ

Nhận xét: Mức độ tiến triển của bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ càng mạnh thì nồng độ ferritin huyết thanh càng tăng cao

Bảng 3.4. Liên quan giữa nồng độ ferritin và tổn thương phổi kẽ trên HRCT

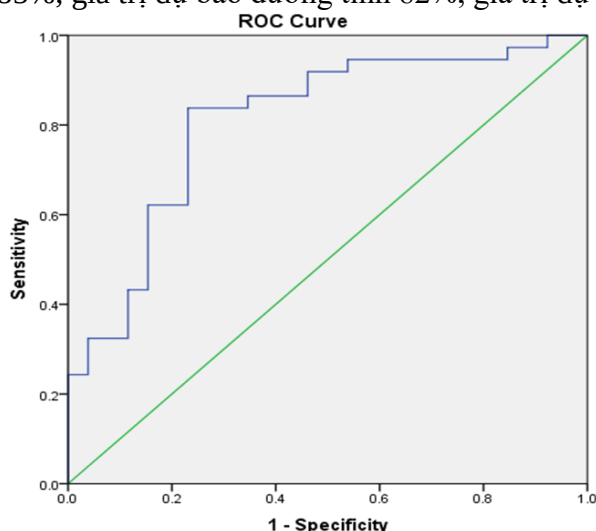
Nồng độ ferritin huyết thanh	Có bệnh phổi kẽ (n = 37)	Không có bệnh phổi kẽ (n = 26)	p
$\bar{X} \pm SD$ (ng/ml)	$1029,4 \pm 140,4$	$349,5 \pm 72,7$	$< 0,001$

Nhận xét: Nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân có bệnh phổi kẽ cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có bệnh phổi kẽ ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của ferritin, CK trong đánh giá đợt hoạt động viêm đa cơ, viêm da cơ

Nhận xét: Mức tăng nồng độ ferritin huyết thanh có giá trị dự báo tốt trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm cơ tự miễn (AUC = 0,803) với giá trị ngưỡng là 429,2 ng/ml; độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính 82%, giá trị dự báo âm tính là 74%.



Biểu đồ 3.3. Đường cong ROC của ferritin trong đánh giá nguy cơ tổn thương phổi kẽ trên HRCT lồng ngực

Nhận xét: Mức tăng nồng độ ferritin huyết thanh có giá trị dự báo tốt nguy cơ bị bệnh phổi kẽ trên HRCT lồng ngực (AUC = 0,809) với giá trị ngưỡng là 429,2 ng/ml; độ nhạy là 84%, độ đặc hiệu là 77%, giá trị dự báo dương tính là 79%, giá trị dự báo âm tính là 83%.

IV. BÀN LUẬN

Ferritin huyết thanh là phân tử chính để dự trữ sắt và có vai trò quan trọng trong việc cô lập các phân tử sắt hoạt hóa có khả năng gây hại cho cơ thể. Ferritin được sản xuất ở gan, tế bào lympho và đại thực bào. Trong cơ thể, có thể tìm thấy ferritin ở trong tế bào chất, ti thể, nhân tế bào và trong huyết thanh [5]. Ferritin đồng thời cũng là một protein phản ứng pha cấp, tăng cao trong các bệnh lý viêm cấp và mạn tính như nhiễm trùng, bệnh thấp khớp học, bệnh huyết học, bệnh ác tính. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, nồng độ ferritin huyết thanh tăng cao trên bệnh nhân viêm đa cơ và viêm da cơ. Năm 2015, Ishizuka và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu theo dõi dọc tại Nhật Bản ở 124 bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ. Các tác giả đưa ra kết luận, các yếu tố tiên lượng xấu trên nhóm bệnh nhân này gồm có: tuổi khởi phát muộn, bệnh nhân có đồng mắc các bệnh lý ung thư và nồng độ ferritin huyết thanh tăng cao trên 420 µg/ml [3]. Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 1933 bệnh nhân viêm cơ tự miễn đã chỉ ra, nồng độ ferritin huyết thanh tăng cao hơn trên nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ so với nhóm không có tổn thương viêm phổi kẽ, và đặc biệt tăng cao trên nhóm bệnh nhân có tổn thương viêm phổi kẽ tiến triển nhanh và nặng. Nồng độ ferritin huyết thanh cũng tăng

cao hơn ở nhóm bệnh nhân tử vong do bệnh viêm cơ tự miễn [4].

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 63 bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ trong đó có 39 bệnh nhân viêm đa cơ và 24 bệnh nhân viêm da cơ. Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình ở bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ là $748,8 \pm 97$ ng/ml, cao hơn nhiều so với giá trị tham chiếu của người bình thường (30 – 400 ng/ml). Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra nồng độ ferritin huyết thanh trên bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ tăng cao hơn so với người bình thường [4], [5], [6]. Nguyên nhân gây tăng ferritin huyết thanh ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn có liên quan tới tình trạng hoạt hóa của tế bào lympho T và đại thực bào [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ có số lượng cơ quan tổn thương càng nhiều và mức độ tiến triển của bệnh theo thang điểm Likert càng mạnh thì nồng độ ferritin huyết thanh càng tăng cao. Như vậy, khi nồng độ ferritin huyết thanh của bệnh nhân viêm đa cơ, viêm da cơ tăng cao có thể dự báo bệnh đang tiến triển mạnh. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ishizuka: những bệnh nhân có nồng độ ferritin huyết thanh trên 420 µg/ml có tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm còn lại. Từ kết quả của biểu đồ 3.2 cho thấy, nồng độ ferritin huyết thanh có khả năng dự báo tốt đợt tiến triển của bệnh viêm cơ tự miễn. Khi nồng độ ferritin huyết thanh cao hơn ngưỡng cắt 429,2 ng/ml có khả năng dự báo bệnh viêm đa cơ, viêm da cơ đang tiến triển mạnh với độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính là 82%. Điều này sẽ giúp cho các thầy thuốc lâm sàng cần chú ý khảo sát tổn thương các cơ quan trên những bệnh

nhân có nồng độ ferritin huyết thanh tăng từ 429,2 ng/ml trở lên qua đó giúp đưa ra 1 phác đồ điều trị phù hợp với người bệnh hay cá thể hóa trong điều trị.

Trong nghiên cứu, nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân viêm đa cơ, viêm đa cơ có bệnh phổi kẽ cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có bệnh phổi kẽ. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về khả năng dự báo của nồng độ ferritin huyết thanh với sự xuất hiện của bệnh phổi kẽ cũng như khả năng tiên lượng mức độ nặng và nguy cơ tử vong trên bệnh nhân viêm đa cơ, viêm đa cơ, đặc biệt là nhóm có tổn thương phổi kẽ [4], [5], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ ferritin huyết thanh cũng có khả năng dự báo tốt nguy cơ bệnh phổi kẽ của bệnh nhân viêm đa cơ, viêm đa cơ. Nồng độ ferritin trên 429,2 ng/ml cho phép dự báo nguy cơ có bệnh phổi kẽ với độ nhạy 84%, độ đặc hiệu 77%, giá trị dự báo dương tính 79% và giá trị dự báo âm tính 83%. Hiện tại có rất ít nghiên cứu đánh giá ngưỡng cắt cũng như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, âm tính của ferritin trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm đa cơ, viêm đa cơ và khả năng mắc viêm phổi kẽ của nhóm bệnh nhân này. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy, định lượng nồng độ ferritin huyết thanh là một xét nghiệm có giá trị tiên lượng trên bệnh nhân viêm đa cơ và viêm đa cơ. Chúng tôi kiến nghị, ở nhóm bệnh nhân viêm cơ tự miễn có nồng độ ferritin huyết thanh trên 429,2 ng/ml nên được chụp HRCT lồng ngực và đo chức năng hô hấp để phát hiện bệnh phổi kẽ và cần được thăm khám lâm sàng cũng như làm các xét nghiệm cận

lâm sàng chuyên sâu để đánh giá mức độ tiên triển của tổn thương các cơ quan, qua đó đưa ra phác đồ 1 điều trị phù hợp nhất nhằm giảm tỷ lệ tàn phế và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn có một số điểm hạn chế như chỉ tiến hành xét nghiệm ferritin huyết thanh tại một thời điểm cắt ngang, chưa theo dõi được sự thay đổi của nồng độ ferritin huyết thanh trong quá trình điều trị. Ngoài ra, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn do bệnh viêm đa cơ và viêm đa cơ thuộc nhóm bệnh ít gặp. Vì vậy cần có thêm những nghiên cứu tiếp theo với số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu nhiều hơn và thời gian theo dõi dài hơn để trả lời các câu hỏi nghiên cứu trên góp phần cải thiện tiên lượng trên nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 63 bệnh nhân viêm đa cơ, viêm đa cơ, trong đó có 39 bệnh nhân viêm đa cơ và 24 bệnh nhân viêm đa cơ tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Nồng độ ferritin huyết thanh trung bình ở bệnh nhân viêm đa cơ, viêm đa cơ là 748,8 ng/ml.
- Mức độ tiên triển của bệnh viêm đa cơ và viêm đa cơ càng mạnh thì nồng độ ferritin huyết thanh càng tăng cao.
- Nồng độ ferritin huyết thanh ở nhóm bệnh nhân có bệnh phổi kẽ cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có bệnh phổi kẽ.
- Mức tăng của nồng độ ferritin huyết thanh có giá trị dự báo tốt trong đánh giá

mức độ tiến triển của bệnh viêm đa cơ và viêm da cơ và nguy cơ bị bệnh phổi kẽ với giá trị ngưỡng là 429,2 ng/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jakubaszek M., Kwiatkowska B., và Maślińska M.** (2015). Polymyositis and dermatomyositis as a risk of developing cancer. *Reumatologia*, 53(2), 101–105.
2. **Marie I.** (2012). Morbidity and mortality in adult polymyositis and dermatomyositis. *Curr Rheumatol Rep*, 14(3), 275–285.
3. **Ishizuka M., Watanabe R., Ishii T. và cộng sự.** (2016). Long-term follow-up of 124 patients with polymyositis and dermatomyositis: Statistical analysis of prognostic factors. *Mod Rheumatol*, 26(1), 115–120.
4. **He X., Ji J., Chen X. và cộng sự.** (2024). Serum ferritin as a significant biomarker for patients with idiopathic inflammatory myopathy-associated interstitial lung disease: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 64, 152350.
5. **Gono T., Kawaguchi Y., Hara M. và cộng sự.** (2010). Increased ferritin predicts development and severity of acute interstitial lung disease as a complication of dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)*, 49(7), 1354–1360.
6. **Đỗ Văn Tiến** (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh mắc bệnh phổi mô kẽ có viêm đa cơ, viêm da cơ, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Zuo Y., Ye L., Chen F. và cộng sự.** (2022). Different Multivariable Risk Factors for Rapid Progressive Interstitial Lung Disease in Anti-MDA5 Positive Dermatomyositis and Anti-Synthetase Syndrome. *Front Immunol*, 13, 845988.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH PHỔI MÔ KẾ TỰ MIỄN

Huỳnh Thị Phước Dung¹, Lê Thượng Vũ^{2,3}

TÓM TẮT

Bệnh phổi mô kế tự miễn là bệnh lý tổn thương nhu mô phổi lan toả do bệnh tự miễn gây nên. Đây là bệnh lý phức tạp, chẩn đoán càng muộn thì tỷ lệ tử vong càng cao. **Mục đích nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ các bệnh tự miễn trong bệnh phổi mô kế tự miễn, mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân tích hình ảnh trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh phổi mô kế tự miễn. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích, hồi cứu và tiến cứu từ năm 2020-2024 ở bệnh nhân bệnh phổi mô kế tự miễn. **Kết quả:** Sau thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 117 bệnh nhân bệnh phổi mô kế tự miễn. Bệnh lý tự miễn gây bệnh phổi mô kế có tỷ lệ lần lượt là Xơ cứng bì 34,2%, Bệnh cơ viêm 23,9%, Bệnh mô liên kết hỗn hợp 14,5%, Viêm khớp dạng thấp 12%, còn lại là hội chứng chông lầy (6,8%), IPAF (6%), Viêm mạch (1,7%) và Lupus (0,9%). Hình thái trên MSCT ngực thường gặp của bệnh phổi mô kế tự miễn là NSIP (47,9%) và UIP (26,5%); hình ảnh cơ bản là hình lưới (88,9%), kính mờ (88%), giãn phế quản (54,7%), tổ ong (41,9%); phân bố chủ yếu ở thùy

dưới, đối xứng 2 bên và ngoại biên. ANA dương tính chiếm tỷ lệ 41%, hình ảnh chủ yếu là hình lốm đốm. Kháng thể thường gặp nhất là Ro52. Điều trị chủ yếu là Corticoid (61,5%), Mycophenolate mofetil (53,8%), Cyclophosphamide (12%), Rituximab (6%), ngoài ra còn có HCQ, Azathioprine, Sulfasalazine. 5 ca xơ cứng bì được sử dụng Ninetanib, 2 ca Pulse methylprednisone và 5 ca được thay huyết tương. **Kết luận:** Bệnh phổi mô kế tự miễn là bệnh lý phức tạp, chẩn đoán cần kết hợp lâm sàng, các kháng thể tự miễn và phân tích hình ảnh học của bệnh phổi mô kế.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTOIMMUNE INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Autoimmune disease associated with interstitial lung disease (AD-ILD) refers to conditions characterized by diffuse damage to the lung parenchyma caused by autoimmune diseases. This is a complex condition, and the later diagnosis, the higher mortality rate.

Objective: Determine the prevalence of autoimmune diseases in AD-ILD, describe the clinical features and laboratory investigations, analyze the thoracic computed tomography characteristics of AD-ILD. **Design:** A descriptive cross-sectional, retrospective, and prospective analytical study from 2020 to 2024 on patients with AD-ILD. **Result:** During the study period,

¹Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương

²Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

³Trường Đại Học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Phước Dung
SĐT: 0917403560

Email: bsdung87@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

we collected data from 117 patients with AD-ILD. The autoimmune diseases causing ILD had the following prevalence rates: systemic sclerosis (34,2%), idiopathic inflammatory myopathies (23,9%), mixed connective tissue disease (14,5%), rheumatoid arthritis (12%), and others, including overlap syndromes (6,8%), IPAF (6%), vasculitis (1,7%), and lupus (0,9%). The most common lung MSCT patterns in AD-ILD were NSIP (47,9%) and UIP (26,5%), with characteristic imaging features including reticulation (88,9%), ground-glass opacity (88%), bronchiectasis (54,7%), and honeycombing (41,9%). The distribution was predominantly bilaterally symmetric, peripheral and bottom. Positive ANA was observed in 41% of patients, with a speckled pattern being the most common. The most frequently detected antibody was Ro52. Treatment primarily included corticosteroids (61,5%), mycophenolate mofetil (53,8%), cyclophosphamide (12%), and rituximab (6%). Other medications were hydroxychloroquine (HCQ), azathioprine, and sulfasalazine. Additionally, five systemic sclerosis patients were treated with nintedanib, two received pulse methylprednisolone, and five underwent plasma exchange therapy.

Conclusion: Autoimmune disease associated interstitial lung disease is a complex condition requiring a multidisciplinary diagnostic approach involving clinical evaluation, autoimmune antibody testing, and thoracic computed tomography analysis of interstitial lung abnormalities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi mô kẽ tự miễn là bệnh lý tổn thương nhu mô phổi lan toả do bệnh tự miễn

gây nên. Những bệnh tự miễn thường gây tổn thương phổi như xơ cứng bì, bệnh cơ viêm, hội chứng Sjögren, viêm khớp dạng thấp và Lupus hệ thống với tần suất ước tính lần lượt là 40%, 30-40%, 40%, 10%, và 12%.² Bệnh phổi mô kẽ là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu trong bệnh tự miễn. Biểu hiện lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ tự miễn bao gồm triệu chứng của hô hấp như mệt, khó thở, ran nổ ở phổi và triệu chứng của bệnh tự miễn nền như sưng khớp, ban da, hội chứng Raynaud... Giai đoạn bệnh cũng có nhiều đợt lui bệnh và tái phát, có thể ổn định, tiến triển chậm qua nhiều năm đến tiến triển nhanh. Vì thế, tiếp cận lâm sàng và cận lâm sàng toàn diện, chi tiết giúp chẩn đoán và từ đó đưa ra chiến lược quản lý bệnh tốt hơn. Chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ tự miễn dựa vào hình ảnh trên HRCT, lâm sàng, các kháng thể tự miễn. Phân tích hình ảnh HRCT, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sẽ giúp cho chẩn đoán bệnh.

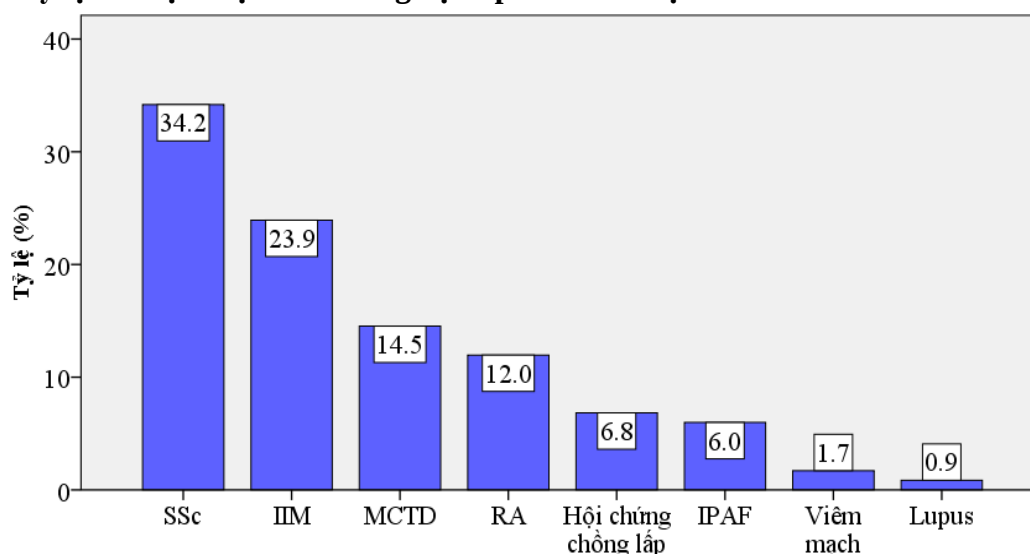
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 117 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ tự miễn ở bệnh viện Đại Học Y Dược từ tháng 1/2020 đến năm tháng 6/2024 có hình ảnh MSCT lồng ngực tổn thương phổi kẽ, có đủ các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh tự miễn và không có nhiễm trùng, ung thư hay bệnh lý phổi mô kẽ do nguyên nhân khác.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích, hồi cứu và tiến cứu. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các bệnh tự miễn trong bệnh phổi mô kẽ tự miễn

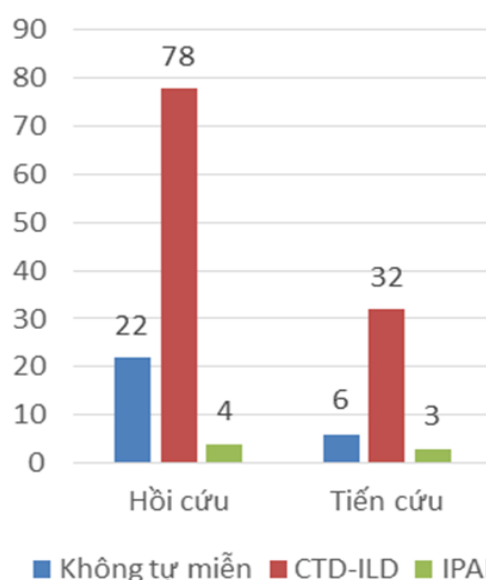


Biểu đồ 1. Số lượng bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Xơ cứng bì (SSc) chiếm tỷ lệ cao nhất 34,2% (n=40) và Lupus chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,9% (n=1). Các nhóm khác bệnh khác với tỷ lệ lần lượt là bệnh cơ viêm (IIM) 23,9% (n=28) (bao gồm DM/PM 11,1% (n=13), ASS 9,4% (n=11) và NM 3,4% (n=4)), bệnh mô liên kết

hỗn hợp (MCTD) 14,5% (n=17), Viêm khớp dạng thấp (RA) 12% (n=14), hội chứng chồng lấp 6,8% (n=8), bệnh phổi mô kẽ có đặc điểm tự miễn (IPAF) 6% (n=7), viêm mạch 1,7% (n=2) và Lupus 0,9% (n=1).

3.2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bệnh tự miễn trong AD-ILD

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung	Thông số		
	Chung (n=117)	Hội cứu (n=82)	Tiền cứu (n=35)
Nữ : Nam	3,5 : 1	5,8 : 1	1,5 : 1
Tuổi	55,2 ± 12,5	54 ± 12,7	57,3 ± 12,0
Thời gian xuất hiện BPMK	14,6 ± 30,9 tháng	19 ± 31,5 tháng	5 ± 29,8 tháng
ILD trước AD	10,3%	4,9%	22,9%
ILD cùng AD	30,6%	30,5%	51,4%
ILD sau AD	52,9%	64,6%	25,7%
Tử vong	9,4%	6,1% (5)	17,1% (6)
Thở máy	0,9%	0% (0)	2,9% (1)
Lệ thuộc oxy	0,9%	1,2% (1)	0% (0)

Tuổi trung bình là 55, Nữ: Nam = 3,5:1. Thời gian trung bình xuất hiện ILD là khoảng 15 tháng.

3.3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ tự miễn

Bảng 2. Bảng tổng hợp các triệu chứng lâm sàng của AD-ILD theo từng bệnh tự miễn

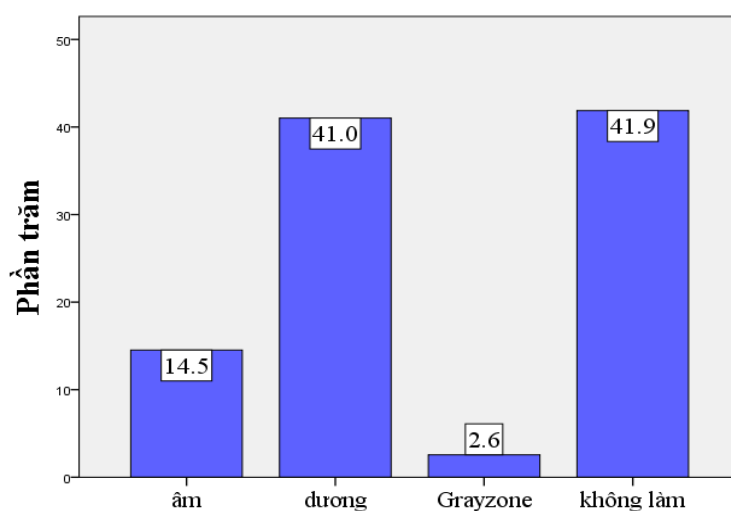
	CTD	SSc	IIM	MCTD	RA	Chồng lấp	IPAF	Viêm mạch	Lupus
Triệu chứng hô hấp									
Khó thở	++	+++	++	+++	+	++	+++	+++	+++
Ho	++	++	++	+	+++	+++	+++	+++	-
Ran nổ	++	+	++	+	+	++	+++	+++	-
Ran khác	+	+	-	+	+	-	-	-	-
Triệu chứng cơ xương khớp									
Đau khớp	++	++	++	+++	+++	+++	+	+	+++
Đau cơ	+	+	++	+	+	+	+	-	-
Cứng khớp	+	+	+	+	++	+	-	+	+++
Sưng khớp	+	+	+	+	+++	++	-	-	+++
Biến dạng	+	+	-	+	+	-	-	-	-
Raynaud	+	++	+	++	+	+	-	-	-
Yếu cơ	+	-	++	+	-	+	+	-	-
Triệu chứng da									
Xơ cứng da	+	+++	+	++	-	+	+	-	-
Gotttron	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Heliotrope	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Bàn tay thợ máy	+	-	+	-	-	-	+	-	-
Telangiectasia	+	+	-	-	-	-	+	-	-
Loét ngón	+	+	+	+	+	+	-	-	-
Triệu chứng khác									
Phù	+	+	+	+	+	-	-	-	-
Mắt	+	-	-	-	+	-	-	-	-

Tiêu chảy	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Nuốt nghẹn/ khó	+	+	+	+	-	+	+	-	-
GERD	+	+	+	+	-	+	-	+	-
khô mắt/miệng	+	-	-	+	-	-	-	-	-
Sốt	+	+	+	+	+	+	+	-	-
Sụt cân	+	+	+	+	+	-	+	+	-
Ngón tay dùi trống	+	+	-	-	-	-	-	-	-

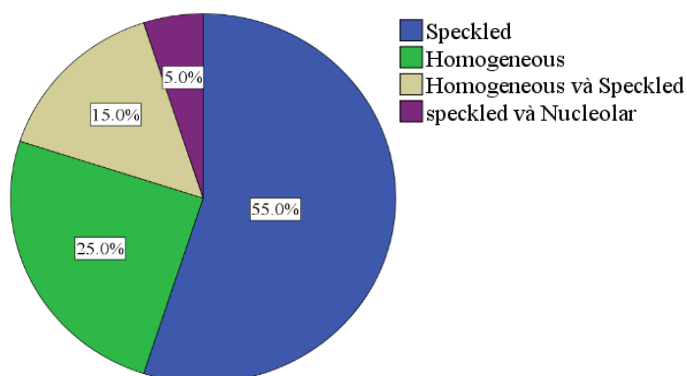
(- : không có, +: tỷ lệ <50%, ++: tỷ lệ từ 50-75%, +++: tỷ lệ từ 75-100%, + tương quan có ý nghĩa thống kê)

Triệu chứng cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 85,5% kể đến là triệu chứng hô hấp 82,9%, tiêu hoá 26,5% và da 62,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân có bệnh lý mắt: Viêm màng bồ đào ở 1 ca Viêm khớp dạng thấp.

Trong đó triệu chứng đau cơ, yếu cơ, ban Gottron có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với bệnh cơ viêm ($p<0,001$); hội chứng Raynaud, xơ cứng da có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với Xơ cứng bì ($p<0,001$).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ hình ảnh ANA

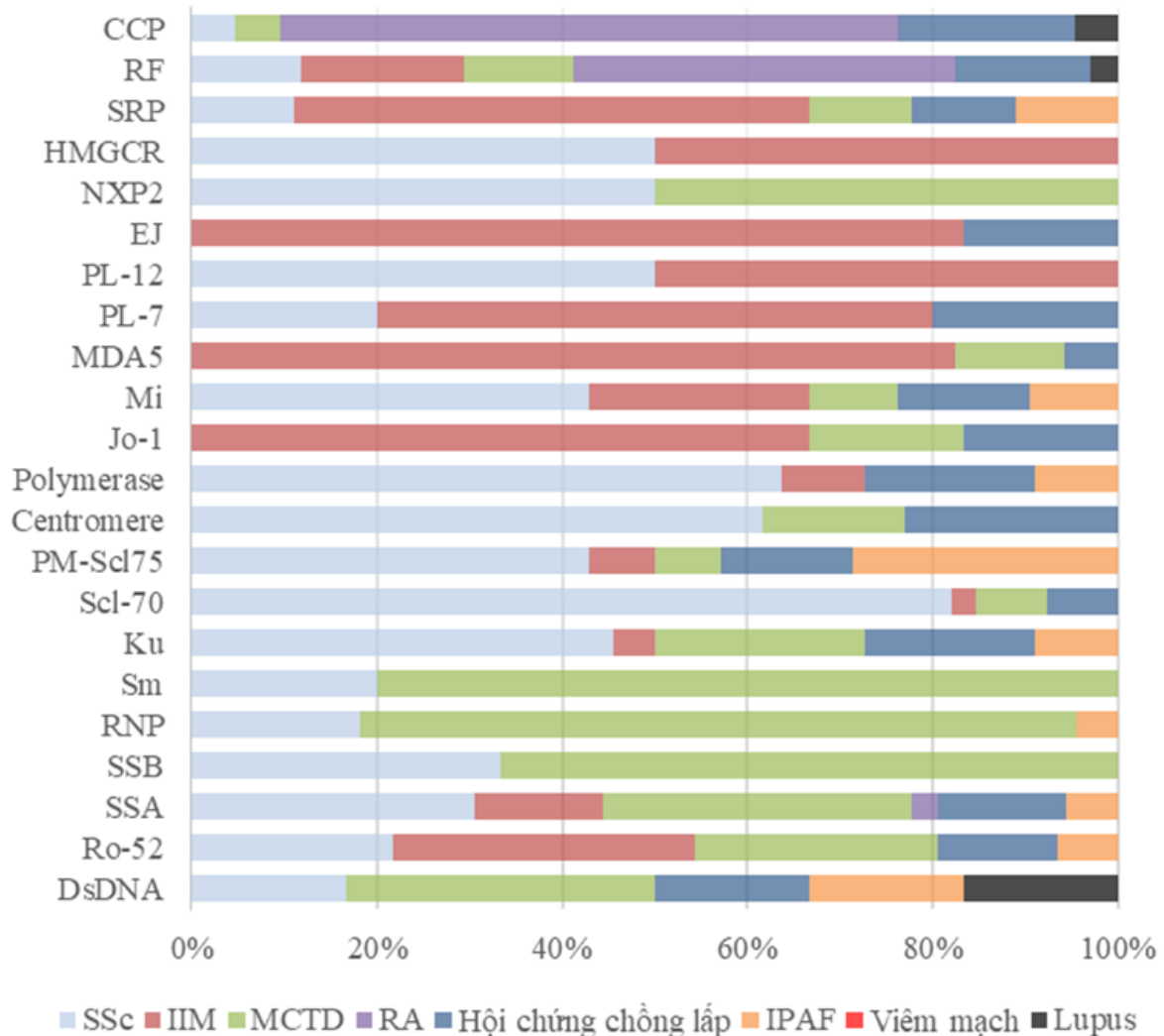


Biểu đồ 4. Tỷ lệ xét nghiệm ANA

3.4. Đặc điểm tự kháng thể của bệnh phổi mô kẽ tự miễn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ANA dương tính chiếm 41%, âm tính 14,5% và Grayzone là 2,6%. Trong số những bệnh nhân làm xét nghiệm ANA, có 20 bệnh nhân được làm ANA IFT, còn lại là xét nghiệm

theo phương pháp Elisa. Hình ảnh ANA chủ yếu là Speckled (55%), Homogeneous là 25%, còn lại là hình ảnh Homogeneous và Speckled chiếm 15%, Speckled và Nucleolar chiếm 5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có hình ảnh Centromere, Rim/peripheral, Cytoplasmic

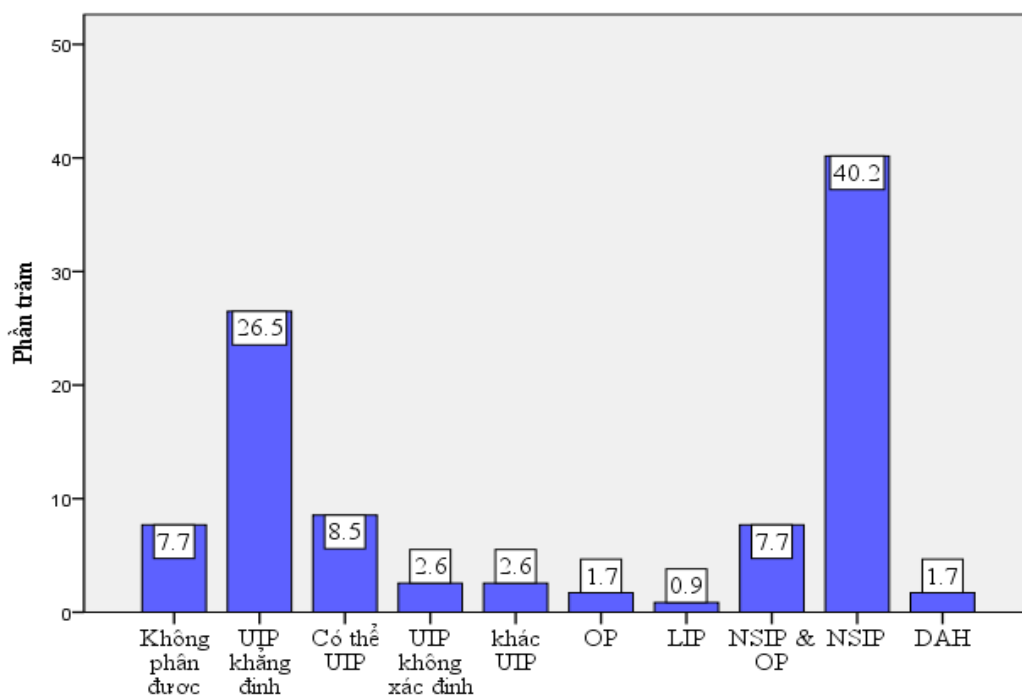


Biểu đồ 5. Các tự kháng thể theo từng bệnh tự miễn

Các kháng thể đặc hiệu như: Scl-70, centromere, polymerase dương tính trong xơ cứng bì; MDA5, anti aminoacyl tRNA, HMGCR, SRP dương tính trong bệnh cơ viêm; RF, anti CCP dương tính trong viêm khớp dạng thấp; RNP dương trong MCTD.

Các kháng thể không đặc hiệu như Ro52, Ku, PM-Scl75 dương trong nhiều bệnh tự miễn.

3.5. Đặc điểm hình ảnh học của bệnh phổi mô kẽ tự miễn



Biểu đồ 5. Hình thái trên MSCT của AD-ILD

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình thái trên HRCT chủ yếu là NSIP (40,2%). UIP khẳng định chiếm 26,5%, có thể UIP 8,5%, UIP không xác định 2,6%, khác UIP 2,6%. Còn lại là các hình thái OP 1,7%, NSIP chồng lấp OP 7,7%, DAH 1,7%. Có 7,7% không thể phân được hình thái n=9 bao

gồm 6 ca RA, 1 ca SSc, 1 ca IPAF, 1 ca MCTD.

Hình ảnh NSIP có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với Xơ cứng bì và NSIP chồng lấp OP có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với bệnh cơ viêm với $p < 0,01$.

Bảng 3. Đặc điểm khác của AD-ILD

Hình ảnh	Số ca	Tỷ lệ	Phân bố	Số ca	Tỷ lệ
Lưới	104	88,9	Dưới	112	95,7
Kính mờ	103	88	Trên	19	16,2
Giãn phế quản	64	54,7	Giữa	21	17,9
Tổ ong	49	41,9	2 bên	113	96,6
Dày vách liên tiểu thùy	22	18,8	1 bên	4	3,4
Đông đặc	15	12,8	Ngoại biên	109	93,2
Hình ảnh ngoài phổi			Dấu hiệu đặc hiệu AD-ILD		
Dẫn thực quản	25	21,4	Dấu bờ thẳng	13	11,1
Tràn dịch màng phổi	14	12	Dấu thùy trên trước	22	18,8
Tràn dịch màng tim	4	3,4	Dấu tổ ong lan rộng	5	4,3
Tràn khí màng phổi - trung thất	3	2,6	Điện cơ		
Hạch trung thất	40	44,2	Bệnh cơ	23	19,7

Tăng áp phổi trên siêu âm tim					Bình thường			15	12,8	
Không		90	76,9	Hội chứng ống cổ tay			6	5,1		
Nhẹ		18	15,4	Không đo			73	62,4		
Trung bình		6	5,1	Hô hấp ký						
Nặng		3	2,6	FVC (%): 60,5 ± 18,2						
Thống kê điều trị bệnh phổi mô kẽ tự miễn theo từng bệnh lý nền										
Điều trị	SSc	RA	NM	DM/PM	ASS	Lupus	MCTD	Viêm mạch	Chồng lấp	IPAF
Corticosteroid	19	12	2	10	9	0	8	1	6	5
Cyclophosphamide	8	0	1	1	0	0	2	1	1	0
Mycophenolate mofetil	28	3	2	7	6	0	11	0	4	2
Azathioprine	3	0	2	0	3	0	3	0	1	0
Hydroxychloroquine	5	7	0	0	0	1	5	0	2	0
Rituximab	0	1	1	2	0	1	1	0	1	0
Sulfasalazine	1	7	0	0	1	0	0	0	0	0
Nintedanib	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pulse Methylprednisone	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Thay huyết tương	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh tự miễn trong AD-ILD

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận Xơ cứng bì chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,2%, kế đến là IIM (23,9%) (bao gồm DM/PM 11,1%, ASS 9,4%, NM 3,4%), MCTD (14,5%), RA (12%), hội chứng chồng lấp (6,8%), IPAF (6%), viêm mạch (1,7%), Lupus thấp nhất (0,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tương tự với kết quả của nghiên cứu “Bệnh phổi mô kẽ liên quan bệnh mô liên kết” của tác giả R.P. Oliveira⁶ và cộng sự được thực hiện từ năm 2013 đến năm 2018 ở Bồ Đào Nha là SSc 34,7%, RA 15%, hội chứng chồng lấp 13,3%, MCTD 9,3%, bệnh cơ tự miễn 6,7%, viêm mạch 5,3%, CTD không phân loại 5,3%, SjS 2,7%

và không có Lupus. Trong đó, tỷ lệ xơ cứng bì và viêm khớp dạng thấp trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đương với tác giả R.P.Oliveira với kiểm định T-test: sig>0,05.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và tự kháng thể của AD-ILD

Triệu chứng cơ xương khớp cao nhất 85,5% kế đến là triệu chứng hô hấp 82,9%, tiêu hoá 26,5% và da 62,4%. Tỷ lệ khó thở của chúng tôi có hơi thấp hơn so với các nghiên cứu khác về bệnh phổi mô kẽ chung như tác giả K’Bril 90,0%¹, tác giả Bingpeng Guo² 54,7%, do nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở nhóm bệnh nhân bệnh phổi mô kẽ do nguyên nhân tự miễn, trong khi nghiên cứu của các tác giả trên đều ở nhóm bệnh nhân bệnh phổi mô kẽ chung.

Các kháng thể RF và anti-CCP đều dương trong RA (100%). Trong nghiên cứu của chúng tôi RF còn dương trong IIM (7,2%), SSc (3,6%), hội chứng chồng lấp (6%), MCTD (4,8%). Anti-CCP còn dương trong hội chứng chồng lấp (5%), SSc (1,3%), Lupus (1,3%), MCTD (1,3%).

Tỷ lệ ANA dương tính chiếm 41%, âm tính 14,5% và Grayzone là 2,6%, hình ảnh chủ yếu là Speckled. Hình ảnh Speckled cũng chiếm đa số trong nghiên cứu của tác giả Sharmin S. và tác giả Zafer Mengeloglu.

Khi phân tích kháng thể theo từng nhóm bệnh tự miễn, kết quả của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Belen Attenza-Mateo và tác giả R.P.Oliveira. Trong SSc-ILD, anti-Scl70 dương chủ yếu, chúng tôi 80%, Belen Attenza-Mateo 60,9%, R.P.Oliveira 54%. Trong MCTD thì nghiên cứu của chúng tôi giống với R.P. Oliveira, 100% bệnh nhân đều có anti-RNP (+)

4.3. Đặc điểm hình ảnh học của AD-ILD

Hình thái trên MSCT chủ yếu là NSIP (40,2%). UIP khẳng định chiếm 26,5%, có thể UIP 8,5%, UIP không xác định 2,6%, khác UIP 2,6%. Còn lại là các hình thái OP 1,7%, NSIP chồng lấp OP 7,7%, DASH 1,7%, 7,7% không thể phân được hình thái. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ gần tương tự với tác giả R.P. Oliveira và Belén Atienza-Mateo ghi nhận hình ảnh chủ yếu trong BPMK tự miễn là NSIP. Tỷ lệ NSIP trong từng bệnh tự miễn của chúng tôi có một số tương tự với tác giả Belén Atienza-Mateo và Greta.M.Joy.⁴ Phân bố hình ảnh chủ yếu là ở

đáy, ngoại biên, 2 bên. Nghiên cứu này tương tự với tác giả Đào Phương Thuý. Dẫn thực quản thường gặp ở Xơ cứng bì, kết quả này tương tự trong nghiên cứu của tác giả AFSD de Figueiredo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dẫn thực quản có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê ở Xơ cứng bì với $p < 0,05$.

4.4. Điều trị AD-ILD

88,9% bệnh nhân không nặng, 11,1% bệnh nhân nặng bao gồm: 9,4% tử vong, 0,9% lệ thuộc oxy, 0,9% đang thở máy. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi ít hơn so với tác giả Oliveira (20%). Nguyên nhân nặng/tử vong bao gồm: nhiễm trùng (3,4%), nhiễm trùng kết hợp với BPMK tiến triển nặng (2,6%), BPMK tiến triển (3,4%) (trong đó có 2 ca viêm đa cơ MDA5 dương), biến chứng bệnh tự miễn (1 ca cơn khủng hoảng thận xơ cứng bì) (0,9%) và nhồi máu cơ tim cấp (0,9%). Các loại vi khuẩn được cấy và định danh như nhóm nhiễm trùng cơ hội: Pneumocystis jirovecii, HSV, nấm Aspergillus, nhóm nhiễm trùng bệnh viện: Klebsiella pneumoniae đa kháng, Acinetobacter baumannii đa kháng, Staphylococcus aureus, và ghi nhận 1 ca nhiễm Serratia marcescens từ mủ ở da và đàm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 61,5% bệnh nhân được sử dụng corticosteroid, kể đến là MMF 53,8%, còn lại là các thuốc khác như HCQ 17,1%, CYC 12%, AZA 10,3%, Sulfasalazine 7,7%, Rituximab 6,0%. Có 4,3% bệnh nhân được sử dụng Nintedanib ở nhóm Xơ cứng bì. Có 4 ca nặng cần thay huyết tương bao gồm 1 ca PM/DM (thất bại), 2 ca Viêm mạch (thành công), 1 ca IPAF (thất bại). Có 2 ca nặng cần

Pulse Methylprednisone gồm 1 ca PM/DM (thất bại), 1 ca Viêm cơ hoại tử (thành công). Các ca nặng cần thay huyết tương nhưng thất bại là các ca Viêm đa cơ/đa cơ có MDA5 dương, 1 ca Pulse corticosteroid thất bại là viêm đa cơ/đa cơ có MDA5 dương.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các bệnh tự miễn trong AD-ILD lần lượt là: Xơ cứng bì 34,2%, Bệnh cơ viêm 23,9%, Bệnh mô liên kết hỗn hợp 14,5%, Viêm khớp dạng thấp 12%, Hội chứng chồng lấp 6,8%, IPAF 6,0%, Viêm mạch 1,9%, Lupus 0,9%. Triệu chứng cơ xương khớp 85%, hô hấp 82,9%, da 62,4%, tiêu hoá 26,5%. Kháng thể ANA dương tính 41%, hình ảnh chủ yếu là Speckled. Hình thái trên HRCT chủ yếu là NSIP 40,2%, UIP kháng định 26,5%. Tử vong thường do nhiễm trùng, đợt cấp/tiến triển bệnh phổi mô kẽ, cả hai. Điều trị chủ yếu vẫn là Corticosteroid (cần hạn chế ở những bệnh nhân xơ cứng bì), Mycophenolate mofetil.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K'Bril, Lê Thượng Vũ.** Đặc Điểm Lâm Sàng và Cận Lâm Sàng Của Bệnh Phổi Mô Kẽ ở Người Trưởng Thành. 2021.
2. **Fischer A, Strek ME, Cottin V, et al.** Proceedings of the American College of Rheumatology/Association of Physicians of Great Britain and Ireland Connective Tissue Disease–Associated Interstitial Lung Disease Summit: A Multidisciplinary Approach to Address Challenges and Opportunities. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(2):182-195. doi:10.1002/art.40769
3. **Jee A, Adelstein S, Bleasel J, et al.** Role of Autoantibodies in the Diagnosis of Connective-Tissue Disease ILD (CTD-ILD) and Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features (IPAF). *J Clin Med.* 2017;6(5):51. doi:10.3390/jcm6050051
4. **Joy GM, Arbiv OA, Wong CK, et al.** Prevalence, imaging patterns and risk factors of interstitial lung disease in connective tissue disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev.* 2023;32(167):220210. doi:10.1183/16000617.0210-2022
5. **Guo B, Wang L, Xia S, et al.** The Interstitial Lung Disease Spectrum Under a Uniform Diagnostic Algorithm: A Retrospective Study of 1,945 Individuals. *J Thorac Dis.* 2020;12(7):3688-3696. doi:10.21037/jtd-19-4021
6. **Oliveira RP, Ribeiro R, Melo L, Grima B, Oliveira S, Alves JD.** Connective tissue disease-associated interstitial lung disease. *Pulmonology.* 2022;28(2): 113-118. doi:10.1016/j.pulmoe.2020.01.004

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Lại Thùy Dương¹, Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Dương Minh Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng giấc ngủ kém ở bệnh nhân (BN) lupus ban đỏ hệ thống (BDHT) là một vấn đề thường gặp, ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt hàng ngày và làm giảm chất lượng cuộc sống của BN. **Mục tiêu:** Đánh giá chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở BN lupus BDHT. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 186 BN lupus BDHT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. Những BN tham gia nghiên cứu đã được phỏng vấn bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn và chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng chỉ số Pittsburgh (PSQI). **Kết quả:** 66,1% BN lupus BDHT có chất lượng giấc ngủ kém với điểm PSQI > 5. Điểm PSQI thu được trong nghiên cứu giao động từ 0- 20 điểm với điểm trung bình là 8,36 điểm. Trong các đặc điểm của chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân lupus BDHT, việc dậy quá sớm hoặc phải dậy đi vệ sinh, thường gặp nhất và tần xuất xuất hiện cao. Chất lượng giấc ngủ của BN lupus ban đỏ hệ thống có liên quan với nhiều yếu tố gồm: tuổi, trình độ văn hóa, mức độ hoạt động bệnh lupus BDHT, mức độ tổn thương các cơ quan, điểm đánh giá chất lượng cuộc sống Lupus

Pro, điểm đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ sụt giảm của nồng độ bổ thể trong máu và nồng độ IL-6 trong huyết thanh. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, các BN lupus BDHT tại Việt Nam có 1 tỷ lệ cao chất lượng giấc ngủ kém. Trong các đặc điểm của chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân lupus BDHT, việc dậy quá sớm hoặc phải dậy đi vệ sinh thường gặp nhất. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của BN, đặc biệt trong những đợt tiến triển cấp tính của bệnh.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, chất lượng giấc ngủ, PSQI

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Background: Poor sleep quality is common among patients with systemic lupus erythematosus (SLE), significantly affecting their daily activities and overall quality of life. **Objectives:** This study aims to assess sleep quality and identify associated factors in patients with lupus. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted involving 186 patients with systemic lupus erythematosus who sought examination and treatment at Bach Mai Hospital between May 2024 and January 2025. Participants were interviewed using a pre-designed questionnaire, and their sleep quality was evaluated using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). **Results:** The study found that 66.1% of lupus patients experienced poor sleep quality, as indicated by Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores exceeding 5. The PSQI scores in this study ranged from 0 to 20, with an

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

SĐT: 0966274629

Email: phuonghuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

average score of 8.36. Among the various sleep quality issues reported by lupus patients, waking up too early and needing to use the restroom were the most common problems. Several factors were associated with the sleep quality of patients with systemic lupus erythematosus, including age, educational level, disease activity, degree of organ damage, the Lupus Pro quality of life assessment score, pain levels measured by the Visual Analog Scale (VAS), and decreases in complement levels in the blood, as well as serum interleukin-6 (IL-6) levels. **Conclusion:** Research findings indicate that lupus patients with systemic lupus erythematosus (SLE) in Vietnam experience a high incidence of poor sleep quality. The most frequently reported sleep quality issues among these patients include waking up too early and having to get up to use the bathroom. Various factors influence the quality of sleep, particularly during the acute phases of the disease.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, sleep quality, PSQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 10 năm trở lại đây, bệnh lupus ban đỏ hệ thống (BDHT) ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc lupus BDHT trong dân số toàn cầu mới được chẩn đoán ước tính lần lượt là 5,14 (1,4 đến 15,13) trên 100.000 người-năm và 0,40 triệu người hàng năm¹. Lupus BDHT thuộc nhóm bệnh tự miễn, gây tổn thương rất nhiều cơ quan trong cơ thể như: não, tim, phổi, thận, da, khớp, thần kinh, tâm thần... Hiện nay, việc điều trị bệnh lupus BDHT trong những đợt tiến triển chủ yếu là glucocorticoid, các thuốc ức chế miễn dịch và thuốc sinh học khi BN không đáp ứng với thuốc ức chế miễn dịch.

Giấc ngủ là nhu cầu cơ bản để con người tiếp tục các chức năng sinh học-tâm lý-xã hội và văn hóa của mình. Giấc ngủ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe. Ngày

càng có nhiều bằng chứng cho thấy, chất lượng giấc ngủ kém thường gặp ở những BN mắc lupus BDHT, đặc biệt trong những đợt tiến triển cấp tính của bệnh và có các stress về tâm lý. Theo nhiều nghiên cứu (NC), khoảng 55–85% BN lupus ban đỏ hệ thống có chất lượng giấc ngủ ở mức kém, đặc trưng chủ yếu là khó bắt đầu và/hoặc duy trì giấc ngủ².

Việc đánh giá chất lượng giấc ngủ trong bệnh lupus BDHT là vô cùng phức tạp. Vì vậy, những NC về chất lượng giấc ngủ tương ứng với từng thể bệnh trên lâm sàng là rất quan trọng, cần thiết giúp nhận biết sớm và điều trị kịp thời, hợp lý.

Hiện nay, có nhiều công cụ để đánh giá chất lượng giấc ngủ. Thang điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh là một tiêu chuẩn đã được chuẩn hóa, sử dụng để sàng lọc và đánh giá chất lượng giấc ngủ cho BN³. Ở Việt Nam, chưa có nhiều NC về chất lượng giấc ngủ ở BN lupus BDHT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành NC này nhằm xác định đặc điểm của chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở BN lupus BDHT tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 186 bệnh nhân (BN) lupus BDHT điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp và Trung tâm Dị ứng- Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025.

- Tiêu chuẩn chọn BN: Các BN được chẩn đoán lupus BDHT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR/EULAR 2019 và đồng ý tham gia NC.

- Loại trừ các BN có chậm phát triển trí tuệ hay sa sút trí tuệ; có khiếm thính, khiếm thị, khuyết tật về ngôn ngữ, không biết đọc, biết viết; đang có thai, có thai gần đây (<2

năm trước khi tham gia NC); bệnh lupus BDHT kết hợp với bệnh tự miễn khác như viêm khớp dạng thấp, xơ cứng bì, viêm đa cơ, viêm da cơ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang bao gồm NC mô tả và NC phân tích.

Cỡ mẫu:

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong NC mô tả lâm sàng:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% $\alpha = 0,05$)
 $d = 0,05$ (độ chính xác mong muốn). Trong NC này chúng tôi chọn $d = 0,05$; $p = 0,69$ là tỷ lệ ước tính của BN lupus BDHT có rối loạn giấc ngủ tại Việt Nam⁴

Thay vào công thức ta có: $n = \frac{1,96^2 \cdot 0,69(1-0,69)}{0,05^2} = 168$

→ Như vậy, số BN tối thiểu cần có để tiến hành NC là 168 BN lupus BDHT. Trong NC này chúng tôi lấy được 186 BN lupus BDHT

* Quy trình nghiên cứu:

- Phỏng vấn BN theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn:

+ Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng bộ câu hỏi trắc nghiệm PSQI. Thang điểm PSQI được sử dụng để đánh giá chất lượng giấc ngủ cho BN trong vòng 1 tháng gần nhất.

PSQI phiên bản tiếng Việt là một công cụ đáng tin cậy và có thể được sử dụng để sàng lọc cộng đồng. Tổng hệ số Cronbach alpha là 0,789 cho thấy một sự nhất quán nội bộ tốt. Chất lượng giấc ngủ kém được định nghĩa là điểm PSQI > 5. Tại điểm cắt là 5, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,76% và 75% với diện tích dưới đường cong ROC là 0.7583.

+ Đánh giá mức độ hoạt động bệnh lupus BDHT và mức độ tổn thương cơ quan theo các chỉ số: SLEDAI-2K, SLICC/ACR-DI và đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Đánh giá chất lượng cuộc sống theo chỉ số LupusPRO.

- BN được lấy mẫu máu làm xét nghiệm máu cơ bản, C3, C4, kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng DsDNA, IL-6; Xquang tim phổi, siêu âm ổ bụng, siêu âm Doppler tim.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức-Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua NC trên 186 BN lupus BDHT khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

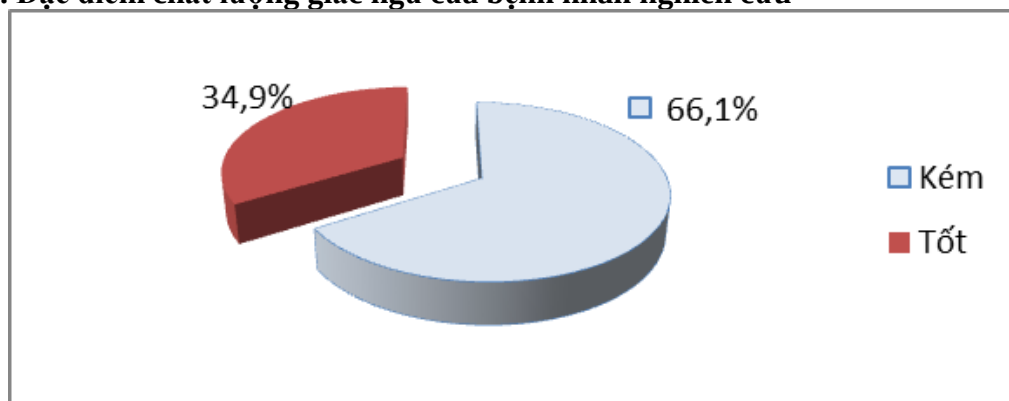
Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		N (186)	Tỷ lệ %
Tuổi	≤ 20	22	11,8
	21-30	35	18,8
	31-40	54	29,0
	41-50	34	18,3
	51-60	19	10,2
	>60	22	11,8

Giới	Nữ	171	91,9
	Nam	15	8,1
Trình độ văn hóa	Sau Đại học	2	1,1
	Đại học/ Cao đẳng	57	30,6
	THPT (C3)	55	29,6
	THCS (C2)	65	34,9
	Tiểu học (C1)	6	3,2
	Mù chữ	1	0,5
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	135	72,6
	Chưa có gia đình	42	22,6
	Li dị/ góa	9	4,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm BN NC $39,03 \pm 14,56$ tuổi, trong đó độ tuổi thấp nhất là 15 tuổi và cao nhất là 74 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là 21- 40 tuổi (chiếm tỷ lệ 47,85%). BN nữ giới chiếm ưu thế với 171/186 BN (91,9%).

3.2. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI

Nhận xét: Trong số 186 BN lupus BDHT, 123 BN có chất lượng giấc ngủ kém với điểm PSQI > 5 (chiếm tỷ lệ 66,1%).

Bảng 2: Đặc điểm của điểm số PSQI trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Biến (điểm)	$\bar{X} \pm SD$
Tổng điểm PSQI (điểm)	$8,65 \pm 4,87$
Chất lượng giấc ngủ chủ quan (điểm)	$1,27 \pm 0,69$
Chất lượng giấc ngủ (điểm)	$1,31 \pm 0,59$
Chất lượng chức năng ban ngày (điểm)	$0,38 \pm 0,80$
Độ trễ giấc ngủ (điểm)	$2,98 \pm 2,14$
Thời gian ngủ (điểm)	$1,61 \pm 1,09$
Dùng thuốc ngủ (điểm)	$0,12 \pm 0,53$
Hiệu quả giấc ngủ (điểm)	$0,97 \pm 1,23$

Nhận xét: Trong các điểm số thành phần của thang điểm PSQI, thành phần có điểm cao nhất là độ trễ giấc ngủ ($2,98 \pm 2,14$) điểm và thời gian ngủ ($1,61 \pm 1,09$) điểm.

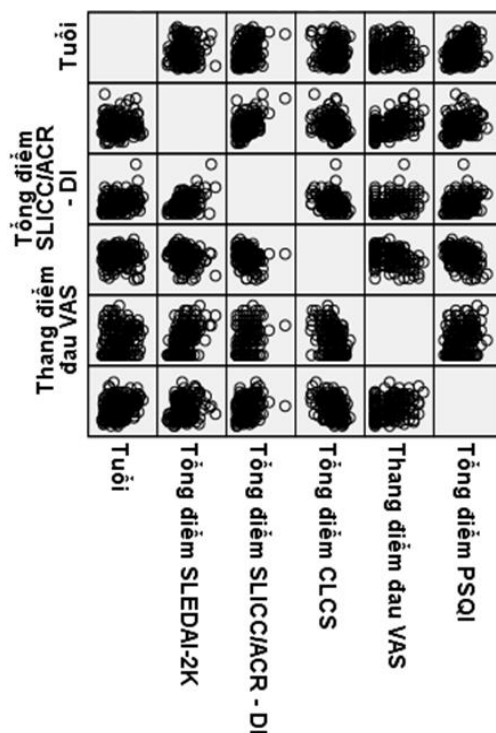
Bảng 3. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chất lượng	N (186)	Tỷ lệ %	Giá trị gặp nhiều nhất trong nghiên cứu
Dậy quá sớm	150	80,65	3 hoặc hơn 3 lần/tuần
Dậy đi vệ sinh	135	72,58	3 hoặc hơn 3 lần/tuần
Ho	49	26,34	1-2 lần/tuần
Khó thở	55	29,57	1-2 lần/tuần
Cảm giác rất lạnh	57	30,65	Ít hơn 1 lần/tuần
Cảm giác rất nóng	58	11,93	Ít hơn 1 lần/tuần
Gặp ác mộng	34	18,28	Ít hơn 1 lần/tuần
Đau bất kỳ vị trí nào trong cơ thể	105	56,45	1-2 lần/tuần

Nhận xét: Trong các đặc điểm của chất lượng giấc ngủ, việc dậy quá sớm hoặc phải dậy đi vệ sinh thường gặp nhất và tần xuất xuất hiện cũng cao nhất. Đau cũng là triệu

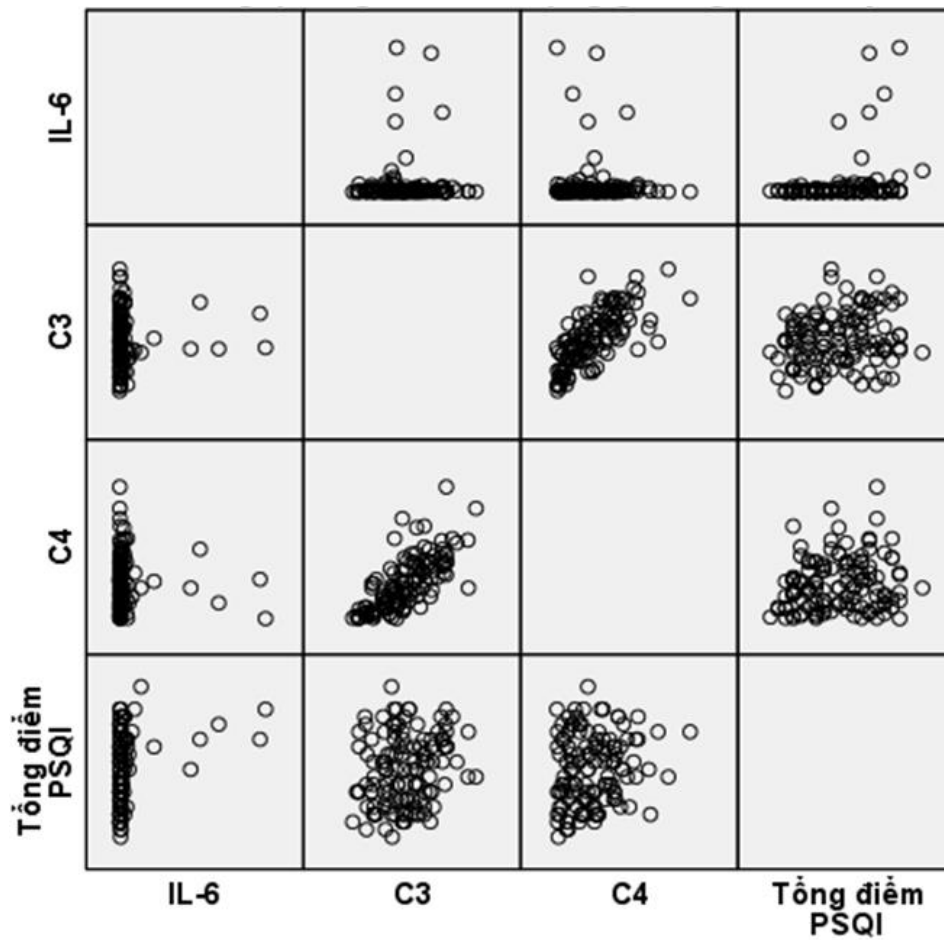
chứng hay gây chất lượng giấc ngủ kém cho BN lupus BDHT.

3.3. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lupus BDHT



Biểu đồ 2: Mối tương quan giữa chất lượng giấc ngủ và các yếu tố lâm sàng

Nhận xét: Có mối liên quan chặt chẽ giữa chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI với tuổi của BN, trình độ văn hóa, mức độ hoạt động bệnh lupus BDHT, mức độ tổn thương các cơ quan, điểm đánh giá chất lượng cuộc sống Lupus Pro và điểm đánh giá mức độ đau khớp theo VAS ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3: Mối tương quan giữa chất lượng giấc ngủ và các yếu tố CLS

Nhận xét: Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI với mức độ sụt giảm của nồng độ bổ thể C3, C4 trong huyết thanh và tăng nồng độ IL-6 trong huyết thanh ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong lupus BDHT, chất lượng giấc ngủ kém là một biểu hiện thường gặp trên lâm sàng. Theo nhiều NC, thời gian ngủ ngắn hơn và tình trạng mất ngủ ở BN lupus BDHT có liên quan chặt chẽ với mức độ tiến triển bệnh và các tổn thương tạng của bệnh như bệnh lý tim mạch và suy giảm chức năng thận. Trong NC của chúng tôi, 66,1% BN

lupus BDHT có chất lượng giấc ngủ kém. Kết quả này tương đồng với kết quả NC của tác giả Maryam S và cộng sự năm 2021, tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém của BN SLE mới mắc là 64,3%⁵. NC của Palagini L. và cộng sự cho thấy, tỷ lệ rối loạn giấc ngủ giao động từ 55 – 85% theo thống kê từ 9 NC được thực hiện từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 4 năm 2013². Trong những đợt tiến triển cấp tính của bệnh lupus BDHT, các stress xảy ra nhiều hơn, gây ra những phản ứng căng thẳng cấp tính, tình trạng kém thích nghi, thúc đẩy sự suy giảm chất lượng giấc ngủ. Do đó, chất lượng giấc ngủ kém là một yếu tố tiên lượng nặng của bệnh.

Qua biểu đồ 2, chúng tôi nhận thấy tuổi cao và trình độ học vấn thấp là các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở nhóm BN lupus BDHT. Người cao tuổi có nguy cơ chất lượng giấc ngủ kém nhiều hơn so với người trẻ tuổi do sự thay đổi lối sống kết hợp với các yếu tố như: nghỉ hưu, các vấn đề về sức khỏe tăng lên, có nhiều hơn các bệnh lý đồng mắc và tăng sử dụng thuốc. Những BN lupus BDHT sống cùng gia đình có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn những người độc thân, ly thân, ly dị, góa. Điều này có thể là do nhóm BN sống độc thân chiếm một phần nhỏ và chủ yếu là những người trẻ tuổi nên chất lượng giấc ngủ cũng tốt hơn do sinh lý giấc ngủ theo độ tuổi.

Trong NC của chúng tôi, những BN với thời gian mắc bệnh kéo dài có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong NC của Özer, thời gian mắc bệnh được xác định là 1 yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ ở BN⁶.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ hoạt động bệnh lupus BDHT theo thang SLEDAI-2K và mức độ tổn thương cơ quan theo thang SLICC/ACR-DI có tương quan chặt chẽ với chất lượng giấc ngủ ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với các NC trên thế giới, như NC của Palagini L. và cộng sự năm 2014: NC phân tích từ 9 NC về chất lượng giấc ngủ ở BN lupus ban đỏ hệ thống cho thấy có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và mức độ hoạt động bệnh². Trong nhóm BN NC, điểm PSQI càng cao, chất lượng cuộc sống của BN theo thang đo

chất lượng cuộc sống Lupus Pro càng giảm (với $p < 0,001$). Tình trạng đau của BN được đánh giá theo thang đo VAS cũng có liên quan với chất lượng giấc ngủ ($p = 0,013$). Khi bệnh lupus BDHT đang hoạt động mạnh, tình trạng đau các khớp và cơ thể sẽ làm cho BN khó duy trì giấc ngủ, rút ngắn thời gian ngủ, từ đó gây giảm chất lượng cuộc sống, sinh hoạt của BN.

Chất lượng giấc ngủ ở BN lupus cũng liên quan tới mức độ viêm mạn tính của bệnh. Trong NC, chất lượng giấc ngủ có liên quan chặt chẽ với mức độ tăng nồng độ Interleukin – 6 (IL-6) trong huyết thanh. Khi BN lupus BDHT đang trong đợt tiến triển, mức độ hoạt động bệnh cao, nồng độ IL-6 càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém. Nồng độ các cytokine viêm tăng cao (đặc biệt IL-6) có mối liên quan với chất lượng giấc ngủ, IL-6 càng tăng thì chất lượng giấc ngủ càng kém⁷. Theo NC của Mariana F, khi tình trạng viêm tiến triển nặng, nồng độ IL-6 trong huyết thanh tăng có thể gây ra tình trạng thiếu oxy về đêm và suy giảm nhận thức, gây ra chứng ngưng thở khi ngủ, là một rối loạn giấc ngủ nặng⁸. Trong NC của chúng tôi, chất lượng giấc ngủ kém hơn khi nồng độ bổ thể C3, C4 trong huyết thanh giảm. Trong NC phân tích của tác giả Palagini L. và cộng sự năm 2014, chất lượng giấc ngủ có liên quan chặt chẽ với tình trạng viêm và mức độ hoạt động bệnh trong bệnh lupus BDHT, biểu hiện rõ ở các cytokine viêm như: IL-6, nồng độ bổ thể C3 và C4².

V. KẾT LUẬN

Kết quả NC cho thấy, các BN lupus BDHT tại Việt Nam có 1 tỷ lệ cao chất lượng giấc ngủ kém. Trong các đặc điểm của chất lượng giấc ngủ ở BN lupus BDHT, việc dậy quá sớm hoặc phải dậy đi vệ sinh thường gặp nhất. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của BN, đặc biệt trong những đợt tiến triển cấp tính của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tian J, Zhang D, Yao X, Huang Y, Lu Q.** Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(3):351-356. doi:10.1136/ard-2022-223035
2. **Palagini L, Tani C, Mauri M, et al.** Sleep disorders and systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2014;23(2): 115-123. doi:10.1177/0961203313518623
3. **To MN.** Validity of the Vietnamese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (V-PSQI). *Vietnam J Prev Med.* 2017;27(4):50-56. doi:10.5281/zenodo.13879050
4. **Nghiên cứu đặc điểm rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại trung tâm dị ứng miễn dịch lâm sàng BV Bạch Mai năm 2015.** Luận Văn Y Học. February 5, 2019.
5. **Sahebari M, Ravanshad S, Ravanshad Y, et al.** A Survey on Sleep Disorders and Related Hormones in Patients with Newly Diagnosed Systemic Lupus Erythematosus. *Mediterr J Rheumatol.* 2021;32(2):148-157. doi:10.31138/mjr.32.2.148
6. **Özer S, Kankaya H, Gün R, Yeler N, Marangoz Ö, Bozça H.** Factors affecting sleep quality in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2022;31(1):39-44. doi:10.1177/09612033211062521
7. **Hong S, Mills PJ, Loreda JS, Adler KA, Dimsdale JE.** The association between interleukin-6, sleep, and demographic characteristics. *Brain Behav Immun.* 2005;19(2): 165-172. doi:10.1016/j.bbi.2004.07.008
8. **Fernandes M, Spanetta M, Vetrugno G, et al.** The potential role of interleukin-6 in the association between inflammation and cognitive performance in obstructive sleep apnea. *Brain Behav Immun - Health.* 2024;42: 100875. doi:10.1016/j.bbih.2024.100875

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

Đặng Hồng Hoa¹, Vũ Thị Huyền¹, Đặng Chí Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm khớp cột sống có đồng mắc nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới (NKTND). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 41 người bệnh được chẩn đoán viêm khớp cột sống theo tiêu chuẩn ASAS tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024; có kết quả nuôi cấy vi khuẩn nước tiểu dương tính. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 47,21 tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình là 4,36 năm với mức độ hoạt động bệnh ở mức trung bình ($2,3 \pm 1,23$ điểm). Có 68,29% ĐTNC biểu hiện triệu chứng lâm sàng điển hình của nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới. Loại vi khuẩn thường gặp là *Escherichia coli* (70,72%), trong đó có 31,7% *E. coli* sinh ESBL (+). **Kết luận:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu dưới có triệu chứng ở đối tượng VKCS là khá cao, trong đó triệu chứng tiểu buốt, tiểu rất và đau thắt lưng là hay gặp nhất. Xét nghiệm soi nước tiểu tươi để hướng tới chẩn đoán NKTND ở người bệnh viêm khớp cột sống là xét nghiệm có ý nghĩa và cần được thực hiện thường quy.

Từ khóa: Viêm khớp cột sống, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới, kháng kháng sinh.

SUMMARY

INVESTIGATION OF LOWER URINARY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Objective: To evaluate the clinical features and paraclinical characteristics of patients with ankylosing spondylitis (AS) co-morbid with lower urinary tract infections (UTIs). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients diagnosed with AS according to the ASAS criteria, at Tam Anh General Hospital, from March 2021 to December 2024, all of whom had positive urine culture results. **Results:** The mean age of the study participants was 47.21 years, with an average disease duration of 4.36 years. The disease activity level was moderate (2.3 ± 1.23 points). Typical clinical symptoms of lower UTIs were observed in 68.29% of patients. The most common cause of lower urinary tract infections in the study group was *Escherichia coli* (accounting for 70.72%, with 31.7% identified as ESBL-producing *E. coli*). **Conclusion:** The prevalence of symptomatic lower UTIs among patients with AS was relatively high, with dysuria, urinary frequency, and lumbar pain being the most common clinical manifestations. Fresh urine microscopy is a meaningful diagnostic test for identifying lower UTIs in patients with AS and should be routinely performed in clinical practice.

Keywords: Ankylosing spondylitis, lower urinary tract infections, antibiotic resistance.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hoa

SĐT: 0912436445

Email: danghonghoa1964@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống (VKCS) là nhóm bệnh lý tự viêm, có mối liên quan chặt chẽ với kháng nguyên bạch cầu HLA-B27.¹ Bệnh được đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính, tiến triển chậm nhưng có xu hướng dẫn đến dính khớp. Trong các bệnh nhiễm trùng đồng mắc ở bệnh nhân VKCS, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới là phổ biến nhất. Nguy cơ viêm đường tiết niệu dưới ở nhóm bệnh nhân này có thể liên quan đến các yếu tố như phản ứng viêm toàn thân của bệnh, việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, tình trạng giảm vận động kéo dài, hoặc các biến đổi cơ học của đường tiết niệu.² Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, NKTN có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng, bao gồm suy giảm chức năng thận, nhiễm khuẩn huyết thứ phát, và tạo ra vòng xoắn bệnh lý, làm trầm trọng hơn các triệu chứng của VKCS. Tuy nhiên cho đến nay, các vấn đề liên quan đến nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới ở bệnh nhân VKCS vẫn chưa được quan tâm đúng mức trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: **Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh VKCS có đồng mắc nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới (NKTND).**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 41 người bệnh được chẩn đoán VKCS theo tiêu chuẩn của ASAS, điều trị

ngoại trú và nội trú tại khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội từ tháng 3/2021 đến tháng 12/2024, được chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới dựa vào kết quả nuôi cấy vi khuẩn trong nước tiểu dương tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh viêm khớp cột sống có các bệnh nhiễm trùng đồng mắc khác như viêm phổi, viêm tai mũi họng, nhiễm khuẩn đường tiêu hoá, nhiễm khuẩn khớp và mô mềm, viêm đốt sống đĩa đệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, BMI, thể bệnh, điểm đau VAS, mức độ hoạt động bệnh (theo thang điểm BASDAI và ASDAS-CRP). Đặc điểm lâm sàng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới: có/không có triệu chứng; các triệu chứng: sốt, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu đục, tiểu máu, đau thắt lưng và đau hạ vị. Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số viêm (BC, máu lắng, CRP); chức năng thận (creatinin); tổng phân tích nước tiểu (HC niệu, BC niệu, Nitrit niệu); tế bào trong nước tiểu (hay có tên khác là soi cận nước tiểu) (HC niệu, BC niệu, vi khuẩn niệu). Đặc điểm căn nguyên vi khuẩn: tên vi khuẩn, khả năng sinh ESBL.

- Xử lý số liệu: trên phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

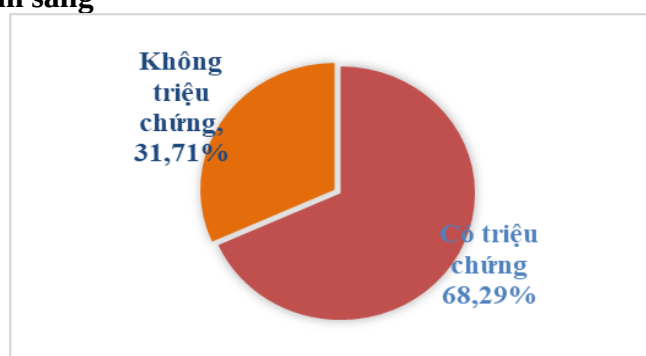
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=41)

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)/Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	47,21 $\pm$ 14,06 (23 ÷ 76)
Giới (nam/nữ)	63,4%/36,6%
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,36 $\pm$ 7,34 (1 ÷ 30)
BMI	22,4 $\pm$ 3,2 (16,3 ÷ 29,8)
VAS	3,4 $\pm$ 1,4 (0 ÷ 8)
CRP (mg/dL)	2,3 $\pm$ 3,07 (0,02 ÷ 11,2)
BASDAI	3,61 $\pm$ 1,53
ASDAS-CRP	2,3 $\pm$ 1,32 (0,5 ÷ 4,8)

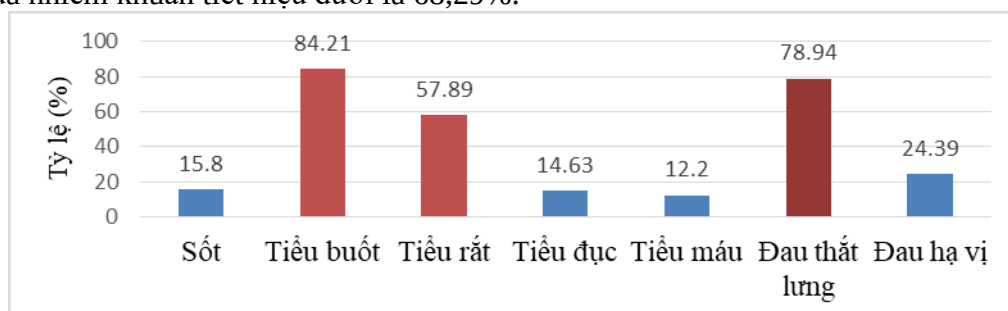
Nhận xét: Trong số 41 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán VKCS theo tiêu chuẩn ASAS, tỷ lệ nam chiếm 63,4%, tuổi trung bình là 47,21 năm, thời gian mắc bệnh trung bình là 4,36 năm. Điểm VAS trung bình là 4,3. Điểm hoạt động bệnh trung bình (ASDAS-CRP) là 3,2 $\pm$ 1,23.

3.2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Biểu hiện triệu chứng của NKTN dưới ở người bệnh VKCS (n=41)

Nhận xét: Trong 41 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh có biểu hiện lâm sàng điển hình của nhiễm khuẩn tiết niệu dưới là 68,29%.



Biểu đồ 2: Triệu chứng lâm sàng của NKTN dưới ở người bệnh VKCS (n=28)

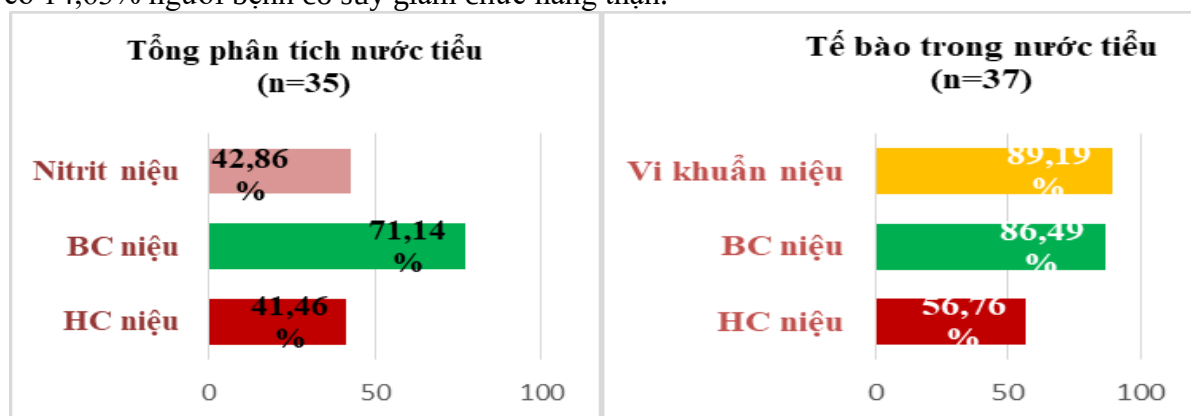
Nhận xét: Trong nhóm người bệnh VKCS có triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiểu dưới, triệu chứng thường gặp: tiểu buốt (84,21%), tiểu rất (57,89%) và đau thắt lưng (78,94%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu (n=41)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng BC (G/l)	Bình thường (< 10)	29
	Tăng (≥ 10)	12
	Median (min – max)	8,02 (4,96 ÷ 27,6)
CRP (mg/dl)	Bình thường (< 0,5)	15
	Tăng ($\geq 0,5$)	26
	Median (min – max)	1,65 (0,02 ÷ 11,2)
Máu lắng giờ đầu (mm/h)	Bình thường	13
	Tăng	28
	Median (min – max)	39 (8 ÷ 98)
Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$)	Bình thường	35
	Tăng	6
	Median (min – max)	63,6 (32 ÷ 132)

Nhận xét: Phần lớn các ĐTNC có chỉ số viêm tăng: máu lắng giờ đầu tăng (68,29%), CRP máu tăng (63,41%) và có chức năng thận trong giới hạn bình thường (63,6 $\mu\text{mol/L}$), chỉ có 14,63% người bệnh có suy giảm chức năng thận.



Biểu đồ 3: Đặc điểm xét nghiệm nước tiểu của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ các ĐTNC có hồng cầu niệu, bạch cầu niệu và nitrit trong nước tiểu lần lượt là 41,46%, 77,14%, 42,86%. Xét nghiệm cận nước tiểu: tỷ lệ hồng cầu niệu dương tính (56,76%) và bạch cầu niệu dương tính (86,49%), đặc biệt tỷ lệ vi khuẩn niệu phát hiện được qua xét nghiệm tế bào trong nước tiểu là 89,19%.

Bảng 3: Đặc điểm số lượng vi khuẩn niệu trong kết quả soi cấy nước tiểu (n=37)

Vi khuẩn niệu (p/ μL)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 100	4	10,81
100 - 500	19	51,35
> 500	14	37,84

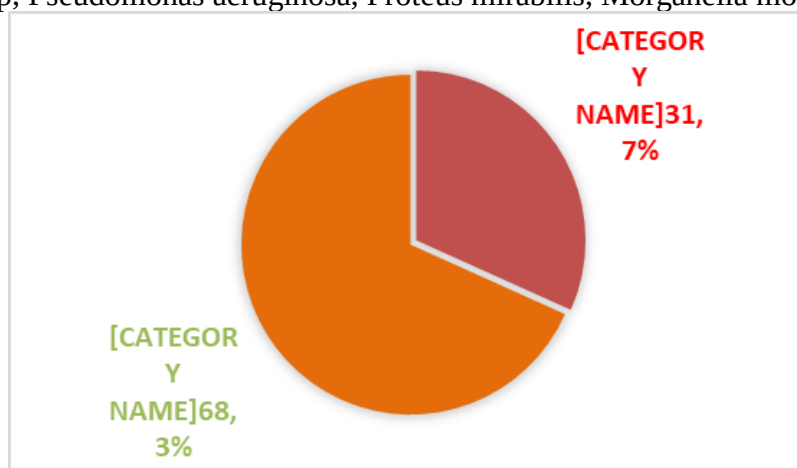
Nhận xét: Trong 37 người bệnh được tiến hành soi cấy nước tiểu: nhóm có số lượng vi khuẩn niệu $\leq 500\text{p}/\mu\text{L}$ chiếm tỷ lệ cao lên tới (72,16%).

3.4. Đặc điểm vi khuẩn học

Bảng 4: Đặc điểm vi khuẩn gây NKTN dưới ở người bệnh VKCS (n=41)

Vi khuẩn		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Escherichia coli		29	70,72
Staphylococcus	Staphylococcus aureus	2	4,88
	Staphylococcus haemolyticus	2	4,88
	Staphylococcus hominis	1	2,44
	Staphylococcus epidermis	1	2,44
Streptococcus spp		2	4,88
Klebsiella pneumoniae ssp		1	2,44
Pseudomonas aeruginosa		1	2,44
Proteus mirabilis		1	2,44
Morganella morganii		1	2,44

Nhận xét: Trong 41 BN phân lập được vi khuẩn cho thấy căn nguyên gây NKTN chiếm tỷ lệ cao nhất là E. coli 70,3%, các loài vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (Klebsiella pneumoniae ssp, Pseudomonas aeruginosa, Proteus mirabilis, Morganella morganii (2,44%).



Biểu đồ 4: Tỷ lệ E. coli sinh ESBL (+) và E. coli không sinh ESBL

Nhận xét: Tỷ lệ E. coli sinh ESBL (+) chiếm 31,7% còn lại 68,3% là E. coli không sinh ESBL.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 41 đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán VKCS theo tiêu chuẩn ASAS, cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,2 tuổi, tỷ lệ nam giới chiếm 63,4%. Kết quả này phù hợp

với nhiều nghiên cứu trước đây về VKCS cho thấy bệnh thường gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động.¹ Theo tác giả Trần Thị Minh Hoa: ở Việt Nam, bệnh này chiếm 3-5% tổng số người bệnh điều trị nội trú ở khoa khớp, tuổi từ 20-35, nam chiếm 62,4%.

Bệnh thường khởi phát theo sau nhiễm khuẩn đường tiết niệu sinh dục do Chlamydia, nhiễm khuẩn đường tiêu hóa do Yersinia, Salmonella, Shigella.³

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 68,29% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng của NKTN dưới, với các triệu chứng điển hình như sốt, tiểu buốt, tiểu rắt, tiểu máu, đau thắt lưng và đau hạ vị. Trong đó, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là tiểu buốt (84,21%), tiểu rắt (57,89%) và đau thắt lưng (78,94%). Tuy nhiên, một kết quả đáng chú ý là có đến 31,71% (khoảng một phần ba số bệnh nhân) không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng của NKTN dưới, mặc dù vẫn có sự hiện diện của vi khuẩn trong nước tiểu. Theo Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ, sự hiện diện của một lượng đáng kể vi khuẩn trong mẫu nước tiểu được thu thập đúng cách từ một người không có triệu chứng đặc trưng cho tình trạng nhiễm trùng tiết niệu không triệu chứng. Vi khuẩn niệu không triệu chứng là phổ biến ở nhiều đối tượng khác nhau, với tỷ lệ mắc thay đổi theo độ tuổi, giới tính, hoạt động tình dục và sự hiện diện của bất thường về hệ tiết niệu sinh dục, trong đó hay gặp ở phụ nữ có thai (1,9-9,5%), người lớn tuổi (>15%), bệnh nhân tiểu đường (9-27%), đặc biệt là ở người bệnh bị chấn thương tủy sống (23-89%).⁴

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có chỉ số viêm tăng: máu lắng giờ đầu tăng (68,29%), CRP máu tăng (63,41%). Đã có nhiều giả thuyết về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh VKCS, trong đó nhiều tác giả cho rằng cơ chế nhiễm

khuẩn (Chlamydia Trachomatis, Yersinia, hoặc Salmonella...) trên một cơ địa di truyền (sự có mặt của kháng nguyên HLA- B27) dẫn đến khởi phát bệnh.⁵ Do vậy, NKTN dưới có thể là một yếu tố thúc đẩy, làm kích hoạt phản ứng viêm của bệnh lý VKCS, biểu hiện bằng tình trạng sưng đau các khớp tăng lên, hạn chế vận động khớp đặc biệt các khớp chi dưới. Ngược lại, VKCS là nhóm bệnh tự viêm có vai trò của các cytokine miễn dịch, gây tổn thương nhiều cơ quan, trong đó bao gồm cả hệ tiết niệu sinh dục, tình trạng viêm mạn, sự hạn chế vận động khớp, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch... có thể làm tăng nguy cơ NKTN dưới. Đặc biệt khi tình trạng NKTN dưới không được quan tâm thích đáng dẫn tới tái phát nhiều lần, tạo vòng xoắn bệnh lý, càng làm cho bệnh trở nên phức tạp và khó quản lý hơn.⁶

Về kết quả xét nghiệm nước tiểu, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bạch cầu dương tính (77,14%), nitrit dương tính (42,86%) ở xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu; tỷ lệ bạch cầu dương tính (86,49%) và vi khuẩn niệu dương tính (89,19%) ở xét nghiệm tế bào trong nước tiểu (hay xét nghiệm cặn nước tiểu). Bạch cầu niệu, nitrit niệu và vi khuẩn niệu đều là những dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán NKTN. Kết quả này cho thấy xét nghiệm tế bào trong nước tiểu có độ nhạy cao hơn xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu phát hiện BC niệu (86,49% so với 77,14%). Đặc biệt, xét nghiệm tế bào trong nước tiểu phát hiện được 89,19% mẫu có vi khuẩn. Như vậy, ngoài xác định những tế bào trong nước tiểu là những “dấu ấn sinh học”

của các bệnh lý thận tiết niệu, ví dụ như tế bào không vảy, tế bào biểu mô vảy, nấm, tinh thể, trụ trong, trụ bất thường, hồng cầu niệu, xét nghiệm tế bào trong nước tiểu là một phương tiện đơn giản nhưng có giá trị trong phát hiện BC niệu và hoặc vi khuẩn niệu, giúp chẩn đoán sớm NKTN dưới, nhất là trong trường hợp chưa có kết quả nuôi cấy vi khuẩn.⁷ Ngoài ra, trong 37 người bệnh được tiến hành soi cặn nước tiểu: nhóm có số lượng vi khuẩn niệu dưới 500 p/μL chiếm tỷ lệ cao (72,16%). Với những người bệnh có số lượng vi khuẩn niệu cao (>500 p/μL), việc xác lập chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu và thay đổi thái độ điều trị của các bác sĩ lâm sàng là dễ hiểu. Tuy nhiên với những đối tượng có vi khuẩn niệu không quá cao, lại không có các triệu chứng lâm sàng điển hình, nếu không được quan tâm sẽ có thể bị bỏ sót hoặc chẩn đoán chậm trễ gây ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán và điều trị của người bệnh.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong 41 BN phân lập được vi khuẩn cho thấy căn nguyên gây NKTN chiếm tỷ lệ cao nhất là *E. coli* (70,3%), đứng thứ 2 là *Staphylococcus* chiếm 14,6%, sau đó đến *Streptococcus* spp (4,88%), các loài vi khuẩn khác chiếm tỷ lệ thấp hơn (*Klebsiella pneumoniae* ssp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii* (2,44%). Trong đó 31,7% *E.coli* có sinh ESBL (+). Theo các tác giả trong nước và nước ngoài, vi khuẩn gây NKTN rất đa dạng, trong đó thường gặp là họ trực khuẩn đường ruột Gram âm, đứng đầu là *E. coli*, sau đó là

các enterobacteria như *Klebsiella* spp, *Proteus* spp, *Spseudomonas* spp, và một số cầu khuẩn Gram dương như *Staphylococci*, *Streptococci*, *Enterococci*. *E. coli* được tìm thấy trong 70–90% các bệnh nhiễm trùng đường tiết niệu mắc phải trong cộng đồng, có khả năng gây tái phát mạnh, khả năng đề kháng ngày càng cao do chúng có khả năng bám dính vào niêm mạc đường tiết niệu nhờ những cấu trúc nhung mao gọi là pili và fimbriae có khả năng gắn vào các thụ thể của tế bào biểu mô đường niệu.^{8,9} Đặc biệt, *E. coli* sinh ESBL là một chủng vi khuẩn *E. coli* có khả năng sản sinh các enzyme beta-lactamase, cho phép chúng phân hủy và kháng lại nhiều loại kháng sinh nhóm beta-lactam, bao gồm các cephalosporin phổ rộng và monobactam. Điều này gây ra những khó khăn trong việc quản lý và điều trị bệnh, khiến chi phí điều trị cho những người bệnh VKCS có NKTN dưới ngày càng gia tăng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu dưới có triệu chứng ở đối tượng VKCS là 68,29%, trong đó các triệu chứng tiểu buốt, tiểu rất và đau thắt lưng là hay gặp nhất. Tình trạng vi khuẩn niệu không triệu chứng chiếm tỷ lệ khá cao (31,71%). Xét nghiệm soi cặn nước tiểu tươi có độ nhạy cao trong phát hiện BC niệu (86,48%) và vi khuẩn niệu (89,19%), giúp chẩn đoán sớm NKTN dưới ở người bệnh VKCS. Căn nguyên vi khuẩn hay gặp nhất gây NKTN dưới ở VKCS là *E. coli* (chiếm 70,72%), trong đó có 31,7% chủng *E. coli* sinh ESBL (+).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gouveia EB, Elmann D, Morales MS de A.** Ankylosing spondylitis and uveitis: overview. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:749-756.
2. **Abushamma F, Nassar N, Najjar SO, et al.** Lower Urinary Tract Symptoms Among Females with Rheumatoid Arthritis: A Prospective Cross-Sectional Study. *Int J Gen Med.* 2021;14:8427-8435.
3. **Trần Thị Minh Hoa và cộng sự.** Tình hình bệnh lý cột sống 5 năm (1995-1999) điều trị tại khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai. Công trình NCKH 1999-2000, tập 1, tr 41-47.
4. **Colgan R, Nicolle LE, Mcglone A, Hooton TM.** Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Am Fam Physician.* 2006;74(6):985-990.
5. **Sharip A, Kunz J.** Understanding the Pathogenesis of Spondyloarthritis. *Biomolecules.* 2020;10(10):1461.
6. **Leila R, Alia F, Khereddine MD, et al.** Lower urinary tract symptoms in rheumatoid arthritis and spondyloarthritis male patients versus controls. *Romanian J Intern Med Rev Roum Med Interne.* 2021;59(2):134-140.
7. **Tan NC, Koong AYL, Ng LP, et al.** Accuracy of urinary symptoms and urine microscopy in diagnosing urinary tract infection in women. *Fam Pract.* 2019;36(4):417-424.
8. **Larramendy S, Deglaire V, Dusollier P, et al.** Risk Factors of Extended-Spectrum Beta-Lactamases-Producing *Escherichia coli* Community Acquired Urinary Tract Infections: A Systematic Review. *Infect Drug Resist.* 2020;13:3945-3955.
9. **Jomehzadeh N, Ahmadi K, Nasiri Z.** Evaluation of Biofilm Formation and Antibiotic Resistance: Biomedical and Biotechnology Research Journal (BBRJ). Accessed January 9, 2025.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ VITAMIN D Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Đặng Hồng Hoa¹, Diệp Xuân Hoàng¹, Đặng Chí Hiếu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm khớp cột sống là bệnh lý viêm hệ thống mạn tính, với các biểu hiện lâm sàng đa dạng. Tác động của vitamin D với hệ thống miễn dịch đã được quan tâm nhiều hơn gần đây trong một số bệnh lý, tuy nhiên các nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ vitamin D và bệnh viêm khớp cột sống còn nhiều tranh cãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát nồng độ vitamin D ở người bệnh viêm khớp cột sống; đánh giá mối liên quan giữa nồng độ vitamin D và mức độ hoạt động bệnh. **Đối tượng nghiên cứu:** 96 người bệnh viêm khớp cột sống khám tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Tâm Anh từ 01/10/2023 đến 31/12/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Nồng độ vitamin D trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 61.58 ± 18.68 nmol/L (24.63 ± 7.47 ng/mL), tỷ lệ người bệnh có nồng độ vitamin D < 50 nmol/L (20 ng/mL) là 28.1%. Có mối tương quan giữa nồng độ vitamin D và mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS ($r = -0.229$, $p = 0.026$) và BASDAI ($r = -0.296$, $p = 0.003$). **Kết luận:** Tình trạng thiếu hụt Vitamin D thường gặp ở người bệnh viêm khớp cột sống và có liên quan với mức độ hoạt động bệnh. Cần có những

nghiên cứu lớn hơn nữa về cỡ mẫu và xác định thêm các yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ vitamin D để có thể đưa ra chiến lược tư vấn và điều trị cụ thể cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Vitamin D, viêm khớp cột sống.

SUMMARY

SURVEY ON VITAMIN D STATUS IN SPONDYLOARTHRITIS PATIENTS IN TAM ANH HOSPITAL

Background: Spondyloarthritis is a chronic systemic inflammatory disease with diverse clinical manifestations. The effects of vitamin D on the immune system have received increased attention recently in several diseases, however, studies on the relationship between vitamin D levels and spondyloarthritis remain controversial. **Objective:** To investigate vitamin D levels in patients with spondyloarthritis; and to evaluate the relationship between vitamin D levels and disease activity. **Research subjects:** 96 patients with spondyloarthritis were examined at the musculoskeletal department of Tam Anh Hospital from October 1, 2023, to December 31, 2024. **Method:** Cross-sectional description. **Results:** The average vitamin D concentration of the study group was 61.58 ± 18.68 nmol/L (24.63 ± 7.47 ng/mL), and the proportion of patients with vitamin D concentration < 50 nmol/L (20 ng/mL) was 28.1%. There was a correlation between the level of 25(OH)D and disease activity according to the ASDAS scale ($r = -0.229$, $p = 0.026$) and BASDAI ($r = -0.296$, $p = 0.003$). **Conclusion:** Vitamin D deficiency is common in patients with spondyloarthritis and is associated with disease activity. Additional research involving larger sample sizes and the

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hồng Hoa

SĐT: 0912436445

Email: danghonghoa1964@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

identification of more variables affecting vitamin D levels is necessary to create effective counseling and treatment approaches for this population.

Keywords: vitamin D, Spondyloarthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống là nhóm bệnh lý cơ xương khớp thường gặp, với các biểu hiện lâm sàng rất đa dạng bao gồm các triệu chứng tại khớp và các triệu chứng ngoài khớp. Bệnh có thể tiến triển đến dính cứng khớp và cột sống, các biến chứng ngoại vi khác, nguy cơ tàn phế cao.

Vitamin D (cholecalciferol) là một tiền hormone tan trong dầu cần thiết cho việc điều hòa quá trình chuyển hóa canxi và cân bằng nội môi của xương. Bên cạnh vai trò “cổ điển” của vitamin D trong việc giúp tăng nồng độ calci và phosphate huyết thanh và thúc đẩy quá trình khoáng hóa xương mới; những tác động của vitamin D với hệ thống miễn dịch đã được nghiên cứu rõ ràng hơn trong thời gian gần đây. Các bằng chứng dịch tễ học chỉ ra mối liên quan đáng kể giữa tình trạng thiếu hụt vitamin D và sự gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh tự viêm¹.

Mặc dù mối liên quan giữa nồng độ vitamin D với mức độ hoạt động bệnh còn nhiều tranh cãi, nhưng nhiều nghiên cứu trên thế giới đã nhấn mạnh tình trạng thiếu hụt vitamin D thường gặp hơn ở những người bệnh viêm khớp cột sống so với dân số chung hay nhóm chứng khỏe mạnh. Tại Việt Nam cũng đã có những nghiên cứu về nồng độ vitamin D trên nhóm đối tượng này, tuy nhiên còn hạn chế về cỡ mẫu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **“Khảo sát nồng độ vitamin D ở người bệnh viêm khớp cột sống tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 96 người bệnh được chẩn đoán viêm khớp cột sống theo tiêu chuẩn phân loại ASAS 2009 với viêm khớp cột sống thể trục và ASAS 2011 với viêm khớp cột sống thể ngoại vi, khám tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Tâm Anh từ 01/10/2023 đến 31/12/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các bệnh đồng mắc hoặc sử dụng các thuốc ảnh hưởng tới hấp thu và chuyển hóa vitamin D: suy thận mạn, ung thư giáp, rối loạn hấp thu, các thuốc như Rifampicin, Carbamazepine, Cimetidine... hoặc đang được bổ sung calci - vitamin D.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập số liệu: Các thông tin dịch tễ học (tuổi, giới, BMI), đặc điểm bệnh học (thể bệnh, thời gian mắc bệnh, đặc điểm kháng nguyên HLA-B27, mức độ đau VAS, các dữ kiện để tính toán mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI, ASDAS) được ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Kết quả MRI và Xquang khung chậu được thu thập và đánh giá bởi các bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh độc lập với nhóm nghiên cứu. Định lượng 25-hydroxyvitamin D (25(OH) huyết thanh với quy trình xét nghiệm tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh, máy Cobas Pro e801 theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang theo tiêu chuẩn ISO 15189:2012. Thiếu vitamin D được quy định là nồng độ 25-hydroxyvitamin D (25(OH) huyết thanh < 50nmol/L (20ng/mL) theo các nghiên cứu đã có².

Phân tích số liệu: Số liệu được tổng hợp và xử lý trên phần mềm SPSS 20,0 với các thuật toán thống kê y học.

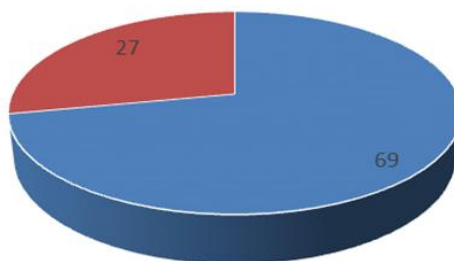
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Đặc điểm		ĐTNC (n = 96)
Tuổi trung bình (năm)		48.47 ± 14.08
Giới nữ (%)		63.5
BMI (kg/m ²)		23.43 ± 2.97
Thể bệnh (n/%)	Viêm cột sống dính khớp	10 (10.4%)
	Viêm khớp cột sống thể trục không có tổn thương trên Xquang	36 (37.5%)
	Viêm khớp vảy nến	11 (11.5%)
	Viêm khớp phản ứng	2 (2.1%)
	Viêm khớp cột sống thể ngoại vi khác	19 (19.8%)
	Viêm khớp cột sống thể hỗn hợp	18 (18.8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 48.47 năm. Viêm khớp cột sống thể trục không có tổn thương trên Xquang là thể bệnh thường gặp nhất với 36 trường hợp (37.5%).

■ Đủ ■ Thiếu



$\bar{x} \pm SD$: 61.58 ± 18.68 nmol/L (24.63 ± 7.47 ng/mL)

Biểu đồ 3.1: Đặc điểm chung về nồng độ vitamin D của đối tượng nghiên cứu (n = 96)

Nhận xét: Nồng độ vitamin D trung bình của đối tượng nghiên cứu là 61.58 ± 18.68 nmol/L (24.63 ± 7.47 ng/mL), tỷ lệ người bệnh có thiếu hụt vitamin D (nồng độ vitamin D < 50 nmol/L – 20 ng/mL) là 28.1%.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa thiếu hụt vitamin D với các đặc điểm dịch tễ của các đối tượng nghiên cứu (n = 96)

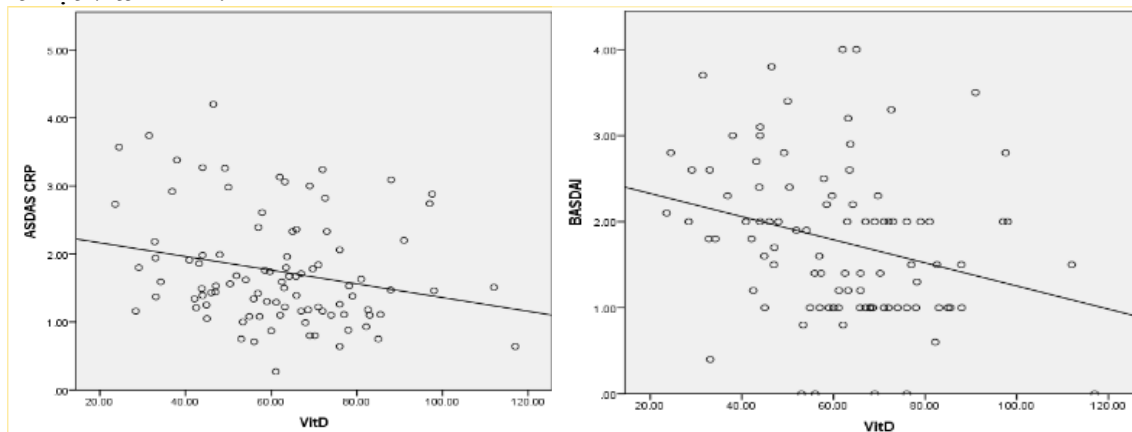
Đặc điểm	Nồng độ vitamin D (ng/mL)	Số lượng	$\bar{x} \pm SD$	p
Tuổi (<30/ 30-50/ >50)	≥ 20	69	4 / 31 / 34	0.069
	< 20	27	5 / 14 / 8	
BMI	≥ 20	69	23.55 ± 2.86	0.545
	< 20	27	23.11 ± 3.29	
Giới (nữ/nam)	≥ 20	69	40/29	0.099
	< 20	27	21/6	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với tình trạng thiếu hụt vitamin D.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa thiếu hụt vitamin D với mức độ hoạt động bệnh của các đối tượng nghiên cứu (n = 96)

Đặc điểm	Nồng độ vitamin D (ng/mL)	Số lượng	$\bar{x} \pm SD$	p
	< 20	27	21/6	
BASDAI	≥ 20	69	1.60 ± 0.1	0.002
	< 20	27	2.21 ± 0.78	
ASDAS-CRP	≥ 20	68	1.60 ± 0.72	0.005
	< 20	27	2.11 ± 0.92	
VAS	≥ 20	69	3.10 ± 1.34	0.017
	< 20	27	3.89 ± 1.63	
Số khớp viêm	≥ 20	44	$2,48 \pm 1,49$	0.36
	< 20	16	2.88 ± 1.46	
Viêm KCC trên MRI (+/-)	≥ 20	18	7/11	0.401
	< 20	8	5/3	
Viêm KCC trên Xquang (+/-)	≥ 20	63	48/15	0.914
	< 20	20	15/5	
HLA-B27 (+/-)	≥ 20	48	16/32	0.036
	< 20	21	13/8	

Nhận xét: Người bệnh thiếu vitamin D có điểm BASDAI, ASDAS và VAS cao hơn nhóm đủ vitamin D có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0.002; 0.005 và 0.017). Không có mối liên quan giữa tình trạng tổn thương trên Xquang và MRI hay số khớp viêm với tình trạng thiếu hụt vitamin D.

**Biểu đồ 3.2: Tương quan giữa nồng độ vitamin D và mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS và BASDAI**

Nhận xét: Có mối tương quan giữa nồng độ vitamin D và mức độ hoạt động bệnh theo các thang điểm ASDAS ($r = -0.229$; $p = 0.026$) và BASDAI ($r = -0.296$; $p = 0.003$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 96 người bệnh viêm khớp cột sống được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS có tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48.47 ± 14.08 năm. Đa số người bệnh trong nghiên cứu này là những trường hợp chẩn đoán lần đầu tại bệnh viện Tâm Anh sau khi đã thăm khám và điều trị tại nhiều nơi, với thời gian chẩn đoán muộn trung bình với nam là 3.71 năm, nữ là 4.67 năm. Các nghiên cứu về viêm khớp cột sống ở nữ giới cũng chỉ ra người bệnh nữ có thời gian chẩn đoán muộn dài hơn ở nam giới. Thể bệnh thường gặp nhất là viêm khớp cột sống thể trục không có tổn thương trên X-quang, chiếm 37.5%.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới nhấn mạnh tình trạng thiếu hụt vitamin D thường gặp hơn ở nhóm người bệnh viêm khớp cột sống so với dân số nói chung hay nhóm chứng khỏe mạnh. Nghiên cứu DESIR gồm 700 người bệnh đau lưng kiểu viêm gợi ý đến viêm khớp cột sống cho thấy tỉ lệ thiếu vitamin D ở nhóm này cao hơn dân số Pháp nói chung (51% so với 41%)³. Nồng độ vitamin D trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 61.58 ± 18.68 nmol/L ($24,63 \pm 7,47$ ng/mL), tỷ lệ người bệnh có nồng độ vitamin D < 50 nmol/L (20 ng/mL) là 28.1%. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả Ngô Thị Hoài khi nghiên cứu trên 67 người bệnh viêm khớp cột sống tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai năm 2021: cho thấy nồng độ vitamin D trung bình của đối tượng nghiên cứu là 26.1 ± 6.72 ng/mL, tỉ lệ người bệnh có thiếu hụt nồng độ vitamin D

là 28.4%⁴. Chúng tôi cũng không nhận thấy sự khác biệt về nồng độ Vitamin D huyết thanh giữa các thể bệnh.

Khảo sát các đặc điểm dịch tễ học và bệnh học ở 2 nhóm người bệnh thiếu và không thiếu vitamin D, kết quả thu được trong bảng 3.2 và bảng 3.3 cho thấy ở người bệnh thiếu vitamin D có chỉ số hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI, ASDAS và mức độ đau theo VAS cao hơn nhóm đủ vitamin D có ý nghĩa thống kê, với p lần lượt là 0.002, 0,005 và 0.017. Biểu đồ 3.2 mô tả mối tương quan nghịch giữa nồng độ vitamin D và mức độ hoạt động bệnh theo các thang điểm ASDAS ($r = -0.229$; $p = 0.026$) và BASDAI ($r = -0.296$; $p = 0.003$). Bên cạnh vai trò trong điều hòa nồng độ calci – phosphate cũng như chu trình khoáng hóa xương, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tác động của vitamin D lên các tế bào trong hệ thống miễn dịch. Vitamin D ngăn chặn sự tăng sinh và gây ra quá trình chết theo chương trình của tế bào B; ức chế sự biệt hóa thành tương bào và sinh kháng thể. Vitamin D cũng làm giảm hoạt động của các tế bào T hỗ trợ Th1 và Th17, từ đó làm tăng sản xuất các cytokine chống viêm (IL-10) cũng như giảm sản xuất cytokine gây viêm (IL-17, IL-21). Một quan điểm khác về mối liên quan giữa nồng độ vitamin D và bệnh viêm khớp cột sống cho rằng tình trạng thiếu hụt vitamin D là hậu quả của sự suy giảm chức năng – cấu trúc cơ thể do bệnh gây ra, dẫn đến giảm khả năng vận động từ đó giảm tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, cùng với đó là các tổn thương tại ruột gây giảm hấp thu vitamin

D. Kết quả của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu trước đây, nghiên cứu của Ngô Thị Hoài cho thấy tỷ lệ thiếu vitamin D ở 2 nhóm BASDAI cao và thấp lần lượt là 93.8% và 53.9% ($p < 0.05$)⁴. Nghiên cứu dựa trên nhóm ASAS-COMOSPA của tác giả Fernandes cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thang điểm ASDAS và BASDAI ở 2 nhóm có và không tình trạng thiếu vitamin D⁵. Ngược lại, nghiên cứu của Zofia Gula năm 2018 lại đưa ra không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ vitamin D và các dấu hiệu lâm sàng, bilan xét nghiệm hay các thang điểm đánh giá hoạt động bệnh⁶. Sự khác biệt này cho thấy cần thêm những nghiên cứu can thiệp nhằm sáng tỏ mối qua hệ giữa tình trạng thiếu hụt vitamin D và hoạt động của bệnh viêm khớp cột sống.

Bên cạnh mối tương quan giữa nồng độ vitamin D với hoạt động của bệnh viêm khớp cột sống, bảng 3.2 và bảng 3.3 cho thấy một số kết quả đáng lưu ý. Thứ nhất, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, BMI) với nồng độ vitamin D. Nhiều nghiên cứu về vitamin D ở đối tượng khỏe mạnh cũng như trong các bệnh lý khác cho thấy tương quan giữa béo phì và tình trạng thiếu vitamin D. Thứ hai, chúng tôi không thấy sự khác biệt về sự hiện diện viêm khớp cùng chậu trên Xquang ở người bệnh thiếu/không thiếu vitamin D. Kết quả này của chúng tôi khác với nghiên cứu của Fernandes ($p < 0.01$)⁵. Nghiên cứu DESIR cũng chỉ ra tình trạng thiếu vitamin D có liên quan đáng kể với

hình ảnh viêm khớp cùng chậu nhưng không có ý nghĩa thống kê³. Những sự khác biệt trên có thể giải thích bởi sự khác nhau về đặc điểm đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu. Một số trường hợp trong của chúng tôi đã có phim chụp Xquang từ trước thời điểm nghiên cứu và tương tự nghiên cứu của Fernandes, mặc dù người bệnh thiếu vitamin D có mức độ hoạt động bệnh cao hơn, chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về tình trạng viêm tại chỗ trên MRI, số khớp viêm ngoại vi ở 2 nhóm thiếu/không thiếu vitamin D⁵. Cuối cùng, do mối liên quan giữa đặc điểm kháng nguyên HLA-B27 với mức độ hoạt động bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ($p = 0.001$), chúng tôi chưa thể đánh giá chính xác mối liên quan giữa đặc điểm kháng nguyên HLA-B27 và tình trạng thiếu vitamin D của người bệnh. Nghiên cứu của Rioz Rodriguez năm 2022 trên người bệnh viêm cột sống dính khớp không cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ HLA-B27 dương tính ở 2 nhóm nồng độ vitamin D⁷, tuy nhiên do cách thiết kế nghiên cứu, cần thêm những bằng chứng để đánh giá mối liên quan cũng như cơ chế bệnh sinh giữa 2 yếu tố này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu hụt Vitamin D gặp ở 28.1% người bệnh viêm khớp cột sống. Nồng độ vitamin D nhóm người bệnh này có mối tương quan nghịch với tình trạng hoạt động của bệnh theo các thang điểm ASDAS ($r = -0.229$) và BASDAI ($r = -0.296$). Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu lớn hơn nữa về cỡ mẫu và

xác định thêm các yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ vitamin D (nội sinh và ngoại sinh) để có thể đưa ra chiến lược tư vấn và điều trị cụ thể cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charoenngam N.** Vitamin D and Rheumatic Diseases: A Review of Clinical Evidence. *Int J Mol Sci.* 2021; 22(19):10659. doi: 10.3390/ijms221910659
2. **Holick MF.** Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. *Ann Epidemiol.* 2009;19(2): 73-78. doi:10.1016/j.annepidem.2007.12.001
3. **Hmamouchi I, Paternotte S, Molto A, et al.** Vitamin D, disease activity and comorbidities in early spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2016;34(3):396-403.
4. **Ngô TH, Đặng HH, Lê MH.** KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG THIẾU VITAMIN D Ở

NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP - CỘT SỐNG. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2021;507(1). doi:10.51298/vmj.v507i1.1361

5. **Fernandes S, Etcheto A, van der Heijde D, et al.** Vitamin D status in spondyloarthritis: results of the ASAS-COMOSPA international study. *Clin Exp Rheumatol.* 2018;36(2):210-214.
6. **Vitamin D serum concentration is not related to the activity of spondyloarthritis - preliminary study - PubMed.** Accessed January 6, 2025.
7. **Rodriguez VR, Torgutalp M, D'urso M, et al.** AB0878 Higher vitamin D serum level is associated with a better clinical response to bDMARDs in patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81(Suppl 1): 1561-1561. doi:10.1136/annrheumdis-2022-eular.5312

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Hồ Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng bộ câu hỏi PHQ-9. 2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 99 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 02 năm 2024. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được sàng lọc nhằm phát hiện rối loạn trầm cảm bằng bộ câu hỏi PHQ-9. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có tỷ lệ rối loạn trầm cảm theo thang điểm PHQ-9 là 25,3%, trong đó tỷ lệ bị trầm cảm ở mức độ vừa và nhẹ chiếm 23,3%. Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân có rối loạn trầm cảm theo thang điểm PHQ-9 gồm: khó khăn khi bắt đầu - duy trì giấc ngủ hay ngủ quá nhiều (chiếm 44,4%) và cảm thấy mệt mỏi - thiếu sức sống (37,4%). Nhóm bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bị trầm cảm có mức độ đau cột sống thắt lưng và đau khớp ngoại vi, mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI, mức độ rối loạn chức năng theo BASFI và tỷ lệ thất nghiệp cao

hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không bị trầm cảm.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, rối loạn trầm cảm, PHQ-9

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Objectives: 1.To describe the characteristics of depression in patients with ankylosing spondylitis by PHQ-9 questionnaire. 2. To evaluate some factors related to depression in these patients. **Subjects:** 99 patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to 1984 modified New York criteria, who were treated at Center for Rheumatology, Bach Mai hospital from October 2022 to February 2024. All patients were screened for depression disorder using the PHQ-9 questionnair. **Methods:** Prospective cohort study, cross-sectional description. **Results and Conclusion:** The patients with ankylosing spondylitis had prevalence of depression disorder according to the PHQ-9 score was 25.3%, with mild and moderate depression accounting for 23.3%. The most common symptoms in patients with depression disorder according to the PHQ-9 score were trouble falling or staying asleep, or sleeping too much (44.4%) and feeling tired or having little energy (37.4%). The depressing patients had higher lumbar spine pain, peripheral joint pain o, BASDAI disease activity, BASFI dysfunction and unemployment rate compared with the patients without depression.

Keywords: Ankylosing spondylitis, depression, PHQ-9.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh lý khớp viêm mạn tính thường gặp ở nam giới trẻ tuổi, thuộc nhóm bệnh viêm khớp cột sống thể trục. Bệnh biểu hiện trên lâm sàng bởi viêm mạn tính khớp cùng chậu, viêm đốt sống, xơ hóa các dây chằng dọc cột sống và viêm các điểm bám tận. Đặc trưng của bệnh là hiện tượng cốt hóa các dây chằng cạnh cột sống tạo thành những cầu xương, phản ánh quá trình tạo xương mới.¹ Bệnh thường tiến triển với quá trình viêm khớp mạn tính kéo dài. Nếu người bệnh không được chẩn đoán và điều trị sớm sẽ dẫn đến những hậu quả nặng nề như dính khớp và cột sống, tạo tư thế xấu và có thể bị gãy xương, làm giảm chức năng vận động khớp, cột sống và giảm khả năng lao động, dẫn đến tàn phế.

Trầm cảm là một bệnh lý của rối loạn cảm xúc, biểu hiện đặc trưng bởi khí sắc trầm uất, mất mọi quan tâm hứng thú, giảm năng lượng dẫn tới sự mệt mỏi và giảm hoạt động. Bệnh đặc trưng trên lâm sàng là tình trạng mệt mỏi rõ rệt- thường xuyên, xảy ra chỉ sau một cố gắng nhỏ và tồn tại trong một khoảng thời gian kéo dài, ít nhất là 2 tuần. Trong thực hành lâm sàng, để phát hiện và chẩn đoán trầm cảm, hiện nay có nhiều bộ câu hỏi hoặc các thang điểm để đánh giá như: thang phát hiện trầm cảm của Beck (the Beck Depression Inventory), thang điểm đánh giá tâm thần Hamilton (HAM-D), bảng câu hỏi Patient Health Questionnaire (PHQ-9), the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Trong đó, bảng câu hỏi PHQ-9 được coi là 1 bảng câu hỏi ngắn gọn, dễ dàng áp dụng trên lâm sàng, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, đã được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam trong sàng lọc nhằm phát hiện sớm trầm cảm. Hiện nay, tình trạng trầm cảm

ngày càng gia tăng ở những bệnh nhân mắc các bệnh khớp viêm hệ thống mạn tính và làm tăng gánh nặng bệnh tật, trong đó có bệnh VCSĐK. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, tỷ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân VCSĐK cao hơn 2,21 lần so với dân số nói chung.² Bên cạnh tác động của bệnh đến sức khỏe, bệnh trầm cảm trong VCSĐK làm tăng tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện, khả năng lao động giảm sút, tăng tỷ lệ thất nghiệp, dẫn đến làm tăng cả gánh nặng bệnh tật và gánh nặng kinh tế với người bệnh, gia đình, hệ thống y tế và xã hội. Vì vậy, việc phát hiện sớm trầm cảm ở bệnh nhân VCSĐK có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng, ngăn ngừa sự tiến triển và làm nặng thêm biến chứng của bệnh, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm trầm cảm ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng bộ câu hỏi PHQ-9.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 99 bệnh nhân được chẩn đoán VCSĐK theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2022 đến tháng 2/2024. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được sàng lọc nhằm phát hiện rối loạn trầm cảm bằng bộ câu hỏi PHQ-9. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân có bệnh lý tâm thần trước khi được chẩn đoán VCSĐK. Bệnh nhân có tình trạng phụ thuộc vào các chất gây nghiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết. Tiến hành thu thập số liệu nghiên cứu bằng một mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn và bộ câu hỏi thống nhất theo các bước sau:

Bước 1: Hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân VCSDK theo mẫu bệnh án

Bước 2: Đánh giá các yếu tố liên quan đến VCSDK

- Các chỉ số nhân trắc học: Tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thu nhập trung bình/tháng.

- Các đặc điểm lâm sàng của VCSDK: Tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh (năm), triệu chứng lâm sàng, đánh giá mức độ đau khớp và cột sống theo thang điểm VAS.

- Các chỉ số cận lâm sàng: Máu lắng, CRP, HLA-B27, xét nghiệm máu cơ bản.

- Đánh giá mức độ hoạt động bệnh của VCSDK thông qua chỉ số BASDAI và BASFI.

- Điều trị VCSDK: Thuốc điều trị (NSAIDs, thuốc DMARDs kinh điển, thuốc DMARDs sinh học), tuân thủ điều trị.

Bước 3: Sàng lọc và phát hiện rối loạn trầm cảm bằng thang điểm PHQ-9. Phân loại mức độ rối loạn trầm cảm theo các mốc quy ước tại thời điểm lúc bệnh nhân nhập viện.

Tổng điểm tối đa là: 27 điểm, ≥ 5 điểm là có trầm cảm. Phân loại mức độ trầm cảm theo PHQ9:

0 - 4 điểm: Không có trầm cảm

5 - 9 điểm: Trầm cảm nhẹ

10 - 14 điểm: Trầm cảm vừa

15 - 19 điểm: Trầm cảm nặng

20 - 27 điểm: Trầm cảm nghiêm trọng

Bước 4: Các bệnh nhân có điểm PHQ-9 ≥ 5 sẽ được đánh giá tình trạng trầm cảm lần 2 bởi bác sĩ chuyên khoa tâm thần tại Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.

Bước 5: Mô tả thực trạng rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK và tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phác đồ điều trị ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2.2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân VCSDK nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n= 99)

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (năm)	31,4 + 11,0
Thời gian mắc bệnh (năm)	5,5 ± 5,6
Tuổi khởi phát bệnh (năm)	25,93 ± 10,22
Giới (nam/nữ)	4,8/1
Nghề nghiệp (Có/Không)	76/23

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 31,4 tuổi, phần lớn bệnh nhân là nam giới (chiếm tỷ lệ 83%) với thời gian mắc bệnh trung bình là 5,5 năm. Tỷ lệ thất nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 23,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=99)

Các đặc điểm	Triệu chứng lâm sàng	$\bar{X} \pm SD$
Triệu chứng tại khớp	Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút)	13,7 ± 17,07
	Mức độ đau cột sống thắt lưng (VAS)	2,3 ± 2,3
	Mức độ đau khớp ngoại vi (VAS)	1,6 ± 2,2
	Độ giãn lồng ngực (cm)	3,7 ± 1,9
	Độ giãn CSTL (cm)	3,3 ± 1,1
Triệu chứng ngoài khớp	Viêm màng bồ đào	6/99 (6,1%)
	Hội chứng bầm tẹn	15/99 (15,1%)
	Viêm ruột	1/99 (1%)
Mức độ hoạt động bệnh	BASDAI	1,28 ± 1,46
	BASFI	1,52 ± 1,96
Điều trị hiện tại	NSAIDs, n (%)	53 (53,5)
	DMARDs kinh điển, n (%)	27 (27,3)
	Kháng TNF- α , n (%)	56 (56,6)
	Kháng IL-17, n (%)	31 (31,3)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có mức độ hoạt động bệnh trung bình theo BASDAI là 1,28 ± 1,46. Số bệnh nhân sử dụng thuốc DMARDs sinh học chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,9%.

3.2. Đặc điểm rối loạn trầm cảm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo thang điểm PHQ-9

Bảng 3.3. Đặc điểm rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK theo thang điểm PHQ-9 (n=99)

Phân độ rối loạn trầm cảm theo PHQ – 9	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không (0 – 4 điểm)	74	74,7
Nhẹ (5 – 9 điểm)	18	18,2
Vừa (10 – 14 điểm)	5	5,1
Nặng (15 – 19 điểm)	2	2,0
Nghiêm trọng (20 – 27 điểm)	0	0,0
Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	2,57 ± 3,78	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 25,3% bệnh nhân có triệu chứng trầm cảm, trong đó trầm cảm ở mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (18,2%). Điểm PHQ-9 trung bình của các bệnh nhân là 2,57 ± 3,78.

Bảng 3.4. Đặc điểm về triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK theo thang điểm PHQ-9 (n=99)

	Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình (0-3)
1	Ít hứng thú hay ít hài lòng khi làm việc	36	36,4	0,49 ± 0,76
2	Cảm thấy buồn, chán nản, hoặc vô vọng	13	13,1	0,18 ± 0,54
3	Khó khăn khi bắt đầu hay duy trì giấc ngủ, hay ngủ quá nhiều	44	44,4	0,71 ± 0,92
4	Cảm thấy mệt mỏi hay thiếu sức sống	37	37,4	0,53 ± 0,76
5	Chán ăn hay ăn quá nhiều	21	21,2	0,29 ± 0,64
6	Cảm thấy bản thân tồi tệ, thất bại hay kém cỏi, làm bản thân và gia đình thất vọng	5	5,1	0,07 ± 0,32
7	Khó khăn khi tập trung vào việc gì đó, như là đọc báo hay xem ti vi	12	12,1	0,14 ± 0,4
8	Đi lại chậm chạp, nói chậm và khó diễn đạt từ người khác không thể nghe? Hay ngược lại, quá hồi hã hay bồn chồn đến nỗi bạn đi lại quá nhiều hơn bình thường	9	9,1	0,15 ± 0,54
9	Suy nghĩ tiêu cực như muốn chết, ý định tự tử hoặc gây thương tích cho bản thân	0	0,0	0,00 ± 0,00

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, các triệu chứng trầm cảm hay gặp nhất gồm: “khó khăn khi bắt đầu- duy trì giấc ngủ, hay ngủ quá nhiều” (chiếm 44,4%), “cảm thấy mệt mỏi hay thiếu sức sống” (chiếm 37,4%), và “ít hứng thú hay ít hài lòng khi làm việc” (chiếm 36,4%). Không

gặp bệnh nhân có triệu chứng “suy nghĩ tiêu cực như muốn chết, ý định tự tử hay gây thương tích cho bản thân”.

3.3. Mối liên quan giữa rối loạn trầm cảm với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm cột sống dính khớp

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa rối loạn trầm cảm với một số yếu tố ở bệnh nhân VCSDK

Các yếu tố		Có trầm cảm (n=35)	Không có trầm cảm (n=15)	p
Tuổi trung bình(năm)		36,6 ± 11,8	29,65 ± 10,27	>0,05
Giới	Nam, n (%)	18 (21,9%)	64 (78,1%)	>0,05
	Nữ, n (%)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
Nghề nghiệp	Có, n (%)	11 (47,8%)	12 (52,2%)	<0,05
	Không, n (%)	14 (18,4%)	62 (81,6%)	

Tuổi khởi phát bệnh trung bình (năm)	29,88 ± 12,03	24,59 ± 9,24	>0,05
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	7,01 ± 6,17	5,02 ± 5,42	>0,05
Mức độ đau CSTL (VAS)	3,64 ± 2,72	1,86 ± 1,95	<0,05
Mức độ đau khớp ngoại vi (VAS)	2,88 ± 2,84	1,12 ± 1,74	<0,05
BASDAI	2,62 ± 1,92	0,8 ± 0,9	<0,05
BASFI	3,01 ± 2,62	1,01 ± 1,37	<0,05
Điều trị NSAIDs, n (%)	17 (32,1%)	36 (67,9%)	>0,05
Thuốc DMARDs kinh điển, n (%)	6 (22,2%)	21 (77,8%)	>0,05
Thuốc kháng TNF, n (%)	13 (23,2%)	43 (76,8%)	>0,05
Thuốc kháng IL 17, n (%)	5 (16,1%)	26 (83,9%)	>0,05

Nhận xét: Không thấy có mối liên quan giữa rối loạn trầm cảm với tuổi, giới và các thuốc điều trị VCSDK. Tuy nhiên, tỷ lệ trầm cảm xảy ra cao hơn ở các bệnh nhân bị thất nghiệp, có mức độ đau cột sống thắt lưng và khớp ngoại vi cao, mức độ hoạt động bệnh BASDAI và rối loạn chức năng BASFI cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, rối loạn trầm cảm gặp ở 25/99 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 25,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mei – Ling Fang năm 2019 trên 120 bệnh nhân VCSDK tại Đài Loan, cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 25%.³ Theo một nghiên cứu tổng quan được thực hiện bởi Lijuan Zhang và cộng sự vào năm 2019, phân tích gộp trên 31 nghiên cứu, tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK dao động từ 3-66%, gộp chung là 35%.⁴ Trong nghiên cứu, điểm PHQ-9 trung bình của bệnh nhân VCSDK là 2,57 ± 3,78, trong đó, nhóm bệnh nhân bị trầm cảm mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (18,2%), 2%

bệnh nhân có biểu hiện trầm cảm mức độ nặng và không gặp bệnh nhân biểu hiện trầm cảm mức độ nghiêm trọng. Trong nghiên cứu của tác giả Mei – Ling Fang, cũng thấy chủ yếu là trầm cảm mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ 13,3%, trầm cảm mức độ vừa chiếm 7,5%, và trầm cảm mức độ nặng chiếm tỉ lệ 4,2%.³

Rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng và không đồng nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng thường gặp của rối loạn trầm cảm theo thang điểm PHQ-9 ở bệnh nhân VCSDK theo thứ tự là “khó khăn khi bắt đầu- duy trì giấc ngủ, hay ngủ quá nhiều” (chiếm 44,4%), “cảm thấy mệt mỏi hay thiếu sức sống” (chiếm 37,4%) và “ít hứng thú hay ít hài lòng khi làm việc” (chiếm 36,4%), “chán ăn hay ăn quá nhiều” chiếm 21,2%. Không gặp bệnh nhân có suy nghĩ tiêu cực như muốn chết, ý định tự tử hoặc gây thương tích cho bản thân. Các bệnh nhân VCSDK thường bị rối loạn giấc ngủ do tình trạng cứng và hạn chế vận động cột sống cổ, cột sống thắt lưng, đau cột sống tăng về đêm do bệnh tiến triển. Bệnh nhân gặp nhiều khó khăn trong việc đi vào giấc ngủ và duy trì

giấc ngủ, dẫn đến chất lượng giấc ngủ kém. Ở những bệnh nhân có bệnh lý khớp viêm mạn tính, chất lượng giấc ngủ kém là 1 yếu tố dự báo nguy cơ có thể dẫn đến trầm cảm và rối loạn lo âu. Tình trạng ngủ kém ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao sẽ dẫn đến mệt mỏi và góp phần làm tăng tình trạng trầm cảm.

4.2. Mối liên quan giữa mức độ rối loạn trầm cảm với một số yếu tố ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân bị thất nghiệp có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp. Các bệnh nhân bị thất nghiệp, không có việc làm phần lớn là những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài, bệnh khó kiểm soát và bị nhiều biến chứng của bệnh. Bệnh VCSDK có thể gây dính khớp tại cột sống và khớp háng, làm hạn chế vận động nhiều, cả trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày nên ảnh hưởng xấu đến tâm lý của người bệnh. Bên cạnh đó, những bệnh nhân bị thất nghiệp nên không có khả năng chi trả cho quá trình điều trị bệnh cũng như cuộc sống hàng ngày. Bệnh nhân phải sống phụ thuộc vào người thân, cần sự hỗ trợ của gia đình nên các áp lực và stress cũng xảy ra nhiều hơn. Trong nghiên cứu, điểm đau cột sống thắt lưng và đau khớp ngoại vi trung bình của nhóm bệnh nhân VCSDK không bị trầm cảm thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân bị rối loạn trầm cảm ($p < 0,05$). Tình trạng viêm khớp và hạn chế vận động của cột sống làm giảm khả năng vận động, thực hiện các sinh hoạt hàng ngày. Điều này dẫn đến sự mất tự tin và làm

cho bệnh nhân thấy mình là gánh nặng với gia đình và xã hội, góp phần làm nặng thêm tình trạng trầm cảm của bệnh nhân. Các triệu chứng đau và cứng khớp còn làm suy giảm chất lượng giấc ngủ và thời gian ngủ kém đi. Sự thiếu ngủ cũng sẽ làm gia tăng tình trạng trầm cảm và tạo ra cảm giác mệt mỏi cho người bệnh.

VCSDK là một bệnh lý viêm khớp mạn tính tiến triển lâu dài, trong đó có những đợt bệnh tiến triển cấp tính. Theo nhiều nghiên cứu, mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI có mối liên quan chặt chẽ với rối loạn trầm cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm BASDAI trung bình của nhóm bệnh nhân bị trầm cảm ($2,62 \pm 1,92$) cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm ($0,8 \pm 0,9$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm đánh giá mức độ rối loạn chức năng theo BASFI ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng có mối liên quan với tình trạng rối loạn trầm cảm. Nhóm bệnh nhân bị trầm cảm có mức độ rối loạn chức năng vận động khớp theo BASFI trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có trầm cảm. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.^{5,6} Khi bệnh nhân có biểu hiện sưng đau nhiều khớp trên lâm sàng, vận động của cột sống và các khớp ngoại vi bị hạn chế sẽ ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, chất lượng cuộc sống cũng như các rối loạn tâm lý của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về thực trạng rối loạn

trầm cảm ở 99 bệnh nhân VCSDK điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân VCSDK theo thang điểm PHQ-9 là 25,3%, trong đó chủ yếu là rối loạn trầm cảm ở mức độ nhẹ và vừa (23,3%).

- Nhóm bệnh nhân VCSDK bị rối loạn trầm cảm có tỷ lệ thất nghiệp, mức độ đau cột sống thắt lưng và đau khớp ngoại vi, mức độ hoạt động bệnh theo BASDAI và rối loạn chức năng theo BASFI cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không bị trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park JS, Jang HD, Hong JY, et al.** Impact of ankylosing spondylitis on depression: a nationwide cohort study. *Scientific reports*. 2019;9(1):6736.
2. **Fang ML, Wu CS, Weng LC, Huang HL.** Factors associated with depressive symptoms in patients with ankylosing spondylitis in Northern Taiwan. *PloS one*. 2019;14(10): e0224298.
3. **Zhang L, Wu Y, Liu S, Zhu W.** Prevalence of Depression in Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry investigation*. 2019;16(8):565-574.
4. **Xu X, Shen B, Zhang A, et al.** Anxiety and depression correlate with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Patient preference and adherence*. 2016;10:879-885.
5. **Zhao S, Thong D, Miller N, et al.** The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis research & therapy*. 2018;20(1):140.

THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG THỂ TRỰC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}, Trần Thùy Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Tìm hiểu thực trạng loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực tại Bệnh viện Bạch Mai. 2. Khảo sát mối liên quan giữa MĐX với 1 số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 75 bệnh nhân viêm khớp cột sống thể trực được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS-2009 tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân có loãng xương tại vị trí CSTL và CXĐ tương ứng với 22,7% và 14,7%, trong đó giảm MĐX tại CXĐ gặp ở 48% và tại CSTL là 42,6% bệnh nhân nghiên cứu. 4% bệnh nhân có gãy xương đốt sống, không gặp bệnh nhân có gãy CXĐ và gãy xương tại những vị trí xương khác. Tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ ở nhóm bệnh nhân với mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh cao hơn rõ rệt so với nhóm có mức độ bệnh không hoạt động và hoạt động mức độ nhẹ, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CXĐ. Kết quả đo MĐX tại 2 vị trí CXĐ và CSTL ở các bệnh nhân có tổn thương cầu xương tại cột sống đều giảm thấp hơn so với nhóm

không có cầu xương, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CSTL. Các bệnh nhân VKCS thể trực được điều trị với thuốc DMARDs sinh học có tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX thấp hơn so với nhóm bệnh nhân dùng thuốc NSAIDs và không điều trị nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với kết quả đo MĐX tại vị trí CXĐ. **Kết luận:** Loãng xương và giảm MĐX là một trong những bệnh lý đồng mắc hay gặp ở bệnh nhân VKCS thể trực. Mức độ hoạt động bệnh mạnh, sự xuất hiện các tổn thương cầu xương tại cột sống và thời gian mắc bệnh kéo dài làm tăng nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân. Do đó, việc chỉ định sớm thuốc DMARDs sinh học sẽ giúp kiểm soát bệnh tốt hơn, làm giảm tình trạng mất xương, giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ tàn phế ở người bệnh.

Từ khoá: VKCS thể trực, loãng xương.

SUMMARY

OSTEOPOROSIS AND SOME RELATED FACTORS IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the current state of osteoporosis in patients with axial spondyloarthritis at Bach Mai hospital and to evaluate the association between bone mineral density (BMD) and some clinical manifestations as well as subclinical features of these patients. **Subjects and methods:** In a cross-sectional descriptive study, we enrolled 75 patients with axial spondyloarthritis who were classified using ASAS-2009 criteria at the Center for

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy
Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/01/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/01/2025

Rheumatology Bach Mai Hospital between August 2023 and December 2024. **Results:** At the lumbar spine, the prevalence of osteoporosis and decreased BMD was 22.7% and 42.6%, respectively. At the femoral neck, the frequency of osteoporosis was 14.7% and the BMD was reduced in 48%. Vertebral fractures occurred in 4% of patients, although femoral neck or other bone fractures were absent. Patients with high and very high disease activity had a significantly greater proportion of osteoporosis and the decrease in BMD at both sites than patients with low and inactive disease activity. But only at the femoral neck was the difference of statistical importance. Patients with syndesmophytes lesions had lower BMD than those without such lesions; nevertheless, a statistically significant difference was only observed in the lumbar spine. Biological DMARD-treated patients experienced lower prevalence of osteoporosis and decrease in BMD compared to the NSAID-using and untreated group, but the difference was only statistically significant for the BMD measured at femoral neck sites. **Conclusion:** Osteoporosis and decreased BMD are frequent co-morbidities in patients with axial spondyloarthritis. High disease activity, the presence of syndesmophytes and prolonged disease duration increased the risk of developing osteoporosis in these patients. Biological DMARDs will therefore assist better control the disease, decrease bone loss, enhance quality of life, and lower the rate of disability if indicated promptly.

Keywords: Axial spondyloarthritis, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống (VKCS) thể trực là 1 bệnh lý khớp viêm mạn tính, hay gặp ở nam giới trẻ tuổi, gây ảnh hưởng đến các khớp

thuộc hệ trục gồm cột sống, khớp cùng chậu, khớp háng, gây viêm các khớp ngoại vi và viêm gân. Bệnh gồm 2 thể lâm sàng chính: viêm cột sống dính khớp và VKCS thể trực không có viêm khớp cùng chậu trên Xquang. Bệnh tiến triển dẫn đến cốt hóa các dây chằng dọc cột sống, hình thành các cầu xương gây dính khớp và cột sống, làm người bệnh bị đau cột sống thắt lưng kiểu viêm, giảm nhiều các chức năng vận động của cột sống và tàn phế. Trong VKCS thể trực, tình trạng viêm hệ thống mạn tính do tăng tổng hợp các cytokine gây viêm như IL-1, IL-6, TNF dẫn đến tăng hoạt động của các hủy cốt bào và ức chế hoạt động của các tạo cốt bào gây mất xương dần dần cùng với thời gian mắc bệnh kéo dài. Các hoạt động thể lực bị hạn chế do bệnh tiến triển gây đau và cứng cột sống, viêm các khớp ngoại vi, mệt mỏi mạn tính. Sự thiếu hụt vitamin D do bệnh nhân ít vận động, không ra ngoài và giảm chức năng thận dẫn đến cường cận giáp thứ phát. Các yếu tố này đã góp phần gây giảm mật độ xương (MĐX) và loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực. Bên cạnh đó, tình trạng viêm hệ thống mạn tính cũng làm thay đổi quá trình chu chuyển xương và dẫn đến mất xương.¹ Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực giao động từ 11,7- 34% và tỷ lệ gãy xương do loãng xương giao động từ 11- 24,6%.² Trong nghiên cứu COMOSPA, loãng xương là bệnh lý đồng mắc hay gặp nhất ở bệnh nhân VKCS thể trực³. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

1. Tìm hiểu thực trạng loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực.
2. Khảo sát mối liên quan giữa MĐX với 1 số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán VKCS thể trực theo tiêu chuẩn ASAS 2009 và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

- Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2023 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ở độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, chưa điều trị loãng xương bao giờ và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân VKCS thể trực đã thay khớp háng hoặc gãy cổ xương đùi hai bên. Bệnh nhân đã và đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa xương (thuốc chống đông kinh, heparin, progestin). Bệnh nhân mắc các bệnh phổi hợp có thể gây ảnh hưởng đến MĐX (đái tháo đường, cường cận giáp, cường giáp, suy gan, suy thận, cắt dạ dày)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ.

- Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết. Các chỉ tiêu nghiên cứu được tiến hành thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

- Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, đánh giá mức độ đau cột sống và khớp ngoại vi theo VAS, độ giãn lồng ngực, độ giãn cột sống thắt lưng, khoảng cách tay đất, thời gian cứng khớp buổi sáng. Triệu chứng ngoài khớp: hội chứng bầm tẹn, tổn thương mắt, tổn thương ruột, tổn thương da của vảy nến.

Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VKCS thể trực (BASDAI, ASDAS-CRP).

- Đo MĐX tại 2 vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ) bằng phương pháp DEXA.

- Các thuốc điều trị bệnh VKCS thể trực: Liều lượng và thời gian dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), thuốc DMARDs kinh điển, thuốc DMARDs sinh học. Đánh giá sự tuân thủ điều trị.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến MĐX của bệnh nhân VKCS thể trực: Tuổi, giới, lạm dụng rượu, hút thuốc lá, sử dụng glucocorticoid kéo dài, thời gian mắc bệnh (năm), mức độ đau cột sống và khớp ngoại vi theo VAS, mức độ hoạt động bệnh (BASDAI, ASDAS-CRP) và tuân thủ điều trị.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Nghiên cứu gồm 75 bệnh nhân VKCS thể trực, có tuổi trung bình là $39,4 \pm 15,4$ tuổi, trong đó độ tuổi từ 18- 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%). Đa số bệnh nhân nghiên cứu là nam giới, với tỷ lệ mắc bệnh của nam/nữ là 3,2/1. Chỉ số BMI trung bình là $20,4 \pm 2,5$ (kg/m²).

- Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu: 20% người bệnh lạm dụng rượu, 32% có thói quen sử dụng thuốc lá và 29,3% sử dụng glucocorticoid kéo dài trên 3 tháng. Thời gian mắc bệnh trung bình là $8,2 \pm 5,0$ năm, trong đó bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài nhất là 26 năm.

Bảng 3.1: Đặc điểm của bệnh VKCS thể trực ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n= 75)

	Triệu chứng	Đặc điểm
Đặc điểm Xquang	Cầu xương tại cột sống, n (%)	37 (49,3)
	Gãy xương đốt sống, n (%)	3 (4)
	Gãy cổ xương đùi, n (%)	0
	Gãy xương ở các vị trí khác, n (%)	0
Mức độ hoạt động bệnh VKCS thể trực	BASDAI, $\bar{X} \pm SD$	$2,5 \pm 1,4$
	ASDAS-CRP, $\bar{X} \pm SD$	$1,9 \pm 1,1$
Điều trị cơ bản	Thuốc NSAIDs, n (%)	8 (10,7)
	Thuốc DMARDs sinh học, n (%)	57 (76)
	Không điều trị, n (%)	10 (13,3)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 49,3% bệnh nhân có xuất hiện cầu xương tại cột sống và 4% bệnh nhân có gãy xương đốt sống. Không gặp bệnh nhân có gãy CXĐ và gãy xương tại những vị trí xương khác. Khi đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VKCS thể trực, nhóm bệnh nhân có điểm BASDAI

trung bình là $2,5 \pm 1,4$ và điểm ASDAS-CRP trung bình là $1,9 \pm 1,1$. Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu được điều trị thuốc DMARDs sinh học (chiếm tỷ lệ 76%).

3.2. Đặc điểm mật độ xương của nhóm bệnh nhân VKCS thể trực

Bảng 3.2: Tỷ lệ giảm MĐX và loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=75)

	Mật độ xương (T-score)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	Cổ xương đùi	28	37,3
	Cột sống thắt lưng	26	34,7
Giảm MĐX	Cổ xương đùi	36	48,0
	Cột sống thắt lưng	32	42,6
Loãng xương	Cổ xương đùi	11	14,7
	Cột sống thắt lưng	17	22,7
$\bar{X} \pm SD$ (g/cm³)	Cổ xương đùi	$-1,3 \pm 1,1$	
	Cột sống thắt lưng	$-1,5 \pm 1,1$	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân có loãng xương tại vị trí CSTL và CXĐ tương ứng với 22,7% và 14,7%. Giảm MĐX tại CXĐ gặp ở 48% và tại CSTL là 42,6% bệnh nhân nghiên cứu.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến MĐX ở bệnh nhân VKCS thể trực

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa MĐX và mức độ hoạt động bệnh VKCS thể trực

Mức độ hoạt động bệnh ASDAS - CRP		MĐX			p
		Bình thường n (%)	Thiếu xương n (%)	LX n (%)	
CXĐ	Không hoạt động	11 (57,9%)	7 (36,8%)	1 (5,3%)	0,027
	Hoạt động mức độ nhẹ	13 (35,1%)	19 (51,4)	5 (13,5%)	
	Hoạt động mức độ mạnh	0 (0%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
	Hoạt động mức độ rất mạnh	2 (25%)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	

CSTL	Không hoạt động	8 (42,1%)	8 (42,1%)	3 (15,8%)	>0,05
	Hoạt động mức độ nhẹ	12 (32,4%)	17 (46%)	8 (21,6%)	
	Hoạt động mức độ mạnh	1 (9,1%)	4 (36,4%)	6 (54,5%)	
	Hoạt động mức độ rất mạnh	2 (25%)	6 (75%)	0 (0%)	

Nhận xét: Tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ, tỷ lệ LX và giảm MĐX ở nhóm bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có mức độ bệnh không hoạt động và hoạt động mức độ nhẹ nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CXĐ.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa MĐX và tổn thương cầu xương tại cột sống (n=75)

MĐX	Có cầu xương (n=37)	Không có cầu xương (n=38)	P
CXĐ ($\bar{X} \pm SD$) (g/cm ³)	-1,508 $\pm$ 1,103	-1,147 $\pm$ 1,121	0,129
CSTL ($\bar{X} \pm SD$) (g/cm ³)	-1,824 $\pm$ 1,061	-1,331 $\pm$ 1,143	0,023

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có cầu xương tại cột sống có kết quả đo MĐX tại cả 2 vị trí CXĐ và CSTL đều giảm thấp hơn so với nhóm không có cầu xương, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CSTL ($p < 0,05$).

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa điều trị VKCS thể trực và mật độ xương (n=75)

Điều trị		T-score			p
		Bình thường n (%)	Thiếu xương n (%)	Loãng xương n (%)	
CXĐ	Thuốc DMARDs sinh học	26 (45,6%)	24 (42,1%)	7 (12,3%)	0,027
	Thuốc NSAIDs	0 (0%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
	Không điều trị	2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)	
CSTL	Thuốc DMARDs sinh học	22 (38,6%)	23 (40,4%)	12 (21%)	0,624
	Thuốc NSAIDs	1 (12,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)	
	Không điều trị	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân VKCS thể trực được điều trị với thuốc DMARDs sinh học có tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX thấp hơn so với nhóm bệnh nhân dùng thuốc NSAIDs và không điều trị nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với kết quả đo MĐX tại vị trí CXĐ.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh VKCS thể trực tại Việt Nam gặp chủ yếu ở nam giới, trẻ tuổi với tuổi khởi phát bệnh thường trước 40 tuổi. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 39,4 $\pm$ 15,4 tuổi, trong đó độ tuổi từ 18- 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%). Loãng xương là 1 bệnh lý mạn tính do rối loạn chuyển hóa

xương và có nguy cơ gây gãy xương, làm người bệnh bị tàn phế và tăng nguy cơ tử vong. VKCS thể trực có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng loãng xương do sự gia tăng các cytokine tiền viêm như TNF, IL-1, IL-17, IL-6 làm người bệnh bị loãng xương và bệnh VKCS thể trực tiến triển. Để có thể phòng ngừa và điều trị tình trạng loãng xương hiệu quả nhất ở các bệnh nhân VKCS thể trực, việc hiểu biết về các cơ chế và các yếu tố nguy cơ gây loãng xương trong bệnh VKCS thể trực là rất quan trọng. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có loãng xương tại vị trí CSTL và CXĐ tương ứng với 22,7% và 14,7%, trong đó, giảm MĐX tại CXĐ gặp ở 48% và tại CSTL là 42,6% bệnh nhân

nguyên cứu. Ở những bệnh nhân được kiểm soát chặt tình trạng viêm hệ thống, sẽ làm giảm hoạt động của hủy cốt bào thông qua ức chế con đường RANK/RANKL, đặc biệt với những bệnh nhân được điều trị bằng các thuốc DMARDs sinh học như thuốc kháng TNF sẽ làm tăng MĐX ở cả 2 vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.⁴

Trong VKCS thể trực, chất lượng của vi cấu trúc xương và các bề xương bị suy giảm nhiều. Ở những bệnh nhân có tình trạng viêm hệ thống hoạt động mạnh, chỉ số BASDAI và ASDAS tăng cao, thời gian mắc bệnh kéo dài, hình thành các cầu xương tại cột sống sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương do loãng xương mặc dù kết quả đo MĐX có thể bình thường. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu với mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh có tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ cao hơn rõ rệt so với nhóm có mức độ bệnh không hoạt động và hoạt động mức độ nhẹ, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CXĐ. Nhóm bệnh nhân có cầu xương tại cột sống cũng có kết quả đo MĐX tại cả 2 vị trí CXĐ và CSTL đều giảm thấp hơn so với nhóm không có cầu xương, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CSTL ($p < 0,05$). Do đó, việc xác định MĐX bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) trong VKCS thể trực có thể không phù hợp vì cấu trúc của xương đã bị thay đổi do quá trình tiến triển bệnh. Sự hình thành các cầu xương tại cột sống, calci hóa các dây chằng dọc cột sống có thể làm tăng MĐX tại vị trí cột sống thắt lưng khi đo mặc dù bệnh nhân đã có loãng xương và chất lượng xương thấp. Vì vậy, việc đo MĐX đơn thuần không phải là 1 thanh công cụ có độ nhạy cao trong chẩn đoán loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực.

Trong thực hành lâm sàng, việc kiểm soát tốt mức độ hoạt động bệnh và sàng lọc để phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ gây loãng xương sẽ giúp làm giảm tỷ lệ loãng xương và gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân VKCS thể trực cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân VKCS thể trực được điều trị với thuốc DMARDs sinh học có tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX thấp hơn so với nhóm bệnh nhân dùng thuốc NSAIDs và không điều trị nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với kết quả đo MĐX tại vị trí CXĐ. Trong nghiên cứu của Haroon và cộng sự, MĐX tại cột sống thắt lưng tăng 5,1% sau 1 năm điều trị với thuốc kháng TNF và 8,6% sau 2 năm điều trị.⁴ Việc sử dụng các thuốc NSAIDs kéo dài trong điều trị bệnh VKCS thể trực cũng có thể dẫn đến các tác dụng phụ của thuốc trên đường tiêu hóa như viêm- loét dạ dày- tá tràng. Các tổn thương trên đường tiêu hóa cũng sẽ làm giảm quá trình hấp thu, tình trạng dinh dưỡng kém và góp phần gây giảm mật độ xương ở bệnh nhân VKCS thể trực.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực trạng loãng xương và khảo sát mối liên quan giữa MĐX với 1 số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh VKCS thể trực ở 75 bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Bệnh nhân có loãng xương tại vị trí CSTL và CXĐ tương ứng với 22,7% và 14,7%, trong đó giảm MĐX tại CXĐ gặp ở 48% và tại CSTL là 42,6% bệnh nhân nghiên cứu.
- Tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ ở nhóm bệnh nhân với mức độ hoạt động bệnh mạnh và rất mạnh

cao hơn rõ rệt so với nhóm có mức độ bệnh không hoạt động và hoạt động mức độ nhẹ, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CXĐ.

- Kết quả đo MĐX tại 2 vị trí CXĐ và CSTL ở các bệnh nhân có tổn thương cầu xương tại cột sống đều giảm thấp hơn so với nhóm không có cầu xương, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí CSTL.

- Các bệnh nhân VKCS thể trực được điều trị với thuốc DMARDs sinh học có tỷ lệ loãng xương và giảm MĐX thấp hơn so với nhóm bệnh nhân dùng thuốc NSAIDs và không điều trị nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với kết quả đo MĐX tại vị trí CXĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pathogenesis, assessment and management of bone loss in axial spondyloarthritis.** Nakamura A, Towheed T. Semin Arthritis Rheum. 2024.
2. **Prevalence and risk factors for osteoporosis and fractures in axial spondyloarthritis: A systematic review and meta-analysis.** Julio Ramirez, Juan Carlos N.G, et al. Semin Arthritis Rheum. 2018.
3. **The association between comorbidities and disease activity in spondyloarthritis - A narrative review.** Philipp Bosch, Sizheng S.Z, et al. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2023.
4. **Effect of TNF-alpha inhibitor treatment on bone mineral density in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis.** Semin Arthritis Rheum. 2014.
5. **Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMO-SPA study.** Molto A, Etcheto A, et al. Ann Rheum Dis. 2016.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG SỐNG BẰNG THANG ĐIỂM ASQOL TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Lê Thị Hồng Vân¹, Phạm Ngọc Hiền¹, Nguyễn Phước Hùng¹,
Vi Văn Khoa¹, Lê Thị Lệ Như¹, Nguyễn Đức Phụng¹, Võ Tam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm ASQoL và một số yếu tố liên quan ở các bệnh nhân viêm khớp cột sống tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả chất lượng cuộc sống bằng thang điểm ASQoL của 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm khớp cột sống từ tháng 2/2024 đến 11/2024. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (ASQoL) trung bình: $6,9 \pm 4,46$. Điểm ASQoL theo các nhóm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, và đau lần lượt là $3,13 \pm 1,92$; $2,76 \pm 2,01$ và $0,96 \pm 1,15$. Về các mối liên quan: giới nữ có CLCS kém hơn ($p=0,018$); điểm ASQoL có mối tương quan thuận mức độ trung bình đến mạnh với VAS ($r = 0,432$; $p=0,017$); BASDAI ($r = 0,463$; $p = 0,010$), BASFI ($r=0,680$; $p=0,010$). Nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học có chất lượng cuộc sống tốt hơn ($p=0,006$). **Kết luận:** Viêm khớp cột sống ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở tất cả khía cạnh đau, sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần theo ASQoL. Chất lượng sống liên quan đến mức độ đau theo VAS, mức độ hoạt động bệnh theo BASDAI, chức

năng theo BASFI. Nhóm sử dụng thuốc sinh học cho kết quả chất lượng cuộc sống tốt hơn.

Từ khóa: Viêm khớp cột sống, chất lượng cuộc sống, ASQoL

SUMMARY

THE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SPONDYLOARTHRITIS ASSESSED BY ASQoL

Objective: To evaluate the quality of life using the ASQoL scale and some related factors in patients with spondyloarthritis at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Subjects and methods:** To describe the quality of life using the ASQoL scale of 30 patients diagnosed with spondyloarthritis (ASAS 2010) from month 2/2024 to 11/2024. **Results:** The average quality of life score of patients with spondyloarthritis (ASQoL) was $6,9 \pm 4,46$. The ASQoL scores according to the physical health, mental health, and pain groups were $3,13 \pm 1,92$; $2,76 \pm 2,01$ and $0,96 \pm 1,15$, respectively. Female group had poorer ASQoL compared with male group ($p=0,018$), there was a positive correlation between ASQoL and VAS ($r=0,432$; $p=0,017$); BASDAI ($r=0,463$; $p=0,010$), BASFI ($r=0,680$; $p=0,010$). The group of patients treated with biological drugs had a better quality of life ($p=0,006$). **Conclusion:** Spondyloarthritis affects quality of life in all aspects of pain, physical health and mental health according to ASQoL. Quality of life is related to the level of pain,

¹Bộ môn Nội - Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tam

SĐT: 0932062993

Email: vtam@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

disease activity and function according to VAS, BASDAI, BASFI respectively. The group using biological agents show better quality of life results.

Keywords: Ankylosing spondylitis, quality of life, ASQoL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp cột sống là bệnh lý với đặc trưng tổn thương ở cột sống, khớp cùng chậu với các biểu hiện ngoài khớp khác. Bệnh khởi phát ở tuổi trẻ và nếu không phát hiện và điều trị hợp lý dẫn đến dính khớp, biến dạng khớp, hạn chế vận động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Chất lượng cuộc sống (CLCS) theo WHO “Chất lượng cuộc sống là sự nhận thức của một cá nhân về tình trạng hiện tại của cá nhân đó theo những chuẩn mực về văn hóa và những giá trị của xã hội mà họ đang sống; những nhận thức này gắn liền với mục tiêu, kỳ vọng và những mối quan tâm của họ. Chất lượng cuộc sống mang tính chủ quan, thay đổi theo từng cá nhân và môi trường sống của họ. Đó là một khái niệm rộng lớn, ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố phức tạp về sức khỏe thể chất, trạng thái tâm lý, mức độ độc lập, mối quan hệ xã hội, niềm tin và mối quan hệ của họ với các đặc điểm nổi bật của môi trường sống”, đây cũng là các yếu tố then chốt của CLCS [39]. CLCS là khái niệm được chú ý nhiều hơn trong đánh giá kết cục trên bệnh nhân. Việc đánh giá CLCS có thể đóng góp cho việc chăm sóc sức khỏe, đánh giá sự an toàn của các liệu pháp đặc hiệu, dự đoán mức độ hoạt động bệnh từ đó xác định mục tiêu điều trị phù hợp. Để đánh giá CLCS chúng ta có nhiều thang điểm khác nhau đã được sử dụng dựa trên bệnh nhân tự đánh giá như khảo sát Short Form-36 (SF-36), hay của Tổ chức Y

tế thế giới (World health organization quality of life-WHOQoL)...

Tuy nhiên việc sử dụng một thang điểm đặc hiệu riêng cho bệnh lý viêm khớp cột sống (Ankylosing spondylitis quality of life) ASQoL mang lại những đánh giá nhạy hơn cho đánh giá lâm sàng hay đáp ứng điều trị của từng đối tượng bệnh. Thang điểm ASQoL ra đời năm 2003, bao gồm 18 câu hỏi, cho các câu trả lời có hoặc không tương ứng với số điểm 1 hoặc 0. Điểm số cao cho thấy chỉ số CLCS thấp. Chúng tôi cũng đã tiến hành dịch, nhận thấy tính phù hợp của bộ câu hỏi dựa trên văn hoá Việt Nam.

Các nghiên cứu khác nhau trên thế giới đã sử dụng thang điểm này để đánh giá chất lượng sống trên nhóm bệnh nhân viêm khớp cột sống. Nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân VKCS với 1465 bệnh nhân tại Brazil đã sử dụng thang điểm ASQoL cho thấy không có sự khác biệt khi về CLCS giữa các nhóm bệnh VKCS như (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, viêm khớp phản ứng, viêm khớp trong bệnh ruột viêm) và yếu tố ảnh hưởng đến CLCS là nữ, chủng tộc và việc sử dụng liên tục kháng viêm non-steroid và thuốc sinh học cho CLCS tốt hơn [7]. Gần đây theo nghiên cứu của Minjun Choi (2023) tiến hành đánh giá chất lượng cuộc sống của 71 bệnh nhân nam (69.6%) và 31 bệnh nhân nữ (30.4%) mắc VKCS thể trực bằng bản dịch tiếng Hàn Quốc của thang điểm ASQoL, cho thấy điểm ASQoL là 9.6 ± 4.3 ở nam và 9.7 ± 4.4 ở nữ, trong đó tỷ lệ các nhóm đau (câu hỏi 5, 9, 14), chức năng thể chất (câu hỏi 1, 3, 4, 6, 8, 0, 11, 16) và chức năng tinh thần (câu hỏi 2, 7, 12, 13, 16, 17, 18) lần lượt là 0.844, 0.788 và 0.737. Nghiên cứu này cũng chỉ ra ASQoL có mối tương quan với VAS ($r = 0.691$, $p < 0.001$) [3].

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Khảo sát chất lượng sống bằng thang điểm ASQoL trên bệnh nhân viêm khớp cột sống tại khoa Nội tổng hợp-Nội tiết-Cơ xương khớp Bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu là 30 bệnh nhân viêm khớp cột sống điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp cột sống- SpA theo tiêu chuẩn của ASAS 2009.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử hoặc hiện tại mắc các bệnh viêm khớp mạn tính (gút, viêm khớp dạng thấp, Lupus ban đỏ hệ thống), ung thư, HIV.

- Bệnh có rối loạn tâm thần kinh, nhận thức ảnh hưởng đến khả năng trả lời bộ câu hỏi.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2 đến tháng 11/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội tổng hợp- Nội tiết- Cơ xương khớp bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

2.2.2. Các biến số nghiên cứu

- Tuổi mắc bệnh, thời gian mắc bệnh, chỉ số BMI.

- Đánh giá mức độ hoạt động bệnh thông qua chỉ số BASDAI, BASFI: bệnh nhân trả lời theo bộ câu hỏi BASDAI (Bath

Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) và (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) BASFI. Sau đó chúng tôi sẽ tổng hợp và chấm điểm cho từng bệnh nhân.

- Thang điểm VAS: đánh giá mức độ đau từ 0-10.

- Chỉ số BASDAI từ 0 đến 10 điểm, khi BASDAI ≥ 4 điểm, bệnh được gọi là đang trong giai đoạn hoạt động.

- Chỉ số BASFI bằng tổng điểm 10 câu hỏi chia cho 10 trong đó quy ước điểm của mỗi câu hỏi 0 điểm là hoạt động dễ dàng và 10 điểm là không thể làm được.

- Nhóm điều trị chia làm hai nhóm: Có/Không điều trị tác nhân sinh học.

- Thang điểm ASQoL

Thang điểm ASQoL gồm 18 câu hỏi có/không do bệnh nhân tự đánh giá liên quan tới ảnh hưởng của bệnh lên các khía cạnh của cuộc sống như đau (câu hỏi 5, 9,14), sức khỏe thể chất (SKTC) (câu hỏi 1, 3, 4, 6, 8, 0, 11, 16), sức khỏe tinh thần (SKTT) (câu hỏi 2, 7, 12, 13, 16, 17, 18). Quy ước: không = 0 điểm, có = 1 điểm. Giá trị của ASQoL nằm trong khoảng từ 0- 18 điểm. Điểm càng cao, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân càng thấp và ngược lại.

1. My present condition limits the places I can go/Tình trạng của tôi làm hạn chế những nơi tôi đi tới

2. I am sometimes suffered so much that I really feel like to crying/Đôi khi tôi cảm thấy muốn khóc

3. I feel hard to get dressed/Tôi gặp khó khăn trong việc mặc áo quần

4. It is difficult for me to do my homework/Tôi cảm thấy khó khăn khi làm việc nhà

5. I cannot get asleep/Tôi không thể ngủ được

6. I cannot join in the activities with my friends/family/Tôi không thể tham gia vào các hoạt động cùng bạn bè/gia đình

7. I feel tired all day/Tôi cảm thấy mệt mỏi cả ngày

8. I have to stop what I am doing to rest/Tôi phải dừng những việc đang làm để nghỉ ngơi

9. I suffer from unbearable pains/Tôi đau không chịu nổi

10. It takes me a long time to get going in the morning/Tôi mất khoảng thời gian dài để có thể đi được vào buổi sáng

11. I am unable to do jobs around the house/Tôi không làm được việc xung quanh nhà

12. I get tired easily/Tôi dễ mệt mỏi

13. I am often feeling frustrated/Tôi thường cảm thấy thất vọng

14. I feel painful all the time/Tôi thấy đau thường xuyên

15. Because of this, I miss lots of opportunities/Tôi cảm thấy tôi bỏ lỡ rất nhiều cơ hội

16. I have difficulty in washing my hair/Tôi thấy khó khăn khi tự gội đầu

17. My condition gets me down/Tình trạng của tôi làm tôi xuống tinh thần

18. I worried if I am disappointing others/Tôi lo lắng liệu mình có làm mọi người thất vọng

- Sử dụng điểm cắt ASQoL bằng 8 theo tác giả Alkan Hakan cho suy giảm CLCS, độ nhạy 82,8% và độ đặc hiệu 71,2% [3].

2.3. Xử lý số liệu

Phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

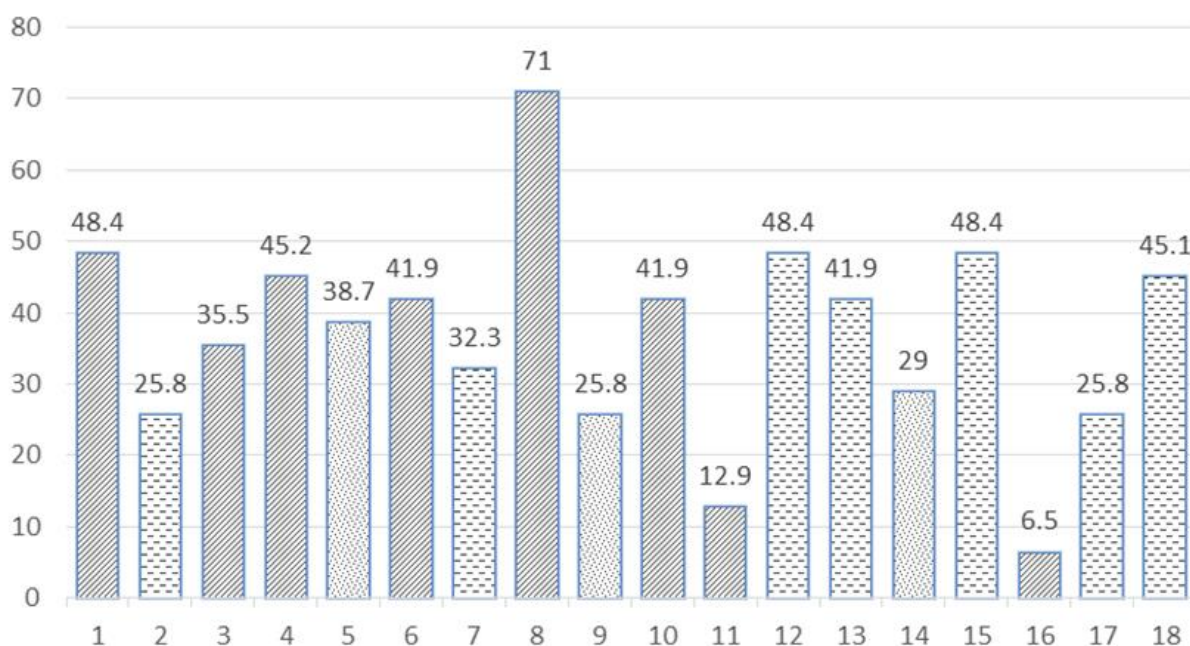
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung và một số đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu (N=30)

Đặc điểm		X ± SD (Min - Max)	
Tuổi (năm)		30,97 ± 10,30	
Tuổi khởi phát bệnh (năm)		24,64 ± 8,05	
Thời gian mắc bệnh (năm)		21,95 ± 1,92	
VAS		4,83 ± 2,09	
BASDAI		3,75 ± 1,24	
BASFI		2,36 ± 2,63	
Đặc điểm		Số lượng (tỷ lệ %)	
Giới tính	Nam	21 (70%)	
	Nữ	9 (30%)	
BMI (kg/m ²)	18- <23	23 (76,7%)	21,95 ± 1,92
	23- <25	3 (10%)	
	≥25	4 (13,3%)	

Nhận xét: Trong tổng số đối tượng được khảo sát có độ tuổi trung bình là 30,97 (năm). Thời gian mắc bệnh tính đến thời điểm khảo sát trung bình là 4,8 năm. Tuổi khởi phát bệnh của bệnh nhân trung bình

xuất hiện 24,64 tuổi. Nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn (70%). BMI bệnh nhân tập trung trong khoảng 18- <23 với tỉ lệ 76,7%. Điểm đau VAS: 4,83 ± 2,09. Chỉ số BASDAI: 3,75 ± 1,24, BASFI: 2,36 ± 2,63.



Biểu đồ 1: Chất lượng cuộc sống theo thang điểm ASQoL
(Sức khỏe thể chất ; sức khỏe tinh thần ; đau

Nhận xét: Tỷ lệ phần trăm sức khỏe thể chất (1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 16), sức khỏe tinh thần (2, 7, 12, 13, 15, 17, 18) và đau (5, 9, 14). Tỷ lệ cao nhất chiếm 71% thuộc câu hỏi số 8 “Tôi phải dừng việc đang làm để nghỉ ngơi” và thấp nhất 6,5% ở câu hỏi “Tôi thấy khó khăn khi tự gọi đầu”.

Bảng 2. Điểm trung bình và tỷ lệ phần trăm các nhóm ASQoL

Điểm ASQoL	Điểm trung bình
ASQoL - Chung	6,90 ± 4,46
ASQoL - SKTC	3,13 ± 1,92
ASQoL - SKTT	2,76 ± 2,01
ASQoL - Đau	0,96 ± 1,15

Nhận xét: Điểm trung bình chỉ số ASQoL là $6,9 \pm 4,46$. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân dựa trên 3 nhóm là sức khỏe thể chất $3,13 \pm 1,92$, sức khỏe tinh thần $2,76 \pm 2,01$ và đau $0,96 \pm 1,15$.

Bảng 3. Chất lượng cuộc sống bằng thang điểm ASQoL theo giới

	ASQoL (X ± SD)
Nam	6,33 ± 2,87
Nữ	7,14 ± 5,03

Nhận xét: Tổng điểm ASQoL ở nữ cao hơn ở nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$).

Bảng 4. Tương quan giữa ASQoL và một số yếu tố

	r	p
Tuổi khởi phát	0,096	0,615
Thời gian mắc bệnh	0,169	0,373
VAS	0,432	0,017
BASFI	0,680	0,010
BASDAI	0,463	0,010

Nhận xét: Điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm ASQoL tương quan thuận mức độ trung bình với VAS, BASDAI, mức độ mạnh với BASFI các tương quan này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Chỉ số BASDAI, BASFI theo phân nhóm chất lượng cuộc sống

	ASQoL ≤8 (n=19) (X ± SD)	ASQoL >8 (n=11) (X ± SD)	p
BASDAI	3,28 ± 1,07	4,55 ± 1,10	0,004
BASFI	2,62 ± 2,26	4,91 ± 1,63	0,007

Nhận xét: Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống suy giảm (ASQoL >8) thì có mức độ hoạt động bệnh cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Chất lượng cuộc sống bằng thang điểm ASQoL theo điều trị hiện tại

DMARDs sinh học	n	ASQoL (X ± SD)
Có	24	5,83 ± 0,08
Không	6	11,16 ± 1,68

Nhận xét: Tổng điểm ASQoL giữa các nhóm bệnh nhân có sự khác biệt, trong đó bệnh nhân được điều trị với DMARDs sinh học có chất lượng cuộc sống tốt nhất, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,006).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 bệnh nhân VKCS có độ tuổi trung bình là 30,97 ± 10,30 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Mai Hà Linh (2019) tuổi trung bình của các bệnh nhân là 29,76 ± 9,75 tuổi [1].

Tuổi khởi phát bệnh trung bình trên nghiên cứu của chúng tôi là 24,64 ± 8,05 tuổi (bảng 3.2) tương tự với nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2019) [2], tuổi khởi phát bệnh trung bình là 24,57 ± 7,97 tuổi. Kết quả báo cáo tương tự trong nghiên cứu của Mitsumasa Kishimoto

năm 2019 ở nhóm bệnh người châu Á có độ tuổi khởi phát là 26,5 ± 10,06 tuổi [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mắc bệnh trung bình là 4,8 ± 1,15 năm. Theo tác giả Nguyễn Hoàng Thanh Vân (2019), thời gian mắc bệnh trung bình là 4,76 ± 6,14 năm [2]. Theo nghiên cứu của L.K.Zhao (2007) thời gian mắc bệnh trung bình là 8.8 ± 7.0 năm [8] còn ở nghiên cứu của M. T. Duruöz (2013) thời gian mắc bệnh trung bình là 9.4 năm (SD 9.4) [5].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trung bình BMI của bệnh nhân VKCS là 21,96 ± 1,93 kg/m² (trung vị = 21,8). Trong nghiên cứu của Nguyễn Mai Hà Linh (2019) báo cáo chỉ số BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 19,8 ± 2,6 kg/m² [1]. Trong các nghiên cứu của nước ngoài, chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của Mitsumasa Kishimoto năm 2019, chỉ số BMI

trung bình trong nhóm bệnh nhân người Nhật Bản là $23,8 \pm 4,0 \text{ kg/m}^2$ [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BASDAI trung bình là $3,75 \pm 1,24$, trong đó nhóm bệnh nhân có BASDAI < 4 chiếm tỉ lệ cao hơn (56,6%). Tương tự theo nghiên cứu của MT Duruöz et al. (2013) báo cáo rằng chỉ số BASDAI trung bình ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là $3,69 \pm 2,83$ [5].

Điểm ASQoL trung bình là $6,9 \pm 4,46$ chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm khớp cột sống bị giảm nhiều ở tất cả các lĩnh vực sức khỏe. Tổng điểm ASQoL trung bình là $6,9 \pm 4,46$. Kết quả nghiên cứu của thấp hơn so với M. T. Duruöz (2013) tổng điểm sức khỏe trung bình là 7,6 (SD 5,8), của Sandra L.E. Ribeiro (2016) là 7.74 ± 5.39 [7], của Minjun Choi (2023) là $9,6 \pm 4,3$ ở nam và $9,7 \pm 4,4$ ở nữ [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các câu hỏi chiếm tỷ lệ cao nhất là các câu số 8, 12, 15, 18 với nội dung về mệt mỏi (71%), trầm cảm (48,4%) và điểm ASQoL theo các nhóm sức khỏe thể chất (1, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 16), sức khỏe tinh thần (2, 7, 12, 13, 15, 17, 18) và đau (5, 9, 14) lần lượt là $3,13 \pm 1,92$; $2,76 \pm 2,01$ và $0,96 \pm 1,15$. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của L.K.Zhao (2007) trên 116 bệnh nhân mắc VKCS thể trực với mệt mỏi (81%), đau (69,8%) và trầm cảm (59,5%) là những câu hỏi có số tỷ lệ cao nhất trong 18 câu hỏi của ASQoL [8]; nghiên cứu của Minjun Choi (2023) trên 120 bệnh nhân mắc VKCS thể trực cho thấy điểm trung bình các nhóm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và đau là $4,3 \pm 2,1$; $3,7 \pm 1,6$ và $1,5 \pm 0,7$ [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm ASQoL ở nữ cao hơn ở nam ($p = 0,018$) và nhóm điều trị sinh học cho chất lượng sống tốt hơn ($p=0,006$). Kết quả này tương tự với

nghiên cứu của Sandra L.E. Ribeiro (2016) trên 1465 bệnh nhân mắc VKCS có ASQoL cao hơn ở giới nữ ($p = 0,014$). Tổng điểm ASQoL giữa các nhóm bệnh nhân phân theo điều trị hiện tại có sự khác biệt ($p = 0,029$), trong đó bệnh nhân được điều trị với DMARDs sinh học có chất lượng cuộc sống tốt nhất [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ASQoL có mối tương quan thuận với VAS ($r = 0,432$; $p < 0,05$) tương tự nghiên cứu của L.K.Zhao (2007) ($r = 0,67$; $p < 0,001$) [8], M. T. Duruöz (2013) ($r = 0,3$; $p < 0,001$) [5], Minjun Choi (2023) ($r = 0,691$, $p < 0,001$) [4]. ASQoL có mối tương quan với trung bình với BASDAI ($r = 0,463$; $p < 0,005$). Khi sử dụng điểm cắt ASQoL là 8 theo tác giả Alkan thì cũng cho kết quả tương tự tác giả này, nhóm suy giảm chất lượng cuộc sống (ASQoL > 8) thì có mức độ hoạt động bệnh cao hơn [3]. Điều này tương tự với nghiên cứu của M. T. Duruöz (2013) áp dụng phiên bản tiếng Thổ Nhĩ Kỳ của ASQoL [5].

V. KẾT LUẬN

Viêm khớp cột sống làm giảm CLCS ở tất cả khía cạnh đau, sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần theo ASQoL. Nữ giới có CLCS thấp hơn nam giới. Chất lượng sống liên quan đến mức độ đau theo VAS, mức độ hoạt động bệnh theo BASDAI, BASFI, VAS. Nhóm sử dụng thuốc sinh học cho kết quả CLCS tốt hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin được gửi lời cảm ơn vì sự hỗ trợ kinh phí nghiên cứu từ đề tài đại học Huế mã số DHH2024-04-220 cho hoạt động nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Mai Hà Linh và Nguyễn Hoàng Thanh Vân** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị của Secukinumab trên bệnh nhân viêm cột sống dính khớp giai đoạn hoạt động", Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế, 10 (04), tr. 83.
2. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Võ Thị Thùy Liên** (2019), "Nghiên cứu chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp bằng bộ câu hỏi SF-36", Tạp chí Y Dược học-Trường Đại học Y Dược Huế, 9(2), tr. 63-67.
3. **Alkan H et al** (2020), The Correlations Between Disease Specific Quality of Life, Short Form-36 and Clinical Variables in Patients With Ankylosing Spondylitis, Arch Rheumatol 2020;35(4):468-476.
4. **Choi, M., et al.**, Validation of the Korean Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire. Clinics in Orthopedic Surgery, 2023. 15(6): p. 968.
5. **Duruöz, M., et al.**, Translation and validation of the Turkish version of the Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQOL) questionnaire. Rheumatology international, 2013. 33: p. 2717-2722.
6. **Kishimoto, M., et al.**, Clinical characteristics of patients with spondyloarthritis in Japan in comparison with other regions of the world. The Journal of Rheumatology, 2019. 46(8): p. 896-903.
7. **Ribeiro, S.L., et al.**, Quality of life in spondyloarthritis: analysis of a large Brazilian cohort. Revista brasileira de reumatologia, 2016. 56: p. 22-27.
8. **Zhao, L., et al.**, Evaluation of quality of life using ASQoL questionnaire in patients with ankylosing spondylitis in a Chinese population. Rheumatology international, 2007. 27: p. 605-611.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP BẰNG BỘ CÂU HỎI TỰ ĐÁNH GIÁ

Nguyễn Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Đình Khoa¹,
Luu Văn Ái^{1,2}, Trần Ngọc Hữu Đức^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Việc đánh giá kiến thức của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là bước đầu tiên trong việc lên kế hoạch giáo dục kiến thức cần thiết cho người bệnh, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1) Đánh giá kiến thức của người bệnh viêm cột sống dính khớp bằng bộ câu hỏi SPAKE (Spondyloarthritis Knowledge Questionnaire) và 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh viêm cột sống dính khớp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 68 bệnh nhân VCSKD được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS 2019, điều trị tại đơn vị Điều trị trong ngày và tại phòng khám Bệnh khớp Tự miễn, khoa Nội Cơ xương khớp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2024 đến hết tháng 12/2024. Tất cả mọi bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được khảo sát sự hiểu biết về bệnh VCSKD bằng bộ câu hỏi SPAKE. Các biến số liên quan gồm có: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, sống cùng gia đình, thời gian mắc bệnh, mức độ tự tin của bệnh nhân về hiểu

biết của mình, và nguồn thông tin tìm hiểu về bệnh.

Kết quả: Nghiên cứu thu nhận 68 bệnh nhân, bao gồm 27 bệnh nhân nữ (39,7%) và 41 bệnh nhân nam (60,1%). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $33,6 \pm 10,7$ tuổi. Điểm SPAKE trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $57,4 \pm 20$ điểm. Có một tỷ lệ khoảng 20% đến 50% số bệnh nhân chọn đáp án là “Không biết”, cao nhất ở nhóm các câu hỏi về điều trị dùng thuốc, kể đến là các phương pháp điều trị không dùng thuốc. Thời gian mắc bệnh kéo dài (> 5 năm), có sử dụng tài liệu phát tay tại khoa và có mức độ tự tin về hiểu biết của mình là các yếu tố có liên quan với điểm SPAKE trung bình cao hơn.

Kết luận: Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có kiến thức liên quan đến bệnh còn chưa cao. Những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài và những bệnh nhân có tham khảo tài liệu phát tay tại khoa là những bệnh nhân có kiến thức tốt hơn.

Từ khóa: đánh giá kiến thức bệnh nhân, SPAKE, viêm cột sống dính khớp

SUMMARY

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE IN PATIENTS WITH AKYLOSING SPONDYLITIS USING SELF-ADMINISTERED QUESTIONNAIRE

Introduction and Objectives: The assessment of patients' knowledge is the first step in planning the necessary education for patients. Therefore, we conducted this study to assess the

¹Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

SĐT: 0932125757

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

knowledge of patients with ankylosing spondylitis (AS) using the Spondyloarthritis Knowledge Questionnaire (SPAKE) and investigate some factors related to the knowledge of the AS patients.

Subjects and Methods: The study recruited patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to the 2019 ASAS criteria, treated in the Daycare Unit and the Autoimmune Rheumatic Disease Clinic, Department of Rheumatology, Cho Ray Hospital from August 2024 to December 2024. All patients participating in the study were surveyed on their knowledge of VCSDK using the SPAKE questionnaire. The related variables included: age, gender, educational level, living with family, duration of illness, patients' confidence in their understanding, and sources of information about the disease.

Results: The study enrolled a total of 68 patients, including 27 (39.7%) females and 41 (60.2%) males, with the mean age of 33.6 ± 10.7 years. The mean SPAKE score of the patient group was 57.4 ± 20 points. A proportion of approximately 20% to 50% of patients chose "Don't know" as their answer, with the highest rate of "Don't know" responses in questions related to drug treatment, followed by non-drug treatments. Longer disease duration (> 5 years), use of handouts provided by the department, and higher confidence in their knowledge were factors associated with higher average SPAKE scores.

Conclusion: Patients with ankylosing spondylitis have limited knowledge about the disease. Patients with longer disease duration and those who referred to departmental handouts had better knowledge.

Keywords: patient knowledge assessment, SPAKE, ankylosing spondylitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một nhóm bệnh lý phức tạp, có biểu hiện lâm sàng đa dạng, khó chẩn đoán và quản lý. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng và tàn phế nếu được chẩn đoán và điều trị muộn, không thích hợp. Một trong các nguyên nhân quan trọng khiến cho bệnh được chẩn đoán muộn là do người bệnh không nhận biết được các triệu chứng [2]. Bên cạnh đó, quá trình theo dõi điều trị bệnh VCSDK cũng đòi hỏi người bệnh thường xuyên tự đánh giá các triệu chứng của mình, giúp bác sĩ điều chỉnh các phương thức điều trị thích hợp. Việc nâng cao hiểu biết của người bệnh còn làm tăng tính tuân thủ điều trị, và làm tăng hiệu quả điều trị thông qua việc người bệnh cùng chia sẻ quyết định điều trị với thầy thuốc [5]. Việc đánh giá kiến thức của bệnh nhân là bước đầu tiên trong việc lên kế hoạch giáo dục kiến thức cần thiết cho người bệnh.

Có 2 bộ câu hỏi đã được chuẩn hóa dành cho việc đánh giá kiến thức của người bệnh VCSDK. Bộ câu hỏi đầu tiên do bệnh nhân tự trả lời do Lubrano và cộng sự xây dựng từ năm 1998, trước kỷ nguyên của thuốc sinh học, mặc dù cho tới nay vẫn còn nhiều nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi này [4]. Bộ câu hỏi này gồm tổng cộng 18 câu hỏi trắc nghiệm, trong đó mỗi câu có từ 1 đến 2 đáp án đúng. Bộ câu hỏi được chia làm 4 mục chính gồm (A) kiến thức tổng quát, bao gồm nguyên nhân, triệu chứng, xét nghiệm máu; (B) xét nghiệm miễn dịch (kháng nguyên B27) và di truyền, (C) điều trị chung, bao gồm điều trị dùng thuốc và vật lý liệu pháp, và (D) bảo vệ khớp, nhịp độ tập luyện, và các biện pháp ưu tiên. Từ năm 1998 đến nay, có nhiều thông tin hơn về tính an toàn của thuốc, nhất là thuốc sinh học, cũng như về

các bệnh lý kèm theo của bệnh VCSDK. Người bệnh hiện tại được đặt làm trung tâm của quá trình điều trị, và cũng đóng vai trò quan trọng trong việc chia sẻ quyết định điều trị với thầy thuốc. Để đạt được điều đó, người bệnh cần được cung cấp một lượng thông tin lớn hơn so với trước đây. Do đó, gần đây, một nhóm nghiên cứu ở Pháp đã tiến hành phát triển và nghiên cứu bộ câu hỏi Spondyloarthritis Knowledge Questionnaire (SPAKE) để đánh giá kiến thức của người bệnh VCSDK. Bộ câu hỏi SPAKE gồm tổng cộng 42 câu hỏi (phiên bản đầy đủ) hoặc 32 câu hỏi (phiên bản rút gọn), chia làm 6 mục bao gồm hiểu biết về bệnh, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, bệnh kèm theo, cách tự chăm sóc bản thân, và các kỹ năng thích ứng với bệnh [1]. Bộ câu hỏi này được phát triển chủ yếu để đánh giá kiến thức của người bệnh viêm khớp cột sống thể trực không có các biểu hiện ngoài khớp.

Do đó để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cũng như quản lý bệnh VCSDK, cần thiết phải nâng cao kiến thức của người bệnh. Một nghiên cứu ở Thụy Điển cho thấy đến 43% bệnh nhân viêm khớp cột sống có nhu cầu được giáo dục sức khỏe, nhất là về các lĩnh vực diễn tiến bệnh, quản lý cảm xúc, và về những việc có thể tự làm [3].

Hiện tại ở nước ta chưa có nhiều đề tài nghiên cứu đánh giá kiến thức của người bệnh VCSDK, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức của người bệnh viêm cột sống dính khớp bằng bộ câu hỏi SPAKE.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh viêm cột sống dính khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chọn vào những người bệnh VCSDK được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ASAS 2019, điều trị tại đơn vị Điều trị trong ngày và tại phòng khám Bệnh khớp Tự miễn, khoa Nội Cơ xương khớp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2024 đến hết tháng 12/ 2024.

Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu được làm bảng đánh giá kiến thức về bệnh viêm cột sống dính khớp theo bộ câu hỏi Spondyloarthritis Knowledge Questionnaire (SPAKE) bao gồm 42 câu hỏi (Bảng 4) [1]. Bộ câu hỏi này chia làm 6 lĩnh vực đánh giá bao gồm kiến thức về bệnh (12 mục, câu hỏi 1 – 8 và 33 – 36), điều trị dùng thuốc (11 mục, câu hỏi 9 – 16 và 37 – 39), điều trị không dùng thuốc (8 mục, câu hỏi 18 – 23 và 40 – 41), bệnh kèm theo (1 mục, câu hỏi 17), tự chăm sóc bản thân (4 mục, câu hỏi 24 – 27), và kỹ năng thích ứng (6 mục, câu hỏi 23 – 32, và 42). Các đáp án gồm có “Đúng”, “Sai” và “Không biết”. Mỗi câu trả lời đúng được tính 100 điểm. Tổng điểm của bộ câu hỏi là trung bình cộng số điểm của 42 câu.

Các biến số liên quan gồm có: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, sống cùng gia đình, thời gian mắc bệnh, mức độ tự tin của bệnh nhân về hiểu biết của mình, và nguồn thông tin tìm hiểu về bệnh VCSDK. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 với các phép kiểm định thống kê thường dùng trong y học. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị p dưới 0,05.

Nghiên cứu đã được thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Chợ Rẫy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận tổng cộng 68 bệnh nhân, bao gồm 27 (39,7%) bệnh nhân là nữ giới và 41 (60,1%) nam giới. Độ tuổi trung

bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 33,6 $\pm$ 10,7 tuổi. Các đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được mô tả như trong bảng sau:

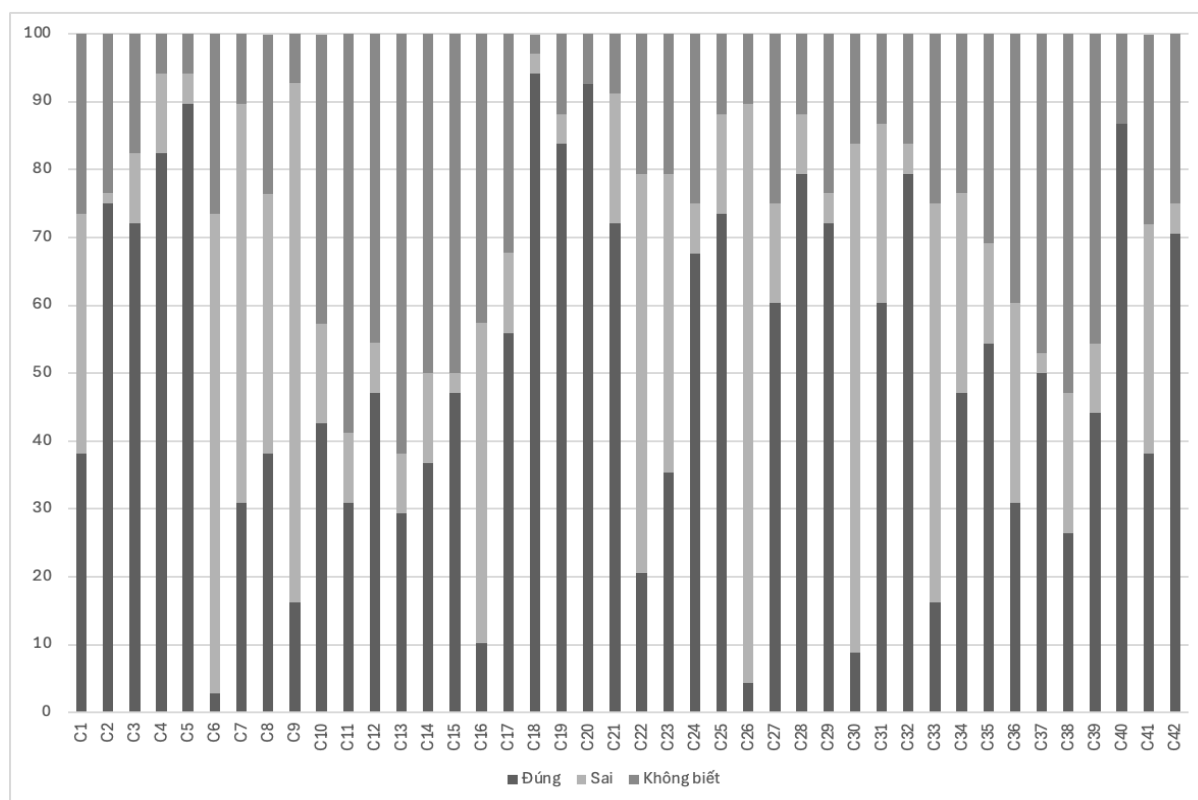
Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (%)
Nghề nghiệp	
Đại học	31 (45,6%)
Phổ thông trung học	33 (48,5%)
Sau đại học	4 (5,9%)
Sống cùng gia đình	62 (91,2%)
Mức độ tự tin về kiến thức của mình	
Không tự tin	4 (5,9%)
Tự tin ít	14 (20,6%)
Tự tin vừa	27 (39,7%)
Tự tin nhiều	19 (27,9%)
Nguồn kiến thức	
Nhân viên y tế	41 (60,3%)
Phương tiện truyền thông	14 (20,6%)
Tài liệu dành cho bệnh nhân tại khoa	21 (30,9%)
Thời gian mắc bệnh	
1 – 3 năm	6 (38,2%)
3 – 5 năm	6 (8,8%)
> 5 năm	31 (45,6%)

Nhận xét: Khoảng 50% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có trình độ từ đại học trở lên. Đa số bệnh nhân sống cùng gia đình. Đa phần bệnh nhân chỉ tự tin về kiến thức của mình ở mức độ ít đến vừa. Nhân viên y

tế và tài liệu dành cho bệnh nhân tại khoa là hai nguồn tài liệu được sử dụng nhiều nhất.

Các đáp án của bệnh nhân khi trả lời câu hỏi SPAKE được trình bày trong Biểu đồ 1 dưới đây.



Biểu đồ 1. Phân bố đáp án 42 câu hỏi của bộ câu hỏi SPAKE

Nhận xét: Có một tỷ lệ khoảng 20% đến 50% số bệnh nhân chọn đáp án là “Không biết”, tỷ lệ chọn đáp án “Không biết” cao nhất ở nhóm các câu hỏi về điều trị dùng

thuốc, kể đến là các phương pháp điều trị không dùng thuốc.

Điểm số chung của bộ câu hỏi SPAKE và điểm số trung bình riêng của các lĩnh vực được mô tả trong bảng dưới đây:

Bảng 2. Các điểm số của thang điểm SPAKE

Thông số	Giá trị
Điểm SPAKE chung (TB ± ĐLC)	57,4 ± 20
Kiến thức về bệnh (TB ± ĐLC)	57,8 ± 20,8
Điều trị dùng thuốc (TV [KTPV25%; 75%])	36,4 [18,2; 72,7]
Điều trị không dùng thuốc (TB ± ĐLC)	69,6 ± 23,3
Bệnh kèm theo [N(%)]*	38 (55,9%)
Tự chăm sóc bản thân (TB ± ĐLC)	57 ± 24,37
Kỹ năng thích ứng (TB ± ĐLC)	67,15 ± 25,1

ĐLC: độ lệch chuẩn, KTPV: khoảng tứ phân vị, TB: trung bình

* Bệnh kèm theo được đánh giá chỉ bằng một câu hỏi số 17 nên đánh giá bằng tỷ lệ phần trăm số câu đáp đúng.

Nhận xét: Nhìn chung kiến thức của bệnh nhân không tốt, điểm SPAKE trung bình là $57,4 \pm 20$ điểm. Điểm số thấp nhất là ở nhóm các câu hỏi về điều trị dùng thuốc.

Các yếu tố liên quan với thang điểm SPAKE được mô tả trong bảng sau:

Bảng 3. Các yếu tố liên quan với thang điểm SPAKE

Bảng 3. Các yếu tố liên quan với thành tích SPAKE

Đặc điểm của bệnh nhân	Điểm SPAKE	P
Giới		
Nam (N = 41)	58,9 ± 20,2	0,45*
Nữ (N = 27)	55,1 ± 19,7	
Tuổi	R = 0,10	0,38**
Trình độ học vấn		
Trung học phổ thông (N = 33)	42,3 ± 19,1	0,12***
Đại học (N = 31)	61,9 ± 20,2	
Sau đại học (N = 4)	64,3 ± 19,1	
Sống cùng gia đình		
Có (N = 62)	58,1 ± 20,2	0,37*
Không (N = 6)	50,4 ± 17	
Thời gian mắc bệnh		
1 – 3 năm	53,6 ± 17,3	< 0,01***
3 – 5 năm	35,7 ± 22,4	
> 5 năm	62,4 ± 15,2	
Mức độ tự tin về hiểu biết của mình		
Không tự tin (N = 4)	18,4 ± 10,7	< 0,01***
Tự tin ít (N = 14)	51,9 ± 16,3	
Tự tin vừa (N = 27)	62,6 ± 17,7	
Tự tin nhiều (N = 19)	64,3 ± 13,6	
Nguồn tài liệu từ nhân viên y tế		
Có (N = 41)	54,1 ± 23,3	0,09*
Không (N = 27)	62,3 ± 23,2	
Đọc tài liệu phát tại khoa		
Có (N = 22)	65,6 ± 22,2	0,02*
Không (N = 46)	53,7 ± 17,9	
Phương tiện truyền thông		
Có (N = 14)	56,6 ± 20,4	0,87*
Không (N = 54)	57,6 ± 20	

* Phép kiểm Student, ** Tương quan Pearson, *** Phép kiểm ANOVA một chiều

Nhận xét: Kiến thức của người bệnh về bệnh viêm cột sống dính khớp không có sự khác biệt ở giới nam và nữ, ở nhóm trình độ học vấn khác nhau. Điểm trung bình ở nhóm bệnh nhân có đọc tài liệu được phát tại khoa

cao hơn nhóm không đọc tài liệu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những người có tự tin về hiểu biết của mình thường có điểm số SPAKE cao hơn.

Bảng 4. Mẫu bảng câu hỏi SPAKE

Trong bộ câu hỏi này, VKCS là chữ viết tắt của từ viêm khớp cột sống trục. Chúng tôi sẽ hỏi bạn một vài câu hỏi về bệnh lý viêm khớp của bạn. Hãy trả lời bằng cách đánh dấu X vào một trong 3 mục “Đúng” hoặc “Sai” hoặc “Không biết” cho mỗi câu hỏi			
Câu hỏi	Đúng	Sai	Không biết
1. VKCS sẽ tự động di truyền sang con cái.			
2. Viêm mắt (viêm màng bồ đào) cần điều trị ngay lập tức.			
3. VKCS có thể làm đau gót chân.			
4. Đau trong VKCS thường giảm khi vận động.			
5. VKCS có thể gây mệt mỏi.			
6. VKCS khởi sau khoảng 10 năm.			
7. Một xét nghiệm máu là đủ để chẩn đoán VKCS.			
8. Có thể chẩn đoán VKCS, ngay cả khi phim X quang bình thường.			
9. Để điều trị VKCS, tất cả những gì bạn cần làm là uống thuốc.			
10. Nên dùng thuốc sinh học nếu có nhiễm trùng hoặc sốt.			
11. Nên dùng thuốc sinh học trước khi phẫu thuật theo chương trình.			
12. Nếu cần dùng thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID), nên dùng thuốc ở liều thấp nhất có hiệu quả.			
13. Nên ngưng thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID) nếu đi cầu phân đen.			
14. Uống cùng lúc 2 loại thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID) làm tăng nguy cơ bị loét và chảy máu đường tiêu hoá.			
15. Nên theo dõi huyết áp nếu dùng thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID).			
16. Khi dùng thuốc giảm đau, bạn nên ngưng thuốc kháng viêm.			
17. Bệnh nhân bị VKCS có nguy cơ tim mạch cao hơn người bình thường.			
18. Tập luyện thể thao là một phần của việc điều trị VKCS.			
19. Các bài tập kéo giãn giúp cải thiện độ mềm mại.			
20. Cường độ tập luyện nên được điều chỉnh tùy theo tình trạng của bạn.			

21. Hoạt động thể lực có ích đối với người bệnh VKCS.			
22. Chỉ cần đau một chút thôi là bạn cần phải ngưng ngay mọi hoạt động thể lực.			
23. Liệu pháp vật lý đối với VKCS nên bao gồm các bài tập mạnh cơ.			
24. Một khi cơn đau đã thành hình, các thuốc giảm đau có thể có hiệu quả kém hơn.			
25. Nguyên nhân duy nhất của cảm giác mệt mỏi là do lối sống.			
26. Để kiểm soát mệt mỏi, tất cả những gì bạn cần làm là uống thuốc.			
27. Hoạt động thể chất giúp giảm cảm giác mệt mỏi trong VKCS.			
28. Một người bị VKCS cần phải được theo dõi bởi cả bác sĩ chuyên khoa cơ xương khớp và bác sĩ tổng quát.			
29. Việc quản lý VKCS có thể cần có sự tham gia của các nhân viên y tế khác, ngoài bác sĩ (vd. kỹ thuật viên vật lý trị liệu).			
30. Bệnh VKCS quá phức tạp nên khó có thể hỏi bác sĩ về bệnh lý này.			
31. Nhìn chung, gia đình và bạn bè hiểu được cơn đau và cảm giác mệt mỏi do VKCS.			
32. Thay đổi tư thế cơ thể khi làm việc có thể giúp giảm đau.			
33. VKCS thường gây ra do hoạt động thể chất.			
34. VKCS luôn nặng dần theo thời gian.			
35. Triệu chứng đau trong VKCS đôi khi tương tự như viêm gân.			
36. Nếu bạn mang gene HLA-B27 thì sớm hay muộn gì bệnh VKCS cũng sẽ xuất hiện			
37. Nếu các thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID) không hiệu quả, bác sĩ có thể kê toa thuốc khác.			
38. Cần ngưng các thuốc làm thay đổi diễn tiến bệnh (DMARD) hoặc các thuốc sinh học nếu không có hiệu quả sau 2 đến 4 tuần.			
39. Nếu acetaminophen/paracetamol không đủ, có thể kê các thuốc giảm đau khác.			
40. Các bài tập dành cho VKCS sẽ có hiệu quả tốt hơn nếu tập luyện thường xuyên.			
41. Các môn thể thao duy nhất được phép chơi là bơi lội và đi bộ.			
42. Các hội nhóm bệnh nhân có thể là nguồn hỗ trợ tốt cho bạn.			
Tổng điểm = tổng số câu trả lời đúng / 42 x 100			

Nguồn: Beauvais C, Pereira B, Pham T, et al. Development and Validation of a Self-Administered Questionnaire Measuring Essential Knowledge in Patients With Axial Spondyloarthritis. J Rheumatol. 2023;50(1):56-65. doi:10.3899/jrheum.211314 [1]

IV. BÀN LUẬN

Viêm cột sống dính khớp là bệnh lý viêm khớp mạn tính, biểu hiện lâm sàng bao gồm các tổn thương tại khớp và ngoài khớp. Nghiên cứu thu nhận tổng cộng 68 bệnh nhân, bao gồm 27 bệnh nhân là nữ giới (39,7%) và 41 bệnh nhân nam giới (60,1%). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $33,6 \pm 10,7$ tuổi. Các đặc điểm trên phù hợp với dịch tễ của bệnh lý viêm cột sống dính khớp với tỉ lệ nam giới chiếm đa số [6].

Bộ câu hỏi SPAKE được thiết kế gồm 42 câu hỏi, đánh giá hiểu biết của người bệnh về 6 lĩnh vực, bao gồm: kiến thức về bệnh, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, bệnh lý đi kèm, kĩ năng tự chăm sóc và kĩ năng thích ứng. Trong nhóm bệnh nhân được khảo sát, điểm trung bình thấp nhất ghi nhận ở nhóm câu hỏi về điều trị dùng thuốc. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Beauvais với điểm trung bình ở nhóm câu hỏi này là 64 điểm, thấp nhất trong 6 nhóm câu hỏi [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SPAKE trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $57,4 \pm 20$ điểm (Bảng 2), thấp hơn so với trung vị điểm SPAKE trong nghiên cứu của tác giả Beauvais tiến hành tại Pháp là 74 [62 – 83] điểm [1]. Điều này thể hiện rõ ở nguồn tài liệu chính cho bệnh nhân là nhân viên y tế chiếm đến 60,3% tổng số câu trả lời (Bảng 1). Tương tự, kiến thức của bệnh nhân đánh giá trong từng lĩnh vực như kiến thức về bệnh, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, bệnh kèm theo, tự chăm sóc bản thân và kĩ năng thích ứng với bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn so với nghiên cứu của Beauvais.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ câu hỏi có đáp án đúng cao nhất là câu hỏi số 5

liên quan đến triệu chứng mệt mỏi của viêm cột sống dính khớp, câu hỏi số 18 và 20 liên quan đến luyện tập thể thao trong bệnh lý viêm cột sống dính khớp. Điều này có thể được lý giải do đối tượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tại phòng khám Bệnh khớp Tự miễn và tại Đơn vị Điều trị trong ngày khoa Nội cơ xương khớp bệnh viện Chợ Rẫy, là đơn vị chuyên khoa sâu về bệnh lý viêm cột sống dính khớp. Tại đây bệnh nhân được tư vấn về các triệu chứng lâm sàng cũng như hướng dẫn cách luyện tập bởi nhân viên y tế.

Cũng trong số 42 câu hỏi, tỉ lệ câu hỏi có câu trả lời “Không biết” cao nhất là câu hỏi số 13 và số 11, liên quan đến việc ngừng sử dụng các thuốc NSAID và thuốc sinh học (Biểu đồ 1). Nội dung hai câu hỏi có tính chất chuyên môn cao nên thường bệnh nhân khó có thể tìm hiểu một cách chi tiết và đầy đủ. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Beauvais với tỉ lệ bệnh nhân trả lời “Không biết” cao nhất ở câu thứ 10 và câu thứ 11 liên quan đến sử dụng NSAID và thuốc sinh học [1]. Đối với điều trị viêm cột sống dính khớp, các thuốc sinh học và NSAID có vai trò quan trọng, mang tính chủ đạo [6]. Vì vậy, các bác sĩ điều trị cần chú trọng cung cấp cho người bệnh những thông tin về các thuốc điều trị đang sử dụng.

Qua khảo sát chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về điểm SPAKE ở nhóm bệnh nhân nam và nữ, không có mối tương quan về tuổi với điểm SPAKE. Nhóm bệnh nhân được nhận thông tin từ các tài liệu tại khoa có điểm SPAKE trung bình cao hơn nhóm không đọc tài liệu tại khoa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3). Như vậy việc cung cấp thông tin cần thiết

thông qua các tài liệu phát tay có khả năng nâng cao kiến thức cho người bệnh viêm cột sống dính khớp. Bệnh cạnh đó kết quả cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân được tư vấn bởi nhân viên y tế có điểm SPAKE thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không được tư vấn. Việc tư vấn đơn thuần trực tiếp có thể người bệnh sẽ dễ quên, gây ra những kiến thức nhầm lẫn. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận không có sự khác biệt về điểm SPAKE trung bình ở nhóm bệnh nhân có tìm hiểu thông qua internet, báo đài, tivi.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có kiến thức liên quan đến bệnh, cụ thể là trong các lĩnh vực kiến thức về bệnh, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, bệnh kèm theo, tự chăm sóc bản thân, và kỹ năng thích ứng với bệnh còn chưa cao. Những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài và những bệnh nhân có tham khảo tài liệu phát tay tại khoa là những bệnh nhân có kiến thức tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Beauvais C, Pereira B, Pham T, et al.** Development and Validation of a Self-Administered Questionnaire Measuring Essential Knowledge in Patients With Axial Spondyloarthritis. *J Rheumatol.* 2023;50(1): 56-65. doi:10.3899/jrheum.211314
2. **Gregory WJ, Kaur J, Bamford S, Tahir H.** A Survey of Diagnostic Delay in Axial Spondyloarthritis Across Two National Health Service (NHS) Rheumatology Services. *Cureus.* 14(3):e23670. doi:10.7759/cureus.23670
3. **Haglund E, Bremander A, Bergman S, Larsson I.** Educational needs in patients with spondyloarthritis in Sweden - a mixed-methods study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):335. doi:10.1186/s12891-017-1689-8
4. **Lubrano, E., et al.,** The assessment of knowledge in ankylosing spondylitis patients by a self-administered questionnaire. *Br J Rheumatol,* 1998. 37(4): p. 437-41.
5. **Nowell WB, Gavigan K, Hunter T, et al.** Treatment Satisfaction and Decision-making from the Patient Perspective in Axial Spondyloarthritis: Real-World Data from a Descriptive Cross-sectional Survey Study from the ArthritisPower Registry. *ACR Open Rheumatol.* 2022;4(1):85-94. doi:10.1002/acr2.11365
6. **Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al.** ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2023;82(1): 19-34. doi:10.1136/ard-2022-223296

TÌNH TRẠNG GIẢM LIỀU THUỐC SINH HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng giảm liều thuốc sinh học trong điều trị bệnh VCSDK tại trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 55 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được điều trị bằng thuốc sinh học nhóm ức chế TNF- α (infliximab, adalimumab, golimumab, etanercept) và ức chế TL-17 (secukimumab) từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** trong 55 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu theo dõi trong 7 năm, tuổi trung bình là $31,6 \pm 10,41$, thời gian mắc bệnh trung bình là $6,5 \pm 4,39$ năm. Thời gian điều trị trung bình là $29,7 \pm 22,39$ tháng với 78,2% bệnh nhân được khởi trị với nhóm ức chế TNF- α . Có 20/55 (36,36%) bệnh nhân được giảm/giãn liều điều trị thuốc sinh học với 133/960 (13,85%) lượt khám giảm liều, trong đó có 8 bệnh nhân (25,8%) giảm liều do đáp ứng tốt với thuốc và 12,5% bệnh nhân có thể ngừng thuốc do đáp ứng tốt ở một loại thuốc. Đáp ứng tốt với thuốc là lý do giảm liều phổ biến nhất. **Kết luận:** Thuốc sinh học được ưu tiên điều trị là nhóm kháng TNF- α . Có 36,36% bệnh nhân được tiến hành giảm/ giãn liều thuốc sinh học, trong đó có 25,8% bệnh nhân đạt được đáp ứng điều trị tốt với 1 loại thuốc.

Bệnh nhân có thể duy trì mức độ hoạt động bệnh thấp và ngừng điều trị khi giảm liều điều trị thuốc sinh học với tỷ lệ ngừng thuốc thành công trong nhóm nghiên cứu là 12,5%.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, bDMARD, thuốc sinh học, giảm liều.

SUMMARY

STATUS OF DOSE-REDUCING BIOLOGICAL DRUGS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS AT THE CENTRE FOR RHEUMATOLOGY IN BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe the status of dose-reducing biological drugs in the treatment of ankylosing spondylitis at the Centre for Rheumatology in Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 55 patients with ankylosing spondylitis treated with biological drugs of the TNF- α inhibitor group (infliximab, adalimumab, golimumab, etanercept) and IL-17 inhibitor (secukimumab) from January 2018 to January 2025. **Results:** In the 55 patients in the 7-year follow-up study, the mean age was 31.6 ± 10.41 years, and the mean disease duration was 6.5 ± 4.39 years. The mean duration of treatment was 29.7 ± 22.39 months with 78.2% of patients being initiated with the TNF- α inhibitor group. There were 20/55 (36.36%) patients who had their dose of biological drugs reduced with 133/960 (13.85%) dose reduction visits, of which 8 patients (25.8%) had their dose reduced due to good response to the drug and 12.5% of patients could stop the drug due to good response to one biological drug.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

SĐT: 0983712158

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

Good response to the drug was the most common reason for dose reduction. **Conclusion:** Biological drugs that were preferred for treatment belonged to TNF- α inhibitors. 36.36% of patients underwent dose reduction of biologics, of which 25.8% achieved a good treatment response to 1 drug. Patients were able to maintain low disease activity and discontinue treatment when reducing the dose of biologics with a successful discontinuation rate in the study group of 12.5%.

Keywords: ankylosing spondylitis, bDMARD, biological drug, dose reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là bệnh lý gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi với các biểu hiện thâm lạng dẫn đến chẩn đoán muộn, gây biến dạng khớp, tàn phế và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Bên cạnh thuốc giảm đau chống viêm không steroid (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs- NSAIDs) điều trị triệu chứng và các thuốc chống thấp khớp thay đổi bệnh kinh điển (csDMARD- conventional synthetic Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs), sự ra đời của các thuốc sinh học hay thuốc chống khớp thay đổi bệnh sinh học (bDMARD- biologic Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) tác động trực tiếp vào cơ chế bệnh sinh đặc biệt là các cytokin như TNF- α (Tumor necrosis factor alpha) và IL-17 mở ra hướng đi mới trong điều trị bệnh VCSĐK cũng như giảm các biến chứng nặng do thuốc gây ra.

Hiệu quả điều trị thuốc sinh học lên mức độ thuyên giảm hoạt động bệnh VCSĐK đã được nhiều nghiên cứu chứng minh, tuy nhiên hầu hết các thuốc sinh học đều đắt tiền, bất tiện do phải dùng đường tiêm truyền, và bệnh nhân có nguy cơ mắc các bệnh lý nhiễm trùng cũng như các tác dụng không mong muốn khác, đặc biệt khi dùng kéo dài.

Do đó ASAS-EULAR cập nhật năm 2022 khuyến cáo giảm liều thuốc sinh học khi BN đạt được lui bệnh bền vững nhằm giảm các nguy cơ do thuốc và gánh nặng điều trị cho người bệnh¹

Bệnh viện Bạch Mai là một trong những cơ sở sử dụng thuốc sinh học điều trị bệnh VCSĐK lớn nhất cả nước, vì vậy mục đích nghiên cứu này nhằm mô tả tình trạng giảm liều thuốc sinh học ở bệnh lý này nhằm đưa ra thêm cơ sở để tiến hành các nghiên cứu sâu hơn về giảm liều thuốc sinh học khi điều trị VCSĐK trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các hồ sơ bệnh án có mã theo ICD10 là M45 vào viện trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2025 tại trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: hồ sơ của 55 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh VCSĐK theo tiêu chuẩn New York cải tiến năm 1984 và điều trị thuốc sinh học thuộc nhóm ức chế TNF- α (infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab) hoặc nhóm ức chế IL-17 (secukimumab) có đầy đủ thông tin theo thiết kế nghiên cứu, có thể liên lạc với bệnh nhân (trực tiếp hoặc qua điện thoại) để phỏng vấn các thông tin cần thiết.

Tiêu chuẩn loại trừ: các hồ sơ không đầy đủ thông tin, hoặc hồ sơ của bệnh nhân dưới 16 tuổi, bệnh nhân mắc bệnh VCSĐK có phối hợp bệnh lý tự miễn khác; không thể liên lạc được với bệnh nhân để phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu bệnh án tại các thời điểm từ khi bắt đầu dùng thuốc sinh học đầu tiên, tiếp tục dùng thuốc sinh học đầu tiên, giảm liều, đổi thuốc hoặc ngừng

thuốc; kết hợp phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp hoặc qua điện thoại. Trong thời gian nghiên cứu 7 năm, tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chia làm 2 nhóm: nhóm tiếp tục điều trị với thuốc sinh học ban đầu (31 bệnh nhân với 960 lượt khám) và nhóm 24 bệnh nhân đổi sang thuốc sinh học khác. Nhóm bệnh nhân tiếp tục điều trị với thuốc sinh học ban đầu sẽ được đánh giá về tình trạng lượt khám và tình trạng giãn liều thuốc sinh học.

Một số khái niệm: Ngừng thuốc là bệnh nhân không dùng thuốc sinh học hoặc

khoảng cách giữa 2 lần dùng thuốc dài hơn 3 lần thời gian khuyến cáo. Đổi thuốc là khi bệnh nhân dùng bDMARD khác. Giảm liều: bao gồm giãn liều và/ hoặc giảm liều trong đó giãn liều là khoảng cách giữa hai lần dùng bDMARD kéo dài hơn khuyến cáo.

2.3. Phương pháp phân tích thống kê

Nhập số liệu, phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Mô tả kết quả dưới dạng các bảng biểu thể hiện tần số, giá trị trung bình của các biến số nghiên cứu.

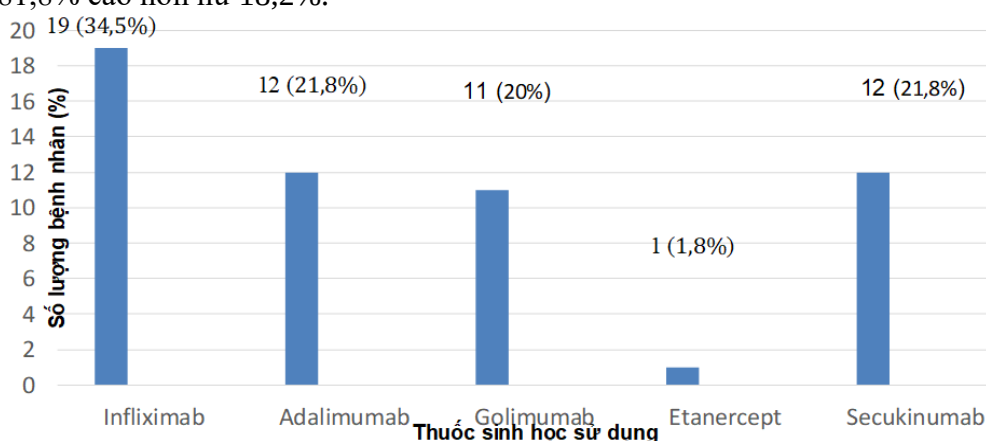
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu và phân bố thuốc sinh học sử dụng đầu tiên

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu (N=55)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm) ($\bar{X} \pm SD$)		31,6 $\pm$ 10,41 [min 18, max 75]	
Giới tính	Nam	45	81,8
	Nữ	10	18,2
Thời gian mắc bệnh (năm) ($\bar{X} \pm SD$)		6,5 $\pm$ 4,39	
Thời gian điều trị (tháng) ($\bar{X} \pm SD$)		29,7 $\pm$ 22,39	
Điểm BASDAI trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		3,06 $\pm$ 0,3	
Mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm BASDAI	Bệnh hoạt động	16	29,1
	Bệnh không hoạt động	39	70,9

Nhận xét: Tuổi trung bình là 31,6 $\pm$ 10,41, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 75 tuổi, tỉ lệ nam là 81,8% cao hơn nữ 18,2%.



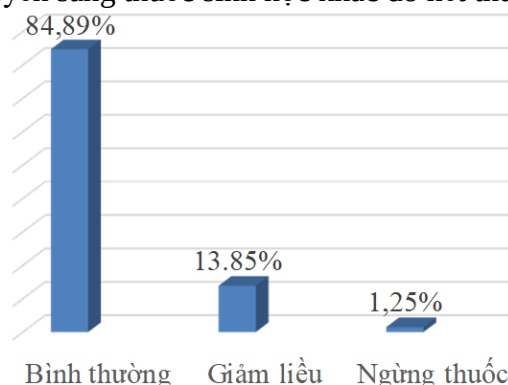
Biểu đồ 1. Phân bố thuốc sinh học bệnh nhân sử dụng khi bắt đầu điều trị (N=55)

Nhận xét: nhóm thuốc ức chế TNF- α được lựa chọn để khởi trị viêm cột sống dính khớp ở 78,2% trường hợp bệnh nhân trong đó infliximab chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,5%.

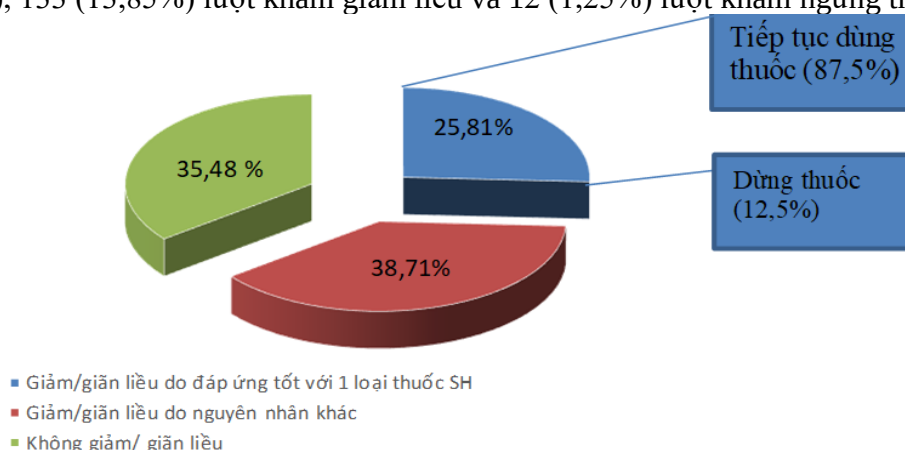
Bảng 2. Tình trạng sử dụng thuốc sinh học trong nhóm nghiên cứu (N0=55)

Thuốc sinh học		Số BN tiếp tục điều trị với thuốc sinh học ban đầu n (%)	Số BN giảm liều n (%)	Thời gian điều trị trung bình (tháng, $\bar{X} \pm SD$)
Thuốc kháng TNF- α	Infliximab (n=19)	10/19 (52,63%)	8/10 (80%)	47,44 $\pm$ 7,08
	Adalimumab (n=12)	6/12 (50%)	3/6 (50%)	24,89 $\pm$ 23,36
	Golimumab (n=11)	7/11 (63,6%)	2/7 (71,4%)	20,56 $\pm$ 18,5
	Etanercept (n=1)	0	0	1/30
Thuốc kháng IL-17	Secukinumab (n=12)	8/12 (66,7%)	4/8 (50%)	15,22 $\pm$ 8,94
Tổng số BN (N)		N0=55	N1=31 (56,45)	N2=20 (36,36%)

Nhận xét: tỉ lệ nhóm dùng thuốc ban đầu secukinumab tiếp tục duy trì điều trị là cao nhất, chiếm 66,7%, thuốc infliximab có tỷ lệ bệnh nhân giảm liều cao nhất (80%) và thời gian điều trị trung bình dài nhất là 47,44 $\pm$ 7,08 tháng. Có 1 bệnh nhân được khởi trị thuốc sinh học etanercept sau đó chuyển sang thuốc sinh học khác do hết thuốc mà không giảm liều.

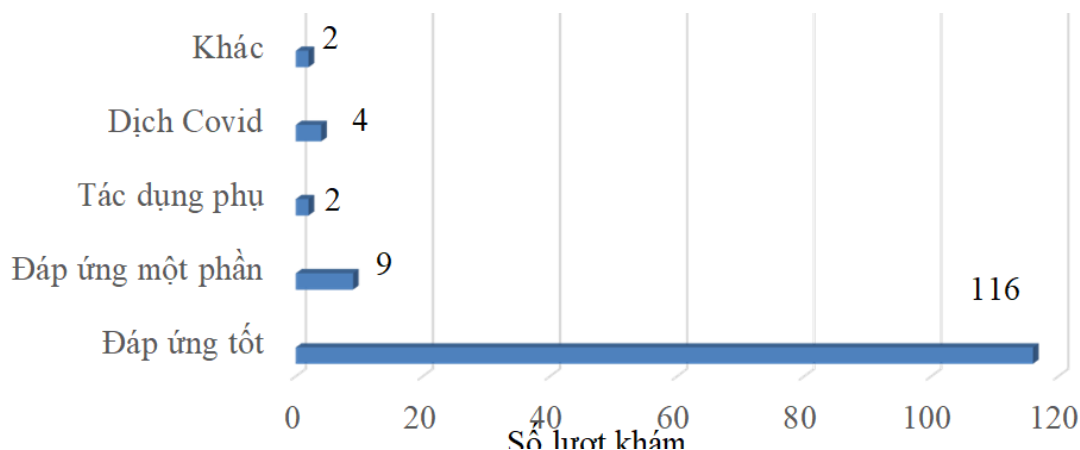
**Biểu đồ 2. Tình trạng lượt khám khi điều trị thuốc sinh học ở nhóm 31 bệnh nhân dùng một thuốc sinh học (960 lượt khám)**

Nhận xét: Trong tổng số 960 lượt khám có 815 (84,89%) lượt khám bình thường (tuân thủ điều trị), 133 (13,85%) lượt khám giảm liều và 12 (1,25%) lượt khám ngừng thuốc

**Biểu đồ 3. Tình trạng giảm liều của nhóm dùng 1 thuốc sinh học (N1=31)**

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 20/31 bệnh nhân được tiến hành giảm/ giãn liều thuốc sinh học, trong đó có 8 bệnh nhân (chiếm 25,81%) đạt được đáp ứng điều trị tốt với 1 loại thuốc, 12 (38,71%) bệnh nhân giãn

liều do nguyên nhân khác (dị ứng thuốc sinh học, dịch covid, kinh tế). Có 1/8 bệnh nhân (12,5%) trong nhóm giãn liều do đáp ứng tốt với 1 loại thuốc dùng được thuốc trong thời gian theo dõi.



Biểu đồ 4. Lý do giảm liều trong các lượt đến khám của bệnh nhân dùng 1 thuốc sinh học (L=133)

Lý do giảm liều được đưa ra chủ yếu là do bệnh nhân thấy bệnh vẫn đang đáp ứng tốt chiếm 116/133 (87,2%), đáp ứng một phần 9/133 (6,8%), tác dụng phụ dị ứng thuốc (2 lượt khám chiếm 1,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

VCSDK là bệnh chủ yếu gặp ở nam giới, theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam chiếm 81,8%, nữ chiếm 18,2%. Tỷ lệ nam thấp hơn so nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung năm 2021 là nam 86,3%, nữ 13,7%,² cao hơn so nghiên cứu của Gran J.T và của Spadaro năm 2011 với tỷ lệ nam, nữ tương ứng là 67%, 33% và 77,8%, 22,2%^{3,4}. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh VCSĐK, thường gặp ở nam giới.

Tuổi trung bình là $31,6 \pm 10,41$ năm, tương đương với nghiên cứu Nguyễn Ngọc Trung là $31,1 \pm 11,6$,² thấp hơn nghiên cứu

của Lindstrom tại Thụy Điển năm 2019 là $44 \pm 13,2$ ⁵. Sự khác biệt này là do thuốc sinh học mới xuất hiện tại Việt Nam giá thành cao, đa phần là bệnh nhân trẻ tuổi, chủ yếu thu nhập trung bình nên việc tiếp cận và sử dụng bDMARD còn hạn chế, mặt khác cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với tác giả Lindstrom (10 năm). Thời gian mắc bệnh là $6,5 \pm 4,39$ năm và thời gian điều trị trung bình của nhóm đối tượng là $29,7 \pm 22,39$ tháng.

Tại thời điểm bắt đầu dùng thuốc bDMARD, BASDAI trung bình là $3,06 \pm 0,3$, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung $4,1 \pm 1,4$ và của Lie có BASDAI 6,7 (5,6-7,8)⁶. Như vậy, chỉ định điều trị bDMARDs tại bệnh viện Bạch Mai trong những năm gần đây sớm hơn, bệnh nhân có điều kiện kinh tế quan tâm đến vấn đề tiếp cận điều trị thuốc bDMARD nhiều hơn.

Thuốc bDMARDs được ưu tiên lựa chọn ban đầu là thuốc kháng TNF- α chiếm tỉ lệ

78,2%, cao hơn so nghiên cứu Nguyễn Ngọc Trung là 69,6%. Kết quả này cũng phù hợp theo khuyến cáo của ASAS/EULAR năm 2022, bệnh nhân VCSDK khởi trị với một thuốc kháng TNF- α sẽ mang lại kết quả điều trị tốt hơn và ít tác dụng phụ hơn¹.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm thuốc bDMARD điều trị bệnh VCSDK, nhóm dùng thuốc ban đầu infliximab có tỷ lệ giãn được liều cao nhất (80%) và thời gian điều trị trung bình dài nhất là $47,44 \pm 7,08$ tháng. Lý giải điều này là do infliximab ra đời sớm hơn trong số những thuốc còn lại, giá thành là thuốc rẻ thứ 2 trong nhóm. Infliximab được khuyến cáo duy trì với khoảng cách liều là 2 tháng, dài hơn so với adalimumab (2 tuần), golimumab và secukinumab (4 tuần) nên bệnh nhân dễ tuân thủ điều trị hơn, liệu trình điều trị của infliximab ít ảnh hưởng đến cuộc sống và công việc của người bệnh.

Tỷ lệ bệnh nhân giãn liều khi dùng thuốc nhóm kháng TNF- α cao hơn so với nhóm dùng thuốc kháng IL-17 (với infliximab là 80%, golimumab là 71,4% so với secukinumab là 50%) tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân duy trì thuốc kháng IL-17 từ khi bắt đầu khởi trị là cao nhất (66,7%) (Bảng 2). Nghiên cứu tổng quan của Webers và cộng sự trên 11 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đưa ra các bằng chứng về việc giảm dần liều thuốc kháng TNF có hiệu quả tương đương khi tiếp tục dùng đủ liều để duy trì mức độ hoạt động bệnh thấp⁷.

4.2. Tình trạng giảm liều của nhóm nghiên cứu

Trong 960 lượt khám có 815 (84,89%) lượt khám bình thường (tuân thủ điều trị), số lượt khám được giãn liều chiếm 13,85%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung là 88,2% và 11,8%. Như vậy khi

bắt đầu điều trị thuốc bDMARD ở bệnh nhân VCSDK tỉ lệ lượt khám theo đúng hẹn của bác sỹ rất cao. Theo thời gian có một số yếu tố tác động: kinh tế, tác dụng phụ, dịch Covid, đáp ứng tốt điều trị, các tỉ lệ lượt khám giảm liều, giãn liều tăng dần lên.

Trong nhóm nghiên cứu có 20/55 (chiếm 36,36%) bệnh nhân được tiến hành giảm/giãn liều thuốc sinh học, so với tỉ lệ số lượt khám giảm/giãn liều 13,85% cho thấy số bệnh nhân được giãn liều chiếm tỉ lệ cao không tương xứng với tỉ lệ lượt giãn. Như vậy trong nhóm nghiên cứu có bệnh nhân điều trị thời gian dài (tuân thủ điều trị) trước khi được giãn liều, có những bệnh nhân do đáp ứng tốt hoặc do không có điều kiện kinh tế đã tự ý giãn liều hoặc dừng thuốc sau đó bệnh bùng phát buộc bệnh nhân phải quay lại điều trị thuốc bDMARD như ban đầu. ASAS-EULAR cập nhật năm 2022¹ khuyến cáo giảm liều bDMARD khi BN đạt được lui bệnh bền vững nhằm giảm các nguy cơ do thuốc và gánh nặng điều trị cho người bệnh. Nghiên cứu tổng quan của Edwards⁸ và cộng sự khi tìm kiếm có hệ thống các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của chiến lược giảm liều bDMARD ở bệnh nhân VCSDK ủng hộ việc giảm liều bDMARD khi bệnh nhân duy trì mức độ hoạt động bệnh thấp trong 6 tháng, các yếu tố khác kèm theo bao gồm không có viêm khớp, không có viêm điểm bám tận và chỉ số CRP ở ngưỡng bình thường.

Lý do giãn liều chiếm tỉ lệ cao nhất là do bệnh nhân vẫn đang đáp ứng tốt với điều trị 87,2%, tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trung tỉ lệ giãn liều do đáp ứng tốt điều trị là 66,4%. Chúng tôi khi bệnh nhân đạt đáp ứng với thuốc bDMARD, đa số bệnh nhân được giãn liều nhằm giảm chi phí điều trị và tác dụng phụ mà vẫn đạt được hiệu quả điều trị. Các lý do giảm/ giãn liều

khác bao gồm đáp ứng một phần, dịch Covid hay tác dụng phụ chỉ chiếm tỷ lệ thấp. 1 bệnh nhân trong nhóm giãn liều do đáp ứng tốt với 1 loại thuốc (chiếm tỷ lệ 12,5%) dừng được thuốc trong thời gian theo dõi mà chưa thấy đợt bùng phát bệnh. Theo Webers, gần một nửa số bệnh nhân trong nhóm có thể giãn liều do đáp ứng với 1 loại thuốc sinh học có thể dừng thuốc mà không cần chuyển sang thuốc sinh học thứ hai⁷. Hiện tại trên thế giới chưa có khuyến cáo cụ thể nào về việc giảm liều và giãn liều trên nhóm bệnh nhân điều trị thuốc sinh học nói chung hay VCSDK điều trị thuốc sinh học nói riêng. Tuy nhiên việc giảm liều giãn liều là không thể tránh khỏi khi mà chi phí điều trị bệnh còn rất cao, vượt qua khả năng kinh tế của đại đa số người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thuốc sinh học được ưu tiên điều trị là nhóm kháng TNF- α . Có 36,36% bệnh nhân được tiến hành giảm/ giãn liều thuốc sinh học, trong đó có 25,8% bệnh nhân đạt được đáp ứng điều trị tốt với 1 loại thuốc. Bệnh nhân có thể duy trì mức độ hoạt động bệnh thấp và ngừng điều trị khi giảm liều điều trị thuốc sinh học với tỷ lệ ngừng thuốc thành công trong nhóm nghiên cứu là 12,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A et al.** ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update. *Ann Rheum Dis* 2023; 82(1):19-34.
2. **Nguyễn Ngọc Trung**, Tình trạng điều trị thuốc sinh học ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại khoa Cơ-Xương-Khớp bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học. 2021;81(1):66,(4):67, (6):69
3. **Gran J.T, Skomsvoll J.F.** The outcome of ankylosing spondylitis: a study of 100 patients. *British Journal of Rheu.* 1997; 36(2):5
4. **Antonio Spadaro, Annamaria Iagnocco, Fabio Massimo Perrotta, Mariagrazia Modesti, Antongiulio Scarno, Valesini G.** Clinical and ultrasonography assessment of peripheral enthesitis in ankylosing spondylitis. *Rheumatology*. 2011;50,(3):6
5. **Ulf Lindström, Tor Olofsson, Sara Wedrén, Ilia Qirjazo, Askling J.** Biological treatment of ankylosing spondylitis: a nationwide study of treatment trajectories on a patient level in clinical practice. *Arthritis Res Ther*. 2019;21(5):1, (7):5
6. **E Lie, D van der Heijde, T Uhlig, et al.** Effectiveness of switching between TNF inhibitors in ankylosing spondylitis: data from the NOR-DMARD register. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70(8):5. doi:10.1136/ard.2010.131797
7. **Webers C, Nikiphorou E, Boonen A, Ramiro S.** Tapering or discontinuation of biological disease-modifying antirheumatic drugs in axial spondyloarthritis: A review of the literature and discussion on current practice. *Joint Bone Spine* 2023; 90(1):105482.
8. **Edwards CJ, Fautrel B, Schulze-Koops H, Huizinga TWJ, Kruger K.** Dosing down with biologic therapies: a systematic review and clinicians' perspective. *Rheumatology (Oxford)*. 2017; 56(10):1847-1856.

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG CÁC KHỚP BÀN TAY BẰNG SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Lê Thị Liễu¹, Vũ Thị Vân Anh²,
Vũ Văn Minh^{3,4}, Ninh Công Phương⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm các khớp bàn tay trong bệnh viêm khớp Vảy nến. 2. Nhận xét mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với tổn thương các khớp bàn tay trên siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 17 bệnh nhân (476 khớp bàn tay) được chẩn đoán viêm khớp vảy nến theo tiêu chuẩn Caspar (2006) điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2023 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ khớp bàn tay có viêm màng hoạt dịch là 4,8%. Tỷ lệ khớp bàn tay có hình ảnh tân tạo xương, bào mòn xương lần lượt là 2,5% và 1,7%. Sự khác biệt về vị trí khớp có các tổn thương trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ viêm gân duỗi chung các ngón và gân gấp chung các ngón sâu lần lượt là 7,1% và 2,4%, tổn thương viêm gân thường hay gặp ở ngón 3. Các chỉ số viêm trên siêu âm (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) có liên quan tuyến tính với tuổi, số khớp sưng, số khớp đau, VAS, CRP và điểm PASI, điểm DAPSA có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: siêu âm khớp bàn tay, viêm khớp vảy nến

SUMMARY

ULTRASOUND FINDINGS OF THE HAND JOINTS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Objective: 1. To describe the clinical features and ultrasound images of the hand joints Psoriatic Arthritis. 2. To evaluate the relationship between clinical and paraclinical findings and hand joints lesions observed on ultrasound. **Subjects and Methods:** This study was conducted on 17 patients diagnosed with Psoriatic Arthritis according to the Caspar criteria (2006), who were admitted to the inpatient department at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from November 2023 to October 2024. **Results:** The rate of hand joints with synovitis was 4.8%. The rates of hand joints showing bone neoformation and bone erosion were 2.5% and 1.7%, respectively. The differences in the location of the joints with lesions were not statistically significant ($p > 0.05$). The incidence of inflammation in the common extensor tendons of the fingers and the common deep flexor tendons was 7.1% and 2.4%, respectively. Tendon lesions were most commonly found in the third finger. The inflammatory markers on ultrasound (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) are linearly associated with age, the number of swollen joints, the number of painful joints, VAS, CRP, PASI score, and

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Phenikaa

⁴Bệnh viện Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liễu

SĐT: 0982886339

Email: lieubm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

DAPSA score, with statistical significance at $p < 0.05$

Keywords: hand joint ultrasound, Psoriatic Arthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vẩy nến (VKVN) là bệnh lý viêm khớp mạn tính, thuộc nhóm bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính. Bệnh VKVN thường tiến triển ở bệnh nhân vẩy nến da.¹ Có khoảng 6-41% bệnh nhân vẩy nến sẽ tiến triển thành VKVN,² có khoảng 15% bệnh nhân vẩy nến không được chẩn đoán VKVN cho đến khi có biểu hiện viêm khớp³ và có tới 52% bệnh nhân VKVN bị chẩn đoán muộn, có thể tới 5 năm do tổn thương da thường che lấp triệu chứng của khớp.⁴

Tổn thương khớp cơ bản trong VKVN bao gồm quá trình viêm và quá trình tái cấu trúc.^{5,6} Tổn thương viêm gồm viêm xương, phù tủy, viêm màng hoạt dịch, viêm điểm bám gân, và viêm bao gân. Tổn thương cấu trúc bao gồm xơ hóa, bào mòn xương, gai xương và cầu xương dẫn tới dính khớp. Các tổn thương này có thể phát hiện ở bất kỳ các khớp nào trên cơ thể trong đó có các khớp bàn tay. Phần lớn các tổn thương này thường chỉ phát hiện sớm được bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh.

Siêu âm là một phương pháp hình ảnh có độ tin cậy cao được ứng dụng để đánh giá mức độ hoạt động bệnh và tổn thương cấu trúc trong VKVN.⁷ Kết quả siêu âm có giá trị tương đương với cộng hưởng từ (MRI), ngoại trừ phát hiện phù tủy xương.⁸ Với xung Doppler năng lượng (PD), siêu âm có độ nhạy cao phát hiện tình trạng tăng sinh mạch máu nhỏ ở màng hoạt dịch, gân và điểm bám gân, qua đó phản ánh tình trạng viêm. Siêu âm sẵn có, dễ ứng dụng ở tất cả các tuyến y tế. Ở Việt Nam đã có các nghiên

cứ về siêu âm móng, siêu âm điểm bám tận, siêu âm khớp ngoại vi trong viêm khớp vẩy nến. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về siêu âm các khớp bàn tay. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: **“Khảo sát tổn thương các khớp bàn tay bằng siêu âm ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân viêm khớp vẩy nến tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2023 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: 17 bệnh nhân có viêm khớp ngoại vi được hỏi và khám tìm các tổn thương vẩy nến trong tiền sử hoặc hiện tại hoặc tiền sử gia đình, loạn dưỡng móng, tổn thương viêm ngón và làm các xét nghiệm RF, chụp X quang bàn tay sau đó tính điểm theo tiêu chuẩn Caspar (2006). Bệnh nhân đạt ≥ 3 điểm và đồng ý tham gia được chọn vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương các khớp ngoại vi do các bệnh lý khác như: thoái hóa khớp bàn ngón, bệnh lý khớp viêm (viêm khớp phản ứng, VKDT...) chấn thương, nhiễm trùng, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm máu, siêu âm theo mẫu bệnh án thống nhất.

Mỗi bệnh nhân được đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo hai thang điểm DAPSA và PASI. Trong đó điểm DAPSA đánh giá về mức độ viêm khớp, PASI đánh giá về tổn thương vẩy nến trên da. Mức độ hoạt động bệnh theo DAPSA được phân loại: ≤ 4 : thuyên giảm; 4 – 14: nhẹ; mức độ vẩy nến da

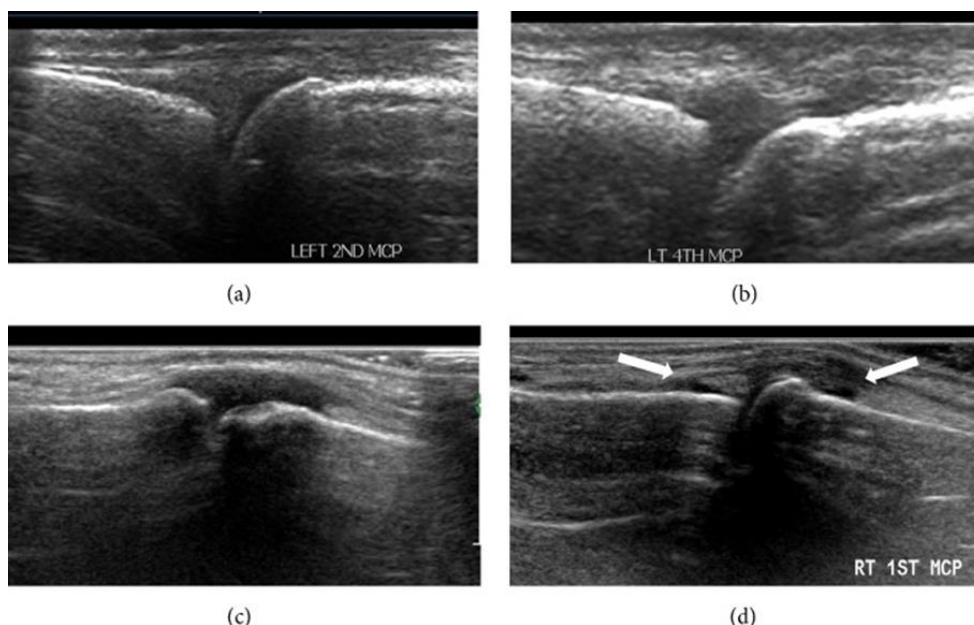
theo điểm PASI được phân thành: <5: nhẹ; 5-10: trung bình; ≥ 10 : nặng¹⁰.

Tổn thương trên siêu âm các khớp bàn tay:

Nghiên cứu sử dụng máy siêu âm 4D đầu dò phẳng có tần số 7,5-15 MHz của hãng LOGIQ E9. Các biến số thu thập ở mỗi khớp gồm: độ dày màng hoạt dịch, phân độ dày màng hoạt dịch theo thang xám (grayscale - GS) từ 0 – 3 điểm, mức độ tăng sinh mạch trên Doppler năng lượng (Power Doppler – PD) từ 0 – 3 điểm, đứt bán phần hoặc hoàn toàn gân duỗi, viêm gân duỗi, viêm gân gấp, hình ảnh gai xương và bào mòn xương.

Các tổn thương khớp trên siêu âm được mô tả theo OMERACT bao gồm¹¹: Viêm màng hoạt dịch, tăng sinh màng hoạt dịch, tràn dịch khớp, tăng tín hiệu siêu âm Doppler và bào mòn.

Hình ảnh trên siêu âm mỗi khớp được đánh giá theo thang xám (grayscale) từ 0 đến 3 điểm theo mức độ dày của màng hoạt dịch: 0 điểm: bình thường; 1 điểm: dày không quá thân xương; 2 điểm: dày qua đầu của một xương; 3 điểm: dày qua đầu của cả hai xương



Hình 1. Phân loại mức độ tăng sinh màng hoạt dịch

Hình ảnh tăng sinh màng hoạt dịch: (a) 0 điểm, (b) 1 điểm, (c) 2 điểm, (d) 3 điểm

Từ đó tính ra được 2 thang điểm:

Grayscale joint count (GSJC) = số khớp có điểm từ 1 trở lên (từ 0 đến 10)

Grayscale joint score (GSJS) = tổng điểm của 10 khớp ngón xa bàn tay (từ 0 đến 100)

Tăng sinh mạch trên phổ xung Doppler

Mức độ tín hiệu Doppler mạch được đánh giá theo mức độ: 0 điểm: không có tín

hiệu; 1 điểm: một tín hiệu; 2 điểm: nhiều tín hiệu mạch ít hơn $\frac{1}{2}$ màng hoạt dịch; 3 điểm: nhiều tín hiệu mạch nhiều hơn $\frac{1}{2}$ màng hoạt dịch

Từ đó tính ra được 2 thang điểm:

Power Doppler joint count (PDJC): số khớp có điểm từ 1 trở lên (từ 0 đến 10)

Power Doppler joint score (PDJS): tổng điểm của 10 khớp ngón xa bàn tay (từ 0 đến 100)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Giới tính	n		Tỷ lệ (%)	
Nam	10		58,8	
Nữ	7		41,2	
	Chung n= 17	Nam n= 10	Nữ n=7	p-value (T-Test)
Tuổi (năm)	41,0	38,6	44,43	0,45
TB (SD)	14,9	16,4	13,02	
BMI	22,5 (1,9)	22,6 (2,2)	22,4 (1,4)	0,84
Thời gian mắc vẩy nến (năm)	6,91 (4,92)	7,34 (6,29)	6,29 (3,73)	0,424
Thời gian đau khớp VKVN (năm)	5,13 (4,51)	5,86 (5,13)	4,10 (3,54)	0,785
Biểu hiện đầu tiên:				
Vẩy nến	15 (88,2%)	9 (90%)	6 (85,7%)	
Viêm gân	2 (11,8%)	1 (10%)	1 (14,3%)	
Viêm khớp	0%	0%	0%	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (chiếm 58,8%), tỷ lệ nam/nữ ~ 1,4. Tuổi trung bình $41,00 \pm 14,94$ tuổi. Có 94,1% người bệnh có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường. Đa số bệnh nhân có biểu hiện đầu tiên là vẩy nến (88,2%).

Tất cả các bệnh nhân đều đạt lui bệnh theo thang điểm PASI

Bảng 3.2. Đặc điểm mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm DAPSA

	Chung n=17	Nam n=10	Nữ n=7	p-value (chi-square)
Mức độ hoạt động bệnh	N (%)	N (%)	N (%)	
Lui bệnh (≤ 4)	12,5%	10%	16,7%	0,526
Nhẹ (4-14)	6,3%	10%	0%	
Trung bình (14-28)	68,8%	60%	83,3%	
Mạnh (>28)	12,5%	20%	0%	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh trung bình theo thang điểm DAPSA (68,8%).

3.2. Đặc điểm siêu âm các khớp bàn tay

Bảng 3.3. Mức độ viêm màng hoạt dịch

	Chung n=476	Bàn ngón n=170	Ngón gần n=170	Ngón xa n=136	p-Value (Chi-square)
Phân độ	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0	453(95,2%)	164(96,5%)	158(92,9%)	131(96,3%)	p = 0,169
1	11(2,3%)	2(1,2%)	4(2,4%)	5(3,7%)	
2	7(1,5%)	2(1,2%)	5(2,9%)	0(0%)	
3	5(1,1%)	2(1,2%)	3(1,8%)	0(0%)	
Mức độ	23(4,8%)	6(3,5%)	12(7,1%)	5(3,7%)	

Nhận xét: Trong tổng số 476 khớp, tỷ lệ khớp bàn tay có viêm màng hoạt dịch là 4,8%. Sự khác biệt về vị trí khớp có viêm màng hoạt dịch không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Tổn thương gân duỗi chung và gân gấp các ngón sâu trên siêu âm

	Chung n=170	N1 N=34	N2 n=34	N3 n=34	N4 n=34	N5 n=34	p-value (Chi-square)
Viêm gân duỗi							
Không	158 (92,9%)	34 (100%)	32 (94,1%)	30 (88,2%)	33 (97,1%)	29 (85,3%)	
Có	12 (7,1%)	0 (0%)	2 (5,9%)	4 (11,8%)	1 (2,9%)	5 (14,7%)	0,103
Viêm gân gấp							
Không	166 (97,6%)	34 (100%)	33 (97,1%)	32 (94,1%)	33 (97,1%)	34 (100%)	
Có	4 (2,4%)	0 (0%)	1 (2,9%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0,465

Nhận xét: Tỷ lệ viêm gân duỗi chung các ngón là 7,1%; hay gặp nhất ở ngón 3. Tỷ lệ viêm gân gấp chung các ngón sâu là 2,4%; hay gặp nhất ở ngón 3.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tổn thương khớp trên siêu âm các khớp bàn tay

	Chung n=476	Bàn ngón n=170	Ngón gần n=170	Ngón xa n=136	p-value (Chi-square)
Tân tạo xương					
Không	464 (97,5%)	167 (98,2%)	166 (97,6%)	131 (96,3%)	
Có	12 (2,5%)	3 (1,8%)	4 (2,4%)	5 (3,7%)	0,562
Bào mòn					
Không	468 (98,3%)	166 (97,6%)	169 (99,4%)	133 (97,8%)	
Có	8 (1,7%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)	3 (2,2%)	0,383

Nhận xét: Tỷ lệ khớp bàn tay có hình ảnh tân tạo xương là 2,5%. Vị trí phát hiện tân tạo xương khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ khớp bàn tay có hình ảnh bào mòn là 1,7%.

3.3. Mối tương quan tuyến tính đơn biến giữa chỉ số viêm khớp ngón xa bàn tay trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.6. Tương quan giữa chỉ số viêm khớp bàn tay trên siêu âm và các yếu tố liên quan

	GSJC	GSJS	PDJC	PDJS
	Hệ số tương quan (p-value)			
Giới tính	-0,19 (0,244)	-0,12 (0,431)	-0,16 (0,585)	-0,16 (0,668)
Tuổi	0,33 (0,02)	0,36 (0,02)	0,36 (0,02)	0,32 (0,03)
BMI	0,16 (0,21)	0,04 (0,79)	0,06 (0,8)	-0,07 (0,84)
Thời gian mắc VKVN	0,11 (0,47)	0,15 (0,31)	0,12 (0,42)	0,22 (0,14)
Thời gian mắc VN	0,14 (0,34)	0,14 (0,35)	0,08 (0,59)	0,11 (0,45)
Số khớp đau	0,48 (<0,01)	0,33 (<0,01)	0,43 (<0,01)	0,62 (<0,01)
Số khớp sưng	0,41 (<0,01)	0,46 (<0,01)	0,52 (<0,01)	0,66 (<0,01)
VAS	0,66 (<0,01)	0,71 (<0,01)	0,71 (<0,01)	0,71 (<0,01)
CRP	0,54 (<0,01)	0,52 (<0,01)	0,51 (<0,01)	0,61 (<0,01)
Điểm PASI	0,33 (<0,01)	0,36 (<0,01)	0,29 (<0,05)	0,38 (<0,05)
Điểm DAPSA	0,56 (<0,01)	0,64 (<0,01)	0,66 (<0,01)	0,71 (<0,01)

Nhận xét: Các chỉ số viêm trên siêu âm (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) có liên quan tuyến tính với tuổi, số khớp sưng, số khớp đau, VAS, CRP và điểm PASI, điểm DAPSA có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 17 bệnh nhân viêm khớp vảy nến với 476 khớp bàn tay được đánh giá. Trên 17 bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu, 100% bệnh nhân đều đạt lui bệnh khi đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm PASI, tuy nhiên đa số các bệnh nhân hoạt động bệnh mức độ trung bình theo thang điểm DAPSA (68,8%). Điều này cho thấy mức độ tổn thương khớp và tổn thương da trên 17 bệnh nhân không tương xứng.

Tỷ lệ các khớp bàn tay có viêm màng hoạt dịch là 4,8% Tỷ lệ các khớp bàn tay có hình ảnh tân tạo xương, bào mòn xương lần

lượt là 2,5% và 1,7%. Sự khác biệt về vị trí khớp có các tổn thương trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ viêm gân duỗi chung các ngón và gấp gấp chung các ngón sâu lần lượt là 7,1% và 2,4%, tổn thương viêm gân thường hay gặp ở ngón 3. Nghiên cứu của tác giả Naranje và cộng sự năm 2015 mô tả mối liên quan giữa các tổn thương trên siêu âm khớp bàn tay với mức độ hoạt động bệnh bằng thang điểm DAS28. Siêu âm phát hiện nhiều tổn thương hơn thăm khám lâm sàng. Tỷ lệ các bất thường trên siêu âm bàn tay trên 30 bệnh nhân VKVN như sau: tăng sinh màng hoạt dịch (100%); tăng sinh mạch trên siêu âm Doppler (36,7%); phù nề mô mềm (66,7%); dày màng xương (33,3%); bào mòn (30%, hay gặp nhất khớp ngón xa và ngón giữa), viêm gân gấp (6,7%).¹² Có thể thấy so với nghiên cứu của Naranje và cộng sự, nghiên cứu của chúng tôi phát hiện tỉ lệ tổn thương ít hơn, sự khác biệt này là do

nghiên cứu của Naranje được tiến hành trên những bệnh nhân Viêm khớp vảy nến đang có biểu hiện sưng đau khớp bàn tay trên lâm sàng, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên cả những bệnh nhân không có biểu hiện sưng đau khớp bàn tay; hơn nữa nghiên cứu này có số bệnh nhân nghiên cứu lớn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi sử dụng thang điểm siêu âm bán định lượng đã được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu trước đó. Xét mối tương quan giữa các chỉ số viêm trên siêu âm (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) có liên quan tuyến tính với tuổi, số khớp sưng, số khớp đau, VAS, CRP và điểm PASI, điểm DAPSA có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tác giả Naranje năm 2015 cũng cho kết quả tương tự khi tìm mối tương quan giữa các chỉ số siêu âm và thang điểm DAS28¹². Tác giả thực hiện siêu âm trên 28 khớp bàn tay và tỷ lệ khớp ngón xa bàn tay chiếm 23,07% số khớp có viêm màng hoạt dịch. Hệ số tương quan nghiên cứu cũng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể lý giải do tác giả sử dụng thang điểm DAS28 sẽ không tính đến các khớp ngón xa bàn tay.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 17 bệnh nhân viêm khớp vảy nến với 476 khớp bàn tay được đánh giá tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai cho thấy các chỉ số viêm trên siêu âm (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) có liên quan tuyến tính với tuổi, số khớp sưng, số khớp đau, VAS, CRP và điểm PASI, điểm DAPSA có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **FitzGerald O, Ogdie A, Chandran V, et al.** Psoriatic arthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1): 1-17. doi:10.1038/s41572-021-00293-y
2. **Villani AP, Rouzard M, Sevrain M, et al.** Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(2): 242-248. doi:10.1016/j.jaad.2015.05.001
3. **Zabotti A, McGonagle DG, Giovannini I, et al.** Transition phase towards psoriatic arthritis: clinical and ultrasonographic characterisation of psoriatic arthralgia. *RMD Open*. 2019;5(2): e001067. doi:10.1136/rmdopen-2019-001067
4. **Liu P, Kuang Y, Ye L, et al.** Predicting the Risk of Psoriatic Arthritis in Plaque Psoriasis Patients: Development and Assessment of a New Predictive Nomogram. *Front Immunol*. 2021;12: 740968. doi:10.3389/fimmu.2021.740968
5. **Stober C.** Pathogenesis of psoriatic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2021;35(2): 101694. doi:10.1016/j.berh.2021.101694
6. **Araujo EG, Schett G.** Enthesitis in psoriatic arthritis (Part 1): pathophysiology. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(Suppl 1):i10-i14. doi:10.1093/rheumatology/keaa039
7. **The importance of ultrasound in identifying and differentiating patients with early inflammatory arthritis: a narrative review - PubMed.** Accessed January 9, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31898524/>

8. **Polachek A, Furer V, Zureik M, et al.** Ultrasound, magnetic resonance imaging and radiography of the finger joints in psoriatic arthritis patients. *Rheumatology*. 2022;61(2): 563-571. doi:10.1093/ rheumatology/ keab272
9. **Schoels M, Aletaha D, Funovits J, Kavanaugh A, Baker D, Smolen JS.** Application of the DAREA/DAPSA score for assessment of disease activity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(8):1441-1447. doi:10.1136/ard.2009.122259
10. **Simpson MJ, Chow C, Morgenstern H, Luger TA, Ellis CN.** Comparison of three methods for measuring psoriasis severity in clinical studies (Part 2 of 2): use of quality of life to assess construct validity of the Lattice System Physician's Global Assessment, Psoriasis Area and Severity Index and Static Physician's Global Assessment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(7):1415-1420. doi:10.1111/jdv.12861
11. **OMERACT Definitions for Ultrasonographic Pathologies and Elementary Lesions of Rheumatic Disorders 15 Years On - PubMed.** Accessed October 21, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30709946/>
12. **Naranje P, Prakash M, Sharma A, Dogra S, Khandelwal N.** Ultrasound Findings in Hand Joints Involvement in Patients with Psoriatic Arthritis and Its Correlation with Clinical DAS28 Score. *Radiol Res Pract*. 2015;2015: 353657. doi:10.1155/2015/353657

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH SIÊU ÂM KHỚP NGÓN XA BÀN TAY VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Nguyễn Thị Như Hoa¹, Vũ Văn Minh², Nguyễn Vĩnh Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm khớp ngón xa bàn tay với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trong tổng số 480 khớp ngón xa của 48 bệnh nhân viêm khớp vảy nến (VKVN) được điều trị nội trú tại Trung tâm cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 08 năm 2023. Bệnh nhân được chẩn đoán VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR 2006; được đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm PASI và DAPSA. Hình ảnh trên siêu âm mỗi khớp được đánh giá theo thang xám grayscale, hình ảnh tăng sinh màng hoạt dịch theo 2 thang điểm GSJC (Grayscale joint count), GSJS (Grayscale joint score), Tăng sinh mạch trên phổ xung Doppler theo 2 thang điểm PDJC (Power Doppler joint count), PDJS (Power Doppler joint score). **Kết quả:** Có mối tương quan giữa tuổi với các chỉ số mức độ viêm của khớp ngón xa trên siêu âm GSJC, GSJS, PDJC, PDJS với hệ số tương quan $R=0,32$ và $p<0,05$; không có sự khác biệt giữa thời gian mắc bệnh viêm khớp vảy nến với các chỉ số mức độ viêm trên siêu âm với $p>0,05$; nhóm bệnh nhân điều trị sinh học có các chỉ số viêm trên siêu âm

thấp hơn nhóm không điều trị sinh học, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Số khớp đau tương quan với chỉ số GSJC, GSJS và tương quan mạnh với chỉ số PDJS với $p<0,001$. Có mối tương quan giữa số khớp sưng với các chỉ số viêm trên siêu âm với hệ số tương quan $R>0,4$ và $p<0,001$. Mối tương quan mạnh giữa mức độ đau (điểm VAS), chỉ số CRP máu với các chỉ số viêm trên siêu âm với $R>0,6$; $p<0,001$ và $R>0,45$ và $p<0,001$. Có mối tương quan giữa điểm PASI và điểm DAPSA với các chỉ số tổn thương trên siêu âm với $R>0,3$ và $p<0,001$; $R>0,5$ và $p<0,001$. **Kết luận:** Siêu âm khớp ngón xa là một kỹ thuật không xâm lấn có giá trị trong phát hiện tình trạng viêm khớp và tổn thương các phần mềm quanh khớp; đặc biệt là ở những bệnh nhân viêm khớp dưới lâm sàng. Mức độ tổn thương trên siêu âm khớp ngón xa ở bệnh nhân VKVN có mối liên quan chặt chẽ với lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng, giúp cho quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân VKVN được chính xác hơn.

Từ khóa: Viêm khớp vảy nến, siêu âm Doppler năng lượng, khớp ngón xa bàn tay.

SUMMARY

OBSERVATIONS ON THE RELATIONSHIP BETWEEN ULTRASOUND IMAGING OF DISTAL INTERPHALANGEAL JOINTS AND CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Objective: To evaluate the relationship between ultrasound imaging of distal interphalangeal joints and clinical and laboratory

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

SĐT: 0913015506

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

characteristics in patients with psoriatic arthritis.

Methods: A cross-sectional descriptive study of 480 distal interphalangeal joints of the hands from 48 patients with psoriatic arthritis (PsA) who were treated as inpatients at the Rheumatology Center of Bach Mai Hospital from October 2022 to August 2023. Patients were diagnosed with PsA according to CASPAR 2006 criteria and assessed for disease activity using PASI and DAPSA scores. Ultrasound images of each joint were evaluated using grayscale imaging, synovial membrane proliferation using two scoring systems: GSJC (Grayscale joint count) and GSJS (Grayscale joint score), and vascular proliferation on Doppler spectrum using PDJC (Power Doppler joint count) and PDJS (Power Doppler joint score). **Results:** There was a correlation between age and inflammatory indices of distal interphalangeal joints on ultrasound (GSJC, GSJS, PDJC, PDJS) with correlation coefficient $R=0.32$ and $p<0.05$. No significant difference was found between disease duration and ultrasound inflammatory indices ($p>0.05$). Patients receiving biological therapy showed lower ultrasound inflammatory indices compared to those without biological therapy, with statistical significance ($p<0.05$). The number of painful joints correlated with GSJC, GSJS indices and strongly correlated with PDJS index ($p<0.001$). There was a correlation between the number of swollen joints and ultrasound inflammatory indices ($R>0.4$, $p<0.001$). Strong correlations were found between pain severity (VAS score), blood CRP levels, and ultrasound inflammatory indices ($R>0.6$, $p<0.001$ and $R>0.45$, $p<0.001$ respectively). PASI and DAPSA scores correlated with ultrasound lesion indices ($R>0.3$, $p<0.001$ and $R>0.5$, $p<0.001$ respectively). **Conclusion:** Ultrasound of distal interphalangeal joints is a valuable non-invasive technique for

detecting joint inflammation and periarticular soft tissue damage, particularly in patients with subclinical arthritis. The severity of ultrasound findings in distal interphalangeal joints in PsA patients closely correlates with clinical and laboratory indices, enabling more accurate diagnosis, treatment, and monitoring of PsA patients.

Keywords: psoriatic arthritis, Power Doppler ultrasound, distal interphalangeal joint

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vẩy nến là một bệnh viêm mãn tính có khả năng gây tàn tật với các tổn thương khớp và ngoài khớp với tỷ lệ lưu hành khoảng 0,05% - 0,25%¹.

Tổn thương khớp cơ bản trong VKVN bao gồm quá trình viêm và tái cấu trúc¹. Tổn thương viêm gồm viêm xương, phù tủy, viêm màng hoạt dịch, viêm điểm bám gân, và viêm bao gân. Tổn thương cấu trúc bao gồm xơ hóa, bào mòn xương, gai xương và cầu xương dẫn tới dính khớp. Phần lớn các tổn thương này thường chỉ phát hiện sớm được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Siêu âm được coi là một phương tiện đáng tin cậy và chi phí thấp để đánh giá cả mức độ hoạt động của bệnh và tổn thương trong bệnh lý khớp viêm, trong đó có VKVN, so với khám lâm sàng². Kỹ thuật hình ảnh này đã được chứng minh là một công cụ chẩn đoán có giá trị trong việc phát hiện và đo lường tình trạng viêm khớp, cũng như đánh giá các tổn thương cấu trúc. Kết quả siêu âm có giá trị tương đương với cộng hưởng từ (MRI), ngoại trừ phát hiện phù tủy xương. Với xung Doppler năng lượng (PD), siêu âm có độ nhạy cao phát hiện tình trạng tăng sinh mạch máu nhỏ ở màng hoạt dịch, gân và điểm bám gân, qua đó phản ánh tình trạng viêm.

Trên thế giới đã có các nghiên cứu được thực hiện đánh giá tổn thương khớp ngón xa trên bệnh nhân VKVN, như mô tả hình ảnh siêu âm khớp ngón xa ở bệnh nhân VKVN², mối liên quan giữa các tổn thương trên siêu âm khớp bàn tay với mức độ hoạt động bệnh bằng thang điểm DAS28³, mối liên quan giữa tổn thương móng với các tổn thương khớp ngón xa trên siêu âm¹... Các nghiên cứu này cũng đưa đến kết luận siêu âm khớp ngón xa có vai trò trong hỗ trợ lâm sàng, công cụ cho quá trình chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân VKVN, tuy nhiên cỡ mẫu chưa lớn nên cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu để tăng độ tin cậy².

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về VKVN khá nhiều nhưng hiện tại chưa có nghiên cứu nào mô tả và đánh giá tổn thương khớp ngón xa ở bệnh nhân VKVN bằng siêu âm. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm khớp ngón xa bàn tay với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 48 bệnh nhân nghiên cứu đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp vảy nến theo tiêu chuẩn CASPAR (2006)⁴

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương viêm khớp ngón xa do các bệnh lý khác như chấn thương, nhiễm trùng,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Biến số:

Các biến số đánh giá mối liên quan giữa siêu âm khớp ngón xa với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến như sau:

+ Các chỉ số tuổi, thời gian mắc bệnh, điều trị, sưng, đau, thang điểm VAS, CRP, đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm PASI và điểm DAPSA

Tổn thương trên siêu âm khớp ngón xa bàn tay

Nghiên cứu sử dụng máy siêu âm 4D đầu dò phẳng có tần số 7,5-15 MHz của hãng LOGIQ E9. Các biến số thu thập ở mỗi khớp gồm: độ dày màng hoạt dịch, phân độ dày màng hoạt dịch theo thang xám (grayscale - GS) từ 0 – 3 điểm, mức độ tăng sinh mạch trên Doppler năng lượng (Power Doppler – PD) từ 0 – 3 điểm⁵, đứt bán phần hoặc hoàn toàn gân duỗi, viêm gân duỗi, viêm gân gấp, hình ảnh gai xương và bào mòn xương.

Từ điểm GS mỗi khớp, tính ra điểm GSJC (Grayscale joint count) = số khớp có điểm GS ≥ 1 và điểm GSJS (Grayscale joint score) = tổng điểm GS của 10 khớp.

Từ điểm PD mỗi khớp, tính ra điểm PDJC (Power Doppler joint count) = số khớp có điểm PD ≥ 1 và điểm PDJS (Power Doppler joint scale) = tổng điểm PD của 10 khớp.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20,0 để thực hiện thuật toán thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 48 bệnh nhân VKVN chủ yếu là nam giới chiếm 73%, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,5, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 81, thời gian mắc VKVN trung bình $6,3 \pm 6,7$ (năm), thời gian từ vảy nến thành VKVN $3,7 \pm 6,8$ (năm), tỷ lệ viêm khớp ngón xa bàn tay là 12,5%, tỷ lệ bệnh nhân điều trị sinh học chiếm 62,5%, trung bình điểm PASI là $14,6 \pm 15,9$, phân loại PASI trong nghiên cứu: lui bệnh (<5)

chiếm 35,4%, nhẹ (5-10) chiếm 14,6%, mạnh (>10) chiếm 50%, trung bình điểm DAPSA là $16,5 \pm 12,4$, phân loại DAPSA trong nghiên cứu: lui bệnh (≤ 4): 12,5%, nhẹ (4-14): 39,6%, trung bình (14-28): 29,2%, mạnh (>28): 18,8%.

3.2. Đặc điểm siêu âm khớp ngón xa bàn tay của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân độ mức độ dày màng hoạt dịch khớp ngón xa bàn tay

	Chung n=480	N1 n=96	N2 n=96	N3 n=96	N4 n=96	N5 n=96	p-value
Phân độ	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0	217 (45,2%)	49 (51,0%)	44 (45,8%)	34 (35,4%)	40 (41,7%)	50 (52,1%)	0,895
1	177 (36,9%)	34 (35,4%)	32 (33,3%)	27 (28,1%)	43 (44,8%)	41 (42,7%)	
2	78 (16,2%)	13 (13,5%)	19 (19,8%)	28 (29,2%)	13 (13,5%)	5 (5,2%)	
3	8 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	7 (7,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Mức độ							
≥ 1	263 (54,8%)	47 (49,0%)	52 (54,2%)	62 (64,6%)	56 (58,3%)	46 (47,9%)	0,118

Nhận xét: Trong tổng số 480 khớp, tỷ lệ khớp ngón xa có dày màng hoạt dịch từ độ 1 trở lên là 54,8%.

Bảng 2. Mức độ tăng sinh mạch trên xung Doppler năng lượng

	Chung n=480	N1 n=96	N2 n=96	N3 n=96	N4 n=96	N5 n=96	p-value
Tín hiệu Doppler	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0	245 (51,0%)	53 (55,2%)	51 (53,1%)	37 (38,5%)	43 (44,8%)	61 (63,5%)	0,572
1	171 (35,6%)	33 (34,4%)	33 (34,4%)	37 (38,5%)	40 (41,7%)	28 (29,2%)	
2	56 (11,7%)	10 (10,4%)	11 (11,5%)	16 (16,7%)	12 (12,5%)	7 (7,3%)	
3	8 (1,7%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)	6 (6,2%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	
Mức độ							
≥ 1	235 (49,0%)	43 (44,8%)	45 (46,9%)	59 (61,5%)	53 (55,2%)	35 (36,5%)	0,006

Nhận xét: Trong tổng số 480 khớp, tỷ lệ khớp ngón xa có tín hiệu Doppler từ độ 1 trở lên là 49%. Khớp ngón xa có tăng tín hiệu mạch hay gặp nhất ngón 3 và 4, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Mối liên quan giữa siêu âm khớp ngón xa bàn tay với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân VKVN

Bảng 3. Chỉ số tổ hợp đánh giá mức độ dày màng hoạt dịch và tín hiệu mạch Doppler (n=480 khớp)

	Trung bình	Trung vị	$\pm$ SD	Min	Max
GSJC	5,48	5,5	3,14	0	10
GSJS	7,44	7	4,80	0	16
PDJC	4,90	4	3,34	0	10
PDJS	6,40	6,5	4,77	0	17

Bảng 4. Mối tương quan giữa chỉ số viêm khớp ngón xa bàn tay trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng (n=48)

Đặc điểm	R	P
GSJC – Tuổi	0,32	0,026
GSJS – Tuổi	0,32	0,024
PDJC – Tuổi	0,32	0,028
PDJS – Tuổi	0,31	0,032
GSJC – Thời gian mắc bệnh	0,11	0,047
GSJS – Thời gian mắc bệnh	0,15	0,31
PDJC – Thời gian mắc bệnh	0,12	0,42
PDJS – Thời gian mắc bệnh	0,22	0,14
GSJC – Số khớp đau	0,38	0,073
GSJS – Số khớp đau	0,43	0,0021
PDJC – Số khớp đau	0,53	9,9e-05
PDJS – Số khớp đau	0,6	6e-06
GSJC – số khớp sưng	0,43	0,0025
GSJS – số khớp sưng	0,47	0,00071
PDJC – số khớp sưng	0,59	1,1e-05
PDJS – số khớp sưng	0,67	1,8e-07

Nhận xét: Chỉ số mức độ viêm trên siêu âm có mối tương quan với tuổi, số khớp sưng, mức độ đau, có ý nghĩa thống kê với hệ số tương quan lần lượt là: (R 0,32 và $p < 0,05$), (R $> 0,4$ và $p < 0,001$), (R $> 0,6$ và $p < 0,001$).

Bảng 4. Mối tương quan giữa chỉ số viêm khớp ngón xa bàn tay trên siêu âm với một số đặc điểm lâm sàng (n=48)

Đặc điểm	R	P
GSJC – VAS	0,66	3,3e-07
GSJS – VAS	0,73	4,9e-09
PDJC – VAS	0,79	2,8e-11
PDJS – VAS	0,82	1,1e-12
GSJC – CRP	0,45	0,0014
GSJS – CRP	0,52	0,00015
PDJC – CRP	0,52	0,00017
PDJS – CRP	0,61	3,9e-06
GSJC – PASI	0,3	0,035
GSJS – PASI	0,33	0,021
PDJC – PASI	0,33	0,021
PDJS – PASI	0,4	0,0047
GSJC – DAPSA	0,58	1,7e-05
GSJS – DAPSA	0,65	6,8e-07
PDJC – DAPSA	0,7	2,2e-08
PDJS – DAPSA	0,79	3e-11

Nhận xét: Chỉ số mức độ viêm trên siêu âm có mối tương quan chỉ số viêm CRP, điểm PASI, điểm DAPSA có ý nghĩa thống kê với hệ số tương quan lần lượt là: ($R > 0,45$ và $p < 0,001$), ($R > 0,3$ và $p < 0,001$), ($R > 0,5$ và $p < 0,001$).

Bảng 5. Trung bình các chỉ số viêm trên siêu âm theo đặc điểm điều trị (n=48)

Điều trị DMARDs sinh học	Không n=18	Có n=30	p-value
GSJC	6,8 (2,2)	4,7 (3,4)	0,013
GSJS	9,4 (3,7)	6,2 (5,0)	0,015
PDJC	6,8 (2,8)	3,8 (3,0)	0,001
PDJS	9,5 (3,9)	4,5 (4,3)	<0,001

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân điều trị sinh học có tất cả các chỉ số viêm trên siêu âm thấp hơn nhóm không điều trị sinh học, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Viêm khớp vảy nến là bệnh lý khớp viêm mạn tính, có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào. Trong nghiên cứu chúng tôi, trung bình tuổi của nhóm nghiên cứu là $45,4 \pm 15,6$ năm, trung bình tuổi tương đồng với nghiên cứu tác giả Trần Thị Minh Hoa – 2012, Ngô Minh Vinh – 2018, cao hơn nghiên cứu tác giả Cù Huy Nghĩa – 2020^{6,7}.

Trung bình thời gian mắc bệnh VKVN của nhóm nghiên cứu chúng tôi là $6,3 \pm 6,7$ năm. Kết quả này dài hơn thời gian mắc bệnh của tác giả Cù Huy Nghĩa (TB: $3,8 \pm 4,7$ năm), Trần Thị Minh Hoa (TB: $3,5 \pm 1,9$ năm) và Ngô Minh Vinh (TB: $3,0 \pm 3,8$ năm)^{6,7}. Điều này có thể giải thích do trung bình tuổi của nhóm nghiên cứu chúng tôi cao hơn các tác giả trên.

Trung bình điểm PASI trong nghiên cứu của chúng tôi là $14,6 \pm 15,9$, trong đó tỷ lệ BN có PASI $> 10\%$ (mức độ nặng) là 50%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Cù Huy Nghĩa (TB: $7,6 \pm 8,7$ với mức độ nặng chiếm 31,3%)⁶. Trung bình điểm DAPSA trong nghiên cứu của chúng tôi là $16,5 \pm 12,4$ điểm. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Cù Huy Nghĩa (TB: $21,4 \pm 7,98$)⁶.

Tỷ lệ bệnh nhân đạt lui bệnh và hoạt động nhẹ là 52,1%, hoạt động trung bình và mạnh là 47,9%. Tỷ lệ BN có DAPSA hoạt động mạnh tương đương với tỷ lệ hoạt động mạnh trên thang điểm PASI. Điều này nói lên tổn thương da và viêm khớp có mối quan hệ tuyến tính với nhau⁸.

Trong số 480 khớp được khảo sát, tỷ lệ có dày màng hoạt dịch các mức độ là 54,8%, và trên xung Doppler năng lượng, tỷ lệ tăng sinh mạch các mức độ là 49% tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Naranje³ và cộng sự. Siêu âm Doppler năng lượng cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu với độ nhạy cao, giúp phân biệt khớp sưng do viêm và không do viêm, đồng thời còn đánh giá được hình ảnh tổn thương khớp ngón tay như: tràn dịch khớp, tăng sinh bao hoạt dịch, dày mô mềm, viêm điểm bám gân, phản ứng màng xương, bào mòn xương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố tuổi, số khớp đau, số khớp sưng, chỉ số CRP, điểm vảy nến da PASI và điểm hoạt động bệnh DAPSA đều có tương quan tuyến tính có ý nghĩa thống kê với các chỉ số tổ hợp tổn thương trên siêu âm (GSJC, GSJS, PDJC và PDJS). Kết quả này tương đồng với tác giả Naranje và cộng sự³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân được điều trị bằng thuốc sinh học chiếm 62.5% do vậy tỷ lệ viêm ngón có thể sẽ thấp hơn so với các nghiên cứu khác³.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 480 khớp ngón xa ở 48 bệnh nhân VKVN, cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa siêu âm khớp ngón xa với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân VKVN. Siêu âm khớp ngón xa có vai trò trong hỗ trợ lâm sàng, công cụ cho quá trình chẩn đoán, điều trị bệnh nhân VKVN. Nên áp dụng siêu âm khớp để theo dõi và đánh giá mức độ hoạt động bệnh, đáp ứng điều trị ở bệnh nhân VKVN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Distal interphalangeal joint extensor tendon enthesopathy in patients with nail psoriasis** | Scientific Reports. Accessed February 6, 2025. <https://www.nature.com/articles/s41598-019-39985-7>
2. **Guldborg-Møller J, Mogensen M, Ellegaard K, et al.** Multimodal imaging of the distal interphalangeal-joint synovio-entheseal complex in psoriatic arthritis (MIDAS): a cross-sectional study on the diagnostic accuracy of different imaging modalities comparing psoriatic arthritis to psoriasis and osteoarthritis. *RMD Open*. 2022;8(1):e002109. doi:10.1136/rmdopen-2021-002109
3. **Naranje P, Prakash M, Sharma A, Dogra S, Khandelwal N.** Ultrasound Findings in Hand Joints Involvement in Patients with Psoriatic Arthritis and Its Correlation with Clinical DAS28 Score. *Radiol Res Pract*. 2015;2015: 353657. doi:10.1155/2015/353657
4. **Classification and diagnostic criteria for psoriatic arthritis** - PubMed. Accessed February 7, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15708931/>
5. **Bruyn GA, Naredo E, Iagnocco A, et al.** The OMERACT Ultrasound Working Group 10 Years On: Update at OMERACT 12. *J Rheumatol*. 2015;42(11):2172-2176. doi:10.3899/jrheum.141462
6. **Cù Huy Nghĩa TTTC Nguyễn Thị Như Hoa.** Hình ảnh tổn thương gân achille trên siêu âm doppler năng lượng ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến. *Tạp Chí Học Việt Nam Hội Nghị Khoa Học Thường Niên Lần XVII-VRA 2020*.:88-94.
7. **Trần Thị Minh Hoa.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm khớp vẩy nến chẩn đoán và điều trị tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp Chí Học Thực Hành*. Published online Số (806) 2012 2012:9-12.
8. **Pukšić S, Bolton-King P, Sexton J, Michelsen B, Kvien TK, Hammer HB.** DAPSA and ultrasound show different perspectives of psoriatic arthritis disease activity: results from a 12-month longitudinal observational study in patients starting treatment with biological disease-modifying antirheumatic drugs. *RMD Open*. 2018;4(2):e000765. doi:10.1136/rmdopen-2018-000765

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MÓNG TAY TRÊN SIÊU ÂM VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Nguyễn Thị Như Hoa¹ Vũ Văn Minh², Nguyễn Vĩnh Ngọc²,
Phạm Trung Kiên³, Nguyễn Công Toại³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương móng tay trên siêu âm với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp vảy nến (VKVN). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 340 móng tay ở 34 bệnh nhân VKVN tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2022 đến tháng 7/2023. Bệnh nhân được chẩn đoán VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR 2006, đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm DAPSA. Tổn thương móng tay trên lâm sàng được đánh giá ở mầm móng (rỗ móng, đốm trắng, liềm móng đỏ, vỡ tấm móng) và giường móng (dày sừng dưới móng, bong móng, dấu hiệu giọt dầu, xuất huyết dưới móng). Tổn thương móng tay trên siêu âm được đánh giá với các chỉ số: độ dày tấm móng, độ dày giường móng, dạng tổn thương loạn dưỡng móng, tín hiệu Doppler ở giường móng và mầm móng. **Kết quả:** Nhóm có tổn thương móng tay trên siêu âm có tuổi trung bình, tuổi khởi phát VKVN, tuổi

trung bình xuất hiện tổn thương da, tuổi trung bình xuất hiện tổn thương khớp sớm hơn với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân có tổn thương khớp ngoại vi có tỷ lệ tổn thương móng tay trên siêu âm cao hơn với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Độ dày giường móng có tương quan với số lượng khớp sưng ($R = 0,363$, $p = 0,035$). Độ dày tấm móng trung bình của các móng tay có tổn thương trên siêu âm là $0,70 \pm 0,24$ mm, cao hơn so với móng không có tổn thương trên siêu âm là $0,57 \pm 0,10$ mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Độ dày giường móng trung bình của các móng tay có tổn thương trên siêu âm là $1,65 \pm 0,34$ mm, cao hơn so với móng không có tổn thương trên siêu âm là $1,51 \pm 0,22$ mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$). Chỉ số đánh giá mức độ tổn thương móng tay trên lâm sàng (NAPSI) có tương quan chặt chẽ với độ dày tấm móng trung bình ($R = 0,724$, $p = 0,000$) và độ dày giường móng trung bình ($R = 0,565$, $p = 0,000$) trên siêu âm. Độ dày tấm móng và giường móng tay không liên quan với chỉ số hoạt động bệnh PASI và DAPSA ($p > 0,05$). **Kết luận:** Siêu âm móng tay là một kỹ thuật không xâm lấn, cho phép đánh giá từng phần của đơn vị móng. Có mối liên quan giữa siêu âm móng tay ở bệnh nhân VKVN với lâm sàng và chỉ số đánh giá mức độ tổn thương móng trên lâm sàng NAPSI.

Từ khóa: viêm khớp vảy nến, vảy nến móng, siêu âm móng.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa
SĐT: 0913015506

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

SUMMARY

**OBSERVATIONS ON THE
RELATIONSHIP BETWEEN
ULTRASOUND FINDINGS OF NAIL
LESIONS AND CLINICAL AND
LABORATORY CHARACTERISTICS
IN PATIENTS WITH PSORIATIC
ARTHRITIS**

Objective: To evaluate the relationship between ultrasound characteristics of nail lesions and clinical and laboratory features in patients with psoriatic arthritis (PsA). **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 340 fingernails from 34 PsA patients at the Rheumatology Center of Bach Mai Hospital from November 2022 to July 2023. Patients were diagnosed with PsA according to CASPAR 2006 criteria and disease activity was assessed using the DAPSA score. Clinical nail lesions were evaluated in the nail matrix (pitting, leukonychia, red lunula, nail plate crumbling) and nail bed (subungual hyperkeratosis, onycholysis, oil drop sign, splinter hemorrhages). Ultrasound assessment of nail lesions included: nail plate thickness, nail bed thickness, nail dystrophy patterns, and Doppler signals in the nail bed and matrix. **Results:** The group with ultrasound-detected nail lesions had earlier mean age, PsA onset age, skin lesion onset age, and joint involvement onset age with 95% confidence ($p < 0.05$). Patients with peripheral joint involvement showed a higher prevalence of ultrasound nail lesions with 95% confidence ($p < 0.05$). Nail bed thickness correlated with the number of swollen joints ($R = 0.363$, $p = 0.035$). The mean nail plate thickness of nails with ultrasound abnormalities was 0.70 ± 0.24 mm, significantly higher than nails without ultrasound abnormalities (0.57 ± 0.10 mm) with 95% confidence ($p < 0.05$). The mean nail bed thickness of affected nails was 1.65 ± 0.34 mm, significantly higher than unaffected nails ($1.51 \pm$

0.22 mm) with 95% confidence ($p < 0.05$). The clinical nail assessment index (NAPSI) strongly correlated with mean nail plate thickness ($R = 0.724$, $p = 0.000$) and mean nail bed thickness ($R = 0.565$, $p = 0.000$) on ultrasound. Nail plate and bed thickness did not correlate with disease activity indices PASI and DAPSA ($p > 0.05$). **Conclusion:** Nail ultrasound is a non-invasive technique that allows evaluation of each component of the nail unit. There is a significant relationship between nail ultrasound findings in PsA patients and clinical features, including the clinical nail assessment score NAPSI.

Keywords: psoriatic arthritis, nail psoriasis, nail ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vẩy nến là bệnh lý viêm khớp mạn tính ở các khớp ngoại biên và/hoặc cột sống, có liên quan tới bệnh vẩy nến. Bệnh thường gặp nhất ở lứa tuổi trung niên (35-55 tuổi) với tỷ lệ lưu hành khoảng 0,05 – 0,6% dân số và đang có xu hướng gia tăng. Thời gian trung bình từ vẩy nến đến viêm khớp vẩy nến là 35,5 tháng¹.

Viêm khớp vẩy nến làm suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng như làm gia tăng gánh nặng bệnh tật cho cá nhân và xã hội^{2,3}. Việc phát hiện và điều trị sớm viêm khớp vẩy nến có thể cho phép ngăn ngừa sự tiến triển trên lâm sàng và xquang của bệnh. Các nghiên cứu cho thấy có sự chậm trễ đáng kể trong chẩn đoán đối với đa số bệnh nhân, như theo nghiên cứu của Paras Karmacharia (2021), trên 50% bệnh nhân bị chẩn đoán VKVN muộn hơn 2 năm⁴. Tổn thương móng ở bệnh nhân vẩy nến là một trong các yếu tố dự báo cho sự phát triển thành viêm khớp vẩy nến^{7,8,9,10}. Trong khi những thay đổi ở móng tay chỉ được quan sát

thấy ở khoảng 40% bệnh nhân vảy nến đơn thuần, thì tổn thương này lại xuất hiện ở khoảng 80% bệnh nhân viêm khớp vảy nến. Thêm vào đó, dù tổn thương phổ biến này không gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân, nhưng lại có thể gây đau, ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống và khả năng lao động^{11,12}.

Siêu âm móng tay là một phương pháp đem lại hiệu quả chẩn đoán cao nhằm dự báo tổn thương viêm khớp sau này ở bệnh nhân vảy nến. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện, chủ yếu tập trung vào việc đánh giá, so sánh các thông số siêu âm móng giữa nhóm bệnh nhân và nhóm chứng khỏe mạnh¹³, hay giữa bệnh nhân vảy nến đơn thuần và viêm khớp vảy nến¹⁴, đặc biệt chú ý đến hình thái móng trong siêu âm Doppler năng lượng với đầu dò có tần số cao nhằm đánh giá mạch máu nuôi dưỡng giường móng và mầm móng trên siêu âm Doppler. Các nghiên cứu này cũng đưa đến một kết luận tổn thương móng có thể là yếu tố dự báo sự xuất hiện của viêm khớp vảy nến, tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ nên cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu để tăng độ tin cậy^{14,15}.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về bệnh viêm khớp vảy nến khá nhiều, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về tổn thương móng trên siêu âm ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến được thực hiện. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **Nhận xét mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương móng tay trên siêu âm với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm khớp vảy nến.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 34 bệnh nhân với 340 móng tay được chẩn đoán xác định VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR năm 2006 điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2022 đến tháng 7/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Dị tật bẩm sinh hoặc mắc phải ở móng tay.
- Tiền sử chấn thương, phẫu thuật, nhiễm trùng móng tay trong 6 tháng
- Có tiền sử bệnh khớp khác ở bàn ngón tay
- Không mắc bệnh đái tháo đường, béo phì.
- Bệnh nhân có rối loạn tâm thần, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

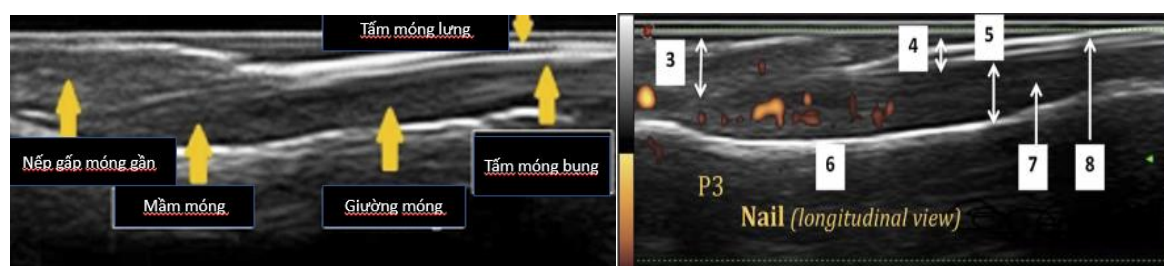
Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang: Tiến hành thu thập số liệu bằng một mẫu bệnh án và bộ câu hỏi thống nhất theo các bước sau:

Bước 1: Hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm khớp vảy nến theo mẫu bệnh án.

Bước 2: Đánh giá các yếu tố liên quan đến viêm khớp vảy nến:

- + Các chỉ số nhân trắc học, tuổi, giới, nghề nghiệp,....
- + Các đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc, sưng đau các khớp, hạn chế vận động các khớp, tổn thương cột sống, tổn thương da
- + Các chỉ số cận lâm sàng: máu lắng, CRP....

Bước 3: Siêu âm móng tay bệnh nhân VKVN và tìm mối liên quan giữa hình ảnh siêu âm với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng



Hình 1. Hình ảnh siêu âm móng tay (lát cắt dọc móng)

Các thông số đánh giá trên siêu âm:

3: Độ dày của nếp móng gần

4: Độ dày của tấm móng (mm): Khoảng cách tối đa giữa hai tấm móng bụng và lưng

5: Độ dày của giường móng: Khoảng cách tối đa giữa tấm móng bụng và bờ xương của đốt xa ngón tay (Hình 1)

Sự hiện diện của loạn dưỡng móng: tổn thương Wortsman I-IV

Wortsman I: có tổn thương tấm móng lưng

Wortsman II: có tổn thương tấm móng bụng

Wortsman III: có tổn thương hai tấm móng lưng và bụng có hình ảnh gấp mô

Wortsman IV: có tổn thương cả hai tấm móng vùng gần mâm móng

Cường độ tín hiệu Doppler năng lượng ở mâm móng và giường móng

0: không có tín hiệu

1: tín hiệu hợp lưu trong <25% diện tích

2: tín hiệu hợp lưu trong 25–50% khu vực

3: hợp lưu tín hiệu trong > 50% diện tích

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20,0 để thực hiện thuật toán thống kê: tính phần trăm, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan giữa tổn thương móng tay và các đặc điểm chung

Đặc điểm		Tổn thương móng siêu âm		p
		Có (n = 30)	Không (n = 4)	
Giới	Nam	19	3	0,56
	Nữ	11	1	
Tiền sử gia đình VN/VKVN	Có	4	1	0,45
	Không	26	3	
Tuổi trung bình		47,43 ± 15,39	27,25 ± 5,12	0,015
Tuổi khởi phát VKVN		21,00 ± 6,16	37,62 ± 15,27	0,003
Tuổi TB khi có tổn thương da		21,00 ± 6,16	37,61 ± 15,25	0,003
Tuổi trung bình khi có tổn thương khớp		24,00 ± 4,97	41,97 ± 16,41	0,000
Thời gian mắc VN		9,82 ± 8,41	6,25 ± 3,30	0,41
Thời gian mắc VKVN		52,75 ± 88,60	39,75 ± 38,99	0,78
Thời gian đau khớp		64,50 ± 91,03	41,25 ± 40,16	0,62
BMI		25,61 ± 4,09	22,71 ± 2,80	0,07
PASI		5,97 ± 9,61	1,35 ± 1,28	0,35

DAPSA	18,30 ± 15,62	2,19 ± 2,84	0,051
Số lượng khớp đau	4 ± 6	0 ± 1	0,20
Số lượng khớp sưng	2 ± 4	0 ± 1	0,47

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân, tuổi khởi phát viêm khớp vẩy nến, tuổi trung bình xuất hiện tổn thương da, tuổi trung bình khi xuất hiện tổn thương khớp ở nhóm có tổn thương móng tay trên siêu âm cao hơn so với nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan tổn thương móng tay và đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Tổn thương móng tay trên siêu âm		P
		Có	Không	
Tổn thương khớp trục	Có	13	3	0,323
	Không	17	1	
Tổn thương khớp ngoại vi	Có	24	0	0,005
	Không	6	4	
Tổn thương da	Có	25	3	0,559
	Không	5	1	
Viêm ngón	Có	9	0	0,554
	Không	21	4	

Nhận xét: Tổn thương móng tay trên siêu âm xuất hiện ở nhóm bệnh nhân có tổn thương khớp ngoại vi cao hơn so với nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê, độ tin cậy 95%.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương móng tay trên siêu âm

Đặc điểm	Có tổn thương trên siêu âm (n=250)	Không tổn thương trên siêu âm (n=90)	Tổng (n = 340)	P
Độ dày tấm móng (mm)	0,70 ± 0,24	0,57 ± 0,10	0,67 ± 0,22	0,00
Độ dày giường móng (mm)	1,65 ± 0,34	1,51 ± 0,22	1,62 ± 0,32	0,00

Nhận xét: Độ dày tấm móng và giường móng trung bình của các móng tay có tổn thương trên siêu âm cao hơn các móng tay không có tổn thương trên siêu âm, độ tin cậy 95% ($p < 0,05$)

Bảng 4. Mối tương quan giữa các đặc điểm tổn thương móng lâm sàng và siêu âm với đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	R	P
NAPSI – tuổi		0,16
NAPSI – thời gian mắc VN	0,413	0,02
NAPSI – độ dày tấm móng trung bình	0,724	0,000
NAPSI – độ dày giường móng trung bình	0,565	0,000
NAPSI - DAPSA	0,379	0,03
NAPSI - PASI		0,23
PASI - DAPSA	0,372	0,03
Độ dày giường móng – tuổi xuất hiện tổn thương khớp	0,371	0,03
Độ dày tấm móng – thời gian mắc vẩy nến		0,36
Độ dày giường móng – thời gian đau khớp		0,48

Độ dày giường móng – số khớp sưng	0,363	0,03
Độ dày tấm móng - PASI		0,51
Độ dày tấm móng – DAPSA		0,12
Độ dày giường móng – PASI		0,91
Độ dày giường móng - DAPSA		0,07

Nhận xét: Chỉ số đánh giá mức độ tổn thương móng tay trên lâm sàng (NAPSI) có tương quan chặt chẽ với độ dày tấm móng trung bình ($R = 0,724$, $p = 0,000$) và độ dày giường móng trung bình ($R = 0,565$, $p = 0,000$) trên siêu âm. Độ dày tấm móng và giường móng tay không liên quan với chỉ số hoạt động bệnh PASI và DAPSA ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương móng tay với đặc điểm chung ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình, tuổi khởi phát viêm khớp vảy nến, tuổi trung bình xuất hiện tổn thương da, tuổi trung bình khi xuất hiện tổn thương khớp ở nhóm có tổn thương móng tay trên siêu âm cao hơn so với nhóm không có tổn thương móng tay trên siêu âm, khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (tất cả $p < 0,05$). Nghiên cứu của Gizem Cengiz (2023)¹ cũng cho thấy tuổi trung bình khởi phát bệnh khác nhau giữa 2 nhóm có và không có tổn thương móng trên lâm sàng, độ tin cậy 95%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NAPSI không liên quan đến tuổi, độ tin cậy 95% ($p = 0,163$), tương tự nghiên cứu của Huang (2022) ($p = 0,217$)² và độ dày giường móng trung bình có tương quan yếu với tuổi xuất hiện tổn thương khớp ($R = 0,371$, $p = 0,031$). Nghiên cứu của Krajewska (2018)³ cho thấy độ dày giường móng trung bình có tương quan yếu với thời gian đau khớp ($R = 0,399$, $p = 0,022$).

Nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy có sự liên quan giữa tổn thương móng tay trên siêu âm và giới tính, độ tin cậy 95% ($p = 0,556$). Kết quả này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Huang (2022)², cho thấy NAPSI không phụ thuộc vào giới với $p = 0,739$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không thấy có mối liên quan giữa tổn thương móng tay trên siêu âm với thời gian mắc vảy nến ($p = 0,413$) và thời gian mắc VKVN ($p = 0,776$). Tuy nhiên, có mối tương quan thuận trung bình giữa điểm NAPSI và thời gian mắc vảy nến ($R = 0,413$, $p = 0,015$). Độ dày tấm móng trung bình không có mối tương quan với thời gian mắc vảy nến ($p = 0,363$). Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của Krajewska (2018)³ cho thấy độ dày tấm móng có mối tương quan yếu với thời gian mắc bệnh vảy nến ($R = 0,275$, $p = 0,029$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình của nhóm có tổn thương móng tay trên siêu âm ($25,61 \pm 4,09$) cao hơn so với nhóm còn lại ($22,71 \pm 2,80$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,073$). Tỷ lệ tổn thương móng tay trên siêu âm của nhóm BMI bình thường và nhóm thừa cân – béo phì là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,107$). Tuy nhiên, nghiên cứu của Cengiz (2023)¹ trên 1122 bệnh nhân VKVN cho thấy bệnh nhân có tổn thương móng tay trên lâm sàng có BMI và tuổi trung bình cao hơn so với nhóm không có tổn thương này, độ tin cậy 95% ($p = 0,02$ và $p = 0,001$).

Không có tương quan giữa NPSI và BMI trong nghiên cứu của chúng tôi ($p = 0,632$), tương tự nghiên cứu của Huang (2022) ($p = 0,775$)².

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa tổn thương móng tay và tiền sử gia đình mắc VN/VKVN với độ tin cậy 95% ($p = 0,448$). Tuy nhiên, do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn nhỏ với tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử này còn thấp, nên cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai để đánh giá thêm đặc điểm này.

4.2. Đặc điểm tổn thương móng tay và đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân VKVN

4.2.1. Liên quan với triệu chứng lâm sàng

Sự xuất hiện tổn thương móng tay trên siêu âm không liên quan với thời gian đau khớp ($p = 0,621$) cũng như số lượng khớp sưng ($p = 0,469$) và số lượng khớp đau ($p = 0,202$) với độ tin cậy 95%.

Nghiên cứu của Krajewska (2018)³ cũng cho thấy độ dày giường móng của bệnh nhân VKVN tăng theo thời gian đau khớp ($R = 0,339$, $p = 0,022$) và có tương quan với số khớp sưng ($R = 0,278$, $p = 0,041$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày giường móng không có mối tương quan với thời gian đau khớp ($p = 0,482$) nhưng có tương quan với số lượng khớp sưng, độ tin cậy 95% ($R = 0,363$, $p = 0,035$).

Tổn thương móng tay trên siêu âm xuất hiện ở nhóm bệnh nhân có tổn thương khớp ngoại vi cao hơn so với nhóm không có tổn thương khớp ngoại vi ($p < 0,05$). Tổn thương móng tay trên siêu âm không liên quan đến tổn thương khớp trực, tổn thương da và viêm ngón. Nghiên cứu của Gizem Cengiz (2023)¹ cũng cho thấy triệu chứng đau cột sống, đau khớp ngoại vi, viêm điểm bám gân, viêm

ngón là tương tự nhau ở 2 nhóm có và không có tổn thương móng tay trên lâm sàng nhưng không có sự khác biệt về tổn thương móng tay ở các nhóm bệnh nhân có tổn thương khớp ngoại vi. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng cho thấy bệnh nhân có tổn thương vảy nến móng tay trên lâm sàng lớn tuổi hơn, có biểu hiện đau và mệt mỏi nhiều hơn, số khớp sưng đau nhiều hơn, PASI và DAPSA cao hơn so với nhóm không có vảy nến móng tay trên lâm sàng ($p < 0,05$).¹

4.2.2. Liên quan với mức độ hoạt động bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù điểm PASI và DAPSA trung bình của nhóm có tổn thương móng tay trên siêu âm (lần lượt là $5,97 \pm 9,61$ và $18,30 \pm 15,62$) cao hơn rõ rệt so với nhóm không có tổn thương này (lần lượt là $1,35 \pm 1,28$ và $2,19 \pm 2,84$), nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p = 0,351$ và $p = 0,051$). Nghiên cứu của Gizem Cengiz (2023)¹ cho kết quả điểm PASI ở nhóm có tổn thương móng tay trên lâm sàng cao hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,001$), cho thấy mức độ nghiêm trọng hơn của mức độ hoạt động bệnh đánh giá theo tổn thương da.

NPSI có tương quan yếu với mức độ hoạt động bệnh tính theo thang điểm DAPSA ($R = 0,379$, $p = 0,027$) tuy nhiên không có tương quan với điểm PASI ($p = 0,235$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy DAPSA có tương quan yếu với điểm PASI với $R = 0,372$, $p = 0,03$, tương tự nghiên cứu của Zhibo Song (2021)⁴ với $R = 0,22$, $p = 0,021$.

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối tương quan nào giữa độ dày tấm móng hoặc giường móng và điểm DAPSA và PASI với độ tin cậy 95% (tất cả $p > 0,05$). Nghiên cứu của Idolazzi (2018)⁵ cũng không tìm

thấy các mối tương quan này ở bệnh nhân VKVN, mặc dù các bệnh nhân đều có một số khớp đau, và mức độ hoạt động ở hầu hết các bệnh nhân là nhẹ đến trung bình.

4.3. Đặc điểm tổn thương móng tay và đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân VKVN

Nghiên cứu của Naredo (2018)⁶ cho thấy BM-Sc - thang điểm đánh giá tổn thương móng trên siêu âm - có mối tương quan yếu với CRP với $R = 0,356$, $p = 0,003$, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện đặc điểm này ($p = 0,410$).

4.4. So sánh tổn thương móng tay trên lâm sàng và siêu âm

Bảng 5. So sánh tổn thương móng tay trên lâm sàng và siêu âm ở bệnh nhân VKVN

Nghiên cứu	Tổng số móng tay	Số móng tổn thương trên lâm sàng	Số móng tổn thương trên siêu âm	Số móng chỉ tổn thương trên siêu âm
Mondal (2018) ⁹⁰	448	229	394	165
Mahmoud (2022) ¹¹⁸	326	88	125	37
Chúng tôi	340	179	250	71

Siêu âm là phương tiện hiệu quả để đánh giá tổn thương móng tay khi phát hiện được những tổn thương móng dưới lâm sàng. Điều này được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới (Bảng 5).

NAPSI có mối tương quan chặt chẽ với độ dày tấm móng trung bình ($R = 0,724$, $p = 0,000$) và tương quan trung bình với độ dày giường móng trung bình ($R = 0,565$, $p = 0,000$). Nghiên cứu của Idolazzi (2018)⁵ cũng cho thấy độ dày tấm móng có liên quan trung bình đến độ dày giường móng và NAPSI (R lần lượt là $0,363$ và $0,464$, $p < 0,01$), độ dày giường móng có tương quan trung bình với NAPSI ($R = 0,464$, $p < 0,005$). Một nghiên cứu khác của De Rossi (2021)⁷ cho thấy độ dày tấm móng có tương quan yếu với NAPSI với $R = 0,258$, $p < 0,001$. Nghiên cứu của Mondal (2018)⁸ cho thấy giữa NAPSI và độ dày trung bình giường móng không có mối tương quan ($p = 0,058$) nhưng NAPSI và độ dày mầm móng có mối tương quan trung bình ($R = 0,411$, $p = 0,005$), tuy nhiên do hạn chế trong lấy số

liệu, nghiên cứu của chúng tôi không tính được chỉ số này.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng còn những hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, chỉ trên 34 bệnh nhân với 340 móng tay, chưa có nhóm đối chứng. Thứ hai, thời điểm siêu âm móng tay là tại thời điểm bất kỳ ở tất cả các móng tay, kể cả nhóm có triệu chứng tổn thương móng trên lâm sàng cũng như nhóm không có tổn thương móng trên lâm sàng, chưa từng điều trị thuốc, đang điều trị thuốc hay bỏ thuốc. Thứ ba, nghiên cứu chưa theo dõi được đáp ứng điều trị tổn thương móng tay qua siêu âm móng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 340 móng tay ở 34 bệnh nhân VKVN, cho thấy có mối liên quan giữa siêu âm móng tay ở bệnh nhân VKVN với lâm sàng và chỉ số đánh giá mức độ tổn thương móng trên lâm sàng NAPSI. Siêu âm móng tay là một kỹ thuật không xâm lấn, cho phép đánh giá từng phần của đơn vị móng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cengiz G, Nas K, Keskin Y, et al.** The impact of nail psoriasis on disease activity, quality of life, and clinical variables in patients with psoriatic arthritis: A cross-sectional multicenter study. *Int J of Rheum Dis.* 2023;26(1):43-50. doi:10.1111/1756-185X.14442
2. **Huang YS, Huang YH, Lin CH, Kuo CF, Huang YJ.** Ultrasound can be usefully integrated with the clinical assessment of nail and enthesis involvement in psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of Clinical Medicine.* 2022;11(21):6296.
3. **Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A, Placek W, Wojtkiewicz M, Wiktorowicz A, Wojtkiewicz J.** Ultrasound Assessment of Changes in Nails in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *BioMed Research International.* 2018;2018: 1-7. doi:10.1155/2018/8251097
4. **Song Z, Deng X, Xie W, Li B, Zhang Z.** Clinical Characteristics of Psoriatic Arthritis in Chinese Patients: A Cross-Sectional Study. *Rheumatol Ther.* 2021;8(4):1845-1857. doi:10.1007/s40744-021-00384-y
5. **Idolazzi L, Gisondi P, Fassio A, et al.** Ultrasonography of the nail unit reveals quantitative and qualitative alterations in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Medical Ultrasonography.* 2018;20(2):177-184.
6. **Naredo E, Janta I, Baniandr s-Rodr guez O, et al.** To what extend is nail ultrasound discriminative between psoriasis, psoriatic arthritis and healthy subjects? *Rheumatol Int.* 2019;39(4): 697-705. doi:10.1007/s00296-018-4222-y
7. **Rossi SDD, Mendon a JA, Palominos PE, Kohem CL, Cestari TF, Chakr RM da S.** Ultrasonographic and resistance index evaluation of nails in psoriatic arthritis, psoriasis, and control groups: a cross-sectional study. *Advances in Rheumatology.* 2021;61:48.
8. **Mondal S, Dutta S, Lahiri D, et al.** Assessment of nail unit structures by ultrasound in patients with psoriatic arthritis and their correlations with disease activity indices: a case–control study. *Rheumatol Int.* 2018;38(11): 2087-2093. doi:10.1007/s00296-018-4160-8

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN BẰNG THANG ĐIỂM PITTSBURGH

Đỗ Gia Quý¹, Nguyễn Thị Như Hoa^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến bằng thang điểm Pittsburgh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp vảy nến theo tiêu chuẩn CASPAR 2006 tại Trung tâm Cơ xương khớp và Khoa da liễu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023. **Kết quả:** Có 32,3% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ đánh giá bằng thang điểm PSQI (11/34 bệnh nhân). Có mối liên quan giữa tình trạng đau khớp, mức độ hoạt động bệnh, nồng độ CRP-hs với tình trạng rối loạn giấc ngủ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp vảy nến có rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI tương đối cao đồng thời có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn giấc ngủ của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh nhân viêm khớp vảy nến cần được điều trị, kiểm soát tốt tình trạng đau khớp, đợt tiến triển của bệnh đồng thời phát hiện sớm các rối loạn giấc ngủ để có biện pháp can thiệp vào giấc ngủ sớm giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: Viêm khớp vảy nến, rối loạn giấc ngủ, PSQI.

SUMMARY

STUDY OF SOME FACTORS RELATED TO SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRIS USING PITTSBURGH

Objective: Evaluate some factors related to sleep disorders in patients with psoriatic arthritis using the Pittsburgh scale. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 34 patients diagnosed with psoriatic arthritis according to CASPAR 2006 criteria at the Musculoskeletal Center and Dermatology Department of Bach Mai Hospital from December 2022 to March 2023. **Results:** 32.3% of patients had sleep disorders assessed by the PSQI scale (11/34 patients). There is a statistically significant relationship between joint pain, disease activity level, CRP-hs levels and sleep disorders ($p < 0.05$). **Conclusion:** The rate of psoriatic arthritis patients with sleep disorders according to the PSQI scale is relatively high and there are many factors that affect patients' sleep disorders. Therefore, patients with psoriatic arthritis need to be treated and well controlled for joint pain and progression of the disease and early detection of sleep disorders to have early sleep intervention measures to help improve sleep quality. patient's quality of life.

Keywords: Psoriatic arthritis, sleep disorders, PSQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vảy nến (VKVN) là bệnh viêm khớp liên quan đến bệnh vảy nến, có tỷ lệ phổ biến thay đổi từ 0,3% đến 1% dân

¹Trường Đại học Y Dược Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

SĐT: 0913015506

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

số.¹ Bệnh viêm khớp vẩy nến thường có biểu hiện tổn thương ở da, móng, viêm khớp ngoại vi và hệ trục cột sống. Viêm khớp vẩy nến là bệnh mạn tính do đó phải điều trị lâu dài thậm chí suốt đời nên ngoài triệu chứng liên quan đến bệnh thì những ảnh hưởng về mặt tâm lý cũng rất thường gặp gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong đó, rối loạn giấc ngủ (RLGN) là vấn đề thường gặp ở các bệnh nhân viêm khớp mạn nói chung và bệnh nhân VKVN nói riêng, trong nhiều nghiên cứu, tỷ lệ gặp RLGN ở bệnh nhân VKVN lên tới 38-84%.^{2,3,4} RLGN được đánh giá qua kỹ thuật đa ký giấc ngủ, đa ký hô hấp hoặc các thang điểm đánh giá giấc ngủ. Trong đó, PSQI là thang điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, dễ sử dụng, không yêu cầu trang thiết bị đắt tiền, có thể áp dụng trong cả nghiên cứu và thực hành lâm sàng.⁵ Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu tố liên quan đến RLGN ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: ***Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến RLGN ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến bằng thang điểm PSQI.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 34 bệnh nhân VKVN tại Trung tâm Cơ xương khớp và Khoa da liễu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR 2006
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán VKVN kèm theo các bệnh hệ thống khác như Lupus ban đỏ hệ

thống, viêm đa cơ, viêm da cơ, viêm khớp dạng thấp, ...

- Bệnh nhân không có khả năng giao tiếp để trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

- Bệnh nhân mắc các bệnh về rối loạn tâm thần trước khi được chẩn đoán VKVN hoặc bệnh nhân đang điều trị các bệnh tâm thần.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, lối sống, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh.

- Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: thể bệnh, đặc điểm tổn thương, nồng độ CRP-hs, đợt tiến triển (đánh giá theo tiêu chuẩn DAPSA)

- Thang điểm PSQI: bệnh nhân tự trả lời các câu hỏi gồm 7 thành phần: thời gian ngủ; tỉnh giấc nửa đêm; mức độ khó ngủ; mức độ ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày do khó ngủ; hiệu suất giấc ngủ; sử dụng thuốc ngủ; tự đánh giá chất lượng giấc ngủ. Tổng số điểm sẽ được ghi nhận từ 0 đến 21.

- + PSQI < 5: Không có rối loạn giấc ngủ.

- + PSQI ≥ 5: Có rối loạn giấc ngủ.

2.4. Phương pháp phân tích thống kê

Thống kê mô tả, tất cả số liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu có 34 bệnh nhân viêm khớp vẩy nến với tuổi trung bình là $45,3 \pm 15,5$, tuổi cao nhất là 81 tuổi và tuổi thấp nhất là 15 tuổi. Tuổi mắc VKVN hay gặp nhất là > 50 tuổi, chiếm tỷ lệ 35,4%. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình

là $4,4 \pm 3,6$ năm, trong đó thời gian ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 14 năm. Giới tính nam giới chiếm đa số là 67,6%, tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

Bảng 3.1. Đặc điểm lối sống của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=34)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	6	17,6%
Uống rượu bia	2	5,9%
Sử dụng chất kích thích (chè, cà phê,...)	2	5,9%
Không sử dụng	24	70,6%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu không sử dụng chất kích thích, uống rượu bia và hút thuốc lá (chiếm tỉ lệ 70,6%).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân (n=34)

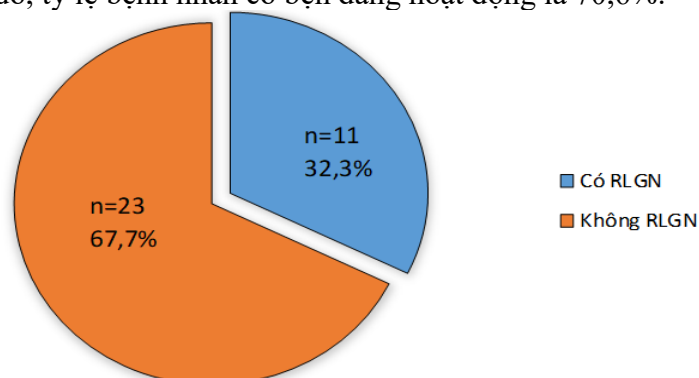
Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau khớp	Cột cổ	3
	Khớp ngoại vi	20
	Không đau	13
Vảy nến	Ngứa	21
	Không ngứa	3
	Không có tổn thương	10

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 61,8% bệnh nhân có đau khớp và 70,6% bệnh nhân có tổn thương vảy nến, đa số các tổn thương da đều gây ngứa (chiếm tỉ lệ 61,7%).

Bảng 3.3. Đánh giá mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số DAPSA (n= 34)

Bảng 3.1: Đánh giá mức độ hoạt động bệnh nhân sau ĐHSA (n = 37)			
Mức độ hoạt động bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Không hoạt động, 0-4	10	29,4%	29,4%
Hoạt động nhẹ, 5-14	5	14,7%	70,6%
Hoạt động trung bình, 15-28	12	35,3%	
Hoạt động mạnh, > 28	7	20,6%	
$\bar{X} \pm SD$	30,7 ± 61,5		

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, mức độ hoạt động bệnh trung bình theo DAPSA là $30,7 \pm 61,5$. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đang hoạt động là 70,6%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân VKVN (n=34)

Nhận xét: Có 11/34 bệnh nhân (32,3%) có rối loạn giấc ngủ khi đánh giá theo thang điểm PSQI. Điểm PSQI trung bình là $3,6 \pm 4,5$. PSQI trung bình ở nhóm có RLGN là 9,7.

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến

Bảng 3.4. Một số đặc điểm liên quan với tình trạng RLGN ở nhóm nghiên cứu (n=34)

Đặc điểm		Có RLGN (n=11)	Không RLGN (n=23)	p
Giới	Nam, n(%)	8 (72,7%)	15 (65,2%)	0,661
	Nữ, n(%)	3 (27,3%)	8 (34,8%)	
Tuổi chẩn đoán (năm), $\bar{X} \pm SD$		$53,5 \pm 14,4$	$35,4 \pm 12,7$	0,51
Thời gian mắc bệnh (năm), $\bar{X} \pm SD$		$5,1 \pm 4,6$	$4,1 \pm 3,1$	0,143

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giới, tuổi chẩn đoán và thời gian mắc bệnh giữa nhóm bệnh nhân có RLGN và nhóm bệnh nhân không RLGN ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa lối sống và RLGN ở nhóm nghiên cứu (n=34)

Lối sống		Có RLGN (n = 11)	Không RLGN (n = 23)	p
Uống rượu, n(%)	Có	0	2 (8,7%)	1
	Không	11 (100%)	21 (91,3%)	
Hút thuốc, n(%)	Có	1 (9,1%)	5 (21,7%)	1
	Không	10 (90,9 %)	18 (78,3%)	
Sử dụng chất kích thích (chè, cà phê,...), n(%)	Có	1 (9,1%)	1 (4,3%)	1
	Không	10 (90,9 %)	22 (95,7%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về việc sử dụng hút thuốc, uống rượu và chất kích thích giữa nhóm bệnh nhân có RLGN và không RLGN, với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và RLGN (n=34)

Đặc điểm		Có RLGN (n=11)	Không RLGN (n=23)	P
Đau khớp, n(%)	Có	11 (100%)	10 (43,5%)	0,002
	Không	0	13 (56,5%)	
Vảy nến, n(%)	Có	10 (90,9%)	14 (60,9%)	0,072
	Không	1 (9,1%)	9 (39,1%)	
CRP (mg/dl), $\bar{X} \pm SD$		$50,5 \pm 90,7$	$6,8 \pm 10,4$	0

Nhận xét: Có sự khác biệt tình trạng đau khớp, CRP giữa nhóm bệnh nhân có RLGN và nhóm không có RLGN ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh và RLGN (n=34)

Chỉ số DAPAS	Có RLGN (n=11)	Không RLGN (n=23)	p
DAPAS, $\bar{X} \pm SD$	$72,6 \pm 96,5$	$10,7 \pm 12,2$	0
DAPAS 0 – 4: không hoạt động	0	10	0,079
DAPAS 5 – 14: hoạt động nhẹ	1	5	
DAPAS 15 – 28: hoạt động vừa	4	12	
DAPAS > 28: hoạt động nặng	6	7	

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số DAPAS và RLGN có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Gần đây, khi vấn đề về sức khỏe tâm thần ngày càng có xu hướng tăng cao trong cộng đồng thì việc phát hiện, điều trị, quản lý các rối loạn này ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến cũng được quan tâm đúng mức.⁶ Tỷ lệ bệnh nhân đến khám có rối loạn giấc ngủ ngày càng phổ biến, đặc biệt trong nhiều bệnh lý cơ xương khớp, do tích chất gây đau, xu hướng bệnh mạn tính và điều trị kéo dài. Viêm khớp vảy nến nếu không được điều trị sớm không chỉ ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ gây mặc cảm cho bệnh nhân vì các tổn thương da và móng mà còn gây tàn phế do các tổn thương biến dạng, dính các khớp và cột sống, ảnh hưởng nghiêm trọng đến giấc ngủ cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh và gây gánh nặng về chi phí điều trị cho xã hội. Có nhiều kỹ thuật, thang điểm để đánh giá rối loạn giấc ngủ, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng PSQI là thang điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, dễ sử dụng, không yêu cầu trang thiết bị đắt tiền, có thể áp dụng trong cả nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

Trong nghiên cứu, 11/34 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 32,3%) có rối loạn giấc ngủ khi đánh giá theo thang điểm PSQI. PSQI trung bình ở bệnh nhân có RLGN là 9,7. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Glenn Haugeberg với tỉ lệ RLGN là 38%, điểm PSQI trung bình là 3.² Khi phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến, qua nghiên cứu chúng tôi thấy có sự khác biệt giữa triệu chứng đau khớp ở bệnh nhân VKVN có RLGN và không có RLGN. Trong nghiên cứu, bệnh nhân có RLGN có tỉ lệ gặp đau khớp, nồng độ CRP-hs cao hơn so với nhóm

không RLGN ($p < 0,05$). Nghiên cứu cũng chỉ ra có mối liên quan giữa đợt hoạt động bệnh ở bệnh nhân VKVN với RLGN: bệnh nhân có RLGN có đợt tiến triển bệnh theo thang điểm DAPAS cao hơn so với nhóm không có RLGN ($p < 0,05$). Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới, chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân VKVN thấp hơn so với người khỏe mạnh. So với người khỏe mạnh, bệnh nhân VKVN có điểm số về sử dụng thuốc ngủ, chất lượng giấc ngủ chủ quan, rối loạn chức năng ban ngày và độ trễ giấc ngủ theo thang điểm PSQI cao hơn. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ thấp và mức độ hoạt động của bệnh, mức độ rối loạn chức năng khớp, mức độ đau, mệt mỏi, chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân VKVN. VKVN là một bệnh lý khớp viêm nên đau khớp thường tăng về đêm và rạng sáng cộng thêm đau làm gián đoạn giấc ngủ, ảnh hưởng đến tâm trạng, hành vi của con người khiến người bệnh khó ngủ, chất lượng giấc ngủ kém, chập chờn, thức dậy sớm. Ngược lại, giấc ngủ là thời gian để cơ thể nghỉ ngơi, phục hồi tái tạo lại năng lượng cho các hoạt động của cơ thể, bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ sẽ khiến cơ thể mệt mỏi, căng thẳng, mất cân bằng càng làm tình trạng bệnh nói chung và VKVN nói riêng trầm trọng hơn. Vì vậy ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến, đặc biệt bệnh nhân có bệnh đang hoạt động, tình trạng đau khớp thì cần được tầm soát, phát hiện, đánh giá rối loạn giấc ngủ kèm theo để có các biện pháp điều trị kết hợp kịp thời giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 34 bệnh nhân VKVN được chẩn đoán theo tiêu chuẩn

CASPAR 2006 tại Trung tâm Cơ xương khớp và Khoa da liễu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Có 11/34 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 32,3%) có RLGN khi đánh giá theo thang điểm PSQI.

- Tỉ lệ đau khớp, nồng độ CRP-hs và mức độ hoạt động bệnh theo DAPAS ở nhóm có RLGN là cao hơn nhóm không có RLGN với $p < 0,05$.

- Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, thời gian mắc bệnh, trình độ học vấn, lối sống (hút thuốc, uống rượu, sử dụng chất kích thích...) giữa nhóm có RLGN và không có RLGN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P.** Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(suppl 2):ii14-ii17. doi:10.1136/ard.2004.032482
2. **Haugeberg G, Hoff M, Kavanaugh A, Michelsen B.** Psoriatic arthritis: exploring the occurrence of sleep disturbances, fatigue, and depression and their correlates. *Arthritis Research & Therapy*. 2020;22(1):198. doi:10.1186/s13075-020-02294-w
3. **Wong ITY, Chandran V, Li S, Gladman DD.** Sleep Disturbance in Psoriatic Disease: Prevalence and Associated Factors. *The Journal of Rheumatology*. 2017;44(9):1369-1374. doi:10.3899/jrheum.161330
4. **Skougaard M, Stisen ZR, Jørgensen TS, et al.** Increased prevalence of sleep disturbance in psoriatic arthritis is associated with inflammatory and non-inflammatory measures. *Scand J Rheumatol*. 2023;52(3):259-267. doi:10.1080/03009742.2022.2044116
5. **Assessment, pittsburgh psqi.pdf.** Accessed October 17, 2023. <https://www.goodmedicine.org.uk/files/assessment,%20pittsburgh%20psqi.pdf>
6. **Ogdie A, Coates LC, Gladman DD.** Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatology*. 2020;59(Supplement_1):i37-i46. doi:10.1093/rheumatology/kez383

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Nguyễn Mạnh Hùng¹, Nguyễn Thị Như Hoa^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp vảy nến. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Gồm 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR năm 2006 điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Tuổi, thu nhập, thời gian bị bệnh, lối sống, hay mức độ hoạt động của bệnh là những yếu tố ảnh hưởng đến 73% chất lượng cuộc sống. Tuổi và thu nhập có mối tương quan nghịch biến với chất lượng cuộc sống. Thời gian bị bệnh, lối sống và mức độ hoạt động của bệnh có mối tương quan đồng biến với chất lượng cuộc sống. Có sự liên hệ giữa tình trạng tổn thương da và tổn thương khớp, mức độ hoạt động của bệnh, với không tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Viêm khớp vảy nến, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

STUDY OF SOME FACTORS THAT AFFECT THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Objective: Analyze some factors that affect

the quality of life of patients with psoriatic arthritis. **Subjects and methods:** Cross-sectional description. Including 34 patients diagnosed with VKVN according to CASPAR criteria in 2006 treated at Bach Mai Hospital from December 2022 to March 2023. **Results:** Age, income, duration of illness, lifestyle, or disease activity level are factors that affect 73% of quality of life. Age and income have a negative correlation with quality of life. Illness duration, lifestyle, and disease activity level were positively correlated with quality of life. There is a statistically significant association between skin and joint damage, disease activity, and non-adherence to treatment.

Keywords: Psoriatic arthritis, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vảy nến là bệnh lý mạn tính, đa cơ quan, gây ảnh hưởng đến cả thể chất, tâm lý của người bệnh. Trên thế giới tỷ lệ bệnh chiếm khoảng 1% - 3% dân số năm 2013 [1]. Bệnh nhân viêm khớp vảy nến không chỉ mong muốn được giảm đau mà còn có khả năng tham gia vào các hoạt động đời sống xã hội, tránh mệt mỏi căng thẳng tâm lý.

Chất lượng cuộc sống (CLCS) cũng là một tiêu chí để đánh giá kết quả của quá trình điều trị, chăm sóc bệnh nhân viêm khớp vảy nến. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm khớp vảy nến như: tuổi khởi phát, thời gian bị bệnh, lối sống, mức độ hoạt động của bệnh, thu nhập, mức độ tổn thương da, khớp, mức

¹Trường Đại học Y Dược Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Như Hoa

SĐT: 0913015506

Email: nhuhoanguyen83@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

độ tuân thủ điều trị... Các tổn thương trên da khiến người bệnh thay đổi diện mạo và khó hoà nhập cộng đồng. Các tổn thương tại khớp diễn biến mạn tính, tiến triển từng đợt dẫn đến phá hủy khớp, mất chức năng vận động và gây tàn phế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người cũng như gánh nặng bệnh tật với gia đình người bệnh và xã hội [2]. Việc nghiên cứu và phát triển mô hình đánh giá ảnh hưởng chất lượng cuộc sống cho người bệnh viêm khớp vảy nến là thật sự cần thiết cũng như các bệnh khớp thường gặp khác như viêm khớp dạng thấp, gout,... Trên thế giới đã có một số nghiên cứu khảo sát một số yếu tố liên quan đến diễn biến bệnh viêm khớp vảy nến và ảnh hưởng của chúng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp vảy nến, tuy nhiên ở Việt Nam hiện tại vẫn chưa có. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: ***Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp vảy nến***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKVN theo tiêu chuẩn CASPAR năm 2006 điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2022 đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng phối hợp: viêm cột sống dính khớp, đái tháo đường, xơ gan, thoái hóa khớp
- Bệnh nhân có bệnh lý tâm thần trước khi chẩn đoán viêm khớp vảy nến, hoặc có tình trạng lệ thuộc thuốc gây nghiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang: Tiến hành thu thập số liệu bằng một mẫu bệnh án và bộ câu hỏi thống nhất theo các bước sau:

- Bước 1: Hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm khớp vảy nến theo mẫu bệnh án.

- Bước 2: Đánh giá các yếu tố liên quan đến viêm khớp vảy nến:

+ Các chỉ số nhân trắc học, tuổi, giới, nghề nghiệp,....

+ Các đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc, sưng đau các khớp, hạn chế vận động các khớp, tổn thương cột sống, tổn thương da

+ Các chỉ số cận lâm sàng: máu lắng, CRP....

- Bước 3: Mô tả ảnh hưởng chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến và xem xét một số yếu tố liên quan.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20,0 để thực hiện thuật toán thống kê: tính phần trăm, trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu có 34 bệnh nhân: tỷ lệ nam giới 73,5%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,8/1. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $45,8 \pm 15,05$, thời gian mắc bệnh trung bình là $4,3 \pm 3,85$ năm, bệnh nhân VKVN có tổn thương da chiếm tỷ lệ cao nhất (76,4%), có đau khớp chiếm tỷ lệ 61,8%. Mức độ hoạt động của bệnh VKVN theo chỉ số DAPSA thì điểm trung bình là $25,7 \pm 19,4$.

3.2. Một số yếu tố liên quan và ảnh hưởng của chúng lên chất lượng cuộc sống của người bệnh

*** Mối liên quan giữa một số đặc điểm chung với chất lượng cuộc sống**

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa tuổi, thời gian bị bệnh với chất lượng cuộc sống

Yếu tố	Chất lượng cuộc sống	
	r	P
Tuổi	-0,43	<0,01
Thời gian bị bệnh	-0,23	<0,001

Nhận xét: Tuổi và thời gian mắc bệnh có mối tương quan nghịch biến với chất lượng cuộc sống với hệ số tương quan lần lượt là ($r = -0,43$; $p < 0,01$; $r = -0,23$; $p < 0,01$)

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa thu nhập, lối sống và chất lượng cuộc sống.

Yếu tố	Chất lượng cuộc sống	
	r	P
Thu nhập	-0,25	<0,009
Lối sống	0,24	<0,001

Nhận xét:

- Thu nhập với chất lượng cuộc sống có mối tương quan nghịch biến với chất lượng cuộc sống, hệ số $r = -0,25$ và $p < 0,09$

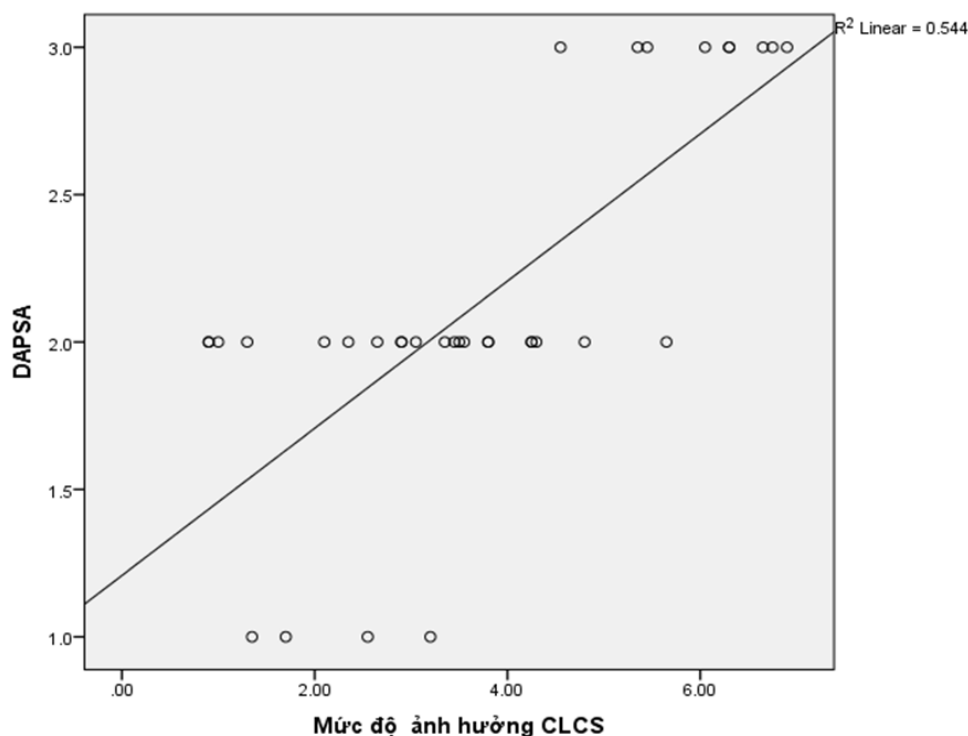
- Lối sống của người bệnh có mối tương quan đồng biến với chất lượng cuộc sống, hệ số $r = 0,24$ và $p < 0,001$.

*** Mối liên quan giữa mức độ hoạt động của bệnh với chất lượng cuộc sống**

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động của bệnh theo DAPSA với chất lượng cuộc sống

DAPSA	Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống			p
	Không ảnh hưởng	Ảnh hưởng vừa	Ảnh hưởng nặng	
< 5 điểm (lui bệnh)	6 (75%)	2 (25%)	0	0.048
5 – 15 điểm (hoạt động mức độ nhẹ)	1 (10%)	8 (80%)	1 (10%)	
15 – 28 điểm (hoạt động mức độ trung bình)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	
>28 (hoạt động mức độ nặng)	0	2 (40%)	3 (60%)	

Nhận xét: Mức độ hoạt động của bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống của người bị bệnh viêm khớp vảy nến ($p < 0,05$). Tỷ lệ người bệnh có bệnh hoạt động mức độ nhẹ và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (80%).



Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa mức độ hoạt động của bệnh theo thang điểm DAPSA và mức độ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống theo thang điểm PsAID12

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống theo PsAID12 và mức độ hoạt động của bệnh DAPSA có mối tương quan tuyến tính đồng biến với $r = 0,73$ ($R^2 = 0,544$)

*** Mô hình hồi quy tuyến tính một số yếu tố ảnh hưởng chất lượng cuộc sống**

Bảng 3.4. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến giữa các biến tuổi, thời gian bị bệnh, thu nhập, lối sống và mức độ hoạt động (DAPSA) của bệnh với chất lượng cuộc sống của người bệnh

Yếu tố	Chất lượng cuộc sống			
	B	SE	B	
Tuổi	-0,34	0,02	-0,28***	Intercept = 55,5 $R^2 = 0,73$; $F(5,112) = 24,2$
Thu nhập	-0,15	0,1	-0,12*	
Thời gian bị bệnh	-0,04	0,12	0,04	
Lối sống	0,51	0,45	0,02***	
DAPSA	2,67	0,28	0,38	

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Nhận xét: Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy, kiểm định Anova cho thấy, $F(5,112) = 24,2$ ($p < 0,001$), do đó mô hình hồi quy này là phù hợp. Đồng thời: tuổi, thu nhập, thời gian bị bệnh, lối sống, hay mức độ hoạt động của bệnh là những yếu tố ảnh

hưởng đến 73% chất lượng cuộc sống ($R^2 = 0,73$). Phương trình hồi quy tuyến tính đa biến được viết như sau:

Chất lượng cuộc sống = $55,5 - 0,34 * \text{tuổi} - 0,15 * \text{thu nhập} - 0,04 * \text{thời gian bị bệnh} + 0,51 * \text{lối sống} + 2,67 * \text{DAPSA}$

IV. BÀN LUẬN

* Tuổi:

Kết quả nghiên cứu bảng 2.1 cho thấy, tuổi có mối tương quan nghịch với chất lượng cuộc sống của người bệnh VKVN với chỉ số tương quan là $r = -0,43$; $p < 0,01$. Kết quả này chỉ ra rằng, tuổi càng cao và số lượng bệnh kèm theo càng lớn thì chất lượng cuộc sống của người bệnh VKVN càng giảm sút. Điều này có thể được giải thích như sau: Thứ nhất, tuổi của người bệnh càng cao, sức khỏe thể chất của họ do sự thoái hóa của cơ thể càng sụt giảm theo thời gian, người bệnh không chỉ bị giới hạn các hoạt động thể chất mà còn bị ảnh hưởng trong việc tham gia các hoạt động xã hội. Thứ hai, những người cao tuổi không những hay có những trạng thái tâm lý không tốt như sự lo sợ cái chết, hoặc sự cô đơn gây ra do những thay đổi tâm lý tuổi già mà còn phải chịu những vấn đề về sức khỏe tinh thần do các bệnh lý gây ra. Thứ ba, những triệu chứng như đau đớn, khó chịu gây ra do bệnh VKVN thường bị cộng hưởng bởi những thay đổi tâm lý tuổi già như sự cô đơn, mong được quan tâm, tính dễ nổi nóng. Điều đó khiến cho những triệu chứng của người bệnh càng ảnh hưởng nhiều hơn đến chất lượng cuộc sống của họ. Kết quả là, chất lượng cuộc sống của những người bệnh VKVN lớn tuổi bị giảm sút hơn so với những người bệnh trẻ tuổi.

* Thời gian bị bệnh:

Kết quả nghiên cứu bảng 2.1 cho thấy, thời gian bị bệnh có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê với chất lượng cuộc sống của người bệnh VKVN với hệ số tương quan $r = -0,23$, $p < 0,001$. Thời gian bị bệnh càng dài thì chất lượng cuộc sống càng giảm sút. Những người mắc bệnh với thời gian dài thường có nhiều triệu chứng đau, khó chịu do những tổn thương về cấu trúc và bệnh lý ở cơ

xương khớp. Đồng thời họ có thể gặp nhiều biến chứng như biến dạng xương khớp, tổn thương thận dẫn đến tần suất nhập viện cao hơn. Do đó, chất lượng cuộc sống sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh đều bị ảnh hưởng.

* Thu nhập cá nhân:

Bảng 2.2 cho thấy, thu nhập có mối tương quan nghịch biến với chất lượng cuộc sống ($r = -0,25$ và $p = 0,009$). Những người bệnh có thu nhập cá nhân cao có thể có nhiều lựa chọn trong việc tiếp cận sớm với chẩn đoán và điều trị. Do đó họ có thể giảm các triệu chứng đau đớn và khó chịu gây ra do bệnh, từ đó sức khỏe thể chất của họ được cải thiện nhiều hơn. Bên cạnh đó, thu nhập cao có thể khiến cho họ có trạng thái tâm lý thoải mái hơn do ít có những mối lo về cuộc sống vật chất. Điều đó khiến cho họ có sức khỏe tinh thần tốt hơn.

* Lối sống và mức độ hoạt động của bệnh:

Từ bảng 2.3 và 2.4 cho ta thấy: lối sống và mức độ hoạt động của bệnh đều có quan hệ đồng biến với chất lượng cuộc sống với r lần lượt là 0,24 và 0,53; p lần lượt là $< 0,001$ và $< 0,05$. Người bệnh có lối sống không lành mạnh, có nhiều thói quen sinh hoạt không điều độ thường gây ảnh hưởng đến rối loạn giấc ngủ và chất lượng điều trị. Bên cạnh đó, mức độ tổn thương da càng lớn, tổn thương khớp càng nhiều, hay nói cách khác là mức độ hoạt động của bệnh càng mạnh thì khả năng đối phó của người bệnh với đau càng kém, người bệnh càng khó khăn trong làm việc và tham gia các hoạt động xã hội. Từ đó, có thể kết luận rằng, ở những người bệnh mà duy trì lối sống dinh hoạt không điều độ, tuân thủ điều trị kém thì mức độ hoạt động của bệnh càng mạnh, người bệnh càng khó khăn trong các hoạt động cuộc sống.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến tại bảng 3.22 cho thấy sự phối hợp một số yếu tố như tuổi, thời gian bệnh, thu nhập cá nhân, lối sống và mức độ hoạt động của bệnh là những yếu tố ảnh hưởng đến 73% chất lượng cuộc sống ($R^2 = 0,73$). Phương trình hồi quy tuyến tính đa biến được viết như sau: Chất lượng cuộc sống = $55,5 - 0,34 \times \text{Tuổi} - 0,15 \times \text{Thu nhập} - 0,04 \times \text{Thời gian bị bệnh} + 0,51 \times \text{Lối sống} + 2,67 \times \text{Mức độ hoạt động của bệnh}$.

Kết quả mô hình này cho thấy tuổi, thời gian bị bệnh, thu nhập cá nhân, lối sống người bệnh và mức độ hoạt động của bệnh ảnh hưởng đến 73% sự thay đổi chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh VKVN cần phải nâng cao sức khỏe thể chất của những người cao tuổi, chăm sóc, điều trị giảm số lượng và mức độ các bệnh kèm theo và tăng thu nhập cá nhân cho người bệnh VKVN.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi, thu nhập, thời gian bị bệnh, lối sống, hay mức độ hoạt động của bệnh là những yếu tố ảnh hưởng đến 73% chất lượng cuộc sống ($r^2 = 0,73$).

- Tuổi và thu nhập có mối tương quan nghịch biến với chất lượng cuộc sống.

- Thời gian bị bệnh, lối sống và mức độ hoạt động của bệnh có mối tương quan đồng biến với chất lượng cuộc sống.

- Có sự liên hệ giữa tình trạng tổn thương da và tổn thương khớp, mức độ hoạt động của bệnh, với không tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(suppl 2):ii14-ii17. doi:10.1136/ard.2004.032482
2. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*. 2011;32(12): 1484-1492. doi:10.1093/eurheartj/ehr007
3. Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A, Placek W. Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Reumatologia*. 2018;56(5): 301-306. doi:10.5114/reum.2018.79501
4. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
5. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;12(1):70-75. doi:10.1016/j.sleep.2010.04.020
6. Phạm Thị Oanh. **Thực Trạng Trầm Cảm và Một Số Yếu Tố Liên Quan ở Bệnh Nhân Viêm Khớp Vảy Nến**. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

NGHIÊN CỨU CÁC BỆNH LÝ ĐỒNG MẮC TRÊN BỆNH NHÂN GÚT

Võ Tam¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Phan Ngọc Tam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình, đặc điểm các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 183 bệnh nhân gút điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2023 - 6/2024. **Kết quả:** Bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút gồm: rối loạn lipid máu (63,4%), tăng huyết áp (52,5%), thừa cân béo phì (38,8%), bệnh thận mạn (25,1%), đái tháo đường (19,1%), bệnh lý dạ dày (18,6%), bệnh lý tim mạch do xơ vữa (15,3%), suy tim (4,4%) và các bệnh lý khác (20,2%). **Kết luận:** Bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút rất phổ biến và đa dạng, trong đó thường gặp nhất là rối loạn lipid máu, tăng huyết áp.

Từ khóa: Bệnh lý đồng mắc, gút.

SUMMARY

STUDY OF COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH GOUT

Objectives: The objective of this study is to assess the situation and characteristics of comorbidities in gout patients at Hue Central Hospital and the University of Medicine and Pharmacy, Hue University. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 183 gout patients who were hospitalized at Hue

Central Hospital and the University of Medicine and Pharmacy, Hue University, from January 2023 to June 2024. **Results:** Comorbid conditions in patients with gout including : dyslipidemia (63.4%), hypertension (52.5%), overweight/obesity (38.8%), chronic kidney disease (25.1%), diabetes mellitus (19.1%), gastrointestinal disorders (18.6%), atherosclerotic cardiovascular disease (15.3%), heart failure (4.4%), and other conditions (20.2%). **Conclusions:** Comorbidities in gout patients are very common and diverse, with dyslipidemia and hypertension being the most frequently observed. These comorbidities significantly impact the management and prognosis of gout patients.

Keywords: Comorbid conditions, gout.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh chuyển hóa, đặc trưng là có những đợt viêm khớp cấp và có hiện tượng lắng đọng natri urat trong các tổ chức, xảy ra do tăng acid uric trong máu. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh gút đã và đang gia tăng nhanh chóng đồng thời các bệnh lý đồng mắc ở những người bị bệnh gút ngày càng phổ biến, làm phức tạp việc quản lý, điều trị bệnh nhân gút và góp phần tiên lượng sống cho bệnh nhân gút [7]. Do đó, sàng lọc các bệnh lý đồng mắc có tầm quan trọng hàng đầu, giúp cải thiện tốt hơn hiệu quả điều trị cho bệnh nhân gút [4]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: **Đánh giá tình hình, đặc điểm các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút tại Bệnh viện Trường Trung ương Huế và Bệnh viện trường Đại học Y dược Huế.**

¹Trường Đại học Y Dược Huế

²Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tam

SĐT: 0914042443

Email: votamydh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 183 bệnh nhân gút điều trị nội trú, trong đó có 141 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Huế và 42 bệnh nhân tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế từ tháng 01/2023 đến tháng 6/2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, những trường hợp không thể khai thác được thông tin (rối loạn tâm thần, mất trí nhớ...)

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận

2.2.3. Các bước tiến hành

– Bước 1: Chọn bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh.

– Bước 2: Hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm

sàng.

– Bước 3: Cận lâm sàng: Ghi nhận các xét nghiệm và kết quả cận lâm sàng khác đã có tại hồ sơ bệnh án.

– Bước 4: Ghi nhận kết quả thu thập được vào phiếu điều tra và tiến hành xử lý số liệu theo mục tiêu đề ra.

2.2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học: tỉ lệ %, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

– Đề tài tiến hành được sự cho phép của của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung Ương Huế, thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y Dược Huế.

– Tất cả các đối tượng nghiên cứu được bảo mật thông tin cá nhân.

– Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
<30	7	3,8	0	0	7	3,8
30 – 39	19	10,4	0	0	19	10,4
40 – 49	24	13,1	0	0	24	13,1
50 – 59	51	27,9	0	0	51	27,9
≥60	76	41,5	6	3,3	82	44,8
Tổng	177	96,7	6	3,3	183	100,0
Trung bình	56,45 ± 14,42		71,00 ± 4,10		56,92 ± 14,44	

$P > 0,05$

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,92 ± 14,44 (thấp nhất: 21

tuổi, cao nhất: 93 tuổi). Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số với 44,8%. Đặc biệt có

sự trẻ hoá bệnh nhân gút với 7 bệnh nhân có độ tuổi <30 chiếm 3,8%. Đa số bệnh nhân gút là nam giới chiếm 96,7%. Có 6 bệnh nhân là nữ giới chiếm 3,3% và tất cả bệnh

nhân nữ đều ≥ 60 tuổi. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.2. Tình hình, đặc điểm các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút

Bảng 3.2. Tỷ lệ các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút

Bệnh đồng mắc		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn lipid máu	Có	116	63,4
	Không	67	36,6
Tăng huyết áp	Có	96	52,5
	Không	87	47,5
Thừa cân béo phì	Có	71	38,8
	Không	112	61,2
Bệnh thận mạn	Có	46	25,1
	Không	136	74,9
Đái tháo đường	Có	35	19,1
	Không	148	80,9
Bệnh lý dạ dày	Có	34	18,6
	Không	149	81,4
Bệnh lý tim mạch do xơ vữa	Có	28	15,3
	Không	155	84,7
Suy tim	Có	8	4,4
	Không	175	95,6
Bệnh lý khác	Có	37	20,2
	Không	146	79,8
Tổng		183	100,0

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là hai bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất (63,4% và 52,5%). Tiếp theo đó là thừa cân – béo phì và bệnh thận mạn (38,8% và 25,1%).

Bảng 3.3. Phân độ THA trên bệnh nhân gút

Phân độ tăng huyết áp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	65	35,5
HA bình thường – cao	22	12,0
THA độ 1	67	36,6
THA độ 2	29	15,8
Tổng	183	100,0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có huyết áp bình thường chiếm 35,5%. Bệnh nhân gút có THA độ 1 chiếm tỷ lệ 36,6%, THA độ 2 chiếm 15,8%.

Bảng 3.4. Phân giai đoạn BTM trên bệnh nhân gút

Phân giai đoạn BTM	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không suy thận	137	74,9
Giai đoạn 3a	22	12,0
Giai đoạn 3b	12	6,6
Giai đoạn 4	9	4,9
Giai đoạn 5	3	1,6
Tổng	183	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân gút có BTM giai đoạn 3a chiếm 12%, giai đoạn 3b và giai đoạn 4 chiếm lần lượt 6,6% và 4,9%, giai đoạn 5 chiếm tỷ lệ ít nhất chỉ 1,6%.

Bảng 3.5. Đặc điểm rối loạn lipid máu trên bệnh nhân gút

Chỉ số	n	Bình thường		Có RLLP máu	
		n	%	n	%
Tăng Cholesterol TP	145	93	64,1	52	35,9
Tăng Triglycerid	183	96	52,5	87	47,5
Tăng LDL - C	52	28	51,9	25	48,1
Giảm HDL - C	145	91	62,8	54	37,2

Nhận xét: Tăng LDL - C và triglycerid máu chiếm tỷ lệ cao nhất theo thứ tự 48,1% và 47,5%, tiếp theo là giảm HDL - C 37,2%. Thấp nhất là tăng cholesterol máu toàn phần với 35,9%.

Bảng 3.6. Các bệnh lý đồng mắc khác trên bệnh nhân gút

Các bệnh lý khác	Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Suy thượng thận do thuốc	9	4,9
Lao phổi	7	3,8
Xơ gan	6	3,3
Viêm gan B	3	1,6
COPD	3	1,6
Hội chứng thận hư	3	1,6
Vảy nến	2	1,1
Viêm khớp dạng thấp	1	0,5
Hen phế quản	1	0,5
Rung nhĩ	1	0,5
Đa hồng cầu nguyên phát	1	0,5
Parkinson	1	0,5
Basedow	1	0,5
Hoại tử chỏm xương đùi	1	0,5

Nhận xét: Có nhiều bệnh lý đồng mắc khác trên bệnh nhân gút, hay gặp có suy thận thận do thuốc với 4,9%, lao phổi 3,8% và xơ gan chiếm 3,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $56,92 \pm 14,44$ (thấp nhất: 21 tuổi, cao nhất: 93 tuổi). Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số với 44,8%. Đặc biệt có sự trẻ hoá bệnh nhân gút với 7 bệnh nhân có độ tuổi <30 chiếm 3,8%. Bệnh nhân trẻ nhất trong nhóm nghiên cứu chỉ mới 21 tuổi. Đa số bệnh nhân gút là nam giới chiếm 96,7%. Có 6 bệnh nhân là nữ giới chiếm 3,3 % và tất cả bệnh nhân nữ đều ≥ 60 tuổi. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu với các tác giả Đinh Thị Thu Hiền (2013) nghiên cứu trên 113 bệnh nhân gút với độ tuổi trung bình là $58,03 \pm 13,2$ và nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi với 46,02% [2].

Sở dĩ nam giới dễ bị gút có thể do lối sống, chế độ ăn uống, hoặc do di truyền. Đối với nữ giới trước độ tuổi mãn kinh ít bị gút do ảnh hưởng hormon estrogen. Hormon này có tác dụng làm tăng đào thải acid uric niệu, làm cân bằng nồng độ acid uric máu. Nguy cơ mắc bệnh gút tăng lên ở những người phụ nữ sau mãn kinh khi nồng độ estrogen giảm xuống, điều này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi là 6 bệnh nhân nữ đều có độ tuổi ≥ 60 .

Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi có sự trẻ hoá bệnh nhân gút với 7 bệnh nhân

có độ tuổi <30 chiếm 3,8%, bệnh nhân trẻ nhất trong nhóm nghiên cứu chỉ mới 21 tuổi. Điều này có thể liên quan đến việc xuất hiện ngày càng phổ biến các yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi như các thói quen ăn nhiều chất đạm, uống nhiều rượu bia, ít hoạt động thể lực và thừa cân – béo phì.

4.2. Tình hình, đặc điểm các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút

Tỷ lệ các bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút

Trong nhóm nghiên cứu, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là hai bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất (có tỷ lệ 63,4% và 52,5%). Tiếp theo đó là thừa cân béo phì (38,8%), bệnh thận mạn (25,1%).

So sánh với nghiên cứu tác giả Trần Đại Minh, tỷ lệ RLLP máu, tăng huyết áp, thừa cân béo phì tương ứng là 99%, 34,3% và 60,4%, có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi [3]. Điều này có thể do sự khác nhau do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có sự khác nhau về tiêu chuẩn chọn bệnh.

So sánh với nghiên cứu tác giả Zhu, Y và cs (2012), tỷ lệ tăng huyết áp, bệnh thận mạn, béo phì, đái tháo đường, suy tim và đột quỵ lần lượt là 73,9%; 19,9%; 53,3%; 25,7%; 11,2% và 10,4% [8]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Phân độ tăng huyết áp trên bệnh nhân gút

Đa số bệnh nhân có huyết áp bình thường chiếm 35,5%. Bệnh nhân gút có THA độ 1 chiếm tỷ lệ 36,6%, THA độ 2 chiếm 15,8%.

So sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ bệnh nhân gút có THA độ 1 chiếm đa số tương tự nghiên cứu chúng tôi. Theo Đinh Thị Thu Hiền (2013) THA độ 1 chiếm 32,74% và THA độ 2 chiếm 13,27% [2].

Phân giai đoạn bệnh thận mạn trên bệnh nhân gút

Bệnh nhân gút có BTM giai đoạn 3a chiếm 12%, giai đoạn 3b và giai đoạn 4 chiếm lần lượt 6,6% và 4,9%, giai đoạn 5 chiếm tỷ lệ ít nhất chỉ 1,6%.

So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, theo Sandoval-Plata và cs (2021), tỷ lệ bệnh nhân BTM giai đoạn 3a, 3b, 4, 5 lần lượt là 6,98%, 2,69%, 0,93% và 0,37% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [6].

Đặc điểm rối loạn lipid máu trên bệnh nhân gút

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tăng LDL - C và triglycerid máu chiếm tỷ lệ cao nhất theo thứ tự 48,1% và 47,5%, tiếp theo là giảm HDL - C 37,2%. Thấp nhất là tăng cholesterol máu toàn phần với 35,9%.

Theo nghiên cứu Jing Liang và cs (2020) nghiên cứu trên 716 bệnh nhân trong đó có 653 bệnh nhân gút và 63 bệnh nhân tăng acid uric không triệu chứng. Kết quả cho thấy có tình trạng rối loạn lipid máu, cụ thể là, tăng LDL – C chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,3%, tiếp theo là tăng triglyceride 31,7% và tăng cholesterol máu toàn phần 26,5% [5]. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Đặc điểm các bệnh lý đồng mắc khác trên bệnh nhân gút

Bệnh nhân gút có nhiều bệnh lý đồng mắc khác, hay gặp là bệnh lý suy thượng thận do thuốc với 4,9%, tiếp đến là lao phổi 3,8% và xơ gan chiếm 3,3%.

So sánh với nghiên cứu Hoàng Văn Dũng (2024), tỷ lệ bệnh nhân gút có suy thượng thận 21,7% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [1]. Suy thượng thận do thuốc là

biến chứng thường gặp trên những bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau khớp kéo dài. Mặt khác, đa số bệnh nhân gút trong nghiên cứu của chúng tôi chưa kiểm soát tốt acid uric mục tiêu, tần suất cơn gút cấp hằng năm còn cao kết hợp với sự phổ biến của việc tự ý mua thuốc giảm đau điều trị của bệnh nhân ở nước ta làm tăng nguy cơ suy thượng thận trên bệnh nhân.

Bên cạnh đó, các bệnh đồng mắc khác cũng hiện diện rất đa dạng trên bệnh nhân gút (lao phổi, xơ gan, HCTH,...) làm khó khăn cho việc quản lý bệnh nhân gút trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 183 bệnh nhân vào viện được chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Bệnh Viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra các kết luận: Bệnh lý đồng mắc trên bệnh nhân gút rất phổ biến và đa dạng, trong đó rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là hai bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất (63,4% và 52,5%); tiếp đến là thừa cân béo phì (38,8%) và bệnh thận mạn (25,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Dũng, Phạm Thị Mai, (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân gút tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng", Tạp chí Y học Việt Nam, 537 (4), tr. 151-156.
2. Đinh Thị Thu Hiền, (2013), "Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân nam mắc bệnh gút", Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Trần Đại Minh**, (2012), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân gút", Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Dược Huế.
4. **Bardin T, Richette P**, (2017), "Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options", BMC medicine, 15 pp. 1-10.
5. **Liang J, Jiang Y, Huang Y, Song W, et al**, (2020), "The comparison of dyslipidemia and serum uric acid in patients with gout and asymptomatic hyperuricemia: a cross-sectional study", Lipids in health and disease, 19 pp. 1-7.
6. **Sandoval-Plata G, Nakafero G, Chakravorty M, Morgan K, et al**, (2021), "Association between serum urate, gout and comorbidities: a case-control study using data from the UK Biobank", Rheumatology, 60 (7), pp. 3243-3251.
7. **Singh J A, Gaffo A**, (2020), "Gout epidemiology and comorbidities", Seminars in Arthritis and Rheumatism, 50 (3s) pp. S11-s16.
8. **Zhu Y, Pandya B J, Choi H K**, (2012), "Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008", The American journal of medicine, 125 (7), pp. 679-687. e671.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ GẤY XƯƠNG DO LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN GÚT BẰNG MÔ HÌNH FRAX

Hoàng Thị Lư¹, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm mật độ xương và nguy cơ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân gút bằng mô hình FRAX. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của nhóm bệnh nhân gút trong nghiên cứu tương ứng là $0,864 \pm 0,1 \text{ g/cm}^2$ và $0,679 \pm 0,1 \text{ g/cm}^2$. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm nghiên cứu là 47,1% và giảm mật độ xương là 38,7%. Tuổi bệnh nhân càng cao, thời gian mắc bệnh gút kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương. Sự lạm dụng Glucocorticoid liều cao- kéo dài trong điều trị gút là yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân gút. Việc áp dụng mô hình FRAX ở các bệnh nhân gút có nguy cơ cao bị loãng xương và gãy xương sẽ giúp phát hiện sớm những bệnh nhân cần phải điều trị loãng xương, đặc biệt là tại những tuyến y tế cơ sở không có điều kiện để đo MDX bằng DEXA.

Từ khóa: Mật độ xương, gút, FRAX

SUMMARY

EVALUATION OF FRACTURE RISK IN PATIENTS WITH GOUT USING THE FRAX MODEL

Objective: To investigate the characteristics of bone mineral density (BMD) and the risk of osteoporotic fractures in gout patients using the FRAX model. **Study subjects:** The study included 51 patients diagnosed with gout according to the EULAR/ACR 2015 criteria, treated at the Rheumatology Center of Bach Mai Hospital between September 2023 and June 2024. **Study Method:** A cross-sectional descriptive analysis. **Results and Conclusion:** The bone mineral density at the lumbar spine and femoral neck in the gout patients studied was $0.864 \pm 0.1 \text{ g/cm}^2$ and $0.679 \pm 0.1 \text{ g/cm}^2$, respectively. The prevalence of osteoporosis in the study group was 47.1%, while low bone mineral density accounted for 38.7%. Older age and longer duration of gout were associated with an increased risk of osteoporosis. High-dose, long-term use of glucocorticoids in gout treatment was identified as a risk factor for osteoporosis in gout patients. Applying the FRAX model to gout patients at high risk of osteoporosis and fractures can help identify patients who need early treatment for osteoporosis, particularly in primary healthcare settings without access to BMD measurement via DEXA.

Keywords: Bone mineral density, gout, FRAX.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là một trong những bệnh khớp viêm mạn tính hay gặp nhất ở nam giới do rối loạn chuyển hoá. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng tăng acid uric máu và lắng đọng các tinh thể monosodium urat (MSU) trong khớp và mô mềm, gây viêm các khớp và mô quanh khớp. Trên thế giới, bệnh gút chiếm khoảng 1- 4% dân số.¹ Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê ở Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ bệnh nhân mới mắc bệnh gút là 6,1% trong giai đoạn 1991-1995 và tăng lên thành 10,6% trong giai đoạn 1996-2000.² Ở bệnh nhân gút, có nhiều các bệnh lý đồng mắc như: đái tháo đường, hội chứng chuyển hoá, bệnh lý tim mạch và bệnh thận. Trong những năm trở lại đây, kết quả của một số nghiên cứu cho thấy, có sự liên quan chặt chẽ giữa gút và tình trạng loãng xương (LX), cũng như tăng nguy cơ gãy xương (GX) do loãng xương ở bệnh nhân gút. Những tinh thể urat đã khởi động một loạt các quá trình viêm và dẫn đến tổng hợp các cytokine gây viêm như IL-1, IL-6 và TNF- α . Các cytokine tiền viêm sẽ ức chế hoạt động của tạo cốt bào và tăng hoạt động của hủy cốt bào dẫn đến ức chế quá trình tạo xương và tăng hủy xương gây loãng xương.³ Loãng xương ở bệnh nhân gút là hậu quả của quá trình viêm khớp mạn tính, thói quen sinh hoạt (uống bia, rượu, hút thuốc lá...), các rối loạn chuyển hóa kèm theo (đái tháo đường, rối loạn lipid máu...) và đặc biệt là tình trạng lạm dụng nhóm thuốc glucocorticoid trong quá trình điều trị bệnh gút.⁴ Biến chứng gãy xương do loãng xương làm gia tăng tỷ lệ tàn phế và tử vong cũng như giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí điều trị và là gánh nặng kinh tế cho cả bệnh nhân và xã hội. Do đó, sự phát hiện và điều trị sớm tình trạng loãng xương ở bệnh nhân gút là vô cùng quan trọng.

Việc đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) để phát hiện sớm tình trạng loãng xương và các yếu tố nguy cơ gây gãy xương do loãng xương là một trong những phương pháp tốt nhất hiện nay, nhưng tốn kém và không dễ dàng thực hiện ở mọi cơ sở y tế. Hiện nay, với sự phát triển của mô hình đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương - FRAX (Fracture risk assessment tools) của Tổ chức y tế Thế giới (WHO), các bác sỹ lâm sàng có thể dễ dàng xác định được những người có nguy cơ cao bị gãy xương do loãng xương. Vì vậy, để có thể phát hiện và điều trị dự phòng sớm nguy cơ gãy xương do loãng xương ở những bệnh nhân gút, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm mật độ xương và nguy cơ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân gút bằng mô hình FRAX.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015, điều trị tại trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 09 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân trong độ tuổi: ≥ 40 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA và chưa điều trị thuốc loãng xương bao giờ.

* **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân suy giảm nhận thức không tiếp xúc được, không được đo mật độ xương, có bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương: Cường cận giáp tiên phát, cắt dạ dày ruột, ung thư di căn, đa u tủy xương, bệnh tổ chức

liên kết hỗn hợp. Bệnh nhân đã được điều trị loãng xương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả những bệnh nhân gút đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu

- Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu

- Từ tháng 9-2023 đến tháng 6-2024.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

- Các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thăm khám, phỏng vấn theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, sau đó được xử lý số liệu.

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học, Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=51)

Đặc điểm	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	$62,8 \pm 10,6$ (Min: 40, Max: 86)	
Thời gian mắc bệnh gút (năm)	≤ 10	28
	> 10	23
Thời gian mắc bệnh gút trung bình (năm)	$11,5 \pm 5,9$ (Min: 1, Max: 20)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $62,8 \pm 10,6$ tuổi. Thời gian mắc bệnh gút trung bình là $11,5 \pm 5,9$ năm, trong đó, người bệnh có thời gian mắc bệnh gút từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ 45,1%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nồng độ acid uric máu của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)

	Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Acid uric máu (umol/l)	Bình thường	30
	Tăng	21
Acid uric máu trung bình (umol/l)	$421,7 \pm 125,5$ (Min: 197, Max: 730)	

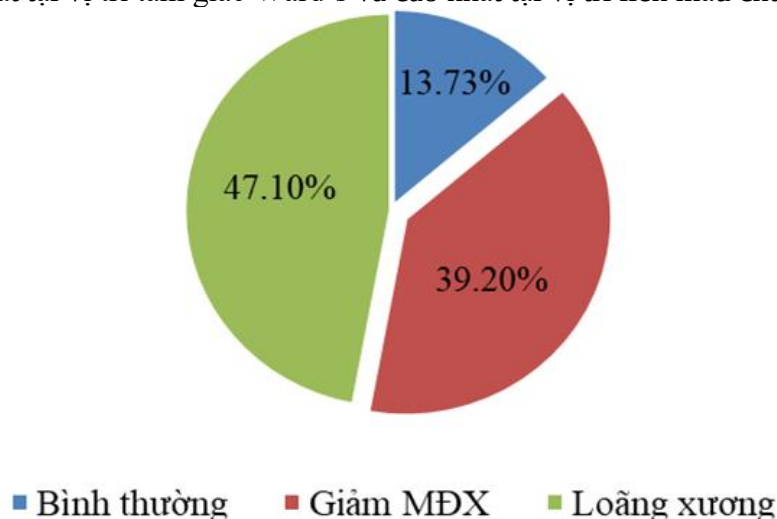
Nhận xét: Trong nghiên cứu, 41,2% bệnh nhân có nồng độ acid uric máu tăng.

3.2. Đặc điểm về mật độ xương và tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm mật độ xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)

Mật độ xương tại vị trí CSTL ($\bar{X} \pm SD$) (g/cm ²)		Mật độ xương tại vị trí CXĐ ($\bar{X} \pm SD$) (g/cm ²)	
L1	$0,785 \pm 0,1$	CXĐ	$0,679 \pm 0,1$
L2	$0,828 \pm 0,2$	Mấu chuyển lớn	$0,658 \pm 0,2$
L3	$0,883 \pm 0,2$	Liên mấu chuyển	$1,025 \pm 0,2$
L4	$0,918 \pm 0,2$	Tam giác Ward's	$0,525 \pm 0,1$
Tổng	$0,864 \pm 0,1$	Tổng	$0,834 \pm 0,2$

Nhận xét: Tại vị trí CSTL, mật độ xương trung bình là $0,864 \pm 0,1$ (g/cm²), thấp nhất tại vị trí L1 và cao nhất tại vị trí L4. Tại vị trí CXĐ, mật độ xương trung bình là $0,679 \pm 0,1$ (g/cm²), thấp nhất tại vị trí tam giác Ward's và cao nhất tại vị trí liên mấu chuyễn.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=51)

Nhận xét: Các bệnh nhân gút nghiên cứu có loãng xương chiếm tỷ lệ 47,1% (24/51 bệnh nhân) và tỷ lệ giảm MĐX chiếm 39,20%.

3.3. Mối liên quan giữa loãng xương và một số yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân gút nghiên cứu

Bảng 3.3. Liên quan của thời gian mắc bệnh gút và tuổi với MĐX của nhóm đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		T-score tại cột sống thắt lưng			T-score tại cổ xương đùi		
		≤ -2,5	-2,5 < L ≤ -1	> -1	≤ -2,5	-2,5 < D ≤ -1	> -1
Thời gian mắc bệnh	>10 năm	47,8	26,1	26,1	34,8	30,4	34,8
	≤10 năm	47,8	26,1	26,1	34,8	30,4	34,8
	p	p<0,05			p>0,05		
Tuổi	40-49	5,3	10	16,7	0	5,6	23,5
	50-59	31,6	25	33,3	18,8	38,9	29,4
	60-69	42,1	20	27,8	43,8	27,8	23,5
	≥ 70	21,1	45	22,2	37,5	27,8	23,5
	p	p<0,05			p <0,05		

Nhận xét: Bệnh nhân gút với thời gian mắc bệnh kéo dài > 10 năm có tỷ lệ loãng xương ở cả 2 vị trí CSTL và CXĐ cao hơn nhiều so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh gút ≤10 năm (p <0,05). Tỷ lệ LX tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ tăng dần theo sự gia tăng của tuổi (p<0,05).

Bảng 3.4. Liên quan giữa tình trạng lạm dụng glucocorticoid, hút thuốc lá, lạm dụng rượu với MDX (n=51)

Yếu tố		T-Score			T-score tại cột sống thắt lưng			T-score tại cổ xương đùi		
		≤ -2,5	-2,5<L≤-1	>-1	≤ -2,5	-2,5<D≤-1	>-1	≤ -2,5	-2,5<D≤-1	>-1
Lạm dụng corticoid	Có	41	27	30,2	37,2	27,9	34,9			
	Không	12,5	25	62,5	0	75	25			
		p < 0,05			p < 0,05					
Hút thuốc lá	Có	38,6	27,3	34,1	34,1	34,1	31,8			
	Không	28,6	28,6	42,9	14,3	42,9	42,9			
		p > 0,05			p > 0,05					
Lạm dụng rượu	Có	38,3	25,5	36,2	34	31,9	34,0			
	Không	25	50	25	0	75	25			
		p > 0,05			p > 0,05					

Nhận xét: Những bệnh nhân gút có lạm dụng glucocorticoid trong điều trị bệnh có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với những bệnh nhân không lạm dụng corticoid ($p < 0,05$). Bệnh nhân hút thuốc lá và lạm dụng rượu có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với nhóm không hút thuốc lá và lạm dụng

rượu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Áp dụng mô hình FRAX trong đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương trong 10 năm tới của bệnh nhân gút nghiên cứu

Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu có nguy cơ gãy cổ xương đùi $\geq 3\%$ và nguy cơ gãy xương tại vị trí xương khác $\geq 20\%$ khi áp dụng mô hình FRAX (n=51)

	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Xác suất nguy cơ gãy cổ xương đùi $\geq 3\%$	24	47,1
Xác suất nguy cơ gãy cổ xương đùi trung bình ($\bar{X} \pm SD$ %)	2,9 $\pm$ 2,0 % (Min: 0,1 Max: 7,5)	
Xác suất nguy cơ gãy ở vị trí khác khác $\geq 20\%$	0	0
Xác suất nguy cơ gãy khác trung bình ($\bar{X} \pm SD$ %)	5,8 $\pm$ 1,7 (Min: 2,6 Max: 8,7)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có xác suất nguy cơ gãy cổ xương đùi trung bình là 2,9 $\pm$ 2,0% và gãy xương ở những vị trí xương khác là 5,8 $\pm$ 1,7%.

Bảng 3.6. Phân bố nguy cơ gãy xương trong 10 năm tới do loãng xương theo phân loại mật độ xương của WHO

Nguy cơ gãy xương theo FRAX	Loãng xương	Giảm MDX	Bình thường	Tổng	P
Cao (n, %)	14 (58,3)	4 (20)	2 (28,6)	24 (47,1)	< 0,05
Thấp (n, %)	10 (41,7)	12 (60)	5 (71,4)	27 (52,9)	
Tổng	24	20	7	51	

Nhận xét: Trong số 20 bệnh nhân có giảm MĐX khi đo MĐX bằng DEXA, có 4/20 bệnh nhân có nguy cơ gãy xương cao trong 10 năm tới theo FRAX cần phải được điều trị loãng xương ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong gút, tình trạng tăng acid uric máu sẽ dẫn đến sự lắng đọng các tinh thể urat ở khớp, thận và các tổ chức. Tình trạng tăng acid uric máu cũng gây ảnh hưởng đến chất lượng xương do quá trình thoái giáng của những tinh thể urat gây ra các stress oxy hóa trong tế bào. Những stress oxy hóa sẽ dẫn đến ức chế quá trình tăng sinh và biệt hóa của các tạo cốt bào, làm tăng cường sự chết tế bào theo chương trình của các tạo cốt bào do đó dẫn đến tình trạng loãng xương ở bệnh nhân gút. Tổn thương viêm mạn tính trong gút cũng dẫn đến ức chế hoạt động của các tạo cốt bào, làm giảm quá trình tạo xương cũng như tăng hoạt động của các hủy cốt bào gây tăng quá trình hủy xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 51 bệnh nhân chẩn đoán gút cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $62,8 \pm 10,6$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,4%). Khi đánh giá thời gian mắc bệnh gút, có 23/51 bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm, chiếm tỉ lệ là 45,1% và thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $11,5 \pm 5,9$ (năm). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có nồng độ acid uric máu trung bình là $421,7 \pm 125,5$ $\mu\text{mol/l}$, trong đó nồng độ acid uric máu cao nhất là 730 $\mu\text{mol/l}$.

Khi khảo sát mật độ xương của nhóm bệnh nhân gút tham gia nghiên cứu bằng DEXA, chúng tôi thấy bệnh nhân có tỷ lệ loãng xương là 47,1% và giảm mật độ xương là 39,2%, trong đó mật độ xương trung bình

tại CSTL và CXĐ tương ứng là $0,864 \pm 0,1$ g/cm^2 và $0,679 \pm 0,1$ g/cm^2 . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Thiệp (2024) trên 62 bệnh nhân gút có biến chứng bệnh thận mạn tính tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên: loãng xương chiếm 45,2% và giảm mật độ xương 38,7%.⁵ Trong nhiều nghiên cứu, bệnh nhân gút có tỷ lệ LX và giảm MĐX cao hơn so với những người khỏe mạnh cùng độ tuổi, cùng giới. Tăng acid uric máu cũng có thể gây cường cận giáp trạng thứ phát do ức chế 1α -hydroxylase ở ống lượn gần của thận. Trong nghiên cứu của Mi Jung Kwon và cộng sự (2022) gồm 16305 bệnh nhân mắc bệnh gút và nhóm chứng gồm 65220 người khỏe mạnh, nhóm bệnh nhân bị bệnh gút có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng.⁶ Bên cạnh đó, cũng có rất nhiều các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến mật độ xương ở bệnh nhân gút như: tuổi tác cao, tình trạng lạm dụng corticoid trong điều trị gút, lạm dụng rượu, thói quen hút thuốc lá, suy thận mạn do gút và các bệnh lý đi kèm.⁸

Trong nghiên cứu, mật độ xương của bệnh nhân gút có tương quan với thời gian mắc bệnh gút, tuổi và tình trạng lạm dụng glucocorticoid trong điều trị gút ($p < 0,05$). Kết quả 1 số nghiên cứu cho thấy, tăng acid uric máu và gút làm tăng nguy cơ gãy xương do cường cận giáp trạng thứ phát, tăng các cytokine gây viêm, stress oxy hóa và thiếu hụt vitamin D. Các bệnh nhân bị loãng xương nói chung có nguy cơ gãy xương cao hơn so với những bệnh nhân có giảm mật độ xương và không bị loãng xương. Tuy nhiên, kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, biến chứng gãy xương vẫn có thể xảy ra ở nhóm có giảm mật độ xương. Do vậy, việc đánh giá nguy cơ gãy xương trong 10 năm theo FRAX sẽ giúp phát hiện sớm những bệnh

nhân giảm MĐX cần phải được điều trị loãng xương để giảm nguy cơ gãy xương cho bệnh nhân. Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu, khi đánh giá theo FRAX, 47,1% bệnh nhân có nguy cơ gãy cổ xương đùi $\geq 3\%$ cần phải điều trị dự phòng loãng xương. Trong nhóm bệnh nhân giảm mật độ xương, 20% bệnh nhân có nguy cơ gãy cổ xương đùi $\geq 3\%$ cần phải điều trị loãng xương. Do đó, việc áp dụng mô hình FRAX để đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương sẽ giúp chỉ định điều trị loãng xương sớm cho bệnh nhân khi chưa có các biểu hiện lâm sàng của loãng xương và giúp dự phòng biến chứng gãy xương do loãng xương. Hơn nữa, hiện nay, ưu điểm của việc áp dụng mô hình FRAX ở các bệnh nhân gút có nhiều yếu tố nguy cơ là phát hiện được sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao bị gãy xương do loãng xương tại những tuyến y tế cơ sở không có điều kiện để khảo sát mật độ xương bằng DEXA, để điều trị loãng xương sớm- kịp thời nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát MĐX và nguy cơ gãy xương do loãng xương theo mô hình FRAX ở 51 bệnh nhân chẩn đoán gút tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi có 1 số kết luận như sau: Mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của nhóm bệnh nhân gút trong nghiên cứu tương ứng là $0,864 \pm 0,1 \text{ g/cm}^2$ và $0,679 \pm 0,1 \text{ g/cm}^2$. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 47,1% và giảm mật độ xương là 38,7%. Tuổi bệnh nhân càng cao,

thời gian mắc bệnh gút kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương. Sự lạm dụng Glucocorticoid liều cao - kéo dài trong điều trị gút là yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân gút. Việc áp dụng mô hình FRAX ở các bệnh nhân gút có nguy cơ cao bị loãng xương và gãy xương sẽ giúp phát hiện sớm những bệnh nhân cần phải điều trị loãng xương, đặc biệt là tại những tuyến y tế cơ sở không có điều kiện để đo MĐX bằng DEXA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singh JA, Gaffo A.** Gout epidemiology and comorbidities. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2020;50:S11-S16.
2. **Trần Ngọc Ân,** Bệnh Gút, Bệnh Thấp Khớp, Nhà Xuất Bản y Học Hà Nội, .1999; 278-300.
3. **Yokose K, Sato S, Asano T, et al.** TNF- α potentiates uric acid-induced interleukin-1 β (IL-1 β) secretion in human neutrophils. *Mod Rheumatol*. 2018;28(3):513-517.
4. **Kim JH, Kim SR, Kang G, Choi IA.** Gout as a risk factor for osteoporosis: A Korean population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(45):e31524.
5. **Ngô Thị Thiệp, & Lưu, Thị Bình.** Đặc điểm mật độ xương ở bệnh nhân gút có biến chứng thận mạn tính điều trị tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 5-2024. 538(1)137.
6. **Kwon MJ, Park JY, Kim SG, et al.** Potential Association of Osteoporosis and Not Osteoporotic Fractures in Patients with Gout: A Longitudinal Follow-Up Study. *Nutrients*. 2022;15(1):134.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN CƠ HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY Ở BỆNH NHÂN GÚT MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Bảo Thoa¹, Ngô Thị Trang¹, Nguyễn Văn Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và điện cơ hội chứng ớng cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang 42 bệnh nhân gút mạn có 73 ớng cổ tay được chẩn đoán xác định hội chứng ớng cổ tay theo tiêu chuẩn của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ đến khám tại Trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $59,12 \pm 10,8$, trong đó 100% là nam giới. Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $12,9 \pm 6,2$ (năm). Thời gian mắc hội chứng ớng cổ tay trung bình: $10,9 \pm 6,9$ (tháng). Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (83,4%). Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 76,7% đau cổ tay, bàn tay; 93,1% có yếu tố khởi phát; 100% dị cảm; 78% giảm cảm giác; 20,5% mất cảm giác; 61,6% cử động đối ngón, cầm nắm yếu; 43,8% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 81,6% số ớng cổ tay, nghiệm pháp Tinel (+) là 69,9%, nghiệm pháp Durkan (+) là 53,4%.

Bệnh nhân ở giai đoạn bệnh trung bình và nặng với tỉ lệ: 37% và 42,5%, bệnh nhân ở giai đoạn bệnh nhẹ chiếm tỉ lệ thấp 20,5% theo phân độ điện cơ. Các chỉ số có giá trị chẩn đoán xác định hội chứng ớng cổ tay gồm: thời gian tiềm

cảm giác, thời gian tiềm vận động, hiệu số tiềm cảm giác và hiệu số tiềm vận động giữa - trụ.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của hội chứng ớng cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính là các biểu hiện tổn thương của dây thần kinh giữa. Điện cơ góp phần chẩn đoán và phân độ nặng hội chứng ớng cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.

Từ khóa: Hội chứng ớng cổ tay, đặc điểm lâm sàng, điện cơ, gút mạn tính.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ELECTROMYOGRAPHIC MECHANISM OF CHRONIC GOUT PATIENTS WITH CARPAL TUNNEL SYNDROME

Aim: Description of the clinical characteristics and electromyography mechanism of chronic gout patients with carpal tunnel syndrome (CTS).

Subjects and methods: Cross-sectional description of 42 patients with chronic gout with 73 carpal tunnels diagnosed with CTS according to the standards of the American Neurological Association who came for examination and treatment at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from August 2023 to April 2024.

Result: The mean age of the patients was 59.12 ± 10.8 , in there 100% were male. The median duration of gout was 12.9 ± 6.2 (years). The median duration of carpal tunnel syndrome was 10.9 ± 6.9 (months). The main reason for examination was numbness of the hand (83.4%). Clinical symptoms of the diseased hand: 76.7% pain in the wrist and hand, 93.1% triggering

¹Trung tâm CXX Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Thoa

SĐT: 0984404490

Email: drbaothoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

factors, 100% paresthesia, 78% decreased sensation, 20.5% loss of sensation, 61.6% anti-finger movement, weak grip, 43.8% atrophy of the thenar muscles. The rate of Phalen test (+) is 81.6% of carpal tunnels, Tinel sign (+) is 69.9%, Durkan test (+) is 53.4%. Patients in moderate and severe stages of the disease accounted for 37% and 42.5%, while patients in mild stages accounted for a low percentage of 20.5% according to electromyographic mechanism. Indicators that have diagnostic value in determining carpal tunnel syndrome include: latent sensory time, latent time, sensory potential difference and mid-ultra-pillar potential difference.

Conclusion: Common clinical symptoms of carpal tunnel syndrome in patients with chronic gout are manifestations of damage to the median nerve. Electromyography contributes to the diagnosis and severity of carpal tunnel syndrome in patients with chronic gout.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (Carpal tunnel syndrome) là hội chứng gây ra bởi sự tăng quá mức áp lực lên dây thần kinh giữa tại ống cổ tay. Đây là hội chứng hay gặp nhất trong các bệnh lý chèn ép dây thần kinh ngoại biên. Hậu quả của việc chèn ép dây thần kinh giữa là gây ra đau, tê, giảm hoặc mất cảm giác vùng da bàn tay thuộc chi phối của dây thần kinh này, nặng hơn nữa có thể dẫn đến teo cơ, làm giảm chức năng vận động của bàn tay. Nguyên nhân của hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn có thể nguyên phát hoặc thứ phát do chèn ép trong ống cổ tay như: hạt tophi, kén hoạt dịch, viêm các gân gấp cổ tay, các khối u... Tỷ lệ hội chứng ống cổ tay do hạt tophi người mắc bệnh gút là 0,6%¹. Điện cơ ra đời từ năm 1950 góp phần chẩn đoán và phân độ nặng

của hội chứng ống cổ tay và được xem là tiêu chuẩn vàng trong hội chứng ống cổ tay. Tại trung tâm Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai trong thời gian qua đã khám và điều trị một số lượng lớn bệnh nhân gút mạn có biểu hiện hội chứng ống cổ tay, tuy nhiên các bệnh nhân thường có biểu hiện bệnh ở giai đoạn muộn, có teo cơ, rối loạn chức năng bàn ngón, nhiều hạt tophi chèn ép cần phải phẫu thuật. Do đó vấn đề phát hiện chẩn đoán sớm, tìm căn nguyên hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn là rất quan trọng để định hướng điều trị, theo dõi trước và sau phẫu thuật cũng như phòng bệnh cho các đối tượng có nguy cơ. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: **Mô tả đặc điểm lâm sàng và điện cơ hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai có đủ tiêu chí dưới đây:

- Được chẩn đoán bệnh Gút mạn tính theo tiêu chuẩn EULAR 2015.

- Có hội chứng ống cổ tay trên lâm sàng (tê bì, dị cảm các đầu ngón tay; tăng về đêm hoặc khi lái xe, cầm nắm vật... Có thể yếu và/hoặc teo cơ ô mô cái)

- Có thực hiện thăm dò điện cơ khẳng định có tổn thương thần kinh giữa.

- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có kèm theo bệnh lý chèn ép cột sống cổ, bệnh lý thần kinh ngoại vi, bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh, tiền sử chấn thương khớp cổ tay.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp thu thập dữ liệu: tiến cứu từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024

- Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.

- Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng thực hiện các test về hội chứng ống cổ tay, điện cơ theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 26.0

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, bệnh kèm theo, thời gian mắc bệnh, lý do đến khám, số lượng và vị trí tay mắc hội chứng ống cổ tay: một tay, cả hai tay.

- Đặc điểm lâm sàng: đau cổ tay, bàn tay, có yếu tố khởi phát, dị cảm, giảm cảm giác, mất cảm giác, cử động đôi ngón, cầm nắm yếu, teo cơ mô cái. Dấu hiệu Tinel, nghiệm pháp Phalen, nghiệm pháp Durkan.

• Dấu hiệu Tinel (+): Gõ trên ống cổ tay ở tư thế duỗi cổ tay tối đa sẽ gây cảm giác đau hay tê giật lên các ngón tay.

• Nghiệm pháp Phalen: Bệnh nhân gập cổ tay hết mức và giữ 60 giây. Nghiệm pháp dương tính nếu bệnh nhân thấy dị cảm vùng dây thần kinh giữa chi phối.

• Nghiệm pháp Ducan: Người khám dùng ngón cái ấn vào vị trí giữa nếp gấp cổ

tay bệnh nhân. Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân thấy tê bì, đau tăng theo vùng phân bố thần kinh giữa.

- Phân độ gút có hạt tophi theo ACR 2012: nhẹ (bệnh ổn định, hạt tophi tại 1 khớp); trung bình (bệnh ổn định, hạt tophi tại 2 đến 4 khớp); nặng (có hạt tophi ở 4 khớp trở lên hoặc rò hạt tophi, xâm lấn phá hủy mô, nguy cơ nhiễm trùng cao, tốc độ phát triển nhanh, viêm khớp có hạt tophi).

- Đặc điểm điện cơ:

+ Đo tốc độ dẫn truyền cảm giác, tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm cảm giác, thời gian tiềm vận động của dây thần kinh giữa; hiệu thời gian tiềm cảm giác, vận động thần kinh giữa và thần kinh trụ

+ Phân độ nặng của hội chứng ống cổ tay theo chẩn đoán điện: phân độ theo Steven's chia 4 mức độ

• Không có hội chứng ống cổ tay: tất cả các test đều bình thường ($SCV \geq 50$ m/s và $DML \leq 4,2$ ms).

• Nhẹ: Bất thường đáp ứng cảm giác, đáp ứng vận động bình thường ($SCV < 50$ m/s và $DML \leq 4,2$ ms).

• Trung bình: bất thường cả đáp ứng cảm giác và vận động ($SCV < 50$ m/s và $DML \geq 4,2$ ms).

• Nặng: không có đáp ứng vận động hoặc cảm giác hoặc cả hai (không đo được SCV và hoặc DML...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới: Nam	42	100%
Tuổi trung bình (tuổi) $\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	59,12 $\pm$ 10,8 (32-75)	
Thời gian bị gút trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	12,9 $\pm$ 6,2 (4,0-20)	
Thời gian bị HCOCT trung bình (tháng) $\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)	10,9 $\pm$ 6,9 (2,0-36,0)	

Lí do đến khám	Tê bì bàn tay	35	83,4%
	Biểu hiện cơn gút cấp	4	9,5%
	Nhiễm trùng mô mềm hoặc hạt tophý	3	7,1%

Nhận xét: Trong số 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 73 ống cổ tay, trong đó 100% bệnh nhân là nam giới. Tuổi trung bình là $59,12 \pm 10,8$ (năm). Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $12,9 \pm 6,2$ (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: $10,9 \pm 6,9$ (tháng). Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (83,4%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở BN gút mạn tính

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng OCT (n=73)	Tỷ lệ %
Triệu chứng cơ năng	Đau cổ tay, bàn tay	56	76,7
	Yếu tố khởi phát	68	93,1
	Dị cảm	73	100
	Giảm cảm giác	57	78,0
	Mất cảm giác	15	20,5
	Cử động đối ngón, cầm nắm yếu	45	61,6
	Teo cơ mô cái	32	43,8

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện dị cảm chiếm tỷ lệ cao nhất 100%, giảm cảm giác 78%; đau bàn tay, cổ tay 76,7%, cử động đối ngón, cầm nắm yếu 61,6%, bệnh nhân có teo ô mô cái 43,8% và mất cảm giác chiếm tỷ lệ thấp 20,5%.

Bảng 3: Tỷ lệ một số test khám lâm sàng (n=73)

Triệu chứng	Số lượng OCT (n=73)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu Tinel (+)	51	69,9
Nghiệm pháp Phalen (+)	61	81,6
Nghiệm pháp Durkan (+)	39	53,4

Nhận xét: Trong các nghiệm pháp khám lâm sàng, nghiệm pháp Phalen chiếm tỷ lệ dương tính cao nhất (81,6%) sau đó tới nghiệm pháp Tinel (69,9%), thấp nhất là nghiệm pháp Durkan 53,4%.

3.3. Đặc điểm điện cơ của tay bị hội chứng cổ tay

Bảng 4: Giá trị trung bình của các chỉ số trên điện cơ (n=73)

Các chỉ số điện cơ	Trung bình
Thời gian tiềm cảm giác TK giữa (DSLm, ms)	$4,11 \pm 1,63$
Hiệu thời gian tiềm cảm giác TK giữa và TK trụ (ms)	$2,03 \pm 1,44$
Thời gian tiềm vận động TK giữa (DMLm, ms)	$5,70 \pm 2,42$
Hiệu thời gian tiềm vận động TK giữa và TK trụ (ms)	$3,02 \pm 2,53$
Tốc độ dẫn truyền cảm giác dây thần kinh giữa (SCV, m/s)	$37,5 \pm 12,2$
Tốc độ dẫn truyền vận động dây thần kinh giữa (MCV, m/s)	$48,8 \pm 7,0$

Nhận xét: Các giá trị trung bình khi đo tốc độ dẫn truyền cảm giác, thời gian tiềm vận động dây thần kinh giữa của bệnh nhân nghiên cứu cao hơn giá trị chẩn đoán hội chứng ống cổ tay trên điện cơ theo từng tiêu chí.

Bảng 5: Tỷ lệ bất thường trên điện cơ của tay bị hội chứng cổ tay (n=73)

Các chỉ số điện cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa SCV < 50 m/s	42	57,5
Tăng hiệu số tiềm cảm giác giữa - trụ DSLd > 0,79 ms	40	54,7
Tăng hiệu số tiềm vận động giữa - trụ DMLd > 1,25 ms	39	53,4
Kéo dài thời gian tiềm cảm giác thần kinh giữa DSLm > 3,2 ms	30	41,1
Kéo dài thời gian tiềm vận động thần kinh giữa DMLm > 4,2 ms	24	32,8

Nhận xét: Tỷ lệ giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa là 57,5%, tăng hiệu số tiềm cảm giác giữa - trụ là 54,70%; tăng hiệu số tiềm vận động giữa - trụ là 53,4%; kéo dài thời gian tiềm cảm giác thần kinh giữa là 41,1%; kéo dài thời gian tiềm vận động thần kinh giữa là 32,8%. Tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa có giá trị cao nhất trong chẩn đoán hội chứng ống cổ tay ở người mắc bệnh Gút, sau đó là các giá trị về hiệu số tiềm cảm giác giữa - trụ và hiệu số tiềm vận động giữa - trụ.

Bảng 6: Tỷ lệ phân độ nặng trên chẩn đoán điện theo Steven's

Phân độ chẩn đoán điện theo Steven's	Hội chứng ống cổ tay	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhẹ: Chỉ có bất thường cảm giác thần kinh giữa SCV < 50 m/s, DML < 4,2 ms	15	20,5
Trung bình: Bất thường cảm giác và vận động SCV < 50 m/s và DML > 4,2 ms	27	37,0
Nặng: Mất dẫn truyền cảm giác hoặc vận động thần kinh giữa hoặc cả hai	31	42,5
Tổng số	73	100

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu thuộc giai đoạn bệnh trung bình và nặng với tỉ lệ 37,0% và 42,5% và bệnh nhân ở giai đoạn bệnh nhẹ chiếm tỉ lệ thấp 20,5% theo phân độ điện cơ.

Bảng 7: Liên quan giữa phân độ điện cơ với phân độ Gút có hạt tophi

Độ điện cơ \ Độ Gút	Nhẹ		Trung bình và nặng		Tổng
	SL	%	SL	%	
Nhẹ	5	62,5	10	15,4	p<0,05
Trung bình, nặng	3	37,5	55	84,6	
Tổng	8	100	65	100	

$p < 0,05$; OR = 9,17; 95% CI của OR (1,88-44,59)

Nhận xét: Có mối tương quan giữa phân độ nặng trên điện cơ với phân độ Gút có hạt tophi của hai nhóm nhẹ và nhóm trung bình – nặng với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% (42/42) bệnh nhân là nam giới, không có bệnh nhân nữ. Vì nhóm bệnh nhân mắc HCOCT trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nền là bệnh Gút nên kết quả là hoàn toàn phù hợp vì bệnh Gút thường xuất hiện ở các bệnh nhân nam giới tuổi trung niên. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $59,12 \pm 10,8$, cũng tương tự như nghiên cứu của Mauro Mondelli² (2016) là $54,4 \pm 15$. Thời gian mắc bệnh Gút trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $12,9 \pm 6,2$ năm, nhỏ nhất là 4 năm và lớn nhất là 20 năm. Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $10,9 \pm 6,9$ tháng, thấp nhất là 2 tháng, cao nhất là 36 tháng, thấp hơn trong nghiên cứu Đinh Thị Thủy Lan có thời gian mắc bệnh Gút $12,4 \pm 6,1$ năm, thời gian mắc hội chứng ống cổ tay $14,5 \pm 13,6$ tháng³. Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc có triệu chứng lâm sàng đến lúc bệnh nhân được khám và chẩn đoán bệnh, thời gian này phụ thuộc vào việc người bệnh đến khám sớm hay muộn. Thông thường khi ở giai đoạn sớm với các biểu hiện đau, tê nhẹ, thoáng qua và không thường xuyên, không ảnh hưởng đến công việc, sinh hoạt thì ít bệnh nhân đi khám ngay. Phần lớn bệnh nhân trong các nghiên cứu tới khám bệnh ở giai đoạn sau 6 tháng (kể từ khi bắt đầu có tổn thương thần kinh), giai đoạn dây thần kinh bắt đầu phù nề và có dấu hiệu chèn ép rõ trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của

chúng tôi bệnh nhân chủ yếu đến khám khi tay tê và đau nhiều (76,7%), đặc biệt về đêm dẫn đến mất ngủ, ảnh hưởng nhiều đến công việc, sinh hoạt thì mới đến khám bệnh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Hội chứng ống cổ tay thường xuất hiện khi có một số yếu tố khởi phát như: lái xe đạp, xe máy, để bàn tay lâu ở một tư thế, các hoạt động lặp đi lặp lại cổ tay. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng ống cổ tay khi lái xe đạp hoặc xe máy 10-15 phút. Tỷ lệ có yếu tố khởi phát là 93,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Lê Thị Liễu (2018) có tỷ lệ xuất hiện hội chứng ống cổ tay khi có yếu tố khởi phát lần lượt là 88,4%⁴.

Đặc điểm lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở BN gút mạn tính nổi bật là triệu chứng dị cảm ở vị trí ngón cái, ngón trỏ, ngón giữa và nửa ngoài ngón đeo nhẫn với tỷ lệ 100%. Biểu hiện của dị cảm rất phong phú, đó là các triệu chứng là tê bì, bỏng rát, kiến bò, kim châm... Các triệu chứng này thường xuất hiện vào ban đêm, sáng sớm hoặc khi bệnh nhân thực hiện một số động tác gấp duỗi cổ tay hoặc để cổ tay ở một tư thế trong một thời gian dài như đi xe máy, xe đạp, cầm nắm vật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả như: Lê Thị Liễu (2018), có tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay có biểu hiện dị cảm là: 96%⁴. Đây cũng là các dấu hiệu sớm khiến bệnh nhân đến khám bệnh.

Triệu chứng giảm và mất cảm giác thường xuất hiện ở giai đoạn bệnh trung bình hoặc nặng, khi dây thần kinh giữa bị tổn thương lâu ngày. Tỷ lệ hội chứng ống cổ tay có giảm và mất cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: 78% và 20,5%. Tỷ lệ giảm cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Bong Cheol Kwon⁵ (80%).

Teo và yếu cơ ô mô cái là các dấu hiệu thường gặp ở giai đoạn muộn của bệnh. Cơ ô mô cái bị teo một phần hoặc hoàn toàn. Khi cơ ô mô cái bị teo bệnh nhân khó dạng hoặc không dạng được ngón cái tạo thành một góc tối đa 90 độ so với các ngón tay khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ teo cơ ô mô cái là 43,8%, cao hơn các nghiên cứu của Phan Hồng Minh (2019), Lê Thị Liễu (2018) có tỷ lệ teo cơ ô mô cái lần lượt là 15,23%; 12,3%^{4,6}. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tới khám ở giai đoạn nặng và rất nặng trên thang điểm Boston chiếm 47,9%, khi các triệu chứng về vận động có sự thay đổi rõ rệt, một phần vì biến dạng khớp cổ tay, bàn ngón tay do bệnh Gút mạn tính gây vận động khó khăn, hạn chế cho bàn tay. Một phần do tổn thương dây thần kinh giữa giai đoạn muộn gây ra teo cơ ô mô cái nên tỷ lệ teo cơ ô mô cái trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiệm pháp Phalen có độ nhạy cao nhất trong ba nghiệm pháp, chiếm tỷ lệ 81,6%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Hồng Minh (85,77%)⁶. Tỷ lệ dương tính của chúng tôi

cao hơn trong nghiên cứu của Lê Thị Liễu (63,9%)³ do bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn nặng có tỷ lệ cao hơn. Mặc dù tỷ lệ có khác nhau nhưng các tác giả đều cho rằng đây là một trong các nghiệm pháp lâm sàng có giá trị cao trong chẩn đoán hội chứng ống cổ tay.

Dấu hiệu Tinel trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ dương tính thấp hơn nghiệm pháp Phalen nhưng cao hơn nghiệm pháp Ducan. Tỷ lệ test Tinel dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 69,9%, Kết quả của Đỗ Lập Hiếu cũng tương đương với kết quả của chúng tôi với dấu hiệu Tinel gặp trong 72,5% các trường hợp⁷. Cùng với nghiệm pháp Phalen, đây là một trong những nghiệm pháp lâm sàng kinh điển có giá trị tương đối cao trong chẩn đoán lâm sàng hội chứng ống cổ tay.

Nghiệm pháp Ducan được áp dụng nhiều trong lâm sàng chẩn đoán hội chứng ống cổ tay. Tỷ lệ dương tính của nghiệm pháp Ducan trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,4% thấp hơn với nghiên cứu của Phan Hồng Minh⁶ là 67,51%. Mặc dù đây là nghiệm pháp lâm sàng ra đời sau hai nghiệm pháp Tinel và Phalen nhưng giá trị chẩn đoán của nó cũng khá cao, chính vì vậy mà cũng được ứng dụng rộng rãi trong thực hành cùng với hai nghiệm pháp trên.

4.3. Đặc điểm điện cơ ống cổ tay bệnh nhân gút mạn

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có biểu hiện 100% tổn thương trên điện cơ. Điều này dễ giải thích vì tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhân bị hội chứng ống cổ tay bao

gồm ít nhất một dấu hiệu lâm sàng và một bất thường dẫn truyền thần kinh trên điện cơ. Trong hội chứng ống cổ tay tốc độ dẫn truyền cảm giác và vận động giảm do có tổn thương myelin của dây thần kinh. Ở giai đoạn sớm chỉ thấy giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác. Còn ở giai đoạn muộn hơn khi có tổn thương nhiều và tổn thương cả sợi trục thì sẽ gây biến đổi về dẫn truyền thần kinh cả cảm giác và vận động.

Thời gian tiềm vận động trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là: $5,70 \pm 2,42$ ms, cao hơn trong nghiên cứu của Đỗ Lập Hiếu⁷ ($5,07 \pm 1,21$). Thời gian tiềm cảm giác trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn trong nghiên cứu của Đỗ Lập Hiếu (tay phải: $3,43 \pm 1,46$, tay trái: $3,38 \pm 1,09$). Điểm chung của các nghiên cứu là: giá trị trung bình của thời gian tiềm vận động và cảm giác đều cao hơn giá trị chẩn đoán hội chứng ống cổ tay theo từng thông số. Giá trị trung bình về tốc độ dẫn truyền cảm giác và tốc độ dẫn truyền vận động trong nhóm hội chứng ống cổ tay ở nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $37,5 \pm 12,2$ m/s và $48,8 \pm 7,0$ m/s.

Nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện bất thường trên chẩn đoán điện chủ yếu là giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác thần kinh giữa chiếm tỉ lệ cao nhất (dương tính 57,5%), sau đó đến kéo dài hiệu số tiềm cảm giác và hiệu số tiềm vận động của dây thần kinh giữa – trụ có tỉ lệ dương tính lần lượt là 54,7% và 53,4%, kéo dài thời gian tiềm cảm giác, tiềm vận động dây thần kinh giữa lần lượt có tỉ lệ dương tính 41,1% và 42,8%.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tới khám có 20,5% ở giai đoạn nhẹ, 37% giai đoạn trung bình và 42,5% giai đoạn nặng. Phần lớn ở giai đoạn trung bình và nặng. Giai đoạn nặng là đã có mất dẫn truyền cảm giác, vận động hoặc cả hai, đó cũng là lí do giải thích cho tỉ lệ các chỉ số điện cơ của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn các tác giả khác.

Khi khảo sát mối liên quan giữa phân độ điện cơ với phân độ Gút có hạt tophi chúng tôi nhận thấy rằng: có mối liên quan giữa nhóm phân độ trung bình, nặng và phân độ nhẹ của hội chứng ống cổ tay trên điện cơ và trên phân độ bệnh gút có hạt tophi. Điều này có thể giải thích là do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân gút mạn đến viện khi bệnh đã ở mức độ nặng và rất nặng, nhiều hạt tophi chèn ép gây tổn thương thần kinh giữa.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình bệnh nhân là $59,12 \pm 10,8$ (năm), trong đó 100% là nam giới.
- Thời gian mắc bệnh gút trung bình: $12,9 \pm 6,2$ (năm). Thời gian mắc hội chứng ống cổ tay trung bình: $12,9 \pm 6,2$ (tháng).
- Lý do đến khám chủ yếu là tê bì bàn tay (83,4%).
- Triệu chứng lâm sàng của tay bị bệnh: 76,7% đau cổ tay, bàn tay; 93,1% có yếu tố khởi phát, 100% dị cảm, 78% giảm cảm giác, 20,5% mất cảm giác, 61,6% cử động đối ngón, cầm nắm yếu, 43,8% teo cơ mô cái. Tỷ lệ nghiệm pháp Phalen (+) là 81,6% số ống

cổ tay, dấu hiệu Tinel (+) là 69,9%, nghiệm pháp Ducan (+) là 53,4%.

- Giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác (57,5%), tăng hiệu số tiềm cảm giác giữa -trụ (54,7%), tăng hiệu số tiềm vận động giữa trụ (53,4%), tăng thời gian tiềm cảm giác (41,1%), tăng thời gian tiềm vận động (32,8%). Phân độ nặng theo Steven's: mức độ nhẹ 20,5%, trung bình 37,0%, nặng 42,5%.

- Có mối liên quan giữa nhóm phân độ trung bình, nặng và phân độ nhẹ của hội chứng ống cổ tay trên điện cơ và trên phân độ bệnh gút có hạt tophi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM. Carpal tunnel syndrome due to tophaceous gout. *Orthopedics*. 2004;27(8):862-863
2. Mondelli M, Farioli A, Mattioli S, et al. Severity of Carpal Tunnel Syndrome and Diagnostic Accuracy of Hand and Body Anthropometric Measures. *PloS One*. 2016;11(10):e0164715.
3. Đinh Thị Thuỷ Lan, 2021. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút mạn tính. Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam
4. Lê Thị Liễu, 2018. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam.
5. Giannini F, Cioni R, Mondelli M, et al. A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol*. 2002;113(1):71-77.
6. Phan Hồng Minh (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh và điều trị hội chứng ống cổ tay vô căn ở người trưởng thành, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. Hiếu Đỗ Lập (2011), Nhận xét lâm sàng và các bất thường điện sinh lý thần kinh ở bệnh nhân mắc hội chứng ống cổ tay", Luận văn thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
8. Đoàn Viết Trình (2014), Đặc điểm hình ảnh và vai trò của siêu âm trong chẩn đoán và theo dõi kết quả sau phẫu thuật điều trị hội chứng ống cổ tay tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2013 đến tháng 7/2014, Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG THEO THANG ĐIỂM WHOQOL-BREF Ở BỆNH NHÂN NAM MẮC BỆNH GÚT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Đức Tâm¹, Hà Như Mây¹, Nguyễn Thị Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống và khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF ở bệnh nhân nam mắc bệnh gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân gút điều trị nội trú tại trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Điểm trung bình chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF là 63.73 ± 12.14 . Đa số đối tượng nghiên cứu có chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (62,5%), không có bệnh nhân nào có chất lượng cuộc sống kém. Chất lượng cuộc sống bị suy giảm ở những bệnh nhân có hạt tophi, tầm vận động của khớp giảm ($p < 0,05$). Chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL - BREF có tương quan nghịch biến với mức độ đau theo điểm VAS ($r = -0,487$, $p < 0,001$); tuổi ($r = -0,289$, $p = 0,002$) và thời gian mắc bệnh ($r = -0,286$, $p = 0,022$). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mắc bệnh gút điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp – Bệnh viện Bạch Mai đa số ở mức trung bình (68,75%). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nam mắc

gút giảm khi có hạt tophi và tầm vận động khớp giảm. Có mối tương quan nghịch biến giữa chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL - BREF với mức độ đau theo điểm VAS, tuổi và thời gian mắc bệnh gút.

Từ khóa: gút, thang điểm WHOQOL-BREF, VAS, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE USING THE WHOQOL-BREF QUESTIONNAIRE IN MALE PATIENTS WITH GOUT UNDERGOING INPATIENT TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To assess the quality of life and survey factors related to the quality of life using the WHOQOL-BREF questionnaire in male patients with gout. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 gout patients receiving inpatient treatment at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital, from July 2021 to July 2022. **Results:** The average quality of life score based on the WHOQOL-BREF questionnaire was 63.73 ± 12.14 . Most participants had a moderate quality of life (62.5%), and no patients were reported to have poor quality of life. Quality of life was diminished in patients with tophi and reduced joint range of motion ($p < 0.05$). The quality of life according to the WHOQOL-BREF questionnaire was inversely correlated with pain intensity based on the VAS score ($r = -0.487$, $p < 0.001$); age ($r = -0.289$, $p = 0.002$) and duration of disease ($r = -0.286$, $p = 0.022$). **Conclusion:** The quality of life of male patients with gout treated at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital was mostly at the moderate level (68.75%). The quality of life of male patients with gout was decreased in those with tophi and reduced joint range of motion ($p < 0.05$). The quality of life according to the WHOQOL-BREF questionnaire was inversely correlated with pain intensity based on the VAS score ($r = -0.487$, $p < 0.001$); age ($r = -0.289$, $p = 0.002$) and duration of disease ($r = -0.286$, $p = 0.022$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đức Tâm
SĐT: 0972366336

Email: phungductam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

0.001), age ($r = -0.289$, $p = 0.002$), and disease duration ($r = -0.286$, $p = 0.022$). **Conclusion:** The quality of life of patients with gout receiving treatment at the Musculoskeletal Center – Bach Mai Hospital is mostly at an average level (68.75%). The quality of life of male patients with gout decreases when tophi are present and joint range of motion is reduced. There is a negative correlation between quality of life according to the WHOQOL-BREF scale and pain severity based on the VAS score, age, and duration of gout.

Keywords: gout, WHOQOL-BREF questionnaire, VAS, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một bệnh lý khớp viêm phổ biến. Tỷ lệ mắc gút đã gia tăng trong vài thập kỷ qua, khiến gút trở thành bệnh lý khớp viêm phổ biến nhất, đặc biệt là ở nam giới¹. Các báo cáo gần đây cho thấy tỷ lệ mắc gút dao động từ 1% đến 6,8% và tỷ lệ mắc mới là 0,58–2,89 trên 1.000 người-năm².

Chất lượng cuộc sống (QOL) được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa là "nhận thức của cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống, trong bối cảnh văn hóa và hệ thống giá trị mà họ đang sống, cũng như liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ"³. Chất lượng cuộc sống nói chung và ở bệnh nhân gút nói riêng ngày càng nhận được sự quan tâm không chỉ từ bệnh nhân, bác sĩ mà còn từ các nhà nghiên cứu. Hiện nay, có nhiều công cụ để đánh giá chất lượng cuộc sống như EQ-5D, HAQ, SF-36, EuroQoL, SF-12, AIMS, và thang điểm WHOQOL-BREF của Tổ chức Y tế Thế giới. Thang điểm WHOQOL-BREF là một công cụ tương đối ngắn gọn, đơn giản nhưng cấu trúc của nó cho phép thu thập thông tin cụ thể đánh giá được nhiều khía

cạnh về chất lượng cuộc sống của người bệnh. Cho đến nay, nhiều quốc gia trên thế giới đã sử dụng thang điểm này để nghiên cứu về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào sử dụng thang điểm này để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF của bệnh nhân gút điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai.
2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF ở bệnh nhân gút.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 64 bệnh nhân gút đang điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của Bennett và Wood 1968.

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tophi.

b. Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu hai đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tophi.

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

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

- Bệnh nhân là nam giới

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần trước khi chẩn đoán gút.

- Bệnh nhân không đủ khả năng về thể chất và tinh thần để trả lời phỏng vấn, bệnh nhân đã dùng một số loại thuốc chống trầm cảm trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu:

Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo một mẫu bệnh án

nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về: Tên, giới tính, tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI (chỉ số khối cơ thể, lý do nhập viện, thời gian mắc bệnh (năm), số đợt cấp/năm.

- Khám lâm sàng: số khớp đau, hạt tophi (vị trí, số lượng, kích thước, tình trạng của tophi), mức độ đau theo thang điểm VAS.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng bảng thang điểm WHOQOL-BREF: WHOQOL-BREF là phiên bản rút gọn của WHOQOL-100. Thực hiện việc hỏi bệnh nhân trong phòng riêng với thái độ nghiêm túc, cởi mở, thân thiện, không áp đặt. Thang điểm WHOQOL-BREF bao gồm 26 mục chia làm 4 lĩnh vực: sức khỏe thể chất (7 mục), sức khỏe tâm thần (6 mục), các mối quan hệ xã hội (3 mục), sức khỏe liên quan môi trường sống (8 mục) và 2 mục chất lượng sống chung và sức khỏe chung.

2.3. Phương pháp phân tích thống kê:

Bảng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	5	7,8
	40-69	53	82,8
	≥ 70	6	9,4
Tuổi trung bình		55,75 ± 10,83 (Min: 30, Max: 86)	
Thời gian mắc bệnh	Lần đầu	8	12,5
	≤ 5 năm	19	29,7
	6-10 năm	16	25
	>10 năm	21	32,8

Nhận xét: Tuổi trung bình là 55,75 ± 10,83. Chỉ có 8 bệnh nhân được chẩn đoán gút lần đầu tiên, chiếm 12,5%.

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
VAS	Không đau	5
	Nhẹ	17
	Vừa	24
	Nặng	18
Số đợt cấp/năm	< 2 đợt	24
	≥ 2 đợt	40
Tophi	Có	33
	Không	31

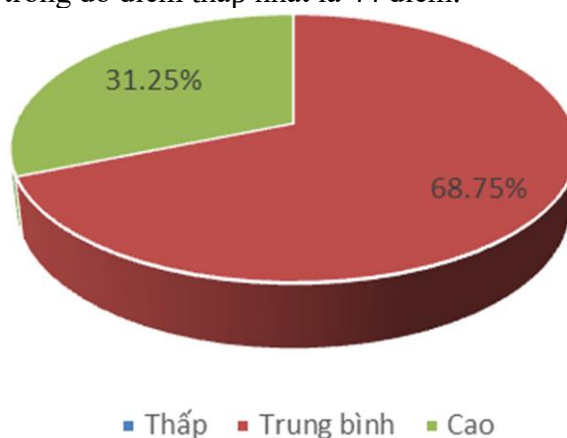
Nhận xét: Lý do vào viện chính của nhóm đối tượng nghiên cứu là sưng đau khớp (93,6%). 61 bệnh nhân có triệu chứng đau khi vào viện chiếm 92,2% trong đó đau mức độ vừa là 37,5%. 42,2% bệnh nhân có sốt và 51,6% có hạt tophi.

3.2. Đặc điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút

Bảng 3.3: Đặc điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF

Lĩnh vực	Trung bình $\pm$ SD	Min – Max
Sức khỏe thể chất	17.11 $\pm$ 4.72	8 – 29
Sức khỏe tâm thần	16.08 $\pm$ 3.00	10 – 22
Quan hệ xã hội	8.56 $\pm$ 1.84	5 – 14
Môi trường	21.98 $\pm$ 4.15	13 – 32
Tổng	63.73 $\pm$ 12.14	44 – 87

Nhận xét: Tổng điểm trung bình của chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF là 63.73 $\pm$ 12.14, trong đó điểm thấp nhất là 44 điểm.

**Biểu đồ 3.1: Phân loại chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL-BREF**

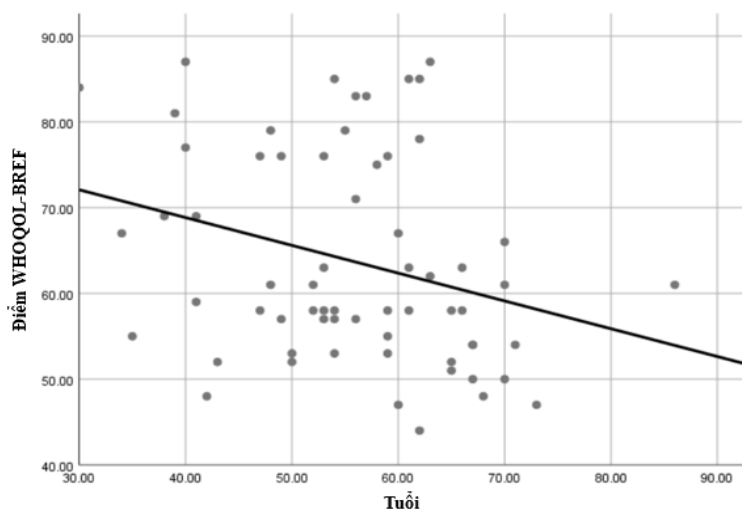
Nhận xét: Chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở mức trung bình 68,75%.

3.3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với một số đặc điểm ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với một số đặc điểm lâm sàng

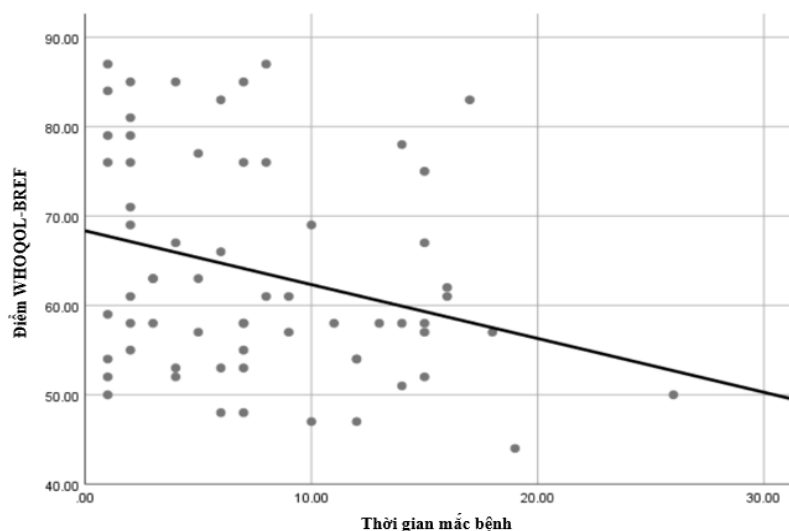
		Trung bình (n)	Cao (n)	p
Hạt tophi	Có	26	7	0,005
	Không	14	17	
Giảm tầm vận động khớp	Có	31	9	0,001
	Không	9	15	

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân có hạt tophi, có giảm tầm vận động khớp thấp hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



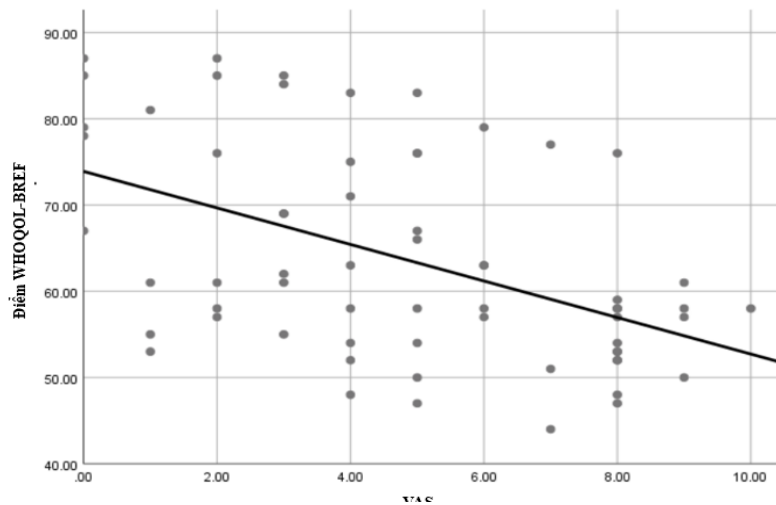
Biểu đồ 3.2: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa điểm WHOQOL –BREF và tuổi, có ý nghĩa thống kê ($r = -0.289$, $p = 0.02$).



Biểu đồ 3.3: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa điểm WHOQOL –BREF và thời gian mắc bệnh, có ý nghĩa thống kê ($r = -0.286$, $p = 0.022$).



Biểu đồ 3.4: Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và mức độ đau theo thang điểm VAS

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch biến giữa điểm WHOQOL –BREF và mức độ đau theo thang điểm VAS, có ý nghĩa thống kê ($r = -0.487$, $p = 0.0000$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 64 bệnh nhân nam mắc bệnh gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Bennet và Wood 1968 có độ tuổi từ 30-86 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $55,75 \pm 10,83$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Zhou và cộng sự (2020)⁴. Nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 92,2%, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 50-59 tuổi chiếm 34,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh trung bình là $7,66 \pm 5,77$ năm. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,8%. Thời gian mắc bệnh của nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Singh và cộng sự (2020) là $7,6 \pm 11$ năm⁴ thấp hơn so với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2009) là $13,8 \pm 12,3$ năm. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu khá dài, điều này phù hợp với đặc điểm của một bệnh mạn tính như bệnh gút.

Tỷ lệ xuất hiện hạt tophi trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,6%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Scire và cộng sự năm 2013 là 19,9%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Edward và cộng sự năm 2011, tỷ lệ này khá cao, chiếm 74%⁵. Có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu có thể là do đặc điểm của các quần thể nghiên cứu là khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau khớp theo thang VAS trung bình là $4,80 \pm 2,79$. Phần lớn những người tham gia nghiên cứu có mức độ đau từ trung bình đến nặng. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Edward và cộng sự (2011) là 5,7⁵.

Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân gút bằng thang điểm WHOQOL – BREF cho thấy: bệnh nhân gút chủ yếu có chất lượng cuộc sống trung bình là 68,75%. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là $63,73 \pm 12,14$. Nghiên cứu của Edward và cộng sự (2007) cho kết quả điểm chất lượng cuộc sống trung bình là 60,24⁵. Năm 2019, trong nghiên cứu của Đặng Hồng Khanh, chất lượng cuộc sống trung bình của bệnh nhân gút đánh giá theo bộ câu hỏi SF-36 là 87,3%. Có sự khác biệt về kết quả này có thể là do sự khác biệt về lựa chọn đối tượng

nghiên cứu và công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống.

Nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan nghịch biến giữa điểm WHOQOL – BREF và tuổi ($r = -0,289$, $p = 0,02$). Kết quả cho thấy, độ tuổi của bệnh nhân càng cao thì chất lượng cuộc sống càng thấp. Năm 2009, Lee và cộng sự đã nghiên cứu nhận thức về bệnh tật và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân gút, kết quả cho thấy bệnh nhân gút có chất lượng cuộc sống thấp hơn đáng kể so với chuẩn mực Hoa Kỳ phù hợp với độ tuổi của họ ($p < 0,05$)⁶. Theo Chandratre và cộng sự (2018) tuổi cao hơn có liên quan đến HRQOL kém hơn được đo bằng PF-10 và HAQ-DI ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có mối tương quan nghịch giữa điểm WHOQOL –BREF và điểm VAS ($r = -0,487$, $p < 0,05$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Luong và cộng sự (2016). Nghiên cứu tiến hành trên 64 bệnh nhân gút cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa số lượng tophi và chất lượng cuộc sống với $p < 0,05$. Phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tophi có chất lượng cuộc sống trung bình, chiếm 78,8%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Alvarez Nemegyei và cộng sự (2005)⁷ và Khanna và cộng sự (2012)⁸, sự xuất hiện của tophi: nguy cơ tương đối (RR) = 4,3, $p < 0,05$

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 64 bệnh nhân nam mắc gút đang điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút chủ yếu ở mức trung bình (68,75%); Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nam mắc gút giảm khi có hạt tophi và tầm vận động khớp giảm. Có mối tương quan nghịch biến giữa chất lượng cuộc sống theo thang điểm WHOQOL -

BREF với mức độ đau theo điểm VAS, tuổi và thời gian mắc bệnh gút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roddy E, Doherty M. Gout.** Epidemiology of gout. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(6):223. doi:10.1186/ar3199
2. **Kuo CF, Grainge MJ, Zhang W, Doherty M.** Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11(11): 649-662. doi:10.1038/nrrheum.2015.91
3. **The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL).** <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
4. **Singh JA, Bharat A, Khanna D, et al.** Racial differences in health-related quality of life and functional ability in patients with gout. *Rheumatol Oxf Engl.* 2017;56(1):103-112. doi:10.1093/rheumatology/kew356
5. **Edwards NL, Sundry JS, Forsythe A, Blume S, Pan F, Becker MA.** Work productivity loss due to flares in patients with chronic gout refractory to conventional therapy. *J Med Econ.* 2011;14(1):10-15. doi:10.3111/13696998.2010.540874
6. **Lee SJ, Hirsch JD, Terkeltaub R, et al.** Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout. *Rheumatology.* 2009;48(5):582-586. doi:10.1093/rheumatology/kep047
7. **Alvarez-Nemegyei J, Cen-Pisté JC, Medina-Escobedo M, Villanueva-Jorge S.** Factors associated with musculoskeletal disability and chronic renal failure in clinically diagnosed primary gout. *J Rheumatol.* 2005;32(10):1923-1927.
8. **Khanna PP, Nuki G, Bardin T, et al.** Tophi and frequent gout flares are associated with impairments to quality of life, productivity, and increased healthcare resource use: Results from a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:117. doi:10.1186/1477-7525-10-117.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ THEO THANG ĐIỂM ISI CỦA BỆNH NHÂN NAM MẮC BỆNH GÚT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Đức Tâm¹, Phí Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Thu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân nam mắc bệnh gút điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai theo thang điểm ISI. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân nam mắc bệnh gút điều trị nội trú tại trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2022. **Kết quả:** Điểm ISI trung bình là $12,8 \pm 6,1$. Theo đó, 78,1% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém ($ISI > 7$), 21,9% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ tốt. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân gút thấp hơn ở nhóm có 2 đợt cấp/năm trở lên, có hạt tophi, tăng acid uric máu, tăng CRP máu ($p < 0,05$). Có mối tương quan đồng biến giữa điểm ISI và thời gian mắc bệnh ($r = 0,262$, $p = 0,036$), mức độ đau theo điểm VAS ($r = 0,32$, $p < 0,05$). **Kết luận:** 78,1% bệnh nhân gút có chất lượng giấc ngủ kém theo thang điểm ISI. Chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân gút thấp hơn ở nhóm có nhiều đợt gút cấp trong năm, có hạt tophi, thời gian mắc bệnh kéo dài, mức độ đau theo điểm VAS cao, nồng độ acid uric và CRP cao.

Từ khóa: gút, thang điểm ISI, chất lượng giấc ngủ.

SUMMARY

EVALUATION OF SLEEP QUALITY USING THE ISI SCALE IN MALE PATIENTS WITH GOUT UNDERGOING INPATIENT TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Evaluation of Sleep Quality and related factors in male patients with gout undergoing inpatient treatment at Bach Mai Hospital using the ISI Scale. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 64 gout patients hospitalized at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital, from July 2021 to July 2022. **Results:** The average ISI score was 12.8 ± 6.1 . Among the participants, 78.1% had poor sleep quality ($ISI > 7$), while 21.9% had good sleep quality. Sleep quality was worse in patients with two or more acute gout attacks per year, the presence of tophi, hyperuricemia, and elevated CRP markers ($p < 0.05$). There was a positive correlation between ISI scores and disease duration ($r = 0.262$, $p = 0.036$) as well as pain severity measured by VAS score ($r = 0.32$, $p < 0.05$). **Conclusion:** According to the ISI scale, 78.1% of gout patients had poor sleep quality. Sleep quality was lower in patients with more frequent acute gout attacks, the presence of tophi, longer disease duration, higher VAS pain scores, elevated uric acid levels, and higher CRP levels.

Keywords: gout, ISI scale, sleep quality.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đức Tâm

SĐT: 0972366336

Email: phungductam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ là sự hài lòng của một cá nhân với giấc ngủ của họ, tích hợp các khía cạnh của việc bắt đầu giấc ngủ, duy trì giấc ngủ, số lượng giấc ngủ và cảm giác sáng khoái khi thức dậy¹. Giấc ngủ ngon có thể cải thiện khả năng tập trung, hiệu suất nhận thức và hành vi và hiệu suất công việc. Việc gián đoạn giấc ngủ dẫn đến các hậu quả như căng thẳng, giảm chất lượng cuộc sống, nhận thức, trí nhớ,... và hậu quả sức khỏe lâu dài như tăng huyết áp, bệnh tim mạch, hội chứng chuyển hóa...²

Có nhiều nguyên nhân gây ra chất lượng giấc ngủ kém như thói quen ngủ kém, căng thẳng, lo âu, đau mãn tính... Trong đó, các bệnh về cơ xương khớp là nguyên nhân phổ biến gây ra rối loạn giấc ngủ, có tới 72% người lớn từ 55 tuổi trở lên bị viêm khớp báo cáo gặp khó khăn về giấc ngủ.³ Do đó, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá các rối loạn giấc ngủ liên quan đến các bệnh lý cơ xương khớp như viêm khớp dạng thấp, viêm khớp dạng thấp thiếu niên, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, bệnh lý cột sống, thoái hóa khớp,... Tuy nhiên, các rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân gút còn hạn chế mặc dù gút là dạng bệnh lý viêm khớp phổ biến nhất và ảnh hưởng đến hơn 2% dân số ở các nước công nghiệp hóa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang điểm ISI của bệnh nhân gút điều trị nội trú tại bệnh viện bạch mai” với hai mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân gút tại Bệnh viện Bạch Mai
2. Khảo sát số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ theo thang điểm ISI của bệnh nhân gút tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 64 bệnh nhân nam mắc bệnh gút đang điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của Bennett và Wood 1968.

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tôphi.

b. Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu hai đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tôphi.

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

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

- Bệnh nhân là nam giới

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần trước khi chẩn đoán gút.

- Bệnh nhân không đủ khả năng về thể chất và tinh thần để trả lời phỏng vấn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu:

Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi

bệnh, thăm khám theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Khai thác thông tin về: Tên, giới tính, tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI (chỉ số khối cơ thể), lý do nhập viện, thời gian mắc bệnh (năm), số đợt cấp/năm.

- Khám lâm sàng: số khớp đau, sốt/không sốt, hạt tophi (vị trí, số lượng, kích thước, tình trạng của tophi), mức độ đau theo thang điểm VAS.

- Cận lâm sàng: định lượng nồng độ acid uric máu, CRP.

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm ISI bao gồm 7 câu hỏi bao gồm:

khó ngủ, khó duy trì giấc ngủ, thức dậy quá sớm, sự hài lòng về giấc ngủ, tác động đến chất lượng cuộc sống, lo lắng do vấn đề giấc ngủ, tác động đến các hoạt động hàng ngày. Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm từ 0 đến 4. Phương pháp chấm điểm: Tổng điểm của tất cả các câu hỏi là từ 0-28 điểm, dựa trên tổng điểm được chia thành các mức: Từ 0-7: Không mất ngủ; 8 - 14: Mất ngủ nhẹ; 15-21: Mất ngủ vừa phải; 22-28: Mất ngủ nặng^{3,4}.

2.3. Phương pháp phân tích thống kê:

Bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	5	7,8
	40-69	53	82,8
	≥ 70	6	9,4
Tuổi trung bình		55,75 ± 10,83 (Min: 30, Max: 86)	
Thời gian mắc bệnh	Lần đầu	8	12,5
	≤ 5 năm	19	29,7
	6-10 năm	16	25
	>10 năm	21	32,8

Nhận xét: Tuổi trung bình là 55,75 ± 10,83. Có 21 bệnh nhân mắc gút trên 10 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất 32,8%.

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
VAS	Không đau, đau nhẹ	22	34,4
	Đau vừa, đau nặng	42	65,6
Số đợt cấp/năm	< 2 đợt	24	37,5
	≥ 2 đợt	40	62,5
Tophi	Có	33	51,6
	Không	31	48,8

Nhận xét: Mức độ đau vừa đến nặng chiếm 65,6%. 51,6% bệnh nhân có hạt tophi. 62,5% bệnh nhân có nhiều đợt tiến triển/năm.

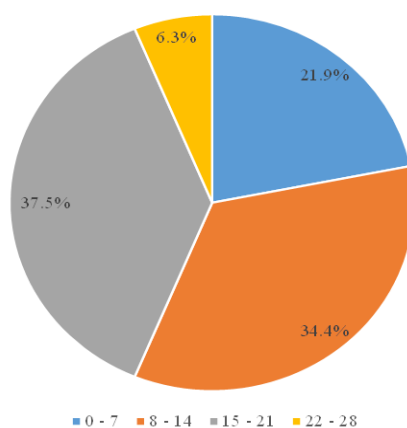
Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

	Giá trị	Tần số	Tỷ lệ (%)
Acid uric	$\leq 420 \mu\text{mol/l}$	22	34.4
	$> 420 \mu\text{mol/l}$	42	65.6
CRP	$\leq 0.5 \text{ mg/dl}$	22	34.4
	$> 0.5 \text{ mg/dl}$	42	65.6
Trung bình $\pm$ SD: 9.96 ± 12.96			

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ acid uric máu $> 420 \mu\text{mol/l}$ là 65,6% và 65,6% bệnh nhân có tăng nồng độ CRP huyết thanh.

3.2. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân gút

ISI score (12.8 ± 6.1)

**Biểu đồ 3.1: Phân loại chất lượng giấc ngủ theo thang điểm ISI**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ (ISI > 7) chiếm 71,9%, phần lớn là

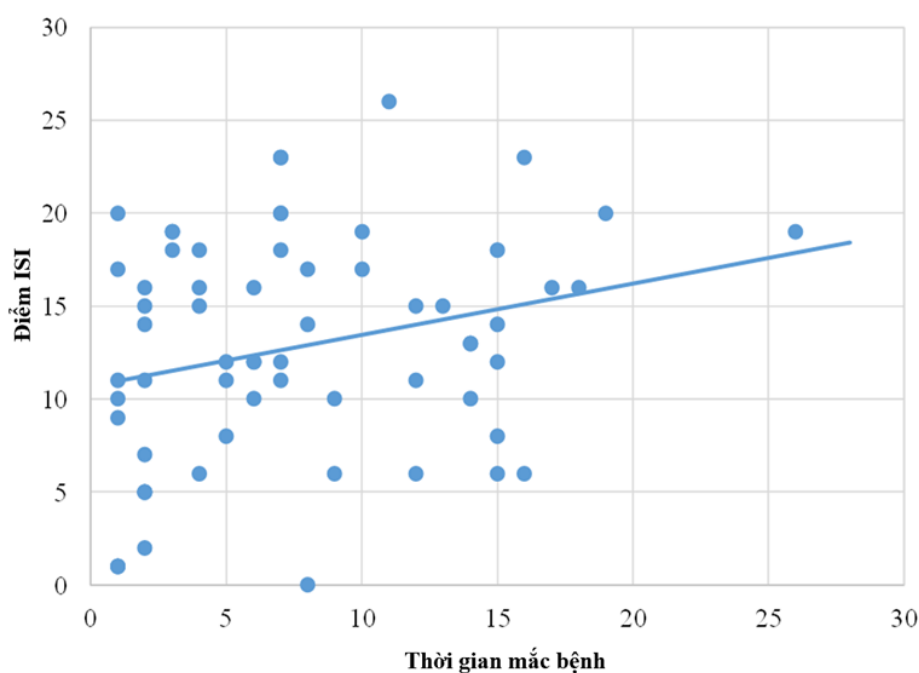
rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ (ISI: 8-14) chiếm 34,4% và mức độ trung bình ISI (15-21) chiếm 37,5%. Điểm ISI trung bình là

3.3. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với một số đặc điểm ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

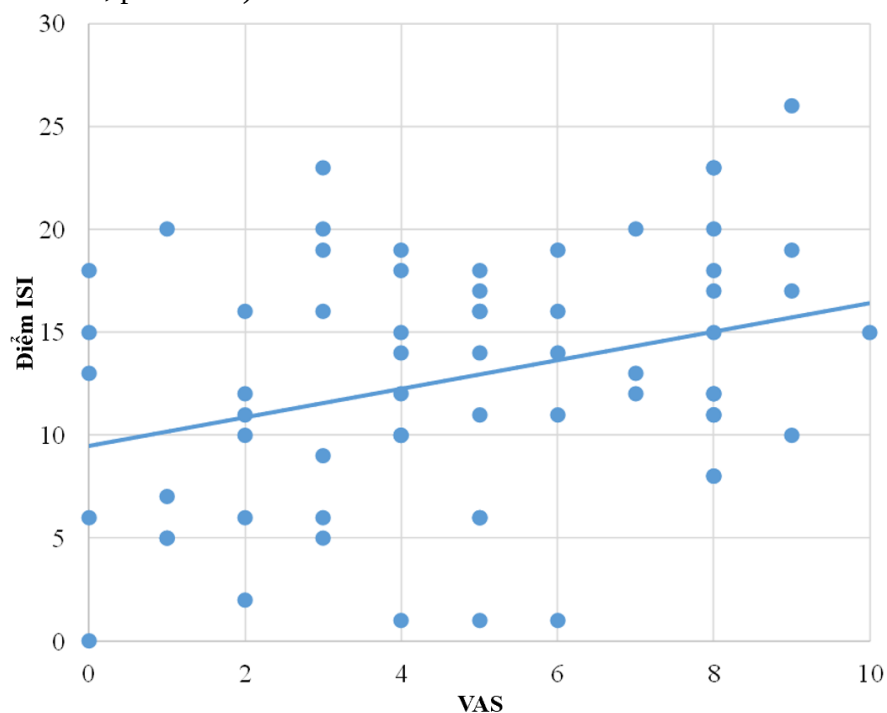
		Điểm ISI ($X \pm SD$)	p
Đợt cấp/năm	< 2	9.5 ± 5.2	0,001
	≥ 2	14.8 ± 5.8	
Hạt tophi	Có	14.33 ± 5.56	0,036
	Không	11.16 ± 6.3	
Acid uric	$> 420 \mu\text{mol/l}$	14 ± 5.52	0,028
	$\leq 420 \mu\text{mol/l}$	10.5 ± 6.6	
CRP	$> 0.5 \text{ mg/dl}$	13.9 ± 5.83	0,044
	$\leq 0.5 \text{ mg/dl}$	10.68 ± 6.15	

Nhận xét: Chất lượng giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp/năm, có hạt tophi, tăng nồng độ acid uric máu và tăng CRP kém hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.2: Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến giữa điểm ISI và thời gian mắc bệnh, có ý nghĩa thống kê ($r = 0.262$, $p = 0.036$).



Biểu đồ 3.3: Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và mức độ đau theo thang điểm VAS

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến giữa điểm ISI và mức độ đau theo thang điểm VAS, có ý nghĩa thống kê ($r = 0.32$, $p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 64 bệnh nhân nam được chẩn đoán mắc bệnh gút theo tiêu chuẩn Bennet và Wood 1968 có độ tuổi từ 30-86 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu là $55,75 \pm 10,83$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu của Jasvinder A Singh (2019)⁴, nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 92,2%, hay gặp nhất ở nhóm tuổi 50-59 tuổi, chiếm 34,4%. Tương tự như nghiên cứu của Phan Thị Thanh Bình (2017), hay gặp ở những người từ 40-60 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là $7,66 \pm 5,77$ năm, tương tự nghiên cứu của Jasvinder A Singh (2019) là $7,6 \pm 1,1$ năm⁴. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy thời gian mắc bệnh gút mạn tính khá dài. Điều này phù hợp với đặc điểm tiến triển của bệnh gút là bệnh mạn tính có các đợt cấp. Tỷ lệ xuất hiện hạt tophi trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,6%, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Scire và cộng sự năm 2013 là 19,9%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Edward và cộng sự năm 2011, tỷ lệ này khá cao, chiếm 74%⁵. Có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu có thể là do đặc điểm của các quần thể nghiên cứu là khác nhau. Điểm đau theo thang điểm VAS trung bình là $4,80 \pm 2,79$. Phần lớn những người tham gia nghiên cứu có mức độ đau từ trung bình đến nặng. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Edward và cộng sự (2011) là 5,7⁵.

Nghiên cứu 64 bệnh nhân gút chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân (78,1%) có chất lượng giấc ngủ kém (ISI > 7). Điểm ISI trung bình là $12,8 \pm 6,1$. Mặc dù sử dụng hai

thang điểm khác nhau nhưng kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang (2018) với 84,7% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém. Theo nghiên cứu của T Fu và cộng sự (2017), tỷ lệ này cũng khá cao với 55,3%⁶. Theo số liệu phân tích trong thang điểm ISI của chúng tôi, có tới 87,5% bệnh nhân gặp khó khăn khi đi vào giấc ngủ, 92,2% bệnh nhân gặp khó khăn khi duy trì giấc ngủ và 87,5% bệnh nhân thức dậy quá sớm, tuy nhiên ở các mức độ khác nhau. Vấn đề khó đi vào giấc ngủ và duy trì giấc ngủ chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng, trong khi vấn đề thức dậy quá sớm chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang (2018) cũng cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của tôi, với 83,3% bệnh nhân gặp khó khăn khi đi vào giấc ngủ và 83,3% bệnh nhân thức dậy vào ban đêm. Điều này có thể lý giải vì các cơn gút thường xảy ra vào ban đêm, gây đau dữ dội cho bệnh nhân, khiến bệnh nhân không ngủ được hoặc khiến bệnh nhân thức giấc, ngủ không ngon.

Có mối tương quan đồng biến giữa điểm ISI và thời gian mắc bệnh (hệ số tương quan là 0,262), nghĩa là thời gian mắc bệnh càng dài, điểm ISI càng cao, chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu càng kém. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Trang (2018) cũng cho thấy chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân gút mạn tính kém hơn so với bệnh nhân gút cấp tính. Nghiên cứu của tôi cho thấy chất lượng giấc ngủ của những bệnh nhân có 2 hoặc nhiều đợt cấp/năm kém hơn so với nhóm còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Chất lượng giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân gút có CRP tăng kém hơn so với nhóm

có CRP bình thường. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Michael R Richardson (2017) rằng CRP huyết thanh tăng có liên quan đáng kể đến thời gian ngủ ngắn⁷. Nhóm có chất lượng giấc ngủ kém có axit uric cao hơn nhóm có chất lượng giấc ngủ tốt. Nghiên cứu của Chou và cộng sự (2020) cho rằng chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến nồng độ axit uric cao hơn⁸.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 64 bệnh nhân nam mắc bệnh gút đang điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai cho thấy 78,1% bệnh nhân gút có chất lượng giấc ngủ kém theo thang điểm ISI. Chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân gút thấp hơn ở nhóm có nhiều đợt gút cấp trong năm, có hạt tophi, thời gian mắc bệnh kéo dài, mức độ đau theo điểm VAS cao, nồng độ acid uric và CRP cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sleep quality: An evolutionary concept analysis.** doi:10.1111/nuf.12659
2. **Medic G, Wille M, Hemels ME.** Short - and long-term health consequences of sleep disruption. *Nat Sci Sleep.* 2017;9:151-161. doi:10.2147/NSS.S134864
3. **Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H.** The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep.* 2011;34(5):601-608.
4. **Singh JA.** Self-reported sleep quality and sleep disorders in people with physician-diagnosed gout: an Internet cross-sectional survey. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):36. doi:10.1186/s13075-019-1821-2
5. **Edwards NL, Sundry JS, Forsythe A, Blume S, Pan F, Becker MA.** Work productivity loss due to flares in patients with chronic gout refractory to conventional therapy. *J Med Econ.* 2011;14(1):10-15. doi:10.3111/13696998.2010.540874
6. **Fu T, Yin R, Zhang L, et al.** AB0898 Sleep quality is associated with alcohol use and functional capacity in chinese patients with gout: a cross-sectional study. *Ann Rheum Dis.* 2017;76: 1370. doi:10.1136/annrheumdis-2017-eular.3081
7. **Richardson MR, Churilla JR.** Sleep duration and C-reactive protein in US adults. *South Med J.* 2017;110(4):314-317. doi:10.14423/SMJ.0000000000000632
8. **Chou YT, Li CH, Shen WC, et al.** Association of sleep quality and sleep duration with serum uric acid levels in adults. *PLoS ONE.* 2020;15(9):e0239185. doi:10.1371/journal.pone.0239185

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ CĂNG THẲNG THEO THANG ĐIỂM DASS 21 Ở BỆNH NHÂN NAM MẮC BỆNH GÚT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Đức Tâm¹, Hoàng Thị Thu Bình¹, Phạm Thị Thùy Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu, căng thẳng của bệnh nhân nam mắc bệnh gút điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai theo thang điểm DASS 21.

Đối tượng nghiên cứu: 64 bệnh nhân nam được chẩn đoán gút tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở bệnh nhân gút là 39,1%; 50%; 35,9%. Mức độ trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở bệnh nhân gút là từ nhẹ đến nặng. Có mối tương quan thuận giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và thời gian mắc bệnh ($r = 0,33, 0,28, 0,38$), mức độ đau khớp ($r = 0,33, 0,28, 0,38$). Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở nhóm có nhiều đợt cấp/năm cao hơn nhóm ít đợt cấp/năm. **Kết luận:** Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở bệnh nhân gút chiếm tỉ lệ cao (39,1%; 50%; 35,9%). Thời gian mắc bệnh càng dài, mức độ đau theo điểm VAS càng cao, số khớp đau càng nhiều thì tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS 21 càng tăng. Bệnh nhân có nhiều đợt gút cấp/năm có tỷ lệ trầm cảm, lo âu và

căng thẳng cao hơn bệnh nhân có ít đợt gút cấp/năm.

Từ khóa: Trầm cảm, lo âu, căng thẳng, gút, DASS 21.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS ACCORDING TO THE DASS-21 SCALE IN MALE PATIENTS WITH GOUT UNDERGOING INPATIENT TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among inpatient gout patients at Bach Mai Hospital using the DASS-21 scale. **Subjects and Methods:** The study included 64 male patients with gout diagnosed and treated at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital, from July 2021 to July 2022. This was a descriptive cross-sectional study. **Results:** The prevalence of depression, anxiety, and stress among gout patients was 39.1%, 50%, and 35.9%, respectively. The severity of depression, anxiety, and stress ranged from mild to severe. There was a positive correlation between depression, anxiety, stress, and the duration of illness ($r = 0.33, 0.28, 0.38$) as well as joint pain severity ($r = 0.33, 0.28, 0.38$). The prevalence of depression, anxiety, and stress was higher in patients with frequent acute gout flares per year compared to those with fewer flares. **Conclusion:** The prevalence of depression, anxiety, and stress in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đức Tâm

SĐT: 0972366336

Email: phungductam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

gout patients is high (39.1%, 50%, and 35.9%, respectively). Longer disease duration, higher VAS pain scores, and a greater number of affected joints are associated with higher DASS-21 scores for depression, anxiety, and stress. Patients with frequent acute gout flares per year have higher rates of depression, anxiety, and stress compared to those with fewer flares.

Keywords: Depression, anxiety, stress, gout, DASS-21.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gút đang dần trở thành căn bệnh ngày càng phổ biến trên trên thế giới và là một trong các nguyên nhân gây rối loạn lo âu thường gặp. Một cuộc khảo sát báo cáo đã được thực hiện trên 226 bệnh nhân gút và 232 người khỏe mạnh phát hiện ra rằng 15.0% bệnh nhân gút mắc chứng trầm cảm và 5.3% mắc chứng lo âu¹. Nhiều thang điểm đã được sử dụng để đánh giá trầm cảm, lo âu và căng thẳng bao gồm: thang điểm DASS 21, bảng câu hỏi PHQ-9, thang điểm Beck, thang điểm Hamilton và Zung... Trong đó, bảng câu hỏi DASS 21 được coi là bảng câu hỏi ngắn gọn, đã được nghiên cứu rộng rãi và sử dụng ở nhiều quốc gia trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân gút đã được nghiên cứu rộng rãi ở nhiều quốc gia trên thế giới, nhưng ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu có hệ thống về chủ đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân gút tại bệnh viện Bạch Mai" với các mục tiêu sau: **Đánh giá thực trạng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu, stress của bệnh nhân gút tại Bệnh viện Bạch Mai bằng thang điểm DASS 21.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 64 bệnh nhân nam mắc bệnh gút đang điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 07/2021 đến tháng 07/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của Bennett và Wood 1968.

a. Hoặc tìm thấy tinh thể natri urat trong dịch khớp hay trong các hạt tôphi.

b. Hoặc tối thiểu có hai trong các yếu tố sau đây:

+ Tiền sử hoặc hiện tại có tối thiểu hai đợt sưng đau của một khớp với tính chất khởi phát đột ngột, đau dữ dội, và khỏi hoàn toàn trong vòng 2 tuần.

+ Tiền sử hoặc hiện tại có sưng đau khớp bàn ngón chân cái với các tính chất như trên.

+ Có hạt tôphi.

+ Đáp ứng tốt với colchicin (giảm viêm, giảm đau trong 48 giờ) trong tiền sử hoặc hiện tại.

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

- Bệnh nhân là nam giới

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có nhiều biến chứng mạn tính nặng của gút hoặc bệnh kèm theo nặng.

- Bệnh nhân có khoảng thời gian rối loạn lo âu trước khi triệu chứng bệnh gút khởi phát.

- Bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi.

- Bệnh nhân không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu: mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

- Hỏi bệnh, khai thác các thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh.

- Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đánh giá thực trạng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu, stress của bệnh nhân gút bằng thang điểm DASS 21.

- Phân tích mối liên quan giữa mức độ trầm cảm, lo âu, stress với thang điểm DASS 21.

Nhận định kết quả: Phân loại mức độ trầm cảm, lo âu, stress dựa vào thang điểm DASS 21 với 4 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng.

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	5	7,8
	40-69	53	82,8
	≥ 70	6	9,4
Thời gian mắc bệnh	Lần đầu	8	12,5
	≤ 5 năm	19	29,7
	6-10 năm	16	25
	>10 năm	21	32,8
VAS	Không đau – đau nhẹ	22	34,4
	Vừa – nặng	42	65,6
Số đợt cấp/năm	< 2 đợt	24	37,5
	≥ 2 đợt	40	62,5
Tophi	Có	33	51,6
	Không	31	48,8

Nhận xét: Tuổi trung bình là $55,75 \pm 10,83$. Chỉ có 8 bệnh nhân được chẩn đoán gút lần đầu tiên, chiếm 12,5%. Có 65,6% bệnh nhân đau khớp từ vừa đến nặng. 42,2% bệnh nhân có sốt và 51,6% có hạt tophi.

3.2. Thực trạng trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân gút:

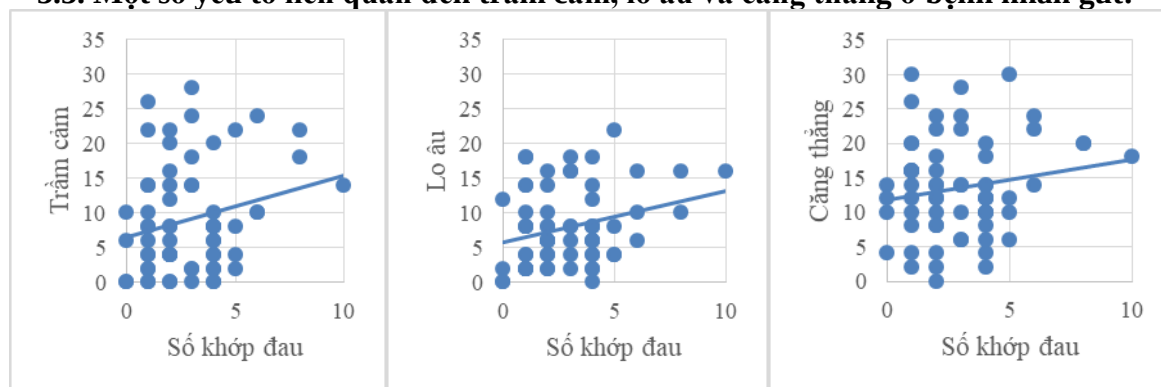
Nhận xét: Tỷ lệ mắc trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân nghiên cứu khá cao, lần lượt là 25, 32, 23 bệnh nhân, tương ứng chiếm 39,1%, 50% và 35,9% đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.2. Mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở đối tượng nghiên cứu

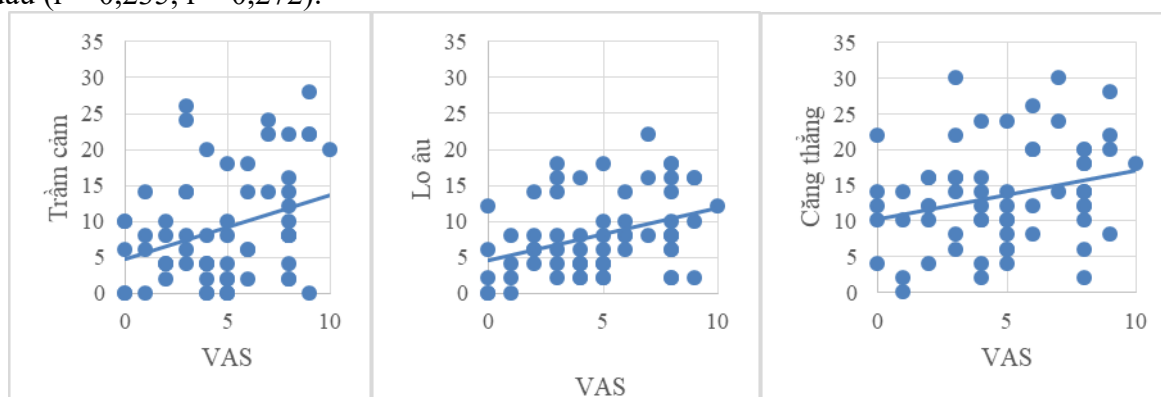
N = 64	Trầm cảm (%)	Lo âu (%)	Căng thẳng (%)
Nhẹ	9.4	17.2	12.5
Trung bình	17.2	15.6	17.2
Nặng	10.9	15.6	6.2
Rất nặng	1.6	1.6	0

Nhận xét: mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là ở mức nhẹ cho đến nặng, rất ít bệnh nhân ở mức rất nặng.

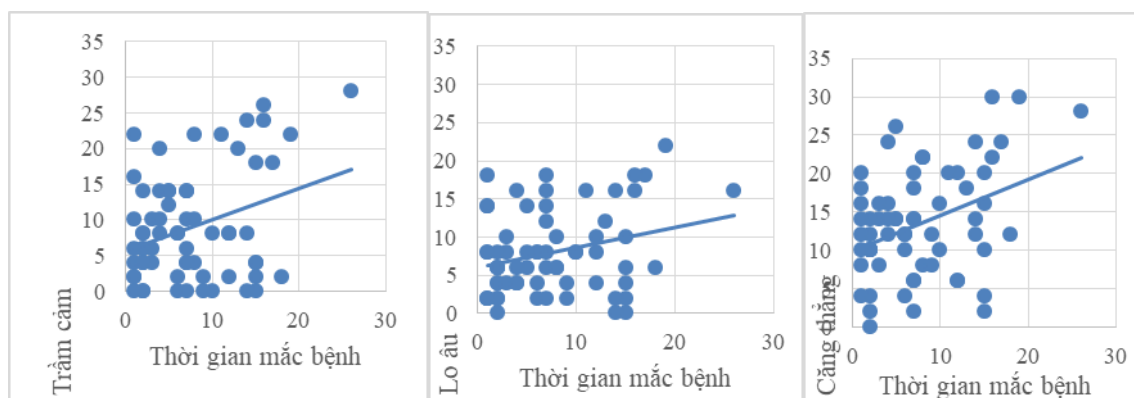
3.3. Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân gút:

**Biểu đồ 3.1. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và số khớp đau**

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ thấp giữa trầm cảm, lo âu và số lượng khớp đau ($r = 0,235$, $r = 0,272$).

**Biểu đồ 3.2. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng với mức độ đau khớp**

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng với mức độ đau khớp ($r = 0.32$, 0.368 , 0.273).



Biểu đồ 3.3. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và thời gian mắc bệnh ($r = 0,33, 0,28, 0,38$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng thời gian mắc bệnh

		Thời gian mắc bệnh trung bình	p
Trầm cảm	Không	$6,95 \pm 5,13$	< 0.05
	Có	$8,67 \pm 6,6$	
Lo âu	Không	$6,78 \pm 5,28$	< 0.05
	Có	$8,57 \pm 6,17$	
Căng thẳng	Không	$6,27 \pm 4,81$	< 0.05
	Có	$10,13 \pm 6,58$	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân gút bị trầm cảm, lo âu và căng thẳng có thời gian mắc bệnh kéo dài hơn nhóm không bị ($p < 0.05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng với số đợt gút cấp/năm

		Số đợt gút cấp trung bình/năm		p
		< 2 đợt	≥ 2 đợt	
Trầm cảm	Không	16	23	< 0.05
	Có	8	17	
Lo âu	Không	15	17	< 0.05
	Có	9	23	
Căng thẳng	Không	17	24	< 0.05
	Có	7	16	

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở nhóm bệnh nhân bị nhiều đợt gút cấp/năm cao hơn nhóm bệnh nhân ít đợt gút cấp/năm ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

➤ **Thực trạng trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở bệnh nhân gút:**

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng ở

bệnh nhân nghiên cứu khá cao, lần lượt chiếm 39,1%, 50% và 35,9% đối tượng nghiên cứu. mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là ở mức nhẹ cho đến nặng, rất ít bệnh nhân ở mức rất nặng. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ mắc trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn so với các nghiên cứu trước đó: Năm 2016, Prior và cộng sự đã nghiên cứu 1.184

bệnh nhân gout tại Vương quốc Anh bằng cách sử dụng bảng câu hỏi PHQ-9 và báo cáo tỷ lệ trầm cảm là 12,6%³. Ting Fu và cộng sự (2017) đã nghiên cứu trầm cảm, lo âu và các đặc điểm liên quan ở 226 bệnh nhân gout tại Trung Quốc, cũng sử dụng bảng câu hỏi PHQ-9, và ghi nhận tỷ lệ trầm cảm và lo âu lần lượt là 15% và 5,9%¹.

Zhou và cộng sự (2019) đã thực hiện một nghiên cứu trên 186 bệnh nhân gút và ghi nhận tỷ lệ căng thẳng là 26,9%⁴. Tương tự, vào năm 2013, Ferrari AJ và cộng sự, sử dụng dữ liệu NHANES từ năm 2009–2010 để đánh giá trầm cảm ở người lớn tuổi, cho thấy tỷ lệ căng thẳng ở bệnh nhân gout là 21,7%⁵. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các trường hợp nghiêm trọng, có nhiều biến chứng và bệnh lý kèm theo. Nhiều bệnh nhân đã được điều trị tại các cơ sở tuyến dưới nhưng không có cải thiện đáng kể trước khi được chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai để tiếp tục điều trị.

➤ **Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và thời gian mắc bệnh:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh trung bình ở nhóm trầm cảm là $8,67 \pm 6,6$ năm, nhóm không trầm cảm là $6,95 \pm 5,13$. Số bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm có tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất là 32,8%. Có mối tương quan dương trung bình ($r = 0,33$, $p = 0,008$) giữa thời gian mắc bệnh và điểm trầm cảm. Thời gian mắc bệnh càng dài thì điểm trầm cảm càng cao. Kết quả này tương tự như Pior và cộng sự (2015) trên 1184 bệnh nhân gút sử dụng bảng câu hỏi PHQ-9, tỷ lệ trầm cảm ở những bệnh nhân trên 9 năm cũng tăng theo thời gian mắc

bệnh với $p < 0,05$ ³. Kết quả này cũng khác với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Ting Fu và cộng sự (2018) về bệnh trầm cảm ở bệnh nhân gút cho thấy thời gian mắc bệnh không liên quan đến bệnh trầm cảm ở bệnh nhân gút với $p > 0,05$ ($p = 0,08$)¹. Do nghiên cứu của ông trên những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh trung bình ở nhóm lo lắng là $8,57 \pm 6,17$ năm, nhóm không lo lắng là $6,78 \pm 5,28$ năm. Có mối tương quan dương trung bình ($r = 0,28$, $p = 0,025$) giữa thời gian mắc bệnh và điểm số lo lắng. Thời gian mắc bệnh càng dài thì điểm số lo lắng càng cao. Kết quả này cũng khác với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Nghiên cứu của Ting Fu và cộng sự (2018) về tình trạng lo âu ở bệnh nhân gút cho thấy thời gian mắc bệnh không liên quan đến tình trạng lo âu ở bệnh nhân gút với $p > 0,05$ ($p = 0,09$)¹. Do nghiên cứu của ông trên những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm.

Thời gian mắc bệnh trung bình ở nhóm bị căng thẳng là $10,13 \pm 6,58$ năm. Thời gian mắc bệnh trung bình ở nhóm không bị căng thẳng là $6,27 \pm 4,81$ năm. Có mối tương quan dương trung bình ($r = 0,38$, $p = 0,02$) giữa thời gian mắc bệnh và điểm căng thẳng. Thời gian mắc bệnh càng dài thì điểm căng thẳng càng cao.

➤ **Mối quan hệ giữa trầm cảm, lo âu, căng thẳng và số lượng khớp bị đau, mức độ đau khớp:**

Có mối tương quan đồng biến giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng với mức độ đau khớp ($r = 0,32$, $0,368$, $0,273$). Tức là mức độ đau khớp càng tăng thì mức độ trầm cảm, lo âu và căng thẳng của bệnh nhân càng tăng. Có mối tương quan thuận giữa trầm cảm, lo âu và số lượng khớp bị đau ($r = 0,235$;

0,272). Số lượng khớp bị đau càng nhiều thì nguy cơ mắc trầm cảm và lo âu càng cao. Năm 2012, Khanna và cộng sự khi nghiên cứu số lượng các khớp bị viêm và đợt cấp ảnh hưởng đến sức khỏe cuộc sống trên 620 bệnh nhân gút ở châu Âu đã phát hiện ra rằng các khớp bị viêm càng nhiều thì chất lượng cuộc sống của bệnh nhân gút càng thấp⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân là bệnh nhân gút mạn tính, thời gian mắc bệnh kéo dài, phần lớn bệnh nhân sử dụng thuốc có chứa corticosteroid và các bệnh nhân đến bệnh viện để điều trị chủ yếu là các đợt cấp tính, với gần 80% bệnh nhân bị viêm khớp, đau khớp, ở nhiều vị trí như ngón tay cái, cổ chân, ngón chân, bàn tay..., do thói quen, thẩm mỹ, ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Nghiên cứu trên tương tự như nghiên cứu của Ting Fu và cộng sự (2017), một nghiên cứu trên 226 bệnh nhân cho thấy các khớp càng đau thì tỷ lệ trầm cảm càng cao ($p = 0,001$)¹.

➤ **Mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và căng thẳng với số đợt gút cấp/năm:**

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, căng thẳng ở nhóm bệnh nhân bị nhiều đợt gút cấp/năm cao hơn nhóm bệnh nhân ít đợt gút cấp/năm ($p < 0.05$). Số cơn gút cấp/năm càng nhiều tức là bệnh nhân càng có nhiều đợt viêm khớp cấp tính/năm thì bệnh nhân dễ mắc trầm cảm, lo âu và căng thẳng hơn những bệnh nhân có ít cơn gút cấp/năm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở bệnh nhân gút chiếm tỉ lệ cao (39,1%; 50%; 35,9%). Thời gian mắc bệnh càng dài, mức độ đau theo điểm VAS càng cao, số khớp đau càng nhiều thì tỷ lệ trầm cảm, lo âu và stress theo thang điểm DASS 21 càng tăng. Bệnh nhân có nhiều đợt gút cấp/năm có tỷ lệ trầm cảm, lo âu và căng thẳng cao hơn bệnh nhân có ít đợt gút cấp/năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fu T, Cao H, Yin R, et al.** Depression and anxiety correlate with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with gout: a case-control study. *Psychology, health & medicine*. Apr 2018;23(4): 400-410. doi:10.1080/13548506.2017.1378819
2. **Lê Anh Thư.** "Cập nhật chẩn đoán, điều trị bệnh gút và tăng acid uric máu". Lớp Bồi dưỡng kiến thức dược lâm sàng khóa 9, Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
3. **Prior JA, Ogollah R, Muller S, Chandratne P, Roddy E, Mallen CD.** Gout, anxiety, and depression in primary care: a matched retrospective cohort study. *Scandinavian journal of rheumatology*. May 2015;44(3): 257-8. doi:10.3109/03009742.2015.1022215
4. **Zhu Y, Pandya BJ, Choi HK.** Prevalence of gout and hyperuricemia in US general population: the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008. *Arthritis and Rheumatism*. 2011;63(10):3136-3141.
5. **Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al.** Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological medicine*. Mar 2013;43(3): 471-81. doi:10.1017/S0033291712001511
6. **Khanna PP, Nuki G, Bardin T, Tausche AK, Forsythe A, Goren A, Vietri J, Khanna D.** Tophi and frequent gout flares are associated with impairments to quality of life, productivity, and increased healthcare resource use: Results from a cross-sectional survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2012 Sep 22;10:117. doi: 10.1186/1477-7525-10-117. PMID: 22999027; PMCID: PMC3499162.

TINH THỂ URAT TRONG DỊCH KHỚP Ở BỆNH NHÂN GÚT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TỈNH HÀ NAM

Lại Hồng Thịnh¹, Nguyễn Văn Trung¹, Trịnh Văn Hùng¹,
Nguyễn Ngọc Loan¹, Lữ Thanh Tùng¹, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân gút bằng kính hiển vi quang học và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 30 bệnh nhân gút điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ 03/2024 đến tháng 10/2024. **Kết quả:** Có 19/30 (63,3%) bệnh nhân tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp bằng kính hiển vi quang học. Tỷ lệ phát hiện tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân chẩn đoán gút cấp là 60,9%, ở bệnh nhân gút mạn là 71,4% ($p>0,05$). Có 2 trong số 5 bệnh nhân bị cơn gút cấp đầu tiên xác định được tinh thể urat trong dịch khớp. Nồng độ acid uric trung bình trong huyết thanh của nhóm không tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp là $497,3 \pm 84,53 \mu\text{mol/l}$, thấp hơn nhóm tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp có kết quả là $606,6 \pm 143,34 \mu\text{mol/l}$ ($p<0,05$). Diện tích dưới đường cong là 0,727 (CI 95%: 0,539-0,915). Điểm cắt là 575,7 $\mu\text{mol/l}$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,7% và 81,8%. **Kết luận:** Có 60,9% bệnh nhân gút cấp và 71,4% bệnh nhân gút mạn có tinh thể urat trong dịch khớp. Nồng độ acid uric huyết thanh cao làm tăng nguy cơ xuất hiện tinh thể urat

trong dịch khớp với ngưỡng cắt là 575,7 $\mu\text{mol/l}$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,7% và 81,8%.

Từ khóa: Gút, tinh thể urat.

SUMMARY

URATE CRYSTALS IN JOINT FLUID IN GOUT PATIENTS AND SOME RELATED FACTORS AT HA NAM PROVINCIAL HOSPITAL

Objective: To investigate urate crystals in joint fluid in gout patients using optical microscopy and some related factors. **Subjects and methods:** Prospective cross-sectional descriptive study on 30 gout patients treated at Ha Nam Provincial General Hospital from March 2024 to the end of October 2024. **Results:** 19/30 (63.3%) patients had urate crystals found in joint fluid by optical microscopy. The rate of detection of urate crystals in joint fluid in patients diagnosed with acute gout was 60.9%, and in patients with chronic gout was 71.4% ($p>0.05$). Two out of five patients with the first acute gout attack had urate crystals detected in joint fluid. The serum uric acid concentration of the negative group was $497.3 \pm 84.53 \mu\text{mol/l}$, lower than that of the urate crystal positive group, which was $606.6 \pm 143.34 \mu\text{mol/l}$ ($p<0.05$). The area under the curve was 0.727 (CI 95%: 0.539-0.915). The cut-off point was 575.7 $\mu\text{mol/l}$ with sensitivity and specificity of 73.7% and 81.8%, respectively. **Conclusion:** 60.9% of acute gout and 71.4% of chronic gout patients had urate crystals in joint

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

SĐT: 0983712158

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

fluid. High serum uric acid levels increase the risk of urate crystals in synovial fluid with a cut-off of 575.7 $\mu\text{mol/l}$ with a sensitivity and specificity of 73.7% and 81.8%, respectively.

Keywords: Gout, urate crystals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh do rối loạn chuyển hóa các nhân purin, có đặc điểm chính là tăng acid uric máu, khi acid uric bị bão hòa ở dịch ngoại bào sẽ lắng đọng các tinh thể monosodium urat (MSU) ở các mô gây ra các biểu hiện lâm sàng như viêm khớp và phần mềm cạnh khớp cấp và/hoặc mạn tính, hạt tophi ở mô mềm, bệnh thận do gút và sỏi tiết niệu. Hiện nay trên thế giới có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút được áp dụng như tiêu chuẩn Bennett và Wood năm 1968, tiêu chuẩn ACR năm 1977, tiêu chuẩn Mexico năm 2010 và mới nhất là tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2015¹. Dù là tiêu chuẩn nào thì đều nhấn mạnh đến tiêu chuẩn vàng là tìm thấy tinh thể urat ở trong dịch khớp hoặc hạt tophi. Hiện tại sử dụng kính vi phân cực vẫn là phương pháp có độ nhạy tốt hơn so với kính hiển vi quang học để phát hiện ra tinh thể urat. Tuy nhiên hiện nay ở đa số các bệnh viện tuyến tỉnh, thậm chí một số bệnh viện tuyến trung ương vẫn chưa có kính hiển vi phân cực mà vẫn sử dụng kính hiển vi quang học để soi tìm tinh thể urat nhằm chẩn đoán bệnh gút. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân gút bằng kính

hiển vi quang học và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán gút điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Cơ xương khớp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 03/2024 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, đang có tràn dịch khớp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương thức chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện với số lượng mẫu là 30 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu: mỗi bệnh nhân đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Hỏi bệnh khai thác các thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh.

- Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, xét nghiệm.

- Chọc hút dịch khớp (ở khớp có dịch, nếu nhiều khớp có dịch thì chọc hút dịch ở một khớp dễ lấy nhất như khớp gối, cổ chân), xử lý dịch khớp, gửi khoa Xét nghiệm giải phẫu bệnh soi tìm tinh thể urat bằng kính hiển vi quang học.

- Đánh giá mối liên quan giữa sự có mặt của tinh thể urat trong dịch khớp với một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.

2.3. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=30)

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng của đợt tập luyện ngắn hạn (N=56)

Đặc điểm		Tinh thể urat	Âm tính	Dương tính	p
			n (%)	n (%)	
Giới	Nam		11 (90,9)	18 (94,7)	> 0,05
	Nữ		1 (9,1)	1 (5,3)	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi		2 (18,2)	5 (26,4)	> 0,05
	≥ 60 tuổi		9 (81,8)	14 (73,7)	
Trung bình	$\bar{X} \pm SD: 65,3 \pm 15,84$				
Thời gian mắc bệnh (năm)			16,4 ± 5,16 (n=11)	17,8 ± 3,4 (n=19)	> 0,05
BMI	< 23		7 (63,5)	14 (73,7)	> 0,05
	≥ 23		4 (36,5)	5 (26,3)	
Trung bình	$\bar{X} \pm SD: 22,0 \pm 2,4$				
Chẩn đoán	Gút cấp		9 (81,8)	14 (73,7)	> 0,05
	Đợt cấp gút mạn		2 (18,2)	5 (26,3)	
Acid uric trung bình (μmol/l)	Gút cấp		554,5 ± 143,2		> 0,05
	Đợt cấp gút mạn		606,1 ± 99,4		
	$\bar{X} \pm SD: 566,6 \pm 134,5$				

Nhận xét: có 19/30 (63,3%) bệnh nhân dương tính với tinh thể urat trong dịch khớp. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $65,3 \pm 15,84$ tuổi, hay gặp nhất là nhóm trên 60 tuổi; đa số bệnh nhân nam giới. Các đặc điểm tuổi, giới, BMI và thời gian mắc bệnh đều không có sự khác biệt giữa hai nhóm xét

nh nghiệm tinh thể urat âm tính và dương tính trong dịch khớp. Có 23 bệnh nhân chẩn đoán gút cấp, với 5 bệnh nhân bị gút cấp lần đầu tiên trong đó có 2 bệnh nhân dương tính với tinh thể urat trong dịch khớp. Nồng độ acid uric huyết thanh trung bình là $566,6 \pm 134,5 \mu\text{mol/l}$.

Bảng 3.2: Đặc điểm xét nghiệm dịch khớp và hình ảnh siêu âm khớp tổn thương (N=30)

Đặc điểm	Vị trí/ Tính chất	n (%)
Màu sắc	Vàng trong	14 (46,7)
	Vàng đục	12 (40)
	Trắng đục	4 (13,3)
Tinh thể urat dương tính	Gôi	9/13 (69,2)
	Cổ chân	10/17 (58,8)
Tế bào	Viêm cấp	22 (73,3)
	Không viêm	8 (26,7)
Siêu âm	Đường đôi	7 (23,3)
	Hạt tophi	6 (20)
	Dày màng hoạt dịch	4 (13,3)

Nhận xét: Có 9/13 bệnh nhân chọc dịch ở khớp gối và 10/17 bệnh nhân chọc dịch ở khớp cổ chân dương tính với tinh thể urat. Xét nghiệm tế bào dịch khớp phần lớn là dịch viêm cấp. Trên hình ảnh siêu âm khớp chọc dịch, 7 bệnh nhân (23,3%) có hình ảnh đường đôi, 6 bệnh nhân (20,0%) có hình ảnh

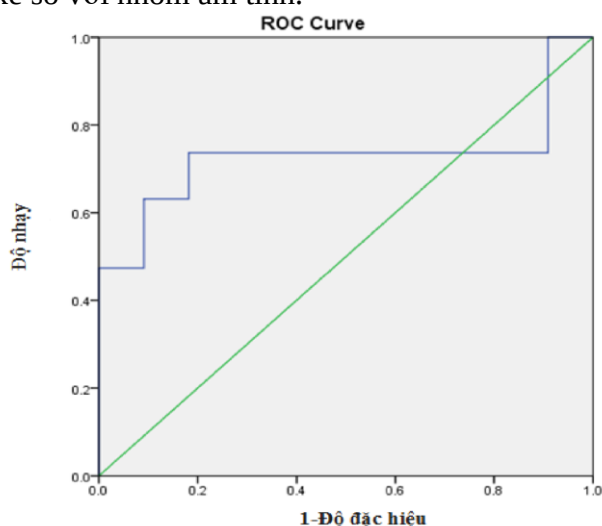
hạt tophi và 4 bệnh nhân (13,3%) có dày màng hoạt dịch.

3.2. Mối liên quan giữa sự xuất hiện tinh thể urat trong dịch khớp và một số đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của bệnh gút

Bảng 3.3: Một số đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng liên quan đến sự xuất hiện tinh thể urat trong dịch khớp

Đặc điểm		Tinh thể urat	Âm tính (n=11)	Dương tính (n=19)	P
Nồng độ acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$) $\bar{X} \pm \text{SD}$			497,3 $\pm$ 84,53	606,6 $\pm$ 143,34	< 0,05
Số lượng bạch cầu máu (G/l) $\bar{X} \pm \text{SD}$			9,5 $\pm$ 4,79	10,2 $\pm$ 2,08	> 0,05
Nồng độ CRP máu (mg/l) $\bar{X} \pm \text{SD}$			25,2 $\pm$ 16,92	37,8 $\pm$ 23,44	> 0,05
Hình ảnh đường đôi ở khớp	Có (n=7)		2 (28,6%)	5 (71,4%)	> 0,05
	Không (n=23)		9 (39,3%)	14 (60,7%)	
Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m ²)	> 90		3 (27,3%)	3 (15,8%)	> 0,05
	60-90		6 (54,5%)	7 (36,8%)	
	< 60		2 (18,2%)	9 (47,4%)	

Nhận xét: Nồng độ acid uric máu của nhóm có tinh thể urat trong dịch khớp dương tính cao hơn của nhóm âm tính với $p < 0,05$. Số lượng bạch cầu; nồng độ CRP trong máu, mức lọc cầu thận cũng như hình ảnh đường đôi trên siêu âm của nhóm dương tính không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính.



Biểu đồ 1: Biểu đồ đường cong ROC của nồng độ acid uric máu để chẩn đoán tinh thể urat trong dịch khớp

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong là 0,727 (CI 95%: 0,539-0,915), điểm cắt là 575,7 $\mu\text{mol/l}$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,7% và 81,8%.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 30 bệnh nhân trong đó có 11 bệnh nhân không tìm thấy tinh thể urat, 19 bệnh nhân tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp. Tuổi trung bình là $65,3 \pm 15,84$ tuổi (từ 18 đến 85 tuổi), độ tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ mắc bệnh gút tăng theo lứa tuổi, và việc gia tăng tuổi thọ góp phần vào sự gia tăng bệnh gút². Bệnh nhân nam là chủ yếu, chiếm 93,3% (28/30). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Phạm Hoài Thu (2010) với tỉ lệ nam giới là 100%³ và của Hoàng Thị Thu Trang (2015) với tỉ lệ nam giới là 98%⁴. Ở bệnh nhân dưới 65 tuổi, tỉ lệ nam:nữ bị gút là 4:1 còn sau 65 tuổi tỉ lệ này giảm dần lại do sau 65 tuổi tỉ lệ bệnh nhân nữ bị gút tăng lên liên quan đến nồng độ estrogen máu giảm dẫn đến tăng acid uric máu^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân nữ, cả hai đều trên 65 tuổi và bị gút cấp lần đầu tiên, khởi đầu đều đau dữ dội ở nhiều khớp và đáp ứng tốt với thuốc chống viêm. Giá trị BMI trung bình là $22,0 \pm 2,4 \text{ kg/m}^2$. Tỉ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì của nhóm không tìm thấy và tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp lần lượt là 36,4% và 26,4%. Tỉ lệ này tương tự kết quả của Phạm Hoài Thu là 40%³.

Về chẩn đoán bệnh, có 23 bệnh nhân được chẩn đoán gút cấp, 7 bệnh nhân được chẩn đoán gút mạn, có 60,9% bệnh nhân (14/23) gút cấp tìm thấy tinh thể urat, còn tỉ lệ này ở bệnh nhân gút mạn là 71,4% (5/7).

Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Trang với tỉ lệ ở nhóm gút cấp và gút mạn lần lượt là 87,5% và 93,8%⁴. Sự khác biệt này có thể là do chúng tôi phát hiện tinh thể urat bằng kính hiển vi quang học nên thấp hơn tác giả Hoàng Thị Thu Trang dùng kính hiển vi phân cực. Việc tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán gút và tìm tinh thể urat tốt nhất là sử dụng kính hiển vi phân cực. Trong 5 bệnh nhân bị gút cấp cơn đầu tiên, chúng tôi phát hiện 2 bệnh nhân có tinh thể urat trong dịch khớp. Điều này rất quan trọng vì có thể giúp chẩn đoán xác định bệnh gút ngay trong cơn gút đầu tiên, góp phần chẩn đoán bệnh sớm, từ đó điều trị kịp thời, ngăn chặn các biến chứng có thể xảy ra nếu chẩn đoán muộn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 16/30 mẫu là dịch khớp có màu đục (53,3%) trong đó có 12 mẫu là vàng đục và 4 mẫu trắng đục, đây là dấu hiệu của dịch khớp viêm (vô khuẩn hoặc nhiễm khuẩn) và có thể do tình trạng lắng đọng tinh thể urat trong dịch khớp. Dịch khớp viêm thường gặp trong nhiễm khuẩn khớp, viêm khớp dạng thấp hoặc viêm khớp tinh thể. Để chẩn đoán nguyên nhân cần làm xét nghiệm tế bào học và nuôi cấy dịch khớp. Về xét nghiệm tế bào có 22 bệnh nhân (73,3%) là dịch viêm cấp và 8 bệnh nhân (26,7%) là dịch không viêm. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Hoàng Thị Thu Trang (85,9% là dịch viêm cấp)⁴ và Phạm Thị Minh Nhâm (86,7% là dịch viêm cấp)⁷.

Thời gian mắc bệnh của hai nhóm không tìm thấy và tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp lần lượt là $16,4 \pm 5,16$ năm và $17,8 \pm 3,4$ năm. Không có sự khác biệt về thời gian

mắc bệnh giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Kết quả này của chúng tôi khác kết quả của Hoàng Thị Thu Trang, tỉ lệ phát hiện tinh thể urat trong dịch khớp ở nhóm mắc bệnh dưới 1 năm thấp hơn nhóm từ 1-5 năm có ý nghĩa thống kê⁴. Điều này có thể là vì cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ nên chúng tôi không chia nhóm thời gian giống như tác giả trên. Đa số các bệnh nhân gút chưa được quản lý điều trị bài bản bằng thuốc hạ acid uric máu, vì vậy khi thời gian mắc bệnh càng dài thì số lượng tinh thể urat trong dịch khớp càng nhiều và khả năng tìm thấy chúng trong dịch khớp càng lớn.

Nồng độ acid uric huyết thanh của hai nhóm không tìm thấy và tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp lần lượt là $497,3 \pm 84,53 \mu\text{mol/l}$ và $606,6 \pm 143,34 \mu\text{mol/l}$. Nồng độ acid uric huyết thanh của nhóm tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp cao hơn của nhóm không tìm thấy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của hai tác giả Hoàng Thị Thu Trang⁴ và của Bomalaski⁸ đều cho thấy nồng độ acid uric huyết thanh của nhóm dương tính cao hơn nhóm âm tính, tuy nhiên cả hai kết quả đều không có ý nghĩa thống kê. Như vậy mối quan hệ giữa nồng độ acid uric huyết thanh và sự xuất hiện tinh thể urat trong dịch khớp còn chưa có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng biểu đồ đường cong ROC để tìm điểm cắt nồng độ acid uric huyết thanh có ý nghĩa trong dự đoán (chẩn đoán) sự có mặt của tinh thể urat trong dịch khớp cho thấy diện tích dưới đường cong là 0,727 (CI 95%: 0,539-0,915), điểm cắt là $575,7 \mu\text{mol/l}$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,7% và 81,8%. Điều này có nghĩa là với bệnh nhân có nồng độ

acid uric huyết thanh cao hơn $575,7 \mu\text{mol/l}$ thì khả năng sẽ tìm thấy tinh thể urat trong dịch khớp với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng.

Số lượng bạch cầu, nồng độ CRP trong máu của hai nhóm không tìm thấy và tìm thấy tinh thể urat lần lượt là $9,5 \pm 4,79 \text{ G/l}$ và $10,2 \pm 2,08 \text{ G/l}$; $25,2 \pm 16,92 \text{ mg/l}$ và $37,8 \pm 23,44 \text{ mg/l}$. Cả số lượng bạch cầu và nồng độ CRP ở nhóm dương tính đều cao hơn nhóm không tìm thấy tinh thể urat nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Hoàng Thị Thu Trang (2015), không có sự khác biệt về số lượng bạch cầu và nồng độ CRP giữa hai nhóm⁴.

Tỉ lệ bệnh nhân có tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân có và không có hình ảnh đường đôi trên siêu âm lần lượt là 71,4% và 60,7% ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với kết quả của Hoàng Thị Thu Trang với tỉ lệ này lần lượt là 91,7% và 83,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê⁴. Có 5/7 mẫu dịch khớp dương tính với tinh thể urat ở các bệnh nhân có hình ảnh đường đôi, điều này chỉ ra rằng hình ảnh đường đôi là gợi ý cho tình trạng lắng đọng tinh thể urat trong dịch khớp nhưng tỉ lệ phát hiện đường đôi thấp là hạn chế trong chẩn đoán gút dựa trên siêu âm. Đa số bệnh nhân có tổn thương thận ở cả hai nhóm không tìm thấy và tìm thấy tinh thể urat và không có sự khác biệt về tỉ lệ và mức độ suy thận giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tăng acid uric máu mạn tính dẫn đến suy thận, nhưng suy thận lại càng làm giảm đào thải acid uric tạo thành vòng xoắn bệnh lý làm cho bệnh ngày càng nặng hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 30 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 19/30 (63,3%) bệnh nhân dương tính, 11/30 (36,7%) bệnh nhân âm tính với tinh thể urat trong dịch khớp. Tỷ lệ phát hiện tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân chẩn đoán gút cấp là 60,9%, ở bệnh nhân gút mạn là 71,4%. Nồng độ acid uric huyết thanh cao làm tăng nguy cơ xuất hiện tinh thể urat trong dịch khớp với ngưỡng cắt là 575,7 $\mu\text{mol/l}$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 73,7% và 81,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taylor W, Fransen J, Dalbeth N, et al.** Performance of classification criteria for gout in early and established disease. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;75.
2. **Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, Curhan G.** Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study. *Archives of internal medicine*. 2005;165(7):742-748.
3. **Phạm Hoài Thu.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm khớp cổ chân trong bệnh gút. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
4. **Hoàng Thị Thu Trang, Nguyễn Mai Hồng, Nguyễn Cảnh Hiệp.** Khảo sát tinh thể urat trong dịch khớp ở bệnh nhân gút và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai*. 2015;88:56-65.
5. **Wallace KL, Riedel AA, Joseph-Ridge N, Wortmann R.** Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. *The Journal of rheumatology*. 2004;31(8):1582-1587.
6. **Saag KG, Choi H.** Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout. *Arthritis research & therapy*. 2006;8 Suppl 1(Suppl 1):S2.
7. **Phạm Thị Minh Nhâm.** Nghiên cứu giá trị của một số tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
8. **Bomalaski JS, Lluberas G, Schumacher HR, Jr.** Monosodium urate crystals in the knee joints of patients with asymptomatic nontophaceous gout. *Arthritis and rheumatism*. 1986;29(12):1480-1484.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN GÚT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG

Lê Thị Diệu Hiền¹, Hoàng Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm ở bệnh nhân gút tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng từ tháng 01 – 09/ 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên 115 bệnh nhân gút tại Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng. **Kết quả:** Tuổi trung bình $55,6 \pm 10,4$, nam giới 92,2%. Acid uric (AU) trung bình $511,1 \pm 133,6$ ($230,5 \div 848,0$); 81,7% BN có AU $>360 \mu\text{mol/l}$. Nhóm 60 đến 69 tuổi có nồng độ acid uric máu trung bình cao nhất là $531,5 \pm 153,3 \mu\text{mol/l}$. Nồng độ AU máu trung bình giai đoạn gút cấp là $486,3 \pm 129,8 \mu\text{mol/l}$; giai đoạn đợt cấp gút mạn là $528,3 \pm 132,8 \mu\text{mol/l}$. Tỷ lệ tăng AU ở nhóm có hạt tophi là 76,3%, nhóm không có hạt tophi là 57,1%. Tỷ lệ tăng AU máu ở nhóm có dấu hiệu đường đôi trên siêu âm là 77,3%, nhóm không có dấu hiệu đường đôi là 53,5%.

Từ khoá: Gút, Acid uric

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN BLOOD URIC ACID CONCENTRATIONS AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND ULTRASOUND IMAGES IN GUT PATIENTS

Objective: Evaluation the relationship between blood uric acid levels and clinical characteristics and ultrasound images in gout patients at Hai Phong International General Hospital from January to September 2023. **Research subjects and methods:** Prospective, descriptive study on 115 gout patients at Hai Phong International General Hospital. **Results:** Average age 55.6 ± 10.4 years, 92.2% male. Uric acid (AU) average 511.1 ± 133.6 ($230.5 \div 848.0$); 81.7% of patients had AU $>360 \mu\text{mol/l}$. Mean AU concentrations were highest in the 60-69 year old group. The average blood AU concentration during acute gout was $486.3 \pm 129.8 \mu\text{mol/l}$; period of chronic gout exacerbation was $528.3 \pm 132.8 \mu\text{mol/l}$. The rate of increase in AU in the group with tophi nodule was 76.3%, the group without tophi nodule was 57.1%. The rate of increased blood AU in the group with double contour on ultrasound was 77.3%, the group without double contour was 53.5%.

Keywords: Gout, Acid uric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh do rối loạn chuyển hoá các nhân purin, có đặc điểm chính là tăng acid uric (AU) máu. Tình trạng viêm khớp trong

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Dũng

SĐT: 0988205703

Email: dungnoitru26@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

bệnh gút là do sự lắng đọng các tinh thể urat (Monosodium urat - MSU) trong dịch khớp hoặc ở các mô. Diễn biến tự nhiên bệnh gút qua các giai đoạn: tăng AU không triệu chứng, sau đó biểu hiện cơn gút cấp, những cơn gút cấp tái diễn nhiều lần do lắng đọng tinh thể urat vào các mô dẫn đến tổn thương tổ chức và trở thành gút mạn trên lâm sàng [1], [2]. Nồng độ AU máu cao, chưa kiểm soát đạt mục tiêu là nguyên nhân dẫn tới diễn biến tự nhiên bệnh gút chuyển giai đoạn thành gút mạn, gây tổn thương tổ chức như: hạt tophi, bệnh lý thận do gút (sỏi thận, viêm thận kẽ, suy thận...). Việc chẩn đoán sớm và điều trị bệnh nhân gút đạt mục tiêu AU giúp hạn chế tối thiểu các đợt gút cấp và các biến chứng của bệnh gây ra. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: **Nhận xét mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm ở bệnh nhân gút.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 115 bệnh nhân gút điều trị nội trú tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân
- + Bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/ EULAR-2015.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ
- + Bệnh giả gút, bệnh viêm khớp vảy nến, bệnh lắng đọng Hydroxyapatid.

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả chùm ca bệnh.
- Chọn mẫu: toàn bộ bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 09 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm xét nghiệm cần thiết, số liệu thu thập được ghi theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Khám lâm sàng:

❖ Tuổi, giới, đo chiều cao, cân nặng, hỏi tiền sử bệnh lý, tiền sử dùng thuốc, thời gian mắc bệnh tính từ cơn gút cấp đầu tiên đến thời điểm nghiên cứu.

❖ Hạt tophi dưới da và các biến đổi đặc hiệu của viêm khớp do gút có thể tìm thấy khắp nơi trên bề mặt của da, nhưng vị trí hay gặp là ngón tay, cổ tay, vành tai, gôi.

❖ Đặc điểm khớp viêm: sưng, nóng, đỏ, đau.

❖ Cường độ đau khớp theo đánh giá của bệnh nhân được tính theo thang điểm VAS.

+ Xét nghiệm: công thức máu, CRP, acid uric.

+ Siêu âm khớp: Dấu hiệu đường đôi điển hình trong chẩn đoán bệnh gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015; Hình hạt tophi trên siêu âm khớp hoặc ngoài khớp; được đánh giá bởi bác sĩ chuyên khoa khớp hoặc bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

- Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán gút theo ACR/EULAR 2015: tổng số 23 điểm. Người bệnh được chẩn đoán gút: đạt tổng số ≥ 8 điểm.

+ Phân loại BMI theo tiêu chuẩn năm 2000 của WHO dành cho các nước châu Á Thái Bình Dương.

+ Mức độ đau khớp theo đánh giá của bệnh nhân được tính theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale): không đau (0 điểm); nhẹ (1-3 điểm); vừa (4-6 điểm); nặng (7-10 điểm).

+ Nồng độ acid uric máu tăng khi $> 420 \mu\text{mol/L}$ ở nam và $> 360 \mu\text{mol/L}$ ở nữ.

- Xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 115)

Đặc điểm chung	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (năm)	55,6 $\pm$ 10,4 (33 ÷ 78)
Cân nặng (kg)	62 $\pm$ 9,9 (43 ÷ 86)
Chiều cao (m)	163,3 $\pm$ 6,3 (152 ÷ 187)
BMI (Kg/m ²)	23,7 $\pm$ 2,7 (15,4 ÷ 30)
Giới tính	Nam: 106 (92,2%)
	Nữ: 9 (7,8%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,6 $\pm$ 10,4 (33 ÷ 78). BMI trung bình là 23,7 $\pm$ 2,7 (15,4 ÷ 30). 92,2% bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới.

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ acid uric máu

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Min÷Max
Nồng độ acid uric ($\mu\text{mol/l}$)	511,1 $\pm$ 133,6	230,5 ÷ 848,0
Phân nhóm acid uric	n	%
< 240 $\mu\text{mol/l}$	5	4,3
240-360 $\mu\text{mol/l}$	16	13,9
360-420 $\mu\text{mol/l}$	10	8,7
420-480 $\mu\text{mol/l}$	18	15,6
480-600 $\mu\text{mol/l}$	43	37,4
>600 $\mu\text{mol/l}$	23	20,0
Tổng	115	100,0

Nhận xét: Acid uric trung bình 511,1 $\pm$ 133,6 (230,5 ÷ 848,0). 73% đối tượng nghiên cứu có nồng độ AU >360 $\mu\text{mol/l}$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi

Phân bố nhóm tuổi (n=115)	n	Nồng độ acid uric máu trung bình ($\mu\text{mol/l}$)
≤ 39	6	469,1 $\pm$ 133,2
40-49	60	510,4 $\pm$ 129,6
50-59	26	515,3 $\pm$ 123,5
60-69	9	531,5 $\pm$ 153,3
≥ 70	13	524,2 $\pm$ 126,6
Mối tương quan tuyến tính	$r = 0,17, p < 0,05$	

Nhận xét: Có mối tương quan tuyến tính giữa nồng độ acid uric máu với tuổi với $r = 0,17$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. So sánh nồng độ acid uric máu theo giới tính

Giới tính (n=115) Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	Nam		Nữ		p
	n	%	n	%	
Tăng	77	72,6	6	66,7	$p > 0,05$
Không tăng	29	27,4	3	33,3	
Tổng	106	100	9	100	
Trung bình	517,3 $\pm$ 133,5		408,3 $\pm$ 115,5		$P < 0,05$

- Tỷ lệ tăng AU máu ở nam là 72,6 %, nữ là 66,7 %. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng nồng độ acid uric máu giữa 2 giới.

- Nồng độ AU máu trung bình ở đối tượng nghiên cứu nam là $517,3 \pm 133,5 \mu\text{mol/l}$, ở nữ là $408,3 \pm 115,5 \mu\text{mol/l}$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. So sánh nồng độ acid uric máu và giai đoạn bệnh (n=115)

Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	n	$\bar{X} \pm \text{SD}$	p
Giai đoạn bệnh			
Gút cấp	35	$486,3 \pm 129,8$	$p < 0,05$
Đợt cấp gút mạn	80	$528,3 \pm 132,8$	

Nhận xét: Nồng độ AU máu trung bình giai đoạn gút cấp ($486,3 \pm 129,8 \mu\text{mol/l}$) thấp hơn giai đoạn đợt cấp gút mạn ($528,3 \pm 132,8 \mu\text{mol/l}$); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và hạt tophi

Hạt tophi ($\mu\text{mol/l}$)	Có		Không		Tổng
Acid uric máu	n	%	n	%	
Tăng	61	76,3	20	57,1	81
Không tăng	19	23,7	15	42,9	34
Tổng	80	100	35	100	115
OR (CI:95%);p	OR = 1,897 (0,216÷3,421); $p < 0,05$				

Nhận xét: Bệnh nhân gút có AU máu tăng có khả năng hình thành hạt tophi cao gấp 1,897 lần so với nhóm không tăng AU máu.

Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ AU máu và dấu hiệu đường đôi trên siêu âm

Dấu hiệu đường đôi (n=93)	Có		Không		Tổng
Acid uric máu ($\mu\text{mol/l}$)	n	%	n	%	
Tăng	17	77,3	38	53,5	55
Không tăng	5	22,7	33	46,5	38
Tổng	22	100	71	100	93
OR (CI:95%);p	OR = 1,629 (0,335÷3,917); $p < 0,05$				

Nhận xét: Bệnh nhân gút có AU máu tăng có khả năng có dấu hiệu đường đôi trên siêu âm cao gấp 1,629 lần so với nhóm không tăng AU máu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 115 đối tượng nghiên cứu với độ tuổi từ 33 đến 78 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu tại thời điểm nghiên cứu là $55,6 \pm 10,4$ tuổi. BMI trung bình là $23,7 \pm 2,7$. Tỷ lệ nam giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 92,2% (bảng 1). Kết quả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này

tương tự với một số nghiên cứu trên bệnh nhân gút đã được công bố trong nước trong những năm gần đây. Nồng độ AU trung bình là $511,1 \pm 133,6 \mu\text{mol/l}$. 81,7% đối tượng nghiên cứu có kết quả xét nghiệm nồng độ AU $> 360 \mu\text{mol/l}$. Các kết quả này cũng tương tự như các kết quả trong nước, nghiên cứu của Kiều Lan Hương nồng độ AU máu trung bình là $497,2 \pm 127 \mu\text{mol/L}$ [3], nghiên cứu của Trần Thị Trinh nồng độ AU máu trung bình là $498,6 \pm 164,9 \mu\text{mol/L}$ [4]. Đa số các nghiên cứu đều nhận thấy nồng độ AU tăng cao ở bệnh nhân gút.

Sự phân bố nồng độ AU theo nhóm tuổi đang còn nhiều tranh cãi trong các nghiên cứu nhiều thập kỷ qua. Lý giải cho sự khác nhau về nồng độ AU máu theo tuổi có thể liên quan đến gen, đặc điểm sinh học và đặc biệt ảnh hưởng lớn nhất là các yếu tố môi trường. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ AU máu ở độ tuổi 60-69 là cao nhất ($531,5 \pm 153,3 \mu\text{mol/L}$) (bảng 2); kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thuý (2024) [5]. Nồng độ AU máu trung bình ở đối tượng nghiên cứu nam ($517,3 \pm 133,5 \mu\text{mol/l}$) cao hơn ở nữ ($408,3 \pm 115,5 \mu\text{mol/l}$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3); có thể giải thích sự khác nhau này do lối sống, thói quen ăn uống ở nam giới và lượng estrogen ở nữ ảnh hưởng đến sản xuất AU và đào thải AU qua nước tiểu. Nồng độ acid uric máu trung bình giai đoạn gút cấp là $486,3 \pm 129,8 \mu\text{mol/l}$, giai đoạn đợt cấp gút mạn là $528,3 \pm 132,8 \mu\text{mol/l}$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 5). Tác giả Phạm Thị Minh Nhâm năm 2011 trên 103 đối tượng mắc bệnh gút cũng cho thấy sự khác biệt nồng độ AU giữa 2 giai đoạn bệnh [6]. Khi nồng độ Acid uric trong máu vượt ngưỡng bão hòa ($6,8 \text{ mg/dl}$) sẽ hình thành các tinh thể urat. Việc quản lý nồng độ AU $< 6 \text{ mg/dl}$ sẽ giúp giảm tình trạng lắng đọng tinh thể, giảm các cơn gút cấp, và hạn chế được các biến chứng [7].

Hạt tophi được hình thành do muối urat kết tủa trong mô liên kết cạnh khớp hoặc ngoài khớp, sự tích lũy này tăng dần sau nhiều năm tạo thành các khối nổi lên dưới da. Tỷ lệ tăng AU máu trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm đối tượng có hạt tophi là 76,3%, cao hơn nhóm không có hạt tophi là 57,1%. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 6). Dấu hiệu đường đôi trên siêu âm được coi là dấu hiệu quan trọng có giá trị trong chẩn đoán bệnh gút. Tỷ lệ tăng AU máu ở nhóm bệnh nhân có dấu hiệu đường đôi trên siêu âm là 77,3%, ở nhóm

bệnh nhân không có dấu hiệu đường đôi là 53,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; OR = 1,629; CI 95 ($0,335 \div 3,917$) (bảng 7).

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ AU máu thường tăng cao ở bệnh nhân gút, đặc biệt là trên bệnh nhân gút có dấu hiệu đường đôi trên siêu âm khớp hoặc gút mạn tính có hạt tophi.

- Kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu sẽ giúp giảm lắng đọng tinh thể urat ở các mô hoặc khớp, giảm các cơn gút cấp, và hạn chế được các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schlesinger N.** Diagnosing and Treating Gout (2010): A Review to Aid Primary Care Physicians. Postgraduate Medicine. 122(2): 157161. doi:10.3810/pgm.2010.03.2133.
2. **Pittman JR, Bross MH** (1999). Diagnosis and management of gout. Am Fam Physician. 59(7):1799-1806, 1810.
3. **Kiều Lan Hương** (2021). Khảo sát mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với mục tiêu điều trị ở bệnh nhân gút. Tạp chí Y học Việt Nam. 502.5(2021): 87-92.
4. **Trần Thị Trinh** (2020). Mô tả đặc điểm tổn thương bàn cổ chân ở bệnh nhân gút bằng chụp cắt lớp vi tính năng lượng kép (DECT). Tạp chí Y học Việt Nam. 493.8(2020):134-139.
5. **Nguyễn Thị Thuý** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh gút và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam 544 (3), 2024.
6. **Phạm Thị Minh Nhâm** (2011). Nghiên cứu giá trị 1 số tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh gút. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Qaseem A, Harris RP, Forciea MA, et al** (2017). Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 166(1):58-68. doi:10.7326/M16-0570

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT

Vũ Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Xác định tỷ lệ ĐTĐ týp 2 ở bệnh nhân mắc bệnh gút tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai. 2. Tìm hiểu mối liên quan giữa ĐTĐ týp 2 với một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu gồm:** 110 bệnh nhân mắc gút đến khám bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: $52,1 \pm 14,2$ tuổi và bệnh nhân có chẩn đoán gút mạn chiếm tỷ lệ 88,2%. Trong nghiên cứu, 86,4% bệnh nhân gút có các bệnh lý đồng mắc, trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 75,5%, THA là 51,8% và ĐTĐ týp 2 chiếm tỷ lệ 27,3%. Những bệnh nhân không được kiểm soát bệnh tốt, với nồng độ acid uric máu tăng cao trên $420 \mu\text{mol/l}$ có tỷ lệ mắc ĐTĐ týp 2 cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu dưới $420 \mu\text{mol/l}$. Các bệnh nhân gút kèm theo ĐTĐ týp 2 cũng có thời gian mắc bệnh gút kéo dài hơn và các bệnh lý đồng mắc khác cũng gặp nhiều hơn như: tăng huyết áp, suy thận so với nhóm bệnh nhân không có ĐTĐ. **Kết luận:** ĐTĐ týp2 là một bệnh lý

đồng mắc hay gặp ở bệnh nhân gút. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ týp 2 ở người bệnh bao gồm: tăng acid uric máu, có các bệnh lý đồng mắc khác như tăng huyết áp, suy thận và tình trạng lạm dụng glucocorticoid trong điều trị gút.

Từ khóa: Gút, ĐTĐ týp 2, mối liên quan

SUMMARY

Objectives: 1.To determine the prevalence of type 2 diabetes (T2D) in patients with gout at the Musculoskeletal Center, Bach Mai Hospital. 2. To investigate the relationship between type 2 diabetes and certain clinical and subclinical characteristics of the study group. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Subjects:** 110 patients diagnosed with gout who visited Bach Mai Hospital from September 2024 to December 2024. **Results:** The average age of the study group was 52.1 ± 14.2 years, and patients with a diagnosis of chronic gout accounted for 88.2%. In the study, 86.4% gout patients had comorbidities, with the highest proportion being dyslipidemia at 75.5%, hypertension at 51.8%, and type 2 diabetes at 27.3%. Patients who did not have well-controlled disease, with uric acid levels above $420 \mu\text{mol/l}$, had a much higher incidence of type 2 diabetes compared to those with uric acid levels below $420 \mu\text{mol/l}$. Gout patients with type 2 diabetes also had a longer duration of gout and more comorbidities such as hypertension and kidney failure compared to patients without diabetes. **Conclusion:** Type 2 diabetes is a common comorbidity in gout patients. Factors that increase the risk of type 2

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

diabetes in these patients include elevated uric acid levels, comorbid conditions such as hypertension, kidney failure, and the abuse of glucocorticoids in gout treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là một bệnh khớp do rối loạn chuyển hóa các nhân purine gây tăng acid uric trong máu và hậu quả lắng đọng các tinh thể monosodium urate tại khớp và phần mềm quanh khớp. Gút là 1 bệnh lý khớp viêm mạn tính hay gặp nhất ở người trưởng thành và gặp nhiều hơn ở nam giới. Khi không được điều trị và kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu, bệnh gút có thể gây nhiều biến chứng, tăng nguy cơ tàn phế và tử vong. Trong khoảng 10 năm trở lại đây, tình trạng tăng acid uric máu và tỷ lệ mắc bệnh gút tăng lên nhanh trong dân số nói chung, dẫn đến việc gia tăng các bệnh lý đồng mắc với bệnh gút như đái tháo đường, béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, đột quỵ, bệnh tim mạch và bệnh động mạch ngoại vi.

Nhiều nghiên cứu ở nước ngoài và Việt Nam cho thấy, có sự liên quan chặt chẽ giữa gút và hội chứng chuyển hóa (HCCH) trong đó có bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Trong một nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng bệnh gút của Mehmet AO và cộng sự năm 2012, tỷ lệ bệnh nhân gút mắc ĐTĐ là 17,9%¹. Tăng acid uric máu ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 góp phần làm gia tăng các biến cố tim mạch do xơ vữa, bệnh thận mạn và làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Tình trạng viêm mạn tính trong gút, đặc biệt ở bệnh nhân gút mạn tính sẽ dẫn đến sự kháng insulin và làm tăng nguy cơ bị đái tháo đường. Trong 1 nghiên cứu được thực hiện tại Phần Lan cho thấy, tăng acid uric máu là 1 yếu tố nguy cơ độc lập của đái tháo đường sau khi hiệu chỉnh về tuổi, giới, chỉ số BMI,

rối loạn lipid máu, huyết áp và lối sống. Những bệnh nhân có nhiều cơn cơn gút cấp, nồng độ acid uric máu tăng cao và tăng huyết áp làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ týp 2. Việc lạm dụng corticosteroid kéo dài ở bệnh nhân gút mạn cũng làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ týp 2. Khi bệnh nhân gút được kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu sẽ có nguy cơ mắc ĐTĐ týp 2 thấp hơn so với những bệnh nhân không sử dụng thuốc hạ acid uric máu.

Tại Việt Nam đã có 1 số nghiên cứu về các bệnh lý đồng mắc ở bệnh nhân gút. Tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận mạn, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa và xơ vữa mạch đều tăng lên ở bệnh nhân gút. Trong 1 nghiên cứu gồm 120 bệnh nhân chẩn đoán gút tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy, các bệnh lý đồng mắc hay gặp nhất ở bệnh nhân gút gồm: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và bệnh thận mạn, trong đó, đái tháo đường gặp ở 30,8% bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chưa phân tích đầy đủ về các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ týp 2 ở bệnh nhân gút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ ĐTĐ týp 2 ở bệnh nhân mắc bệnh gút tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa ĐTĐ týp 2 với một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 110 bệnh nhân được chẩn đoán gút điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2015, đến

khám và điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.

– Bệnh nhân chấp nhận tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không đủ tỉnh táo để trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang**

*** Tiến hành nghiên cứu:**

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

• Thông số chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, thời gian mắc bệnh gút, thói quen ăn uống, tập thể dục, hút thuốc lá, uống rượu bia.

• Thông số lâm sàng: Tình trạng hạt tophi, số đợt gút cấp, thời gian mỗi đợt gút cấp, bệnh kèm theo (tăng huyết áp, ĐTĐ, rối loạn lipid máu, suy thận, sỏi thận), tiền sử dùng thuốc.

• Thông số cận lâm sàng: HbA1c, glucose máu, creatinin, acid uric, cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglycerid, CRP, men gan (SGOT, SGPT), tổng phân tích nước tiểu.

* **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê trong y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N= 110)

Đặc điểm	Kết quả
Nam, N (%)	110 (100)
Tuổi trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$	52,1 $\pm$ 14,2 (19 ÷ 80)
Tuổi khởi phát bệnh gút trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$	45,7 $\pm$ 12,5 (19 ÷ 70)
Thời gian mắc bệnh gút trung bình (năm) $\bar{X} \pm SD$	6,4 $\pm$ 3,2 (1 ÷ 14)
Tỷ lệ gút mạn, N (%)	97 (88,2)
Tỷ lệ gút cấp, N (%)	13 (11,8)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tất cả các bệnh nhân đều là nam giới, không gặp bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 52,1 $\pm$ 14,2 năm với thời gian mắc bệnh gút trung bình là 6,4 $\pm$ 3,2 (năm). Đa số bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm gút mạn, chiếm tỷ lệ 88,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh lý đồng mắc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=110)

Các bệnh lý đồng mắc	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ %
THA	57	51,8
ĐTĐ týp 2	30	27,3
Rối loạn lipid máu	83	75,5
Suy thận	37	33,6
Sỏi thận	7	6,4

Nhận xét: Trong nghiên cứu, 86,4% bệnh nhân gút có các bệnh lý đồng mắc, trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 75,5%, THA là 51,8% và ĐTĐ týp 2 chiếm tỷ lệ 27,3%.

3.2. Liên quan giữa ĐTD týp 2 với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa ĐTD týp 2 với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh gút

		Bệnh nhân gút có ĐTD týp 2 (N=30)	Bệnh nhân gút không có ĐTD (N=80)	P
Tuổi trung bình (năm)		58 ± 11,2	49,8 ± 14,6	< 0,05
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)		7,2 ± 3,2	6,1 ± 3,3	> 0,05
Số cơn gút cấp/năm N (%)	< 4	13 (43,3)	50 (62,5)	> 0,05
	≥ 4	17 (56,7)	30 (37,5)	
Acid uric máu (μmol/l)	< 420	11 (36,7)	57 (71,3)	< 0,05
	≥ 420	19 (63,3)	23 (28,7)	
Glucocorticoid	Có	27 (90)	55 (68,8)	< 0,05
	Không	3 (10)	25 (31,2)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân gút mắc kèm theo ĐTD týp 2 có tuổi trung bình cao hơn rõ rệt, tỷ lệ bệnh nhân có tăng acid uric máu và lạm dụng glucocorticoid trong điều trị gút cũng cao hơn so nhóm bệnh nhân không có ĐTD ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa ĐTD týp 2 với các bệnh lý đồng mắc ở bệnh nhân gút

		Bệnh nhân gút có ĐTD týp 2 (N = 30)	Bệnh nhân gút không có ĐTD (N = 80)	P
THA	Có	19 (63,3)	16 (20)	< 0,01
	Không	11 (36,7)	64 (80)	
Rối loạn lipid máu	Có	24 (80)	59 (73,8)	> 0,05
	Không	6 (20)	21 (26,3)	
BMI	< 23	8 (26,7)	22 (27,5)	> 0,05
	≥ 23	22 (73,3)	58 (72,5)	
Suy thận	Có	16 (53,3)	21 (26,3)	< 0,01
	Không	14 (46,7)	59 (73,7)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân gút mắc kèm theo ĐTD týp 2 có tỷ lệ các bệnh đồng mắc gồm tăng HA và suy thận cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có ĐTD ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tình trạng tăng acid uric máu không chỉ làm tăng nguy cơ mắc bệnh gút mà còn liên quan đến nhiều bệnh lý tim mạch và hội

chứng chuyển hóa như: Đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì, tăng huyết áp, bệnh thận mạn và xơ vữa mạch. Bệnh gút gặp chủ yếu ở nam giới và phụ nữ thường độ tuổi sau mãn kinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều là nam giới, không gặp bệnh nhân nữ giới, với tuổi khởi phát bệnh gút trung bình là 45,7 tuổi và bệnh nhân có chẩn đoán gút mạn chiếm tỷ lệ 88,2%.

Nhiều nghiên cứu cho thấy, acid uric máu ở dạng hòa tan có đặc điểm của chất tiền

viêm. Tăng acid uric máu dẫn đến các stress oxy hóa trong tế bào, kích thích tăng tổng hợp COX-2 gây viêm, hoạt hóa hệ thống renin-angiotensin, tăng tổng hợp các chemokine và protein C phản ứng. Tăng acid uric máu cũng gây ra tình trạng kháng insulin và tăng tái tổng hợp glucose từ các nguồn không carbohydrate². Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 86,4% bệnh nhân gút có các bệnh lý đồng mắc, trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 75,5%, THA là 51,8% và ĐTD týp 2 chiếm tỷ lệ 27,3%. Các bệnh lý đồng mắc, đặc biệt là ĐTD cũng làm bệnh gút tiến triển nặng hơn và tăng tình trạng xơ vữa mạch trong gút, dẫn đến tăng nguy cơ tử vong và làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

4.2. Mối liên quan giữa ĐTD týp 2 với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh gút

Acid uric máu có đặc tính gây viêm, hình thành các stress oxy hóa tại tế bào và cơ mạch. Tăng acid uric máu đóng vai trò quan trọng trong việc làm trầm trọng thêm tình trạng kháng insulin. Acid uric máu gây rối loạn chức năng của tế bào nội mô ở thành mạch và làm giảm sản xuất acid nitric. Giảm acid nitric sẽ dẫn đến giảm insulin – kích thích đường đi vào trong cơ, xương, góp phần vào sự đề kháng insulin và gây ĐTD. Sự đề kháng với insulin là cơ chế bệnh sinh của mối liên quan giữa ĐTD và tăng acid uric máu. Ngoài ra, tăng acid uric máu còn liên quan đến quá trình oxy hóa tại tế bào có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của ĐTD týp 2. Trong nghiên cứu, những bệnh nhân không được kiểm soát bệnh tốt, với nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 $\mu\text{mol/l}$ có tỷ lệ mắc ĐTD týp 2 cao hơn

nhiều so với nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu dưới 420 $\mu\text{mol/l}$ (63,3% so với 28,3%). Các bệnh nhân gút kèm theo ĐTD týp 2 cũng có thời gian mắc bệnh gút kéo dài hơn và các bệnh lý đồng mắc khác cũng gặp nhiều hơn như: tăng huyết áp, suy thận so với nhóm bệnh nhân không có ĐTD. Trong nghiên cứu của OV Zheliabina, tăng acid uric máu sẽ làm tăng nguy cơ xuất hiện ĐTD týp 2 gấp 1,61 lần³.

Trong 1 nghiên cứu khảo sát đặc điểm siêu âm doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nam giới mắc gút nguyên phát điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 65% bệnh nhân gút có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh. Khi có kèm theo các bệnh lý đồng mắc như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và suy thận, tỷ lệ bệnh nhân có dày lớp nội trung mạc của động mạch cảnh cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân gút không có bệnh kèm theo ($p < 0,05$)⁴. Trong điều trị gút, việc kiểm soát tốt nồng độ acid uric máu rất quan trọng để đạt được mục tiêu điều trị, giảm sự xuất hiện cơn gút cấp, giảm nguy cơ tiến triển thành gút mạn và các bệnh lý đồng mắc. Các thuốc giảm tổng hợp acid uric máu gồm nhóm thuốc ức chế xanthine oxidase như Allopurinol và Febuxostat được chỉ định đầu tiên trên lâm sàng sau khi kiểm soát cơn gút cấp theo các khuyến cáo điều trị hiện nay. Khi nồng độ acid uric máu tăng mỗi 1mg/dl sẽ làm nguy cơ mắc ĐTD týp 2 tăng 20%, do đó ở những bệnh nhân gút cần đạt mục tiêu acid uric máu dưới 360 $\mu\text{mol/l}$, đặc biệt với gút mạn là dưới 300 $\mu\text{mol/l}$ ⁵. Việc lạm dụng Glucocorticoid trong điều trị gút sẽ làm gia tăng nguy cơ bị các bệnh lý đồng mắc ở bệnh

nhân gút như: ĐTĐ, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì, hội chứng Cushing do thuốc, nhiễm trùng cơ hội và loãng xương. Trong nghiên cứu, tỷ lệ dùng Glucocorticoid ở nhóm bệnh nhân gút có ĐTĐ tít 2 cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không có ĐTĐ. Vì vậy, các bệnh nhân gút cần phải được tư vấn, giáo dục và quản lý chặt chẽ để giúp kiểm soát bệnh tốt hơn, giảm thiểu sự tiến triển của bệnh và nguy cơ bị các bệnh lý đồng mắc, đặc biệt là ĐTĐ tít 2.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 110 bệnh nhân mắc bệnh gút đến khám tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trong nghiên cứu 86,4% bệnh nhân gút có các bệnh lý đồng mắc, trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 75,5%, THA là 51,8% và ĐTĐ tít 2 chiếm tỷ lệ 27,3%.

- Những bệnh nhân có nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 $\mu\text{mol/l}$ có tỷ lệ mắc ĐTĐ tít 2 cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu dưới 420 $\mu\text{mol/l}$. Các bệnh nhân gút kèm theo ĐTĐ tít 2 cũng có thời gian mắc bệnh gút kéo dài hơn và các bệnh lý đồng mắc khác cũng gặp nhiều hơn so với những bệnh nhân không có ĐTĐ.

- Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ĐTĐ tít 2 ở người bệnh gút bao gồm: Acid uric máu tăng, tăng huyết áp, suy thận và lạm dụng glucocorticoid trong điều trị gút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Öztürk, M. A. et al. Demographic and clinical features of gout patients in Turkey: a multicenter study. *Rheumatol Int* 33, 847–852 (2013).
2. Du, L. et al. Hyperuricemia and its related diseases: mechanisms and advances in therapy. *Signal Transduction and Targeted Therapy* 9, 212 (2024).
3. **Contributing factors of diabetes mellitus among patients with gout (results of the long-term prospective study).** *Naučno-praktičeskaâ revmatologija* 60, 374–380 (2022).
4. Nguyễn Thị Phương Thủy, N. T. K. L. Nghiên cứu đặc điểm siêu âm Doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nam giới mắc gút nguyên phát. *Tạp chí Y học Việt Nam* (2017).
5. Bhole, V., Choi, J. W. J., Kim, S. W., De Vera, M. & Choi, H. Serum uric acid levels and the risk of type 2 diabetes: a prospective study. *The American journal of medicine* 123, 957–961 (2010).

KHẢO SÁT NGUY CƠ TIM MẠCH BẰNG THANG ĐIỂM SCORE-VN Ở BỆNH NHÂN GÚT NGUYÊN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Tạ Thị Hương Trang^{1,2},
Khamphone Phommakesone¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE-VN và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024. **Kết quả:** Dự đoán nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN chung cho cả nhóm nghiên cứu là $9,26 \pm 5,56$ (%). Nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp và trung bình chiếm 16,7%, nhóm nguy cơ tim mạch cao là 38,5%, nhóm nguy cơ tim mạch rất cao là 44,8%. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm tuổi 40-49 tuổi là $5,15 \pm 3,24$ %, nhóm 50-59 tuổi là $10,32 \pm 4,87$ % và nhóm 60-69 tuổi là $13,97 \pm 5,87$ %. Sự khác biệt giữa 3 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$; Nguy cơ tim mạch cao và rất cao ở bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm cao hơn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 5 năm với OR = 15,87. Bệnh nhân gút mạn tính có nguy cơ tim mạch cao và rất cao hơn bệnh nhân gút cấp tính với OR = 7,98. **Kết luận:** Bệnh nhân gút có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung

bình cao. Có mối liên quan giữa điểm dự đoán nguy cơ tim mạch theo SCORE-VN với tuổi, thời gian mắc bệnh gút, gút mạn tính, nồng độ CRP huyết thanh. Vì vậy, cần dự báo nguy cơ tim mạch của người bệnh gút nguyên phát để đánh giá nguy cơ tim mạch và dự phòng các biến cố tim mạch cho người bệnh.

Từ khóa: Gút, SCORE-VN, nguy cơ tim mạch.

SUMMARY

SURVEY OF CARDIOVASCULAR RISK BY USING THE SCORE-VN SCALE IN PRIMARY GOUT PATIENTS TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: 1. To survey cardiovascular risk using the SCORE-VN scale and some related factors in patients with primary gout. **Subject and methods:** cross-sectional study on 96 patients with gout diagnosed using EULAR/ACR 2015 who visited and treated at Bach Mai Hospital from October 2023 to October 2024. **Results:** The risk of cardiovascular disease based on the SCORE-VN scale for the whole group was $9,34 \pm 5,87$ %. The group of patients with low and moderate risk accounts for 16.7%, the group with high cardiovascular risk was 38.5%, and the group very high cardiovascular risk was 44.8%. Factors related to cardiovascular risk in primary gout patients: The average cardiovascular risk prediction score for the 40-49 year old group was 5.15 ± 3.24 %, the 50-59 year old group was 10.32 ± 4.87 (%) and the 60-69

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang

SĐT: 0948253307

Email: trangntnoi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

year old group was 13.97 ± 5.87 (%). The difference between the 3 age groups was statistically significant $p < 0.01$; High and very high cardiovascular risk in patients with disease duration ≥ 5 years was higher than in patients with disease duration < 5 years with OR = 15.87. Patients with chronic gout had high and very higher cardiovascular risk than patients with acute gout with OR 7.98. **Conclusion:** Gout patients had higher cardiovascular risk prediction scores. There was a relationship between the cardiovascular risk prediction score according to SCORE-VN with age, duration of gout, chronic gout and serum CRP concentration. Therefore, it was necessary to predict the cardiovascular risk in primary gout patients to evaluate cardiovascular risk and to have early cardiovascular events prevention for patients.

Keywords: Gout, SCORE-VN, cardiovascular risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là bệnh lý hay gặp trong nhóm bệnh khớp do rối loạn chuyển hóa do tình trạng lắng đọng các tinh thể urat ở các mô của cơ thể. Bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính và có thể gây tổn thương nhiều tạng: tim, mạch máu, thận, khớp... Bệnh gút làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch [1]. Khi acid uric (AU) máu tăng cao, lắng đọng ở lớp nội mạc mạch máu, van tim và cơ tim góp phần vào sinh lý bệnh các bệnh tim mạch như tăng huyết áp (THA), xơ vữa mạch máu, bệnh cơ tim, van tim và hệ quả sau cùng là suy tim [2]. Tăng AU máu trên bệnh nhân gút có liên quan nhiều tới sự đề kháng insulin góp phần vào bệnh sinh của các bệnh lý tim mạch [2]. Bệnh gút là bệnh lý khớp viêm có đáp ứng viêm hệ thống. Tình trạng viêm hệ thống là yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch. Bên cạnh đó tổn thương thận ở

bệnh nhân gút làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch. Ngoài ra, trong quá trình điều trị bệnh gút, cần sử dụng các thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAID) và glucocorticoid. Trong khi đó cả NSAID và glucocorticoid đều làm tăng nguy cơ tim mạch [2].

Hội Thấp khớp học Châu Âu (EULAR) đã khuyến cáo mọi bệnh nhân gút nên được đánh giá về các bệnh lý tim mạch và các yếu tố nguy cơ đi kèm [3]. Để có thể phòng ngừa hiệu quả biến chứng tim mạch ở bệnh nhân gút, việc đánh giá tổng thể các yếu tố nguy cơ tim mạch có vai trò quan trọng. Tại Việt Nam, SCORE_VN là thang điểm được Việt hóa, xây dựng dựa trên thang điểm SCORE2 của Châu Âu. Việc sử dụng thang điểm SCORE_VN sẽ giúp đánh giá nguy cơ tim mạch phù hợp với người Việt Nam. Ngoài ra, thang điểm này sử dụng các biến đơn giản, dễ thu thập. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: ***Khảo sát nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE-VN và một số yếu tố liên quan ở người bệnh gút nguyên phát.***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* ***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:***

+ Bệnh nhân nam được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2023 đến 10/2024, có tuổi từ 40-69 và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

* ***Tiêu chuẩn loại trừ các bệnh nhân nghiên cứu:***

+ Bệnh nhân có bệnh tim mạch (bệnh cơ tim, bệnh van tim, bệnh tim mạch bẩm sinh, bệnh mạch vành), tiền sử hoặc hiện tại có tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại vi;

- + Bệnh nhân bị đái tháo đường
- + Bệnh thận mạn mức độ trung bình-nặng (MLCT <60 ml/phút/1,73 m²)
- + Mức bệnh cấp tính (nhiễm trùng nặng, viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Quy trình nghiên cứu
- + Các đối tượng tham gia nghiên cứu thu thập số liệu theo mẫu bệnh án chung
- * Lâm sàng: tuổi (≥ 50 và < 50), giới, thời gian mắc bệnh (≥ 5 năm, < 5 năm), huyết áp, thể bệnh (gút cấp/ gút mạn), tiền sử bệnh: tim mạch, đái tháo đường, suy thận.

* Cận lâm sàng: công thức máu, acid uric (tăng acid uric máu: $\geq 420 \mu\text{mol/l}$), CRP-hs (tăng CRP-hs khi $\geq 5 \text{ mg/L}$), cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C, glucose, creatinin

+ Tính điểm nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE-VN: truy cập phần mềm SCORE_VN sau đó nhập các số liệu cần thiết như: giới, tuổi, hút thuốc lá, huyết áp tâm thu, Cholesterol, HDL-C. Đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm của người bệnh.

+ Phân tầng nguy cơ tim mạch theo SCORE-VN:

Phân tầng \ Tuổi	< 50 tuổi	50-69 tuổi
Nguy cơ thấp- trung bình	< 2,5%	< 5%
Nguy cơ cao	2,5% - < 7,5%	5% - < 10%
Nguy cơ rất cao	$\geq 7,5\%$	$\geq 10\%$

+ Đánh giá mối liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân gút nguyên phát.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 22.0.

+ Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm (%); Các biến định lượng được tính giá trị trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD). Các thông số được trình bày dưới dạng trung bình

$\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm \text{SD}$). So sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

+ Sử dụng phương trình tuyến tính tìm mối liên quan giữa hai biến định lượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 96 người bệnh gút nguyên phát tại Bệnh viện Bạch Mai. Chúng tôi có các kết quả nghiên cứu sau:

3.1. Phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân gút nguyên phát theo thang điểm SCORE-VN

Bảng 1. Nguy cơ tim mạch và phân tầng nguy cơ theo SCORE-VN (n=96)

Chỉ tiêu		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ tim mạch trong 10 năm (%)		9,26 $\pm$ 5,56	
Phân tầng nguy cơ theo thang điểm SCORE-VN	Thấp – Trung bình	16	16,7
	Cao	37	38,5
	Rất cao	43	44,8

Nhận xét: Điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình trong 10 năm theo thang điểm SCORE-VN chung cho cả nhóm nghiên cứu là 9,26 $\pm$ 5,56%. Trong đó nhóm

nguy cơ thấp – trung bình chiếm tỷ lệ 16,7%, nguy cơ cao là 38,5% và nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,8%.

3.2. Mối liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu trên

Bảng 2. Điểm nguy cơ tim mạch trung bình theo SCORE-VN và một số đặc điểm lâm sàng (n=96)

Chỉ tiêu		Số lượng (n)	Dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
Nhóm tuổi	40-49	39	5,15 ± 3,24	<0,01
	50-59	28	10,32 ± 4,87	
	60-69	29	13,97 ± 5,87	
Thời gian mắc bệnh gút	< 5 năm	50	6,84 ± 4,39	<0,01
	≥ 5 năm	46	12,33 ± 5,93	
Thể bệnh	Gút cấp	50	6,77 ± 4,22	<0,01
	Gút mạn	46	11,98 ± 5,61	

Nhận xét: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm có thời gian mắc bệnh gút ≥ 5 năm cao hơn nhóm < 5 năm, nhóm gút mạn cao hơn nhóm gút cấp với p < 0,01.

Bảng 3: Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thể bệnh của gút

Phân tầng nguy cơ Thể bệnh	Nguy cơ cao – rất cao	Nguy cơ trung bình – thấp	Tổng (n = 96)	P	OR (CI 95%)
Gút mạn	44 (95,7%)	2 (4,3%)	46(100%)	0,001	7,98 (1,76 - 38,38)
Gút cấp	37(74%)	13(26%)	50 (100%)		
Tổng	81 (84,4%)	15 (15,6%)	96 (100%)		

Nhận xét: Bệnh nhân gút mạn có tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao-rất cao theo SCORE_VN cao hơn bệnh nhân gút cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001, OR là 7,98 và 95%CI (1,76 – 38,38).

Bảng 4: Phân tầng nguy cơ tim mạch theo thời gian mắc bệnh gút

Phân tầng nguy cơ Thời gian mắc bệnh	Nguy cơ cao – rất cao	Nguy cơ trung bình – thấp	Tổng	p	OR (CI 95%)
≥ 5 năm	44 (97,7%)	1 (2,3%)	45 (100%)	<0,001	15,87 (2,77-133,35)
<5 năm	37 (72,5%)	14 (27,5%)	51 (100%)		
Tổng	81 (84,4%)	15 (15,6%)	96 (100%)		

Nhận xét: Bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh gút ≥ 5 năm có tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao-rất cao theo SCORE_VN cao hơn bệnh nhân mắc bệnh gút <5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001, OR là 15,87 và 95%CI (2,77-133,35).

Bảng 5. Mối tương quan giữa nguy cơ tim mạch và nồng độ acid uric máu

Chỉ tiêu		Số lượng (n)	Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
Acid uric máu	Tăng	77	9,30 ± 5,72	0,576
	Không tăng	19	8,50 ± 6,15	

Nhận xét: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của bệnh nhân có nồng độ acid uric tăng cao hơn nhóm không tăng nồng độ acid uric máu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Mối tương quan giữa nguy cơ tim mạch và nồng độ CRP-hs máu

Chỉ tiêu		Số lượng (n)	Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình (%)	P
CRP-hs máu	Tăng	81	11.42 ± 5,45	<0,05
	Không tăng	15	9.49 ± 4,56	

Nhận xét: Bệnh nhân gút có nồng độ CRP tăng có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân có CRP không tăng với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân tầng nguy cơ tim mạch ở người bệnh gút nguyên phát theo thang điểm SCORE-VN

Theo bảng 1, điểm dự đoán nguy cơ tim mạch trung bình trong 10 năm theo thang điểm SCORE-VN của nhóm nghiên cứu là $9,26 \pm 5,56$ (%) và nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất là 44,8%. Theo Bùi Thị Thu Hương (2023) đánh giá thang điểm SCORE2 trên 226 bệnh nhân có bề ngoài khỏe mạnh khám sức khỏe định kỳ, có 17,4% bệnh nhân nam ở độ tuổi 50-69 có nguy cơ tim mạch rất cao[4]. Nghiên cứu của Sazzli Shahlan Kasim (2023) đánh giá nguy cơ tim mạch trên dân số Châu Á cho kết quả điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình với nam giới là $8,4 \pm 5,89$ (%). Tỷ lệ nguy cơ tim mạch rất cao ở nam giới là (33,4%) [5]. Như vậy, kết quả điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình trên người bệnh gút nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của

chúng tôi là bệnh nhân mắc bệnh gút, thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm đặc biệt là các yếu tố tác động trực tiếp đến điểm SCORE_VN như nam giới, tuổi, hút thuốc, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu do vậy điểm dự báo nguy cơ sẽ cao hơn còn nghiên cứu của Sazzli Shahlan Kasim và Bùi Thị Thu Hương.

4.2. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm lâm sàng của bệnh gút

Tuổi và nguy cơ tim mạch: tuổi là một yếu tố nguy cơ tim mạch không thể thay đổi được. Tuổi càng cao nguy cơ tim mạch càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình nguy cơ tim mạch tăng theo tuổi. Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm tuổi 40-49 tuổi là $5,15 \pm 3,24$ %, nhóm 50-59 tuổi là $10,32 \pm 4,87$ % và nhóm 60-69 tuổi là $13,97 \pm 5,87$ % (bảng 2). Sự khác biệt giữa 3 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2018) trên 216 bệnh nhân gút, điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình theo Framingham tăng theo tuổi, cụ thể là ở nhóm tuổi 40-49 là $13,58 \pm 8,73$ %, nhóm 50-59 tuổi là $19,11 \pm 6,54$ % và 60-69 tuổi là $20,59 \pm 7,23$ % [6]. Nghiên cứu Framingham đã

khẳng định rằng tuổi cao là yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh tim mạch, cụ thể là nam giới được xác định là có nguy cơ khi > 45 tuổi, còn nữ giới là > 55 tuổi.

Thể bệnh và nguy cơ tim mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm bệnh nhân có gút mạn tính cao hơn nhóm bệnh nhân gút cấp tính ($11,98 \pm 5,61\%$ so với $6,77 \pm 4,22\%$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao ở bệnh nhân gút mạn cao hơn so với bệnh nhân gút cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3). Trong nghiên cứu của tác giả Jasvinder (2020) kết luận các bệnh lý đi kèm trong bệnh gút rất phổ biến, làm tăng thêm tình trạng bệnh tật và khiến việc quản lý trở nên khó khăn như: tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch, bệnh lý thận, rối loạn chuyển hóa, đái tháo đường.

Thời gian mắc bệnh và nguy cơ tim mạch: Điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm có thời gian mắc bệnh gút ≥ 5 năm ($12,33 \pm 5,93\%$) cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm ($6,84 \pm 4,39\%$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$; Theo bảng 4, bệnh nhân gút có thời gian mắc bệnh gút ≥ 5 năm có tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao-rất cao theo SCORE_VN cao hơn bệnh nhân mắc bệnh gút có thời gian mắc bệnh < 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, OR là 15,87 và 95%CI (2,77-133,35). Theo nghiên cứu của Trần Thị Hằng (2018) cho thấy điểm dự báo nguy cơ tim mạch theo Framingham ở nhóm có thời gian mắc bệnh gút ≥ 5 năm cao hơn nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm [6]. Như kết quả của các nghiên cứu trên có kết luận có mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và thời gian mắc bệnh gút.

4.3. Mối tương quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-VN với một số đặc điểm cận lâm sàng của nhóm người bệnh nghiên cứu trên

Mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nguy cơ tim mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình của bệnh nhân có nồng độ acid uric tăng cao hơn nhóm không tăng nồng độ acid uric máu, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 5). Theo nghiên cứu của Trần Thị Hằng và cộng sự (2018) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm dự báo nguy cơ mắc bệnh mạch vành theo Framingham với nồng độ acid uric máu [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Thủy, nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút khi có chỉ số acid uric $\geq 420 \mu\text{mol/l}$ cao gấp 1,41 lần so với nhóm bệnh nhân có chỉ số acid uric < $420 \mu\text{mol/l}$ với CI (0,79 – 2,52) [7]. Nghiên cứu của tác giả Niskasen (2004) nhận thấy rằng nồng độ acid uric tăng cao là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho tình trạng tử vong do tim mạch và có thể sử dụng chỉ số acid uric như một yếu tố để tiên lượng nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch. Ngược lại, theo nghiên cứu the Framingham Heart Study thực hiện trên 117376 bệnh nhân lại không nhận thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nguy cơ tim mạch [8]. Như vậy, trong các nghiên cứu kết quả thể hiện mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và nguy cơ tim mạch còn có sự khác biệt.

Nồng độ CRP-hs máu và nguy cơ tim mạch: Bệnh gút là bệnh lý khớp viêm có đáp ứng viêm hệ thống, các dấu ấn viêm thường tăng cao trong cơn gút cấp và tăng thường xuyên ở các bệnh nhân gút mạn. Hiện nay, mối liên hệ giữa tình trạng viêm và bệnh lý

tim mạch dường như đã được xác lập vững chắc. Theo kết quả của bảng 6, thấy mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE_VN với nồng độ CRP-hs với $p < 0,5$. Tại Việt Nam, theo tác giả Nguyễn Thị Phương Thủy (2015) [7] thấy rằng ở nhóm bệnh nhân gút có chỉ số CRP tăng có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao gấp 1,6 lần bệnh nhân gút mà chỉ số CRP không tăng. Trong một nghiên cứu tại Ấn Độ, nồng độ CRP-hs đã được định lượng ở 774 đối tượng mắc bệnh mạch vành và 1544 đối tượng khỏe mạnh, sau theo dõi 4 năm thấy những bệnh nhân có nồng độ CRP-hs $> 3,58\text{mg/L}$ có nguy cơ mắc bệnh lý động mạch vành cao gấp 4 lần so với những bệnh nhân CRP-hs $< 0,7\text{mg/L}$.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 96 người bệnh gút tại Trung tâm cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Bệnh nhân gút có điểm dự báo nguy cơ tim mạch cao. Có mối liên quan giữa điểm dự đoán nguy cơ tim mạch theo SCORE-VN với tuổi, thời gian mắc bệnh gút, gút mạn tính, nồng độ CRP huyết thanh. Vì vậy, cần dự báo nguy cơ tim mạch của người bệnh gút nguyên phát để đánh giá nguy cơ tim mạch và dự phòng các biến cố tim mạch cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clarson LE, Chandratre P, Hider SL, et al.** Increased cardiovascular mortality associated with gout: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2015; 22(3): 335-343. doi:10.1177/2047487313514895
2. **Rho YH, Lu N, Peloquin CE, et al.** Independent impact of gout on the risk of diabetes mellitus among women and men: a population-based, BMI-matched cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(1):91-95. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205827
3. **Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N, et al.** 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol* Hoboken NJ. 2015;67(10):2557-2568. doi:10.1002/art.39254
4. **Bùi Thị Thu Hương, Nguyễn Ngọc Quang, Hồ Thị Kim Thanh.** Nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE-2 ở người khỏe mạnh khám sức khỏe định kỳ. 2023.
5. **Kasim SS, Ibrahim N, Malek S, et al.** Validation of the general Framingham Risk Score (FRS), SCORE2, revised PCE and WHO CVD risk scores in an Asian population. *Lancet Reg Health West Pac.* 2023;35:100742. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100742
6. **Trần Thị Hằng, Lê Đình Tuấn, Lê Trọng Chuyên, Nguyễn Thị Phi Nga, Vũ Thanh Bình.** Dự báo nguy cơ mắc bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân gút tại Bệnh viện Quân Y 103. *Tạp chí Y học Việt Nam* tập 472. 2018.
7. **Nguyễn Thị Phương Thủy, Hồ Thị Ngân Hà.** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân gút điều trị tại khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai năm 2014. 2015
8. **Niskanen LK, Laaksonen DE, Nyyssönen K, et al.** Uric acid level as a risk factor for cardiovascular and all-cause mortality in middle-aged men: a prospective cohort study. *Arch Intern Med.* 2004;164(14):1546-1551. doi:10.1001/archinte.164.14.1546
9. **Culleton BF, Larson MG, Kannel WB, Levy D.** Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med.* 1999;131(1): 7-13. doi:10.7326/0003-4819-131-1-199907060-00003

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOSTEROID TẠI KHỚP TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DO GÚT CẤP

Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Vĩnh Ngọc¹, Phùng Đức Tâm¹,
Nguyễn Thị Trà¹, Nguyễn Ngọc Bích², Đặng Chí Hiếu³,
Ngô Thị Thục Nhân⁴, Lại Văn Trung⁵

TÓM TẮT

Tổng quan: Gút là một trong số những bệnh khớp viêm thường gặp nhất. Điều trị cơn gút cấp chủ yếu là thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), colchicin hoặc corticoid đường toàn thân. Tiêm corticosteroid nội khớp được đề xuất như là một lựa chọn thay thế để điều trị cho bệnh nhân bị bệnh gút cấp tính một khớp hoặc một số ít khớp (≤ 4 khớp), hoặc có những bệnh đi kèm chống chỉ định với các liệu pháp đã được sử dụng khác như NSAIDs hoặc colchicine. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá hiệu quả điều trị tiêm corticosteroid nội khớp do gút cấp. **Mục tiêu:** 1. Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp trong điều trị viêm khớp do gút cấp. 2. Nhận xét tính an toàn của liệu pháp này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu. Các bệnh nhân gút cấp biểu hiện viêm tại khớp với

tổng số khớp đau ≤ 4 tại khoa khám bệnh và trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân được tiến hành tiêm nội khớp bằng Methylprednisolon acetat (Depo- medrol) dưới hướng dẫn siêu âm tại khớp viêm. Các thông số được thu thập qua biên bản kết quả. **Kết quả:** 43 bệnh nhân, bao gồm 20 khớp cổ chân và 23 khớp gối bị viêm đã được đưa vào nghiên cứu. Có sự cải thiện đáng kể về mức độ giảm đau, góc vận động và thang điểm vận động khớp sau khi tiêm corticosteroid (thang điểm FAOS và LEFS), thời gian cải thiện các triệu chứng được đánh giá tốt trong 48h sau tiêm. Tỷ lệ cải thiện các triệu chứng viêm khớp do gút sau 4 tuần là 97,7%, sau 8 tuần là 90,7% và tác dụng này duy trì đến 12 tuần sau tiêm. Thời gian giảm đau sau tiêm trung bình là 15,8 giờ. Tỷ lệ tái phát viêm khớp được tiêm Depo- medrol sau 4 tuần là 9,3%. Tác dụng không mong muốn được báo cáo bao gồm nóng bừng mặt (7%), đau tăng sau tiêm (4,7%) **Kết luận:** Liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp có tác dụng chống viêm giảm đau 90,7% bệnh nhân viêm khớp do gút cấp sau 3 tháng điều trị. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn của liệu pháp là 11,7%, trong đó 9,3% bệnh nhân gặp 2 tác dụng phụ.

Từ khóa: Gút cấp. Viêm khớp gối. Viêm khớp cổ chân. Tiêm corticosteroid nội khớp.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện E

⁴Đại học Điều dưỡng Nam Định

⁵Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc
SĐT: 0912210299

Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 20.01.2025

SUMMARY

**EVALUATION OF THE CLINICAL
EFFECTIVENESS OF
CORTICOSTEROID INJECTION IN
THE TREATMENT OF ACUTE GOUTY
ARTHRITIS IN THE LOWER
EXTREMITY**

Overview: Gout is one of the most common inflammatory joint diseases. Treatment of acute gout attacks is mainly non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), colchicine or systemic corticosteroids. Intra-articular corticosteroids injection are proposed as an alternative treatment option for patients with acute gout in one joint or a few joints (≤ 4 joints), or with comorbidities that contraindicate other therapies such as NSAIDs or colchicine. There has been no study in Vietnam evaluating the effectiveness of intra-articular corticosteroid injection for acute gout. **Objectives:** 1. To evaluate the results of intra-articular corticosteroid injection therapy in the treatment of acute gouty arthritis. 2. Comment on the safety of this therapy. **Subjects and methods:** Cross-sectional, prospective study. Patients with acute gout manifesting in the extremity limb joints with a total number of painful joints ≤ 4 at the Outpatient Department and the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital were included in the study. Patients underwent intra-articular injection of methylprednisolone acetate (Depo-Medrol) under ultrasound guidance in the inflamed joint. **Results:** 43 patients, including 20 ankle joints and 23 knee joints inflamed, were included in the study. There was a significant improvement in pain relief, angle of motion, and joint mobility FAOS and LEFS scores after corticosteroid injection. The duration of symptom improvement was assessed as good within 36 hours after injection. 97.7% of patients maintained the post-injection effect at 4 weeks,

90.7% after 8 weeks. The overall success rate of intra-articular corticosteroid injection in the treatment of acute gouty arthritis was 97.67% for both the knee and ankle joints. The mean duration of pain relief after injection was 15.8 hours. No serious side effects were noted. 9.3% of patients had a recurrence of acute gout at the injection site. All cases of acute gout recurrence occurred at least 4 weeks after injection. **Conclusion:** Intra-articular corticosteroid injection initially showed a 90,7% of good results in the treatment of acute gouty arthritis of the lower limbs at 3 months after injection. The rate of adverse effects of therapy is 11.7%, of which 9.3% of patients experienced 2 side effects.

Keywords: Acute gout. Knee arthritis. Ankle Arthritis. Intra-articular corticosteroid injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là một trong số những bệnh khớp viêm thường gặp nhất, chiếm 8% tổng số các bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai và đứng hàng thứ 4 trong 15 bệnh khớp nội trú thường gặp nhất¹. Chi phí điều trị bệnh gút đã tăng từ khoảng 3165 - 5515 đô la Mỹ mỗi năm (năm 2004 và 2005) lên 10222 - 21467 đô la Mỹ (năm 2008) khi bệnh nhân thường xuyên bị đợt cấp và xuất hiện các triệu chứng của gút mạn tính². Theo Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu mới nhất năm 2017 (Nghiên cứu GBD 2017), số năm sống bị ảnh hưởng bởi tình trạng khuyết tật (DALYs) của bệnh gút đã tăng thêm 30,9% từ năm 2007 đến năm 2017³.

Điều trị cơn gút cấp chủ yếu là thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), colchicin hoặc corticoid đường toàn thân. Corticosteroid tiêm nội khớp được đề xuất như là một lựa chọn thay thế để điều trị cho

bệnh nhân bị bệnh gút cấp tính một khớp hoặc một số ít khớp (≤ 4 khớp), hoặc có những bệnh đi kèm chống chỉ định với các liệu pháp đã được sử dụng khác như NSAID hoặc colchicine. Trên thế giới, các nghiên cứu của Fernández năm 1999⁴, Hamburger et al năm 2011, Khanna và cộng sự 2012⁵ đều thừa nhận vai trò của tiêm corticosteroid trong điều trị viêm khớp do gút cấp. Tuy nhiên, các nghiên cứu này bị giới hạn tại khớp gối với số lượng bệnh nhân nghiên cứu hạn chế. Chưa có nghiên cứu nào chứng minh hiệu quả lâu dài của tiêm Corticoid điều trị viêm khớp do gút cấp. Ở Việt Nam, chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của tiêm corticosteroid nội khớp trong điều trị viêm khớp do gút cấp. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm khớp do gút cấp”** nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp trong điều trị viêm khớp do gút cấp.*
2. *Nhận xét tính an toàn của liệu pháp này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Tiêu chuẩn lựa chọn: 43 bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, trong đó có 23 bệnh nhân có viêm khớp gối và 20 bệnh nhân có viêm khớp cổ chân, được khám ngoại trú tại trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính (viêm khớp nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn phần mềm tại vị trí tiêm, tăng huyết áp, tăng đường huyết chưa kiểm soát...), ác tính; Bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi; Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 08 đến tháng 12 năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp theo dõi dọc trên 43 bệnh nhân gút (20 bệnh nhân có viêm khớp cổ chân và 23 bệnh nhân có viêm khớp gối. Liều methyl prednisolone (Depo – Medrol) tiêm khớp gối là 40mg và khớp cổ chân là 15mg. Tất cả các bệnh nhân được sử dụng cùng phác đồ theo đúng khuyến cáo bao gồm colchicin và febuxostate khi có chỉ định. Các chỉ số đánh giá bao gồm VAS, FAOS (Foot and Ankles Outcome Score), LEFS (Lower extremity Functional Scale) và các tác dụng không mong muốn vào các thời điểm: trước nghiên cứu (T0), ngày 1, 2, 3 sau tiêm (N1, N2, N3), 1 tuần sau khi tiêm (T1), 4 tuần sau khi tiêm (T4), 8 tuần sau khi tiêm (T8), 12 tuần sau khi nghiên cứu (T12). Các bệnh nhân được phỏng vấn qua điện thoại. Mức độ đau được coi là cải thiện khi chỉ số VAS giảm $> 30\%$, điểm FAOS và LEFS tăng trên 30%.

Xử lý số liệu: phân tích bằng SPSS 24.0; mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm với biến định tính, dạng trung bình $\pm$ SD với biến định lượng; các kiểm định Mann-Whitney U và phân tích phương sai Kruskal - Wallis (ANOVA) được sử dụng như kiểm định tham số không chuẩn thích hợp và một giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=43)

Đặc điểm		Tỷ lệ % (n)
Tuổi	< 40	34,9% (15)
	40- 69	44,2% (19)
	>70	20,9% (9)
	($\bar{X} \pm SD$)	46,28 $\pm$ 13,28
Giới	Nam	95,3% (41)
	Nữ	4,7% (2)
Cân nặng (kg)		66,9 $\pm$ 9,5
BMI, kg/m ²		23,9 $\pm$ 3,0
Nghề nghiệp	Lao động tay chân	37,2% (16)
	Lao động trí óc	62,8% (27)
Thời gian mắc bệnh trung bình (tháng) ($\bar{X} \pm SD$)		43,16 $\pm$ 42,4

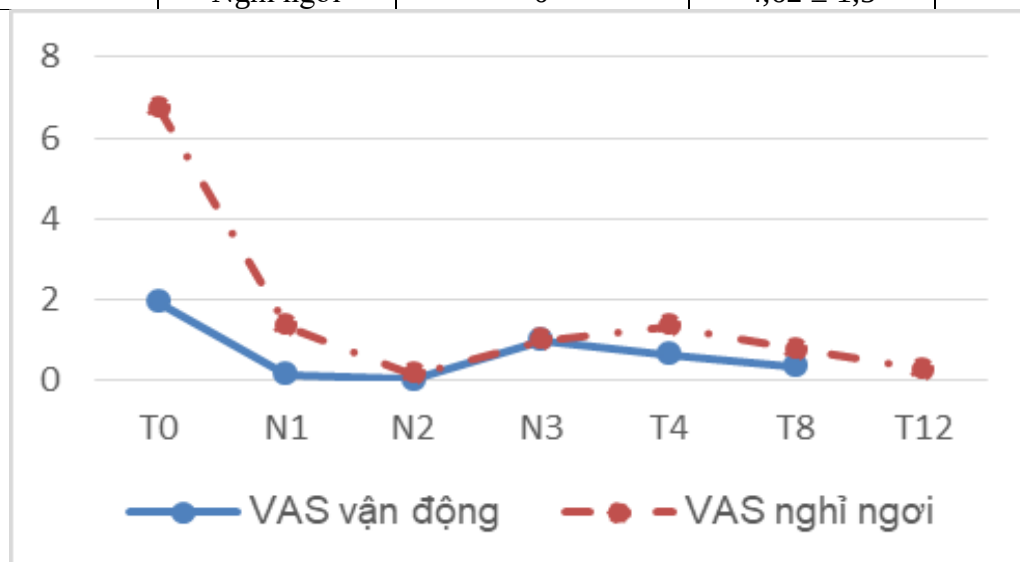
Nhận xét: Tỷ lệ nam giới bị gút là 95, 3%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 43 tháng.

3.2. Kết quả của liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp trong điều trị viêm khớp do gút cấp

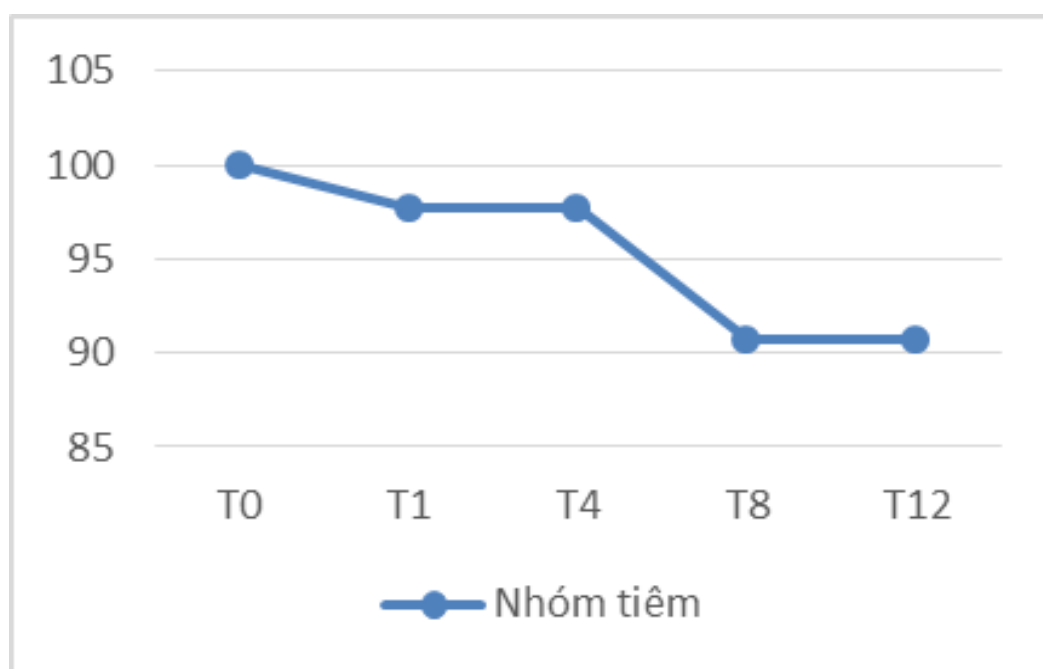
3.2.1. Cải thiện triệu chứng đau khớp theo thang điểm VAS

Bảng 3.2: Mức độ cải thiện đau theo thang điểm VAS

		VAS trung bình	VAS giảm đi	P value
Trước tiêm	Vận động	6,56 $\pm$ 1.05		
	Nghỉ ngơi	4,81 $\pm$ 1.14		
Sau tiêm	Vận động	0	6,37 $\pm$ 1,68	0.00
	Nghỉ ngơi	0	4,62 $\pm$ 1,5	



Biểu đồ 1: Kết quả điều trị theo thang điểm VAS khi vận động và khi nghỉ ngơi



Biểu đồ 2. Tỷ lệ cải thiện 30% điểm VAS so với T0

Nhận xét: Điểm VAS đau khớp khi vận động và khi nghỉ ngơi đều giảm có ý nghĩa ngay trong ngày đầu tiên sau khi tiêm corticosteroid nội khớp và kéo dài đến tuần thứ 12 sau điều trị ($p < 0,05$). Chúng tôi nhận thấy viêm khớp cổ chân có thời gian giảm đau trung bình nhanh hơn khớp gối (11,2 giờ so với 19,74 giờ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$). Sau tiêm corticosteroid

nội khớp, tỷ lệ cải thiện 30% điểm VAS đạt 100% ngay trong tuần đầu tiên và giảm dần còn 97,7% tại thời điểm T1, tác dụng duy trì kéo dài đến T4 và sau đó giảm còn 90,7% tại T8 và T12 ($p > 0,05$). Thời gian cải thiện VAS sớm nhất là 3 giờ sau tiêm.

3.2.2. Cải thiện chức năng vận động khớp

Bảng 3.3: Mức độ cải thiện góc vận động khớp

		Góc vận động trước tiêm (độ)	Góc vận động sau tiêm (độ)	Góc vận động tăng lên	% biên độ vận động cải thiện	P
Gối	Gấp	$53,48 \pm 28,7$	$124,13 \pm 11,38$	$70,65 \pm 25,42$	132%	0.00
	Duỗi	$-5,65 \pm 5,9$	$-0,22 \pm 1,04$	$5,43 \pm 5,82$	104%	0.00
Cổ chân	Gấp	$8,05 \pm 3,91$	$18,85 \pm 2,32$	$10,08 \pm 3,1$	125,2%	0.00
	Duỗi	$21,6 \pm 11,57$	$46,85 \pm 4,59$	$25,25 \pm 9,9$	116,9%	0.00

Nhận xét: So với thời điểm trước nghiên cứu, cả biên độ vận động gấp và duỗi khớp cổ chân và khớp gối đều tăng lên. Biên độ vận động gấp khớp gối tăng từ $53,48 \pm 28,7$ lên $124,13 \pm 11,38$, tăng gần 2,5 lần so với trước tiêm. Biên độ vận động duỗi khớp cổ chân cũng tăng lên 2,2 lần (từ $21,6 \pm 11,57$ lên $46,85 \pm 4,59$).

Bảng 3.4: Giá trị FAOS và LEFS trung bình trước và sau khi tiêm corticosteroid nội khớp tại thời điểm T12

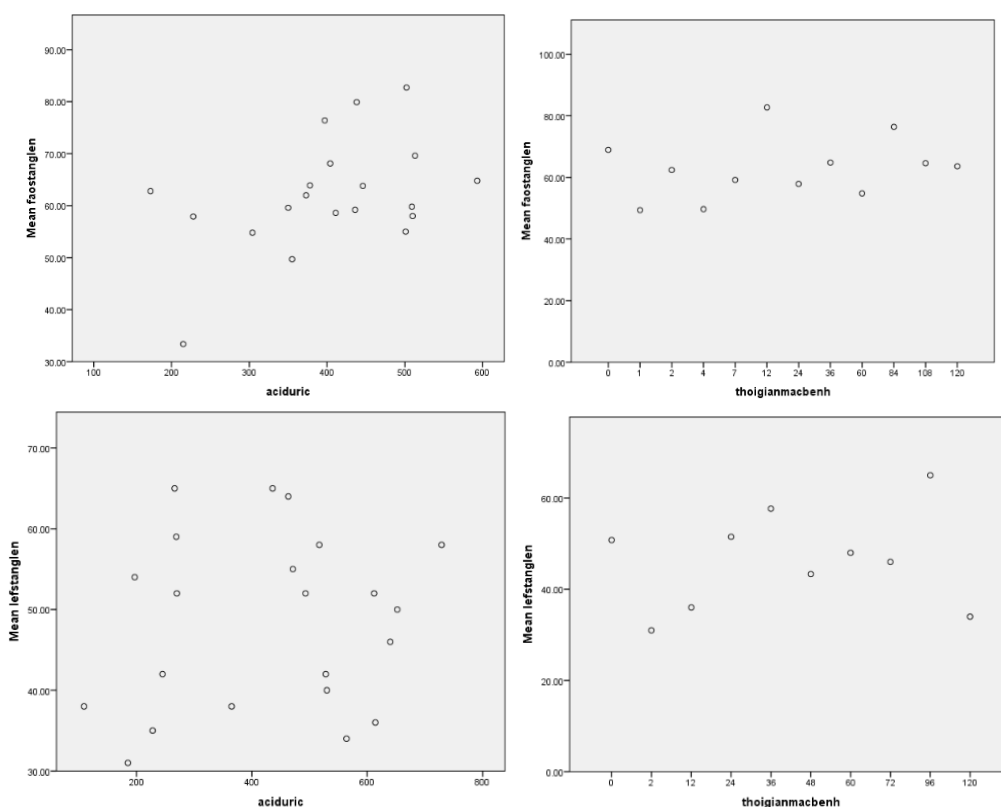
Thang điểm		Trung bình (X±SD)	Tăng lên sau can thiệp (X±SD)	Tỷ lệ % điểm cải thiện (%)	P value
FAOS	Trước tiêm	29,87 ± 9,33			
	Sau tiêm	91,87 ± 10,81	62 ± 10,75	62	0,00
LEFS	Trước tiêm	25,39 ± 12,36			
	Sau tiêm	73,65 ± 6,72	48,17 ± 10,86	60,2	0,00

* Giá trị P được xác định bằng Wilcoxon signed rank test để so sánh FAOS và LEFS sau tiêm với điểm ban đầu, với ý nghĩa thống kê xác định ở mức 5%.

Nhận xét: Sau 4 tuần tiêm Corticosteroid nội khớp, có sự cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê trong thang điểm FAOS và LEFS ở tất cả các bệnh nhân. Điểm FAOS cải thiện

62% và điểm LEFS cải thiện 60,2% so với mức chưa can thiệp. Kết quả sau can thiệp được chúng tôi đánh giá tại thời điểm 12 tuần sau tiêm.

3.2.3. Mối tương quan giữa sự thay đổi điểm FAOS và LEFS với chỉ số khối cơ thể (BMI) và tuổi

**Biểu đồ 3: Sự thay đổi của FAOS và LEFS sau can thiệp theo so với nồng độ acid uric và thời gian mắc bệnh**

Nhận xét: Chưa phát hiện mối tương quan giữa sự thay đổi điểm FAOS và LEFS với nồng độ acid uric và thời gian mắc bệnh.

3.3. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Tỷ lệ % (n)
Nóng bừng mặt	7% (3)
Đau sau tiêm	4,7% (2)
Tái phát sau tiêm	9,3% (4)
Tác dụng phụ khác	0
Tỷ lệ bệnh nhân gặp ≥ 2 tác dụng phụ	9,3% (4)

Nhận xét: Việc điều trị được dung nạp tốt, trong thời gian 3 tháng theo dõi không có bệnh nhân nào bị tác dụng phụ nghiêm trọng sau tiêm. Chưa phát hiện mối liên quan về một yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng nào với việc tái phát cơn gút cấp sau tiêm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ gút cấp tính tập trung ở đối tượng <60 tuổi. Tỷ lệ gút trên bệnh nhân nữ là 4,7%, thấp hơn các nghiên cứu trên thế giới (khoảng 15%)⁶. BMI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $23,9 \pm 3,0$, nằm trong ngưỡng bình thường. Vị trí khớp bị đau do gút cấp ở bên trái và bên phải là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân được chẩn đoán gút cấp đến thời điểm khám là $43,16 \pm 42,4$ tháng. Các đặc điểm này tương tự với nghiên cứu của Liang 2021⁶.

Trước điều trị, các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm VAS ở mức độ đau từ vừa đến nặng (VAS khi vận động là $6,56 \pm 1,05$ và VAS khi nghỉ ngơi là $4,81 \pm 1,14$). Sau khi tiêm corticosteroid nội khớp, 53,5 % bệnh nhân có mức độ đau được cải thiện rõ rệt ngay trong ngày đầu tiên (VAS giảm về 0 điểm), 95,35% cải thiện trong ngày thứ 2 và 100% bệnh nhân cải thiện sau 3 ngày. Kết quả giảm đau này tiếp tục kéo dài đến tuần thứ 8 và tuần thứ 12 sau tiêm. Liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp có tác dụng chống

viêm giảm đau 90,7% bệnh nhân viêm khớp do gút cấp sau 3 tháng điều trị. Kết quả này tương đồng với kết quả của Fernandez 1999⁴.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện đáng kể có ý nghĩa thống kê về điểm FAOS và VAS cũng như góc vận động sau tiêm. Điểm FAOS trung bình trước can thiệp là $29,87 \pm 9,33$ và sau can thiệp là $91,87 \pm 10,81$. Tác dụng sau tiêm corticosteroid cũng được thể hiện trên thang điểm LEFS (sau can thiệp là $73,65 \pm 6,72$ so với trước can thiệp là $25,39 \pm 12,36$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00$). Chúng tôi cũng ghi nhận sự cải thiện sớm trong giai đoạn sau tiêm, cụ thể là tuần thứ 4 và tháng thứ 2.

Các biến độc lập liên quan đến sự thay đổi điểm VAS, FAOS và LEFS sau tiêm bao gồm tuổi, cân nặng, vị trí khớp đau, bên khớp bị ảnh hưởng, nồng độ acid uric, thời gian mắc bệnh. Các kết quả cho thấy không có bất kỳ mối liên hệ có ý nghĩa thống kê nào giữa các biến độc lập và sự cải thiện trong điểm FAOS và LEFS. Kết quả cho thấy bệnh nhân có mức độ cải thiện có ý nghĩa thống kê trong điểm chất lượng cuộc sống liên quan đến khớp gối và bàn chân. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ward 2008⁷ và John Grice 2017⁸.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận bệnh nhân nào chịu tác dụng phụ nghiêm trọng sau can thiệp. Các tác dụng phụ được báo cáo bao gồm nóng bừng mặt

sau tiêm (xảy ra ở 7% bệnh nhân) và đau sau tiêm (4,7% bệnh nhân), tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của Cole 2005⁹ và Naredo 2015¹⁰. Các tác dụng phụ khác như: chóng mặt, buồn nôn, tức ngực, bụng phát cơn gút cấp sau tiêm, nhiễm trùng tại vị trí tiêm, đứt gân, mất sắc tố da tại vị trí tiêm... chưa được ghi nhận. Điều này có thể do mẫu nghiên cứu còn nhỏ và thời gian nghiên cứu chưa đủ dài.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp (methylprednisolone acetat) có hiệu quả tốt trong việc điều trị viêm khớp do gút cấp, đặc biệt với các bệnh nhân thất bại hoặc có chống chỉ định với điều trị các thuốc giảm đau, chống viêm đường uống, các bệnh nhân bị gút cấp tính một khớp hoặc một số ít khớp (≤ 4 khớp). 91,7% thất bại với điều trị chống viêm giảm đau thông thường đáp ứng tốt với tiêm corticosteroid tại khớp. Tác dụng giảm đau, biên độ vận động khớp cải thiện rõ rệt ngay trong 48h sau tiêm (đạt được ở 97,7% bệnh nhân) và kéo dài đến tuần thứ 12 (đạt 90,7%) thể hiện thông qua thang điểm VAS, FAOS và LEFS. Điểm VAS sau tiêm giảm ở 100% bệnh nhân trong tuần đầu. Thời gian ghi nhận cải thiện điểm VAS sớm nhất là 3 giờ sau tiêm. Điểm FAOS và LEFS được đánh giá tại thời điểm 12 tuần sau tiêm tăng tương ứng 62% và 60,2%. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp là: nóng bừng mặt (7%), đau sau tiêm (4,7%), tái phát sau tiêm (9,3%) trong 12 tuần theo dõi. Có 9,3% bệnh nhân gặp 2 tác dụng phụ sau tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hiền NT.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000). 2001;10.
2. **Shields GE, Beard SMJP.** A systematic review of the economic and humanistic burden of gout. 2015;33:1029-47.
3. **Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al.** Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. 2018;392(10159):1859-922.
4. **Fernandez C, Noguera R, Gonzalez J, Pascual EJTJor.** Treatment of acute attacks of gout with a small dose of intraarticular triamcinolone acetonide. 1999;26(10):2285-6.
5. **Khanna D, Khanna PP, Fitzgerald JD, Singh MK, Bae S, Neogi T, et al.** 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis. 2012;64(10):1447-61.
6. **Liang J, Jiang Y, Huang Y, Huang Y, Liu F, Zhang Y, et al.** Comorbidities and factors influencing frequent gout attacks in patients with gout: a cross-sectional study. 2021;40:2873-80.
7. **Ward ST, Williams PL, Purkayastha SJTJof,** surgery a. Intra-articular corticosteroid injections in the foot and ankle: a prospective 1-year follow-up investigation. 2008;47(2):138-44.
8. **Grice J, Marsland D, Smith G, Calder JJF.** Efficacy of foot and ankle corticosteroid injections. 2017;38(1):8-13.
9. **Cole BJ, Schumacher Jr RHJJ-JotAAoOS.** Injectable corticosteroids in modern practice. 2005;13(1):37-46.
10. **Naredo E, Rull M.** Aspiration and injection of joints and periarticular tissue and intralesional therapy. Rheumatology: Elsevier; 2015. p. 542-53.