

vốn là các chỉ số quan trọng trong tiên lượng HCTT type 1.

VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 160 bệnh nhân suy tim cấp của chúng tôi cho thấy tần suất HCTT type 1 thường gặp (31,3%). Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố lâm sàng – cận lâm sàng, mức độ khó thở NYHA IV, nồng độ NT – pro BNP > 8352 pg/ml và không dùng UCMC/UCTT trong thời gian nằm viện là yếu tố nguy cơ độc lập của HCTT type 1 trong suy tim cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hu W, He W, Liu W, et al.** Risk Factors and Prognosis of Cardiorenal Syndrome Type 1 in Elderly Chinese Patients: A Retrospective Observational Cohort Study. *Kidney & blood pressure research.* 2016;41(5):672-679. doi:10.1159/000447936
2. **Cho IJ, Wi J, Lee SE, Kim DH, Pyun WB.** Perirenal Fat and Kidney Function Deterioration in Patients With Acute Decompensated Heart Failure. *International journal of heart failure.* Jan 2023;5(1):36-47. doi:10.36628/ijhf.2022.0029
3. **Langlo KAR, Lundgren KM, Zanaboni P, et al.** Cardiorenal syndrome and the association with

fitness: Data from a telerehabilitation randomized clinical trial. *ESC heart failure.* Aug 2022;9(4):2215-2224. doi:10.1002/ehf2.13985

4. **Verdiani V, Lastrucci V, Nozzoli C.** Worsening renal function in patients hospitalized with acute heart failure: risk factors and prognostic significances. *International journal of nephrology.* Oct 11 2010;2011:785974. doi:10.4061/2011/785974
5. **Adams KF, Jr., Fonarow GC, Emerman CL, et al.** Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *American heart journal.* Feb 2005;149(2):209-16. doi:10.1016/j.ahj.2004.08.005
6. **Giang Minh Nhật CNH.** Suy giảm chức năng thận trong suy tim cấp. *Bác sĩ nội trú. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh;* 2017.
7. **Nguyễn Khắc Nghiêm, Tạ Mạnh Cường, Phạm Minh Tuấn.** Hội chứng tim thận ở bệnh nhân suy tim cấp và mối liên hệ với tỷ lệ tử vong sau điều trị. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2021;160(12V2):95-104.
8. **Felker GM, Lee KL, Bull DA, et al.** Diuretic strategies in patients with acute decompensated heart failure. 2011;364(9):797-805.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH PHỔI MÔ KẾ TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Dương Minh Trí¹, Hoàng Bùi Bảo², Trịnh Hoàng Kim Tú²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi mô kẽ (BPMK) là một trong những biểu hiện ngoài phổi của VKDT. Đột biến gen đoạn MUC5B được tìm thấy có mối liên quan đến bệnh phổi mô kẽ ở bệnh nhân VKDT. Tại Việt Nam, nghiên cứu về BPMK trên VKDT còn rất ít và chưa có nghiên cứu nào về đột biến gen MUC5B trên bệnh nhân VKDT. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả tất cả các BN VKDT có bệnh phổi mô kẽ được chẩn đoán, điều trị và theo dõi ở khoa Nội Cơ Xương Khớp tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong khoảng thời gian từ 01/2023 - 04/2024. Chúng tôi thu nhận được 306 BN VKDT trong đó có 101 BN được chẩn đoán BPMK bằng CVLT ngược độ phân giải cao theo tiêu chuẩn ATS/ERS/JRS/ALAT 2018. **Kết quả:** Ở nhóm BN có BPMK, nữ giới chiếm chủ yếu là 91,1%, tỉ lệ nam: nữ là 1:9, nhóm BN trên 50 tuổi chiếm 87,1%. Thời gian mắc bệnh VKDT ≥5 năm có tỉ lệ BPMK cao hơn so với nhóm mắc VKDT <5 năm. Không

có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm BN có và không có BPMK về giới, tuổi, tiền sử bệnh. Về lâm sàng, nhóm BN VKDT có BPMK ghi đa phần BN có triệu chứng khó thở chiếm tỉ lệ 63,4%. Ghi nhận BN có BPMK sẽ có triệu chứng về hô hấp cao hơn so với BN không BPMK có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ đột biến rs35705950 gen MUC5B trên BN VKDT là 17 TH, chiếm tỉ lệ 5,6%. Đột biến gen MUC5B có liên quan đến BPMK ở BN VKDT có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Đột biến rs35705950 gen MUC5B có liên quan đến BPMK trên VKDT. Cần tầm soát BPMK trên BN viêm khớp dạng thấp ở BN có các đặc điểm: nam giới, > 50 tuổi, bị VKDT từ 5 năm trở lên. **Từ khóa:** Bệnh phổi mô kẽ, viêm khớp dạng thấp; đột biến gen MUC5B

SUMMARY

RESEARCH ON FACTORS RELATED TO INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Introduction: Interstitial lung disease (ILD) is one of the extrapulmonary manifestations of ILD. MUC5B gene mutations have been found to be associated with ILD in ILD patients. In Vietnam, there are very few studies on ILD in ILD and no studies on MUC5B gene mutations in ILD patients. **Methods:** Prospective study describing all ILD patients with ILD diagnosed, treated and monitored in the Department of Internal Medicine, Rheumatology at Gia Dinh

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Trường Y Dược Huế, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Trí

Email: bsmtri2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

People's Hospital from January 2023 to April 2024. We enrolled 306 patients with RA, of which 101 were diagnosed with ILD by high-resolution chest CVLT according to ATS/ERS/JRS/ALAT 2018 criteria. **Results:** In the group of RA-ILD, women accounted for 91.1%, the male: female ratio was 1:9, and the group of patients over 50 years old accounted for 87.1%. The duration of RA ≥ 5 years had a higher rate of ILD than the group with RA < 5 years. There was no statistically significant difference between the 2 groups of patients with and without ILD in terms of gender, age, and medical history. Clinically, the group of patients with ILD had the majority of patients with symptoms of dyspnea, accounting for 63.4%. It was noted that patients with ILD had higher respiratory symptoms than patients without ILD with statistical significance. The rate of MUC5B gene rs35705950 mutation in patients RA-ILD is 17 cases, accounting for 5.6%. MUC5B gene mutation is associated with ILD in patients with rheumatoid arthritis with statistical significance. **Conclusion:** MUC5B gene rs35705950 mutation is associated with ILD in RA patients. It is necessary to screen for ILD in patients with rheumatoid arthritis with the following characteristics: male, > 50 years old, with rheumatoid arthritis for 5 years or more. **Keywords:** Interstitial lung disease, rheumatoid arthritis; MUC5B gene mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp viêm mạn tính, có tính chất tự miễn, hay gặp nhất trong các bệnh lý về khớp. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc là 0,5% trong nhân dân và 20% số bệnh nhân mắc bệnh khớp điều trị tại bệnh viện. Tỷ lệ mắc BPMK là khoảng 10–19% ở bệnh nhân VKDT. Tuy nhiên, tỷ lệ hiện mắc chính xác chưa được xác định rõ ràng và thay đổi tùy thuộc vào khu vực địa lý và chủng tộc khác nhau [2].

BPMK là biểu hiện phổi phổ biến nhất của bệnh phổi trên VKDT, được phát hiện ở 60% bệnh nhân VKDT qua chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT), có biểu hiện lâm sàng ở 10% các trường hợp và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở bệnh nhân VKDT [3]. Mặc dù VKDT phổ biến hơn ở phụ nữ, tuy nhiên tần suất BPMK trên VKDT xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới, với tỷ lệ nam/nữ lên tới 2:1 trong một số nghiên cứu [4]. BPMK thường khởi phát ở lứa tuổi 50 – 60 tuổi. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến BPMK trên VKDT đã được báo cáo trong các nghiên cứu bao gồm tiền sử hút thuốc, huyết thanh dương tính với kháng thể RF hoặc anti-CCP, cũng như mức độ hoạt động của bệnh VKDT [5].

Cho đến nay, người ta vẫn chưa xác định được mối liên hệ di truyền giữa VKDT và BPMK. Đột biến gen đoạn MUC5B được tìm thấy có mối liên quan đến bệnh phổi mô kẽ ở bệnh nhân VKDT. Bệnh nhân VKDT có mang các đột biến

gen đoạn MUC5B sẽ có nguy cơ bị bệnh phổi mô kẽ tăng gấp 3,1 lần và tăng nguy cơ viêm phổi kẽ được phát hiện trên chụp CLVT độ phân giải cao gấp 6,1 lần. Nhiều nghiên cứu khác cũng đã chứng minh mối liên hệ giữa đột biến đoạn gen MUC5B với bệnh phổi mô kẽ trên bệnh VKDT [6]

Tại Việt Nam, nghiên cứu về BPMK trên VKDT còn rất ít và chưa có nghiên cứu nào về đột biến gen MUC5B trên bệnh nhân VKDT. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tác động của đột biến gen MUC5B và các yếu tố nguy cơ của BPMK trên VKDT

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả tất cả cắt ngang các BN VKDT có bệnh phổi mô kẽ được chẩn đoán, điều trị và theo dõi ở khoa Nội Cơ Xương Khớp tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong khoảng thời gian từ 01/2023 đến 04/2024. Chúng tôi 306 BN có VKDT, trong đó: 101 BN có BPMK và 205 BN không có BPMK. Chẩn đoán BPMK bằng CVLT ngược độ phân giải cao theo tiêu chuẩn ATS/ERS/JRS/ALAT 2018 [6]:

- Cây đàm âm tính

- Loại trừ các loại bệnh phổi mô kẽ do thuốc bằng hỏi bệnh sử, thử kháng thể trong máu hoặc kháng nguyên nước tiểu. Nếu vẫn nghi ngờ viêm phổi mô kẽ do thuốc hoặc do kháng nguyên khác thì loại ra khỏi nghiên cứu.

- Trên hình ảnh CLVT có các vùng tăng đậm độ không đặc hiệu bao gồm: hình kính mờ, dạng lưới bất thường, nốt lan toả ở trung tâm thùy, nang không liên quan khí phế thũng, hình ảnh tổ ong hoặc dẫn cây phế quản. Các hình ảnh này chiếm $> 5\%$ bất kỳ vùng phổi nào. Nếu hình ảnh CLVT các tổn thương chỉ xuất hiện tập trung ở 1 thùy phổi hoặc 1 bên phổi thì chỉ nghi ngờ cần theo dõi chụp CLVT kiểm tra lại lần 2 sau 1 tháng

- Hình ảnh CLVT được chẩn đoán độc lập bởi 01 BS chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh và 01 BS chuyên khoa Nội hô hấp.

- + Chẩn đoán BPMK (+): khi 02 BS chuyên khoa đều kết luận có bệnh phổi mô kẽ trên hình ảnh CLVT.

- + Chẩn đoán BPMK (-): khi 02 BS chuyên khoa kết luận không có bệnh phổi mô kẽ trên hình ảnh CLVT.

- + Khi có kết luận bất đồng giữa 02 BS, chúng tôi sẽ hội chẩn thêm 01 BS nội hô hấp để có kết luận cuối cùng.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân VKDT có kết hợp với các bệnh lý tự miễn khác; Bệnh nhân tự ý dùng các loại thuốc nam không rõ loại hoặc không tuân thủ điều trị; Bệnh nhân được chẩn

đoán viêm phổi có kết quả cấy đàm dương tính hoặc đang điều trị viêm phổi chẩn đoán bởi BS chuyên khoa nội hô hấp.

Các chỉ tiêu đánh giá: Đặc điểm về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh (theo Steinbroker), Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh theo chỉ số CDAI, SDAI, DAS28CRP. Hình ảnh BPMK trên CLVT

Phát hiện đột biến gen MUC5B bằng kỹ thuật giải trình tự gen bằng PCR qua mẫu máu của BN. Trình tự nucleotide của đoạn gen cần phân tích được xác định bằng máy giải trình tự tự động ABI 3500 Genetic Analyzer (Applied Biosystem,

Mỹ). Kết quả được phân tích bằng phần mềm CLC Main Workbench v5.5. Chương trình sẽ sắp giống cột các trình tự trong mẫu và trình tự gen MUC5B trên NCBI từ đó phát hiện biến thể trên gen nếu có.

Các dữ liệu được tổng hợp và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu chúng tôi thu nhận 306 BN có VKDT, trong đó: 101 BN có BPMK và 205 BN không có BPMK. Nhóm BN nghiên cứu có các đặc điểm sau:

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng nhóm BN nghiên cứu

		Nhóm có BPMK (n=101)	Nhóm không BPMK (n=205)	Giá trị p
Giới tính	Nam	9 (8,9)	29 (14,1)	0,192
	Nữ	92 (91,1)	176 (85,9)	
Tuổi	<50 tuổi	14 (13,9)	38 (25,5)	0,333
	≥50 tuổi	87 (87,1)	167 (74,5)	
Tiền sử bệnh lý	Dẫn phế quản	1 (1,0)	6 (2,9)	0,287
	Nhiễm covid	28 (27,7)	55 (26,8)	0,869
	Gia đình có VKDT	9 (8,9)	26 (12,7)	0,330
Thời gian mắc bệnh VKDT	<5 năm	59 (58,4)	147 (571,7)	0,048
	≥5 năm	42 (41,5)	58 (28,3)	
Thang điểm DAS28CRP	không hoạt động – nhẹ	59 (58,4)	75 (36,5)	0,003
	Mức độ trung bình - mạnh	42 (41,6)	130 (63,5)	
Triệu chứng hô hấp	Ho	17 (16,8)	12 (5,9)	0,002
	Khó thở	64 (63,4)	39 (19,0)	<0,001
Thang điểm mMRC	Độ 0	37 (36,6)	167 (81,5)	<0,001
	Độ 1	50 (49,5)	32 (15,6)	
	Độ 2	10 (9,9)	2 (1,0)	
	Độ 3	1 (1,0)	3 (1,5)	
	Độ 4	3 (3,0)	1 (0,5)	

Trong nghiên cứu, ở nhóm BN có BPMK, nữ giới chiếm chủ yếu là 91,1%, tỉ lệ nam: nữ là 1:9, nhóm BN trên 50 tuổi chiếm 87,1 các BN VKDT có BPMK. Ghi nhận 27,7% BN có tiền căn nhiễm covid cần nhập viện thở oxy ở những BN VKDT có BPMK. Về thời gian bệnh VKDT, chúng tôi ghi nhận gần ½ BN có thời gian bệnh VKDT từ 5 năm trở lên. Thời gian mắc bệnh VKDT ≥5 năm có tỉ lệ BPMK cao hơn so với nhóm mắc VKDT <5 năm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm BN có và không có BPMK về giới, tuổi, tiền sử bệnh

Về lâm sàng, nhóm BN VKDT có BPMK ghi đa phần BN có triệu chứng khó thở chiếm tỉ lệ 63,4%. Hầu hết BN khó thở mức độ nhẹ với thang điểm mMRC độ 1 chiếm 49,5%, BN khó thở mức độ trung bình trở lên chiếm 13,9% ở

nhóm VKDT có BPMK. Triệu chứng ho chiếm 16,8%. Ghi nhận BN có BPMK sẽ có triệu chứng về hô hấp cao hơn so với BN không BPMK có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Tỉ lệ đột biến gen MUC5B ở BN VKDT

		Bệnh phổi mô kẽ		Giá trị p
		Có (n=101)	Không (n=205)	
Đột biến rs35705950 gen MUC5B	Có	16(15,8)	1(0,5)	<0,001
	Không	85(84,2)	204(99,5)	

Tỉ lệ đột biến rs35705950 gen MUC5B trên BN VKDT là 17 TH, chiếm tỉ lệ 5,6%. Trong đó ở BN có BPMK là 15,8% và ở BN không BPMK là 0,5%. Đột biến gen MUC5B.có liên quan đến BPMK ở BN VKDT có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Đặc điểm mức độ hoạt động VKDT qua các thang điểm

Đặc điểm	Nhóm BPMK	Nhóm không BPMK	Nhóm chung
----------	-----------	-----------------	------------

	(n=101)		(n=205)		(n=306)	
	N	%	N	%	N	%
DAS 28 (CRP)						
Trung bình	3.23 ± 1.16		3.59 ± 1.09		3.47 ± 1.12	
Bệnh không hoạt động	33	32.7	46	22.4	79	25.8
Hoạt động bệnh mức độ nhẹ	26	25.7	29	14.1	55	18.0
Hoạt động bệnh mức độ trung bình	35	34.7	112	54.6	147	48.0
Bệnh hoạt động mạnh	7	6.9	18	8.8	25	8.2
DAS 28 (ESR)						
Trung bình	(n=30) 3.98 ± 0.94		(n=62) 3.94 ± 1.18		(n=92) 3.95 ± 1.10	
Bệnh không hoạt động	1	3.3	8	12.9	9	9.8
Hoạt động bệnh mức độ nhẹ	7	23.3	10	16.1	17	18.5
Hoạt động bệnh mức độ trung bình	18	60.0	34	54.8	52	56.5
Bệnh hoạt động mạnh	4	13.3	10	16.1	14	15.2
SDAI						
Trung bình (Trung vị)	51.71 ± 68.98 (36.2)		48.84 ± 50.97 (32.9)		49.79 ± 57.44 (33.9)	
Bệnh không hoạt động	2	2.0	1	1.0	4	1.3
Hoạt động bệnh mức độ nhẹ	20	19.8	24	11.7	44	14.4
Hoạt động bệnh mức độ trung bình	18	17.8	53	25.9	71	23.2
Bệnh hoạt động mạnh	61	60.4	126	61.5	187	61.1
CDAI						
Trung bình (Trung vị)	14.02 ± 11.12 (10)		20.12 ± 11.39 (20)		18.11 ± 11.64 (17)	
Bệnh không hoạt động	4	4.0	6	2.9	10	3.3
Hoạt động bệnh mức độ nhẹ	47	46.5	52	25.4	99	32.4
Hoạt động bệnh mức độ trung bình	31	30.7	57	27.8	88	28.8
Bệnh hoạt động mạnh	19	18.8	90	43.9	109	35.6

Khi đánh giá mức độ hoạt động VKDT qua các thang điểm CDAI, SDAI, DAS 28 (CRP) và DAS 28 (ERS), chúng tôi nhận thấy hầu hết các BN có BPMK mức độ hoạt động bệnh nhẹ hoặc không hoạt động so với các BN không có BPMK.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan BPMK trên VKDT.

BPMK trên VKDT được chẩn đoán phổ biến nhất ở độ tuổi 50–59. Tuổi đã được coi là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự phát triển của BPMK trong các nghiên cứu đoàn hệ trước đây [7]. Chúng tôi nhận thấy trong nhóm BPMK tuổi ≥ 50 tuổi chiếm tỉ lệ cao là 87,5%, mặc dù không tìm thấy sự tương quan có ý nghĩa thống kê. Giải thích cho điều này có thể do đặc điểm quần thể BN tới khám bệnh tại cơ sở chúng tôi đa phần là người lớn tuổi và sử dụng BHYT. Trong phân tích đa biến, giới tính nam được xác định là biến số có liên quan đáng kể với BPMK trên VKDT [8]. Giới tính nam cũng được xác định là yếu tố dự báo độc lập về bệnh VKDT và các bệnh về phổi xảy ra đồng thời như BPMK, giãn phế quản và các nốt sần [9]. Tại nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ nam giới ít hơn rõ rệt, điều này cũng có thể ở nhóm BN nghiên cứu, giới nữ quan tâm tới tình trạng bệnh khớp nhiều hơn so với nam giới

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có sự tương quan có ý nghĩa thống kê ở các yếu tố tiền sử bệnh và TS nhiễm covid. Nghiên cứu lớn nhất về BPMK trên VKDT ở Anh đã chứng minh rằng hút thuốc có liên quan nhiều đến BPMK ở nam giới, điều này có thể giải thích tỷ lệ mắc BPMK trên VKDT ở nam cao hơn ở nữ [10]. Một nghiên cứu bệnh chứng khác đã chứng minh rằng điểm CDAI > 28 có liên quan đến tỷ lệ mắc BPMK trên VKDT. Như vậy có nhiều yếu tố nguy cơ của BPMK trên VKDT được báo cáo. Sự khác biệt trong nghiên cứu chúng tôi có thể là do cỡ mẫu BN còn chưa đủ lớn và chưa đại diện cho nhóm BN VKDT nói chung.

Đột biến rs357050950 gen MUC5B. Gen MUC5B điều hòa tác dụng tạo chất nhày bảo vệ lòng phế nang. Nghiên cứu của Juge P.A phát hiện ra rằng có một nền tảng di truyền chung giữa viêm phổi mô kẽ thường gặp trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (RA-UIP) và bệnh xơ phổi vô căn (IPF) bao gồm rs35705950, một biến thể promoter MUC5B, đại diện cho yếu tố nguy cơ di truyền chính trong cả hai bệnh. Nghiên cứu thấy rằng, biến thể promoter MUC5B có liên quan đến việc tăng nguy cơ bệnh phổi mô kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp [6]. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đột biến rs35705950 gen MUC5B

BN có BPMK là 15,8% và ở BN không BPMK là 0,5%. Đột biến gen MUC5B có liên quan đến BPMK ở BN VKDT có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của Palomäki ghi nhận trong 248.400 trường hợp có 5534 bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp, trong đó 178 (3,2%) tiến triển đến viêm phổi mô kẽ. MUC5B là một yếu tố dự báo mạnh mẽ về bệnh phổi mô kẽ ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (HR 2,14, KTC 95% 1,56-2,92). Một nghiên cứu đoàn hệ quan sát lớn đã chứng minh rằng nguy cơ mắc BPMK là 16,8% đối với người mang MUC5B và 6,1% đối với người không mang MUC5B trong số những bệnh nhân mắc VKDT.

Qua nghiên cứu và tham khảo y văn, chúng tôi nhận thấy đột biến rs357050950 gen MUC5B ở BN VKDT là yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng BPMK. Việc tầm soát đột biến rs357050950 gen MUC5B hiện nay vẫn chưa thực hiện rộng rãi. Đây là một phương pháp xét nghiệm giúp dự báo BPMK, đối với BN mang đột biến gen MUC5B cần chú ý và tầm soát BPMK sát hơn hoặc khi có triệu chứng hô hấp

V. KẾT LUẬN

Đột biến rs357050950 gen MUC5C có liên quan đến BPMK trên VKDT. Cần tầm soát BPMK trên BN viêm khớp dạng thấp ở BN có các đặc điểm: nam giới, > 50 tuổi, bị VKDT từ 5 năm trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (2004), "Bệnh viêm khớp dạng thấp", Bài giảng bệnh học nội khoa tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, tr. 259-263.

- Gabbay, E.; Tarala, R.; Will, Ret al** (1997), "Interstitial lung disease in recent onset rheumatoid arthritis". *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 156, 528–535.
- Juq P-A, Lee JS, Ebstein E, et al** (2018). "MUC5B promoter variant and rheumatoid arthritis with interstitial lung disease." *N Engl J Med* ; 379: 2209–2219.
- Cavagna, L., Monti, S., Grosso, V. et al.** (2012). "The Multifaceted Aspects of Interstitial Lung Disease in Rheumatoid Arthritis." *BioMed Research International*(1), 759760.
- Dovle TJ, Patel AS, Hatabu H, et al** (2015). "Detection of rheumatoid arthritis-interstitial lung disease is enhanced by serum biomarkers", *Am J Respir Crit Care Med* 191: 1403–1412.
- Juq PA, Solomon JJ, van Moorsel CHM, et al** (2021). "MUC5B promoter variant rs357050950 and rheumatoid arthritis associated interstitial lung disease survival and progression", *Semin Arthritis Rheum.* 51(5): 996-1004. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.07.002
- Assayag, D.; Lubin, M.; Lee, J.S.; et al** (2014). "Predictors of mortality in rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease." *Respirology* , 19, 493–500.
- Klester, E.; Klester, K.; Shoykhet, Y.; et al** (2019). "Risk factors of interstitial lung diseases in patients with rheumatoid arthritis." *Eur. Respir. Soc.* 54.
- Aubart, F.; Crestani, B.; Nicaise-Roland, P et al** (2011). "High levels of anti-cyclic citrullinated peptide autoantibodies are associated with co-occurrence of pulmonary diseases with rheumatoid arthritis." *J. Rheumatol.* 38, 979–982.
- Kelly, C.A.; Saravanan, V.; Nisar, M. et al** (2014). "Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease: Associations, prognostic factors and physiological and radiological characteristics—A large multicentre UK study." *Rheumatology*, 53, 1676–1682.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC BẰNG KỸ THUẬT TẮT CẢ BÊN TRONG SỬ DỤNG GÂN BÁN GÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHÁNH HÒA

Ngô Hải Quang¹, Nguyễn Trịnh Hoàng Nguyên¹, Trần Quốc Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm về hình thái mảnh ghép gân cơ bán gân và đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối bằng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân bán gân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành

trên 36 bệnh nhân trong độ tuổi 18 đến 45 bị đứt DCCT được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT sử dụng kỹ thuật tắt cả bên trong sử dụng gân bán gân tại Bệnh viện Đa khoa Khánh Hòa từ 01/01/2024 đến 31/12/2024 và có thời gian theo dõi ít nhất 9 tháng. **Kết quả:** Gân bán gân có chiều dài trung bình $26,8 \pm 1,5$ cm (24 – 29 cm). Đường kính trung bình và chiều dài trung bình của mảnh ghép sau khi được chập 4 dải và khâu cố định lần lượt là $7,8 \pm 0,5$ mm (7 – 9 mm), $61,2 \pm 1,2$ cm (59 – 64 cm). Kết quả tại thời điểm sau phẫu thuật 9 tháng, các nghiệm pháp đánh giá khớp gối cho thấy có sự cải thiện rõ rệt về độ vững với nghiệm pháp ngăn kéo trước âm tính 77,8%, Lachman âm tính 80,6%, Pivot shift âm tính 100%. Điểm đánh giá chức năng khớp gối Lysholm sau phẫu thuật 9 tháng ở nhóm rất tốt và tốt là

¹Bệnh viện Đa Khoa Khánh Hòa

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hải Quang

Email: bshaiquang152@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025