

TỶ LỆ HIỆN MẮC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH PHỔI MÔ KẾ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Khôi Nguyên^{1,2}, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ hiện mắc bệnh phổi mô kẽ (interstitial lung disease, ILD) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (Rheumatoid arthritis, RA) và các yếu tố nguy cơ liên quan, góp phần cung cấp dữ liệu dịch tễ và định hướng chiến lược tầm soát sớm tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, trên 126 bệnh nhân RA được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 trong khoảng thời gian từ tháng 09 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024. Nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu nhân khẩu học, lâm sàng và huyết thanh học của các bệnh nhân. Các bệnh nhân có triệu chứng hô hấp hoặc X-quang ngực bất thường được chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High-resolution computed tomography, HRCT) để xác định ILD. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng nhằm xác định các yếu tố nguy cơ độc lập. **Kết quả:** Trong 126 bệnh nhân RA (108 nữ, 18 nam; tuổi trung bình $54,8 \pm 11,2$) mới chẩn đoán, có 19 trường hợp (15,1%) được chẩn đoán ILD. Nhóm RA-ILD có tuổi cao hơn ($60,3 \pm 8,9$ so với $53,9 \pm 11,3$; $p = 0,016$), tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn ($26,3\%$ so với $7,5\%$; $p = 0,018$) và hoạt tính bệnh cao hơn (DAS28-CRP: $4,7 \pm 0,8$ so với $3,9 \pm 1,0$; $p < 0,001$). Tỷ lệ anti-CCP >3 lần giới hạn bình thường cao hơn ở nhóm ILD ($63,2\%$ so với $37,4\%$; $p = 0,038$). Trên HRCT, tổn thương viêm phổi kẽ thông thường (UIP) chiếm ưu thế ($63,2\%$), tiếp đến là viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP, $26,3\%$). Phân tích đa biến xác định hút thuốc lá (OR hiệu chỉnh = $3,98$; KTC 95%: $1,05-15,08$; $p = 0,042$) và hoạt tính bệnh cao (DAS28-CRP $\geq 3,2$; OR hiệu chỉnh = $4,45$; KTC 95%: $1,12-17,72$; $p = 0,034$) là các yếu tố nguy cơ độc lập của RA-ILD. **Kết luận:** Bệnh phổi mô kẽ là một biến chứng ngoài khớp quan trọng của viêm khớp dạng thấp, với tỷ lệ hiện mắc $15,1\%$ trong quần thể nghiên cứu. Tổn thương phổi liên quan chặt chẽ đến hút thuốc lá và hoạt tính bệnh cao, nhấn mạnh nhu cầu tầm soát sớm và quản lý đa chuyên khoa.

Từ khóa: Bệnh phổi mô kẽ, Viêm khớp dạng thấp, Bệnh phổi mô kẽ trong viêm khớp dạng thấp.

SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: ngoc.ct@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 11.11.2025

PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC

Objective: This study investigates the prevalence of interstitial lung disease (ILD) in patients with rheumatoid arthritis (RA) and identifies associated risk factors to provide epidemiological data and support early screening strategies in Vietnam. **Methods:** Between September 2023 and June 2024, we conducted a cross-sectional study at the Rheumatology Outpatient Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh City, involving 126 patients with RA diagnosed according to the 2010 ACR/EULAR criteria. Demographic, clinical, and serological data were collected. Patients with respiratory symptoms or abnormal chest X-ray underwent high-resolution computed tomography (HRCT) to confirm ILD. Multivariate logistic regression was applied to determine independent risk factors. **Results:** Among 126 RA patients (108 females, 18 males; mean age 54.8 ± 11.2 years), 19 (15.1%) were diagnosed with ILD. Patients with RA-ILD were older (60.3 ± 8.9 vs. 53.9 ± 11.3 years, $p = 0.016$), more frequently smokers (26.3% vs. 7.5% , $p = 0.018$), and had higher disease activity (DAS28-CRP: 4.7 ± 0.8 vs. 3.9 ± 1.0 , $p < 0.001$). Elevated anti-CCP titers $>3 \times$ ULN were more common in the ILD group (63.2% vs. 37.4% , $p = 0.038$). On HRCT, usual interstitial pneumonia (UIP) was the predominant pattern (63.2%), followed by nonspecific interstitial pneumonia (NSIP, 26.3%). Multivariate analysis identified smoking (adjusted OR = 3.98 , 95% CI: $1.05-15.08$, $p = 0.042$) and high disease activity (DAS28-CRP ≥ 3.2 ; adjusted OR = 4.45 , 95% CI: $1.12-17.72$, $p = 0.034$) as independent risk factors for ILD. **Conclusion:** Interstitial lung disease is a significant extra-articular complication of rheumatoid arthritis, with a prevalence of 15.1% in this Vietnamese cohort. Pulmonary involvement is strongly associated with smoking and high disease activity, underscoring the need for early detection and multidisciplinary management. **Keywords:** Interstitial lung disease, Rheumatoid arthritis, Rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (RA) là một bệnh tự miễn hệ thống mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng viêm màng hoạt dịch và tổn thương khớp tiến triển, thường kèm theo các biểu hiện ngoài khớp. Trong số đó, bệnh phổi mô kẽ (ILD) là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất, với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 4% đến 68% ở bệnh nhân RA và góp phần đáng kể vào tỷ lệ mắc bệnh cũng như tử vong.¹ Các nghiên cứu cho thấy RA-ILD làm tăng nguy cơ tử vong gần gấp ba lần so với bệnh nhân RA không có ILD,

nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

Cơ chế bệnh sinh của RA-ILD vẫn chưa được hiểu đầy đủ, tuy nhiên nhiều yếu tố nguy cơ đã được xác định. Tuổi cao, đặc biệt trên 65 tuổi, có liên quan chặt chẽ đến tăng tỷ lệ mắc ILD, với một số nghiên cứu ghi nhận nguy cơ tăng 64% cho mỗi thập kỷ tuổi. Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ có thể thay đổi quan trọng, không chỉ làm trầm trọng thêm tổn thương phổi mà còn thúc đẩy quá trình sinh kháng thể tự miễn như yếu tố dạng thấp (RF) và kháng thể kháng peptide citrullin hóa vòng (anti-CCP), vốn có liên quan đến sự phát triển ILD. Nồng độ huyết thanh của RF và anti-CCP cao đã được xác định như những dấu ấn sinh học cho RA-ILD, trong đó nồng độ kháng thể càng cao càng liên quan đến mức độ tổn thương phổi nặng hơn.²

Sự hiểu biết về yếu tố nguy cơ của ILD trong RA mới chẩn đoán hiện nay vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt ở các quần thể khác nhau. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố nguy cơ của ILD ở bệnh nhân RA mới chẩn đoán, tập trung vào các đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và huyết thanh học. Bằng cách làm sáng tỏ những mối liên quan này, kết quả nghiên cứu có thể cải thiện việc chẩn đoán sớm và xây dựng các chiến lược quản lý điều trị tối ưu và toàn diện cho RA-ILD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại phòng khám Nội cơ xương khớp – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 09/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp (RA) theo tiêu chuẩn phân loại của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp Châu Âu 2010 (ACR/EULAR 2010).³

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục.

Phương pháp thu thập số liệu

• Các bệnh nhân đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu,

được chẩn đoán RA bởi bác sĩ chuyên khoa, sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu.

• Thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, cân nặng, chiều cao) được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án điện tử.

• Khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng nhằm đánh giá các đặc điểm của RA: thời gian mắc bệnh (tính từ khi xuất hiện sưng khớp đầu tiên), số khớp đau và khớp sưng, triệu chứng gợi ý ILD (ho, khó thở, đau ngực), mức độ khó thở và hạn chế chức năng vận động.

• Xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm: tốc độ máu lắng (ESR), protein C phản ứng (CRP), yếu tố dạng thấp (RF) và kháng thể kháng peptide citrullin hóa vòng (anti-CCP) bằng phương pháp ELISA.

• Những bệnh nhân có triệu chứng hô hấp hoặc X-quang ngực bất thường được chỉ định chụp CT ngực độ phân giải cao (HRCT) để xác định ILD, đồng thời ghi nhận kiểu hình (UIP, NSIP, OP), mức độ và phân bố tổn thương.

Phân tích số liệu. Các biến số phân loại được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trong khi biến không phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh giữa nhóm bệnh nhân RA có ILD và không ILD được thực hiện bằng kiểm định Chi-square (hoặc Fisher's exact test khi thích hợp) đối với biến phân loại, và kiểm định t độc lập đối với biến liên tục. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với ILD. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận 126 trường hợp viêm khớp dạng thấp mới chẩn đoán đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu, được thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Tổng số (N=126)	RA-ILD+ (n=19)	RA-ILD- (n=107)	p
Đặc điểm lâm sàng				
Tuổi (năm)*	54,8 $\pm$ 11,2	60,3 $\pm$ 8,9	53,9 $\pm$ 11,3	0,016 ^{β}
Tuổi ≥ 50 , n (%)	78 (61,9%)	16 (84,2%)	62 (57,9%)	0,023 ^{α}
Nữ giới, n (%)	108 (85,7%)	17 (89,5%)	91 (85,0%)	0,735 ^{α}
Thời gian bệnh (tháng)*	7,2 $\pm$ 2,8	7,8 $\pm$ 2,5	7,1 $\pm$ 2,9	0,312 ^{β}
Hút thuốc lá, n (%)	13 (10,3%)	5 (26,3%)	8 (7,5%)	0,018 ^{α}
Hoạt tính bệnh				

DAS28-CRP*	4,1 ± 1,0	4,7 ± 0,8	3,9 ± 1,0	<0,001 ^β
DAS28-CRP ≥3,2, n (%)	85 (67,5%)	17 (89,5%)	68 (63,6%)	0,021 ^α
Dấu ấn huyết thanh học				
RF dương tính, n (%)	92 (73,0%)	16 (84,2%)	76 (71,0%)	0,268 ^α
Anti-CCP dương tính, n (%)	86 (68,3%)	15 (78,9%)	71 (66,4%)	0,307 ^α
Anti-CCP >3×ULN, n (%)	52 (41,3%)	12 (63,2%)	40 (37,4%)	0,038 ^α

* Trung bình ± độ lệch chuẩn; α: phép kiểm chi bình phương, β: phép kiểm T test

Nghiên cứu ghi nhận nữ giới chiếm đa số (85,7%) với tuổi trung bình 54,8 ± 11,2. Trong quần thể nghiên cứu, có 19 bệnh nhân (15,1%) được chẩn đoán bệnh phổi mô kẽ (RA-ILD). Nhóm RA-ILD có tuổi trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm không ILD (60,3 ± 8,9 so với 53,9 ± 11,3 tuổi, p = 0,016). Tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn trong nhóm RA-ILD (26,3% so với 7,5%, p = 0,018). Hoạt tính bệnh, được đo bằng DAS28-CRP, cũng cao hơn ở nhóm RA-ILD (4,7 ± 0,8 so với 3,9 ± 1,0, p < 0,001). Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ kháng thể anti-CCP >3 lần giới hạn trên bình thường cao hơn ở nhóm RA-ILD (63,2% so với 37,4%, p = 0,038).

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh CT ngực độ phân giải cao ở bệnh nhân RA mới chẩn đoán có ILD (n=19)

	n (%)
Kiểu hình X-quang	
Viêm phổi kẽ thông thường (UIP)	12 (63,2%)
Viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP)	5 (26,3%)
Không phân loại được	2 (10,5%)
Đặc điểm HRCT	
Dấu hiệu xơ hóa*	10 (52,6%)
Tổn thương kính mờ	14 (73,7%)
Giãn phế quản	3 (15,8%)
Mức độ tổn thương	
<10%	12 (63,2%)
10–30%	5 (26,3%)
>30%	2 (10,5%)

*Dấu hiệu xơ hóa: lưới, giãn phế quản co kéo và/hoặc hình tổ ong.

Kết quả HRCT ở bệnh nhân RA-ILD được tóm tắt trong Bảng 2. Kiểu hình X-quang thường gặp nhất là viêm phổi kẽ thông thường (UIP) (63,2%), tiếp theo là viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP) (26,3%). Đặc điểm xơ hóa được ghi nhận trong 52,6% trường hợp và hình ảnh mờ kính chiếm ưu thế (73,7%). Đa số bệnh nhân có mức độ tổn thương phổi giới hạn (<10%) (63,2%), trong khi tổn thương lan tỏa (>30%) hiếm gặp (10,5%).

Bảng 3. Phân tích so sánh bệnh nhân RA có và không có ILD

Đặc điểm	RA-ILD (n=19)	RA không ILD (n=107)	p
----------	---------------	----------------------	---

Tuổi (năm)	60,3±8,9	53,9±11,3	0,016 ^β
Nam giới, n (%)	2 (10,5%)	16 (15,0%)	0,735 ^α
Hút thuốc lá, n (%)	5 (26,3%)	8 (7,5%)	0,018 ^α
DAS28-CRP*	4,7±0,8	3,9±1,0	<0,001 ^β
Anti-CCP >3×ULN, n (%)	12 (63,2%)	40 (37,4%)	0,038 ^α
CRP (mg/L)**	10,2 [6,8–16,1]	6,5 [3,2–10,0]	0,021 [∞]
ESR (mm/giờ)*	38,6±18,4	24,2±15,7	0,003 ^β

* Trung bình ± độ lệch chuẩn, ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

α: phép kiểm chi bình phương, β: phép kiểm T test, ∞: phép kiểm Mann – Whitney

Phân tích so sánh các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa hai nhóm được trình bày trong Bảng 3. Những khác biệt quan trọng bao gồm: tuổi cao hơn, tỷ lệ hút thuốc lá nhiều hơn, hoạt tính bệnh DAS28-CRP cao hơn và nồng độ anti-CCP tăng cao hơn ở nhóm RA-ILD. Các chỉ số viêm tăng cao, bao gồm CRP (trung vị 10,2 mg/L so với 6,5 mg/L, p = 0,021) và tốc độ lắng hồng cầu (ESR: 38,6 ± 18,4 mm/giờ so với 24,2 ± 15,7 mm/giờ, p = 0,003), cũng có liên quan đến RA-ILD.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh phổi mô kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Yếu tố nguy cơ	Phân tích đơn biến OR (KTC 95%)	p	Phân tích đa biến OR (KTC 95%)*	p
Tuổi ≥50 tuổi	3,83 (1,12-13,09)	0,032	-	-
Hút thuốc lá	4,34 (1,23-15,34)	0,023	3,98 (1,05-15,08)	0,042
DAS28-CRP ≥3,2	5,12 (1,37-19,15)	0,016	4,45 (1,12-17,72)	0,034
Anti-CCP >3×ULN	2,89 (1,05-7,94)	0,040	-	-
ESR >30 mm/giờ	4,07 (1,45-11,42)	0,008	-	-

*Mô hình đa biến bao gồm 2 yếu tố có ý nghĩa nhất (hút thuốc lá và DAS28-CRP) và được hiệu chỉnh với tuổi.

Bảng 4 trình bày các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh phổi mô kẽ (ILD) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Hồi quy logistic đa biến

xác định hút thuốc lá (OR hiệu chỉnh = 3,98; KTC 95%: 1,05–15,08; $p = 0,042$) và hoạt tính bệnh cao (DAS28-CRP $\geq 3,2$; OR hiệu chỉnh = 4,45; KTC 95%: 1,12–17,72; $p = 0,034$) là các yếu tố nguy cơ độc lập của RA-ILD. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã áp dụng phương pháp tiếp cận thận trọng để xây dựng mô hình đa biến nhằm đảm bảo độ tin cậy của kết quả khi cỡ mẫu bị giới hạn. Theo nguyên tắc chung trong phân tích hồi quy logistic, số biến độc lập tối đa được đưa vào mô hình tuân theo tỷ lệ ít nhất 10 sự kiện trên mỗi biến (EPV ≥ 10). Với 19 trường hợp ILD+ trong nghiên cứu, mô hình đa biến chỉ nên chứa tối đa 2 biến để tránh hiện tượng overfitting có thể làm sai lệch ước lượng hiệu ứng. Sau khi thực hiện phân tích đơn biến, chúng tôi lựa chọn hai yếu tố có ý nghĩa thống kê mạnh nhất và phù hợp với cơ chế bệnh sinh là hút thuốc lá (OR=4,34, $p=0,023$) và DAS28-CRP $\geq 3,2$ (OR=5,12, $p=0,016$) để đưa vào mô hình đa biến. Biến tuổi ≥ 50 tuổi (OR=3,83, $p=0,032$) được giữ lại làm biến hiệu chỉnh trong mô hình do đây là yếu tố gây nhiễu kinh điển đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước. Kết quả mô hình cuối cùng cho thấy cả hút thuốc lá (OR hiệu chỉnh = 3,98, KTC 95%: 1,05–15,08) và DAS28-CRP $\geq 3,2$ (OR hiệu chỉnh = 4,45, KTC 95%: 1,12–17,72) đều duy trì ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh phổi mô kẽ (ILD) là một biểu hiện ngoài khớp đã được công nhận rộng rãi và có mức độ nghiêm trọng trong viêm khớp dạng thấp (RA), góp phần đáng kể vào tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành trên một quần thể bệnh nhân Việt Nam, ghi nhận tỷ lệ RA-ILD là 15,1%, phù hợp với khoảng dao động 4–68% được báo cáo trong y văn quốc tế.^{1,4} Tần suất dao động do sự khác nhau về tiêu chuẩn chẩn đoán, đặc điểm dân số và phương pháp sàng lọc được sử dụng. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm RA-ILD trong nghiên cứu phù hợp với các báo cáo trước đây, cho thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi cao và nguy cơ mắc ILD (trung bình $60,3 \pm 8,9$ tuổi so với $53,9 \pm 11,3$ tuổi ở nhóm không ILD, $p = 0,016$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Koduri, trong đó ghi nhận nguy cơ mắc ILD tăng 64% theo mỗi thập kỷ tuổi, nhấn mạnh rằng tuổi tác là một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi.⁵

Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (85,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đặc điểm dịch tễ chung của RA. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho rằng nguy cơ ILD cao hơn ở nam giới,

có thể do các yếu tố nhiễu như hút thuốc lá hoặc phơi nhiễm nghề nghiệp. Đáng chú ý, dữ liệu của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về giới trong tỷ lệ ILD, trong khi kết quả của Cavagna ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 2:1 trong RA-ILD.⁶ Sự khác biệt này có thể xuất phát từ khác biệt về dân số chọn mẫu hoặc các yếu tố di truyền. Trong nghiên cứu này, hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng có thể thay đổi được với 26,3% bệnh nhân RA-ILD có tiền sử hút thuốc lá so với 7,5% ở nhóm không ILD ($p = 0,018$). Hút thuốc lá dự báo độc lập nguy cơ ILD (OR hiệu chỉnh = 3,98, $p = 0,042$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó hút thuốc lá không chỉ làm nặng thêm tổn thương phổi mà còn thúc đẩy sinh kháng thể tự miễn như RF và anti-CCP, vốn có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của ILD.

Các dấu ấn huyết thanh học đóng vai trò nổi bật trong phát hiện của chúng tôi. Nồng độ anti-CCP cao hơn 3 lần giới hạn trên bình thường liên quan có ý nghĩa với ILD (63,2% so với 37,4%, $p = 0,038$). Kết quả này củng cố bằng chứng ngày càng tăng về kháng thể anti-CCP với hiệu giá cao có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học cho tổn thương phổi ở bệnh nhân RA.² Vai trò bệnh sinh của các kháng thể này có thể liên quan đến quá trình citrullin hóa protein tại phổi, khởi phát đáp ứng tự miễn dẫn đến xơ hóa. Tương tự, hoạt tính bệnh cao được đo bằng DAS28-CRP $\geq 3,2$, dự báo độc lập nguy cơ ILD (OR hiệu chỉnh = 4,45, $p = 0,034$), gợi ý rằng tình trạng viêm hệ thống có vai trò thúc đẩy bệnh lý phổi. Mối liên quan này mang ý nghĩa lâm sàng quan trọng, vì kiểm soát chặt chẽ hoạt tính khớp có thể góp phần làm giảm nguy cơ ILD. Khi so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Tạ Thị Hương Trang, trong đó ghi nhận tuổi ≥ 65 (OR = 1,95) và hút thuốc lá (OR = 3,3) là các yếu tố nguy cơ chính trong một quần thể tại Hà Nội.⁷

Về hình ảnh học, mô hình viêm phổi kẽ thông thường (UIP) chiếm ưu thế (63,2%), tiếp theo là viêm phổi kẽ không đặc hiệu (NSIP, 26,3%). Những phát hiện này tương đồng với dữ liệu quốc tế, trong đó Bendstrup báo cáo UIP và NSIP chiếm khoảng 70% các trường hợp RA-ILD.⁸ Đặc điểm hình ảnh học trong nghiên cứu cho thấy sự hiện diện của xơ hóa ở hơn một nửa số bệnh nhân và tổn thương kính mờ chiếm ưu thế (73,7%). Điều này gợi ý rằng ở giai đoạn sớm của RA-ILD, quá trình viêm hoạt động vẫn đóng vai trò quan trọng song song với tiến trình xơ hóa. Đa số bệnh nhân có mức độ tổn thương

giới hạn (<10% thể tích phổi), trong khi tổn thương lan tỏa >30% hiếm gặp nhưng thường liên quan đến tiên lượng xấu.

Nghiên cứu của chúng tôi tồn tại một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang không cho phép đánh giá tiến triển ILD theo thời gian hoặc nguy cơ tử vong. Việc dựa vào HRCT chỉ được chỉ định khi có triệu chứng lâm sàng hoặc X-quang ngực bất thường có thể làm giảm ước tính tỷ lệ ILD không triệu chứng. Thiết kế đơn trung tâm có thể hạn chế khả năng khái quát hóa, mặc dù ưu điểm là đảm bảo tính thống nhất trong chẩn đoán. Việc tích hợp thăm dò chức năng hô hấp và các dấu ấn sinh học mới như Krebs von den Lungen-6 (KL-6) vào các nghiên cứu trong tương lai có thể giúp làm sáng tỏ hơn cơ chế bệnh sinh và tiến triển của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh phổi mô kẽ liên quan viêm khớp dạng thấp (RA-ILD) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp mới chẩn đoán tại Việt Nam có các yếu tố nguy cơ tương đồng với quần thể quốc tế, bao gồm hút thuốc lá và tình trạng viêm hệ thống hoạt động. Kiểu hình UIP chiếm ưu thế cùng với tỷ lệ tổn thương xơ hóa cao nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời. Những kết quả này củng cố vai trò của quản lý đa chuyên khoa giữa bác sĩ nội cơ xương khớp

và hô hấp, với trọng tâm là cai thuốc lá và kiểm soát chặt chẽ hoạt tính bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shaw M, Collins BF, Ho LA, Raghu G. Rheumatoid arthritis-associated lung disease. *European Respiratory Review* 2015;24(135):1.
2. Kelly C, Emery P, Dieudé P. Current issues in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. *The Lancet Rheumatology* 2021;3(11):e798-e807.
3. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology* 2012;51(suppl_6):vi5-vi9.
4. Chan E, Chapman K, Kelly C. Interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: a review. *Arthritis Res Top Rev Ser* 2013;7:1-4.
5. Koduri G, Norton S, Young A, et al. Interstitial lung disease has a poor prognosis in rheumatoid arthritis: results from an inception cohort. *Rheumatology* 2010;49(8):1483-1489.
6. Mori S, Koga Y, Sugimoto M. Different risk factors between interstitial lung disease and airway disease in rheumatoid arthritis. *Respiratory medicine* 2012;106(11):1591-1599.
7. Tạ Thị Hương Trang, Nguyễn Văn Hùng, Phan Thu Phương. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến viêm phổi kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2021;139(3):29-36.
8. Bendstrup E, Møller J, Kronborg-White S, Prior TS, Hyldgaard C. Interstitial lung disease in rheumatoid arthritis remains a challenge for clinicians. *Journal of clinical medicine* 2019;8(12):2038.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM HAPS VÀ BISAP TRONG DỰ ĐOÁN MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Nguyễn Công Long^{1,3}, Trần Thị Quỳnh Anh², Đào Việt Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giá trị của thang điểm HAPS và BISAP trong tiên lượng mức độ nặng ở người bệnh viêm tụy cấp tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 120 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa - Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 06/2025. Thang điểm HAPS và BISAP được đánh giá trong vòng 24 giờ đầu. **Kết quả:** Thang điểm HAPS có giá trị tiên lượng

mức độ nặng của viêm tụy cấp ở mức độ khá, với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,752 (KTC 95%= 0,672 – 0,878). Tại điểm cut-off HAPS=3 điểm, độ nhạy đạt 61,1%, độ đặc hiệu 84,3%, giá trị tiên đoán dương 49,7% và giá trị tiên đoán âm 92,5%. Thang điểm BISAP có giá trị tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp ở mức độ tốt, với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,928 (KTC 95%= 0,878 – 0,978). Tại điểm cut-off BISAP=3 điểm, độ nhạy đạt 81,3%, độ đặc hiệu 90,4%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 66,5%, và giá trị tiên đoán âm 96,9%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Thang điểm BISAP có giá trị tốt hơn thang điểm HAPS trong tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp, đặc biệt là trong giai đoạn 24 giờ đầu nhập viện.

Từ khóa: HAPS, BISAP, viêm tụy cấp mức độ nặng, tiên lượng.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF THE HAPS AND BISAP SCORING SYSTEMS IN PREDICTING

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Quỳnh Anh

Email: quynhanhtran181195@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025