

Tỷ lệ NB còn phụ thuộc vào chăm sóc của người khác khá cao (76%) trong đó mức độ phụ thuộc hoàn toàn là 13%.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày bao gồm: nơi sinh sống, số lần ĐQN, thời gian ĐQN, tiền sử rối loạn lipid máu, thói quen hút thuốc lá, cơ lực tay và cơ lực chân.

Trong thực hành chăm sóc cần thực hiện đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh, lập kế hoạch chăm sóc cho NB ĐQN trong quá trình chăm sóc, điều trị và cả trước khi ra viện để tư vấn, hướng dẫn GDSK và có kế hoạch chăm sóc phù hợp. Hoạt động tư vấn, GDSK này cần chú trọng hơn đến nội dung chung chăm sóc và dự phòng loét. Kế hoạch chăm sóc cần được xây dựng cho từng trường hợp cụ thể, đặc biệt là nhóm NB có tiền sử tăng lipid máu, đột quỵ từ 2 lần trở lên, có hút thuốc và giảm cơ lực (liệt) tay và/hoặc chân nhằm nâng cao hiệu quả tư vấn, hướng dẫn chăm sóc giúp NB nhanh chóng hồi phục, tái hòa nhập cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020 về việc Ban hành tài

- liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ĐQN", Hà Nội.
2. Lê Đức Hình (2012), Tai biến mạch máu não: Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, Nhà xuất bản y học.
3. Nguyễn Thị Như Mai (2013), Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan tới mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày của NB tai biến mạch máu não khi xuất viện tại Bệnh viện lão khoa Trung ương, Luận văn thạc sỹ Y tế Công cộng, Đại học Y tế Công Cộng.
4. Võ Hoàng Nghĩa, Cao Minh Châu và Lê Ngọc Quang (2021), "Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng và một số yếu tố liên quan đến mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày NB ĐQN khi xuất viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2020", Tạp chí Y dược lâm sàng 108.16(1), tr.135-143.
5. Trần Văn Tuấn (2019), Thực trạng độc lập chức năng sinh hoạt hàng ngày sau ĐQN và hiệu quả can thiệp phục hồi chức năng tại nhà ở Thành phố Thái Nguyên, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
6. Collaborators, G. B. D. Stroke (2021), "Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", Lancet Neurol.20(10), pp.795-820.
7. Pei, L., Zang, X. Y., Wang, Y. et al (2016), "Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke", International Journal of Nursing Sciences. 3(1), pp.29-34.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Triệu Văn Mạnh^{1,2,3}, Vũ Thị Kim Hải³, Hoàng Văn Tổng¹, Đoàn Văn Đệ¹, Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 115 người bệnh viêm khớp dạng thấp. **Kết quả:** tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh theo chỉ số DAS28-CRP là 50%, theo DAS28-ESR chiếm 75%, theo chỉ số CDAI chiếm 49,6%, theo SDAI chiếm 85%. Chỉ số CRP trung bình là $47,3 \pm 42,61$ (mg/dL); Anti-CCP trung bình là $112,7 \pm 80,6$ (UI/l); Tốc độ máu lắng 1h trung bình là $75,6 \pm 37,9$ mm, chỉ số RF trung bình là $82,3 \pm 104,3$ (UI/L).

Kết luận: Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp phần lớn có mức độ hoạt động bệnh mạnh và trung bình.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To describe clinical, subclinical characteristics of rheumatoid arthritis patients at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and research methodology:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 115 patients with rheumatoid arthritis. **Results:** The proportion of patients with strong disease activity according to the DAS28-CRP is 50,0%, the DAS28-ESR index accounted for 75%, the CDAI index accounted for 49,6%, and the SDAI index accounted for 85,0%. The average CRP index was $47,3 \pm 42,61$ (mg/dL); The mean anti-CCP was $112,7 \pm 80,6$ (UI/l); The average 1h erythrocyte sedimentation rate was $75,6 \pm 37,9$ mm, the average RF index was $82,3 \pm 104,3$ (UI/L). **Conclusion:** The most of rheumatoid arthritis patients were strong and moderate disease activities.

¹Học viện Quân Y

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Văn Mạnh

Email: trievanmanh@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh tự miễn dịch, tổn thương cơ bản là ở màng hoạt dịch của khớp. biểu hiện bởi tình trạng viêm mạn tính tổ chức liên kết màng hoạt dịch, tổn thương chủ yếu ở khớp ngoại vi, bệnh tiến triển từ từ, dẫn đến teo cơ biến dạng dính và cứng khớp. Đây là bệnh phổ biến ở Việt Nam cũng như nhiều nước khác trên thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 0,5-1% dân số một số nước Châu Âu và khoảng 0,17-0,3% ở các nước châu Á[1]

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh lý viêm khớp có tính chất tự miễn đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính màng hoạt dịch ở nhiều khớp và các tổn thương ngoài khớp. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng viêm màng hoạt dịch của nhiều khớp, bệnh biểu hiện bởi tình trạng khớp viêm mạn tính có xen kẽ đợt tiến triển dẫn đến tổn thương sụn khớp và xương dưới sụn không hồi phục. Chẩn đoán bệnh nhân viêm khớp dạng thấp hiện nay được sử dụng chủ yếu theo Hội thấp khớp Hoa Kỳ ACR 1987 trong đó chẩn đoán gồm 7 yếu tố bao gồm các yếu tố về lâm sàng và cận lâm sàng.

Tuy nhiên, tỷ lệ mắc các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở các nghiên cứu trước đây có sự khác nhau. Xuất phát từ mong muốn có một cái nhìn rõ hơn về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VKDT tại Thái Nguyên để nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*".

Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp đang điều trị tại Bv Trung ương Thái Nguyên.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thấp Khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1987

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không tự nguyện hợp tác.

- Phụ nữ mang thai.

- Bệnh nhân bị mắc các bệnh kết hợp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11 năm

2018 đến 11 năm 2021.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: cỡ mẫu ước tính theo công thức

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

P thường gộp 0,2

d độ chính xác mong muốn 0,08 (92 %, lấy $d=1/10 p$, p là tỷ lệ âm tính 80%)

z^2 95% là 1.96. Từ đó, ước tính cỡ mẫu tối thiểu $n= 96$. Trong nghiên cứu chúng tôi chọn được 115 người bệnh tham gia nghiên cứu. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.4. Chỉ số nghiên cứu

***Các đặc điểm lâm sàng:** tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động theo CDAI, SDAI, DAS28, đặc điểm khớp đau và khớp sưng

*Đặc điểm cận lâm sàng

- Các xét nghiệm máu thường quy: bao gồm công thức máu, tốc độ máu lắng 1h, 2h. Khi tốc độ máu lắng giờ đầu >15mm ở nam hoặc >20mm với nữ được coi là dương tính.

- CRP, anti CCP, yếu tố dạng thấp (RF) được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Trung Ương Thái Nguyên, định lượng theo phương pháp đo độ đục và Elisa. Nồng độ CRP > 5 mg/dl được coi là dương tính. Nồng độ Anti CCP > 5 UI/ml được coi là dương tính. RF > 14 UI/ml được coi là dương tính. Hình ảnh tổn thương trên film chụp X quang bàn ngón tay.

Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu

- Những số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, trên phần mềm SPSS. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo các nguyên tắc đạo đức trong Y học được bộ y tế quy định. Tất cả bệnh nhân được thông báo, giải thích, đồng ý và ký cam kết trước khi thực hiện nghiên cứu.

Nghiên cứu này được thông qua hội đồng Y đức bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
<50 tuổi	15	13,0
50-59 tuổi	34	29,6

60-69 tuổi	45	39,1
≥70 tuổi	21	18,3
Tuổi trung bình: 60,04 ± 9,9; Min-Max: 36-88		
Giới tính		
Nam	33	28,7
Nữ	82	71,3

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có độ tuổi từ 50-59 tuổi chiếm 29,6%, tỷ lệ người bệnh 60-69 tuổi chiếm 39,1%. Tuổi trung bình của người bệnh là 60,04 ± 9,9. Tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 71,3% cao hơn nhiều so với tỷ lệ người bệnh là nam giới (chiếm 28,7%).

Bảng 2. Đặc điểm về BMI và thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
BMI		
Gầy/ Thiếu cân	21	18,3
Bình thường	58	50,4
Thừa cân	36	31,3
Thời gian bị bệnh		
≤60 tháng (5 năm)	68	59,1
61-120 tháng (>5-10 năm)	26	22,6
>120 tháng (>10 năm)	21	18,3
Thời gian bị bệnh trung bình (tháng): 71,42 ± 71,6; Min-Max: 2-336		

Nhận xét: Đa số người bệnh có chỉ số BMI ở mức độ bình thường, chiếm 50,4%. Đa số người bệnh có thời gian bị bệnh dưới 5 năm, chiếm 59,1%. Tỷ lệ người bệnh có thời gian bị bệnh trên 5 năm- 10 năm chiếm 22,6%. Thời gian bị bệnh trung bình là 71,42 ± 71,6 tháng

Bảng 3. Tiền sử điều trị của người bệnh viêm khớp dạng thấp

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dùng corticoid	60	52,2
Dùng HCQ	32	27,8
Dùng Methotrexate	48	42,1
Dùng chế phẩm sinh học	14	12,2
Tiêm corticoid khớp gối	7	6,2

Nhận xét: Đa số người bệnh có tiền sử dùng corticoid, chiếm 52,2%. Tỷ lệ người bệnh dùng Methotrexate chiếm 42,1%. Tỷ lệ người bệnh được tiêm khớp gối chiếm 6,2%

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng sưng, đau khớp ở người bệnh viêm khớp dạng thấp

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm đau	Không đau	0
	Đau nhẹ	17
	Đau vừa	62
	Đau nặng	36
	Điểm đau trung bình	57,7 ± 12,3

Số khớp đau trung bình	7,28 ± 4,9
Số khớp sưng trung bình	4,39 ± 2,9

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa chiếm 53,9% và đau nặng chiếm 31,3%. Số khớp đau trung bình là 7,28 ± 4,9, số khớp sưng trung bình là 4,39 ± 2,9.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng về công thức máu

Chỉ số	Trung bình ± SD	Trung vị
Hồng cầu (T/L)	4,34 ± 0,64	4,24
Huyết sắc tố (g/L)	118,9 ± 16,1	121,0
Hematocrit (%)	36,7 ± 4,4	36,8
Bạch cầu (G/L)	9,47 ± 2,9	8,9

Nhận xét: Các chỉ số công thức máu trung bình đều trong giới hạn bình thường. Số lượng hồng cầu trung bình là 4,34 ± 0,64 (T/L), huyết sắc tố trung bình là 118,9 ± 16,1 (g/L), trung vị là 121,0; số lượng bạch cầu trung bình là 9,47 ± 2,9 (G/L).

Bảng 6. Đặc điểm cận lâm sàng về chỉ số viêm của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Trung bình ± SD	Trung vị
CRP (mg/dl)	47,3 ± 42,61	35,7
RF (UI/ml)	82,3 ± 104,3	32,0
Anti-CCP (UI/ml)	112,7 ± 80,6	113,2
Tốc độ máu lắng 1h (mm)	75,6 ± 37,9	95,5
Tốc độ máu lắng 2h (mm)	116,8 ± 39,9	146,0

Nhận xét: Các chỉ số viêm trung bình và trung vị đều cao hơn mức bình thường. Chỉ số CRP trung bình là 47,3 ± 42,61 (mg/dL); Anti-CCP trung bình là 112,7 ± 80,6 (UI/ml); Tốc độ máu lắng 1h trung bình là 75,6 ± 37,9 mm, chỉ số RF trung bình là 82,3 ± 104,3 (UI/ml)

Bảng 7. Đặc điểm giai đoạn bệnh theo Steinbroker dựa trên tổn thương Xquang

Giai đoạn bệnh theo Steinbroker	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không có tổn thương Xquang	13	11,3
Có tổn thương Xquang	102	89,7
Giai đoạn 1	45	44,1
Giai đoạn 2	27	26,5
Giai đoạn 3	19	18,6
Giai đoạn 4	11	10,8
Tổng	126	100

Nhận xét: Có 102 người bệnh có tổn thương trên phim chụp X quang. Trong đó có 44,1% người bệnh tổn thương ở giai đoạn 1, 26,5% ở giai đoạn 2; 18,6% ở giai đoạn 3 và 10,8% ở giai đoạn 4

Bảng 8. Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VKDT

Chỉ số	Mức độ hoạt động	Số lượng	Tỷ lệ %
DAS28_CRP (n= 80)	Không hoạt động	1	1,3
	Hoạt động nhẹ	4	5,0
	Hoạt động trung bình	35	43,8
	Hoạt động mạnh	40	50,0
	Trung bình ± SD: 5,01 ± 1,02; Min-Max: 2,35-7,12		
DAS28_ESR (n= 52)	Không hoạt động	0	0
	Hoạt động nhẹ	1	1,9
	Hoạt động trung bình	12	23,1
	Hoạt động mạnh	39	75,0
	Trung bình ± SD: 5,73 ± 0,99; Min-Max: 2,72-7,99		
CDAI (n= 115)	Không hoạt động	0	0
	Hoạt động nhẹ	7	6,1
	Hoạt động trung bình	51	44,3
	Hoạt động mạnh	57	49,6
	Trung bình ± SD: 23,17 ± 8,7; Min-Max: 5-52,0		
SDAI (n= 80)	Không hoạt động	0	0
	Hoạt động nhẹ	1	1,3
	Hoạt động trung bình	11	13,8
	Hoạt động mạnh	68	85,0
	Trung bình ± SD: 71,31 ± 45,8; Min-Max: 8,6-212,7		

Nhận xét: đánh giá theo DAS28-CRP, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh trung bình là 43,8%, mức độ hoạt động mạnh chiếm 50,0%. Đánh giá theo chỉ số DAS28-ESR, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm 75,0%. Đánh giá theo chỉ số CDAI, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động mạnh chiếm 49,6%. Tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động mạnh theo SDAI chiếm 85,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh VKDT

***Đặc điểm về tuổi và giới.** Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh VKDT thường gặp ở những người trên 50 tuổi và ở nữ giới. Trong đó độ tuổi trung bình của người bệnh là $60,04 \pm 9,9$. Tỷ lệ người bệnh là nữ giới chiếm 71,3% cao hơn nhiều so với tỷ lệ người bệnh là nam giới (chiếm 28,7%). Sự khác biệt nội tiết tố giữa nam và nữ trong bệnh tự miễn hệ thống cho thấy sự xuất hiện bệnh ở nữ có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nam. Hócmon giới tính có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh tự miễn và Estrogen là một trong những yếu tố kích hoạt đáp ứng miễn dịch dịch thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn tại Nghệ An. Độ tuổi trung

bình trong nghiên cứu là $59,9 \pm 8,55$ tuổi, trong đó nhóm 50 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,63%. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới với tỷ lệ là 89,32%[2]. Nghiên cứu của Mulumba. C và cộng sự (2019) ở Kinshasa cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 51.8 ± 14.6 tuổi và tỷ lệ nữ/nam là 4/1[3].

*** Đặc điểm về BMI và thời gian bị bệnh**

Đa số người bệnh có chỉ số BMI ở mức độ bình thường, chiếm 50,4%. Đa số người bệnh có thời gian bị bệnh dưới 5 năm, chiếm 59,1%. Tỷ lệ người bệnh có thời gian bị bệnh trên 5 năm-10 năm chiếm 22,6%. Thời gian bị bệnh trung bình là $71,42 \pm 71,6$ tháng. Kết quả nghiên cứu này cho thấy thời gian bị bệnh trung bình của người bệnh VKDT trên 5 năm. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Dũng. Trong nghiên cứu này, có 67,2% người bệnh có BMI bình thường và thời gian mắc bệnh trung bình là $5,37 \pm 5,25$ năm. Thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm 48,4% và trên 5 năm chiếm 35,2%[4]. Như vậy, trung bình thời gian mắc bệnh của bệnh nhân VKDT trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả trong nước. Theo ACR 2015, quá trình diễn biến bệnh VKDT chia thành giai đoạn sớm và muộn. Như vậy, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn muộn của bệnh VKDT.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VKDT

***Đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm khớp dạng thấp.** Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VKDT liên quan trực tiếp với tình trạng viêm khớp, mức độ hoạt động bệnh và mức độ phá hủy khớp của bệnh nhân VKDT. Nhiều đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được sử dụng với mục đích để đánh giá mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân VKDT. Trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị bệnh nhân VKDT việc đánh giá mức độ hoạt động bệnh là cần thiết và quan trọng nên được tiến hành thường xuyên, hàng tháng với bệnh nhân có mức độ hoạt động cao/trung bình hoặc không quá 3 tháng một lần ở bệnh nhân có mức độ hoạt động thấp/lui bệnh.

Để đánh giá mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân VKDT, chúng tôi sử dụng các chỉ số DAS28, CDAI và SDAI. Các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động nói trên dựa trên số lượng khớp sưng, đau và điểm đau của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số người bệnh VKDT có mức độ hoạt động bệnh ở mức độ trung bình và mạnh đánh giá theo DAS28-CRP, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh trung bình là

43,8%, mức độ hoạt động mạnh chiếm 50,0%. Đánh giá theo chỉ số DAS28-ESR, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm 75,0%. Đánh giá theo chỉ số CDAI, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động mạnh chiếm 49,6%, trung bình chiếm 44,3%. Tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động mạnh theo SDAI chiếm 85,0%. Các chỉ số hoạt động bệnh ở mức độ trung bình và mạnh cho thấy người bệnh VKDT có nhiều triệu chứng sưng, đau các khớp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trung Dũng. Trong nghiên cứu của Hoàng Trung Dũng, các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân VKDT đều ở mức độ hoạt động mạnh với giá trị trung bình của chỉ số CDAI là $36,72 \pm 9,08$ và SDAI là $39,28 \pm 11,03$. Theo chỉ số DAS28 có 74,6% người bệnh VKDT ở mức độ hoạt động mạnh và 23,8% người bệnh ở mức độ hoạt động trung bình [4]. Theo Nguyễn Văn Tuấn, mức độ hoạt động bệnh mạnh $\geq 5,1$ chiếm tỷ lệ là 87,38% [2].

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức độ đau vừa chiếm 59,0% và đau nặng chiếm 24,8%. Điểm đau trung bình của người bệnh là $57,7 \pm 12,3$. Số khớp đau trung bình là $7,28 \pm 4,9$, số khớp sưng trung bình là $4,39 \pm 2,9$ khớp

Kết quả nghiên cứu này cho thấy, đa số người bệnh có mức độ đau vừa và nặng. Bản chất của viêm khớp trong VKDT là viêm màng hoạt dịch khớp, nên triệu chứng chủ yếu là sưng, đau khớp kéo dài, diễn biến thành từng đợt. Tuy nhiên ở từng thời điểm khác nhau thì số khớp sưng và khớp đau khác nhau, thường thì số khớp sưng ít hơn số khớp đau. Điều này được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số khớp sưng và khớp đau cũng như điểm đau trung bình thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn tại Nghệ An. Trong nghiên cứu này số khớp sưng trung bình là $11,76 \pm 8,56$ và số khớp đau trung bình là $18,17 \pm 8$ khớp; Điểm VAS trung bình là $67,56 \pm 8,44$ [2].

***Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh VKDT.** Kết quả nghiên cứu cho thấy, các chỉ số viêm trung bình và trung vị đều cao hơn mức bình thường. Chỉ số CRP trung bình là $47,3 \pm 42,61$ (mg/dL); Anti-CCP trung bình là $112,7 \pm 80,6$ (UI/ml); Tốc độ máu lắng 1h trung bình là $75,6 \pm 37,9$ mm, chỉ số RF trung bình là $82,3 \pm 104,3$ (UI/ml). CRP là một protein được tổng hợp trong quá trình viêm và tổn thương ổ chức. Nồng độ CRP tăng nhanh trong các phản ứng viêm và

hoại tử ổ chức. Nồng độ CRP phụ thuộc và số lượng khớp bị viêm. Tuy nhiên khi các khớp lớn bị viêm như khớp gối, vai, lượng CRP được sản xuất nhiều hơn so với các khớp nhỏ. Tốc độ lắng hồng cầu cũng là một xét nghiệm quan trọng trong đánh giá đợt hoạt động của bệnh nhân VKDT. Yếu tố RF là yếu tố thể hiện tình trạng có yếu tố thấp trong huyết thanh. Các chỉ số này đều ở mức độ cao cho thấy tình trạng viêm xảy ra rất mạnh trong bệnh VKDT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền năm 2021 [5]. Trong nghiên cứu đó, nồng độ CRP trung bình là $4,950 \pm 0,89$ (mg/dl), tốc độ máu lắng trung bình là $57,71 \pm 7,50$ mm/h; Nồng độ Anti- CCP trung bình là $90,48 \pm 8,15$. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn, Có RF dương tính là 87,38%, nồng độ trung bình là $105,09 \pm 67,40$ UI.

Bên cạnh đó, có 102 người bệnh có tổn thương trên phim chụp X quang. Trong đó có 44,1% người bệnh tổn thương ở giai đoạn 1, 26,5% ở giai đoạn 2; 18,6% ở giai đoạn 3 và 10,8% ở giai đoạn 4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, với 30,1% người bệnh tổn thương X quang ở giai đoạn 1 và 53,4% người bệnh ở giai đoạn 2 [2]. Theo Nguyễn Thị Hiền năm 2021, có 79,7% người bệnh VKDT có tổn thương trên Xquang ở giai đoạn 1 và 2 [5].

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có mức độ hoạt động bệnh ở mức độ trung bình và mạnh. Theo DAS28-CRP, tỷ lệ người bệnh có mức độ hoạt động bệnh trung bình là 43,8%, mức độ hoạt động mạnh chiếm 50,0%. Các chỉ số viêm trung bình và trung vị đều cao hơn mức bình thường. Chỉ số CRP trung bình là $47,3 \pm 42,61$ (mg/dl); Anti-CCP trung bình là $112,7 \pm 80,6$ (UI/ml); Tốc độ máu lắng 1h trung bình là $75,6 \pm 37,9$ mm, chỉ số RF trung bình là $82,3 \pm 104,3$ (UI/ml). Có 102 người bệnh có tổn thương trên phim chụp X quang. Trong đó có 44,1% người bệnh tổn thương ở giai đoạn 1, 26,5% ở giai đoạn 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Glant, T.T., K. Mikecz, and T.A. Rauch, Epigenetics in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. BMC medicine, 2014. 12(1): p. 1-5.
2. Tuấn, T.N., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình điều trị của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2021. 504(2): p. 246-252.

3. **Mulumba, C., et al.**, Prevalence and associated factors of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis at the university hospital of Kinshasa. BMC Rheumatol, 2019. 3; p. 37.
4. **Dũng, H.T.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ CRP TNF- α huyết thanh và biến đổi một số chỉ số hình thái, chức năng tim ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. 2019, Học viện Quân Y: Hà Nội.
5. **Hiên, N.T.**, Nghiên cứu nồng độ vitamin D3(25-OH), Interleukin-6 huyết thanh và mối liên quan đến mức độ hoạt động bệnh của bệnh viêm khớp dạng thấp. 2021, Trường Đại Học Y Hà Nội: Hà Nội.

KHẢO SÁT SỰ PHÂN BỐ CÁC DÒNG VI KHUẨN LAO (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS) Ở TỈNH ĐỒNG THÁP BẰNG CÔNG NGHỆ GIẢI TRÌNH TỰ THỂ HỆ MỚI

Trần Ngọc Dung¹, Dương Thị Loan¹, Đinh Thị Hương Trúc¹,
Dương Thế Long¹ và Đỗ Tấn Khang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lao hiện nay vẫn còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm. Vùng Đồng bằng sông Cửu Long, tần suất mắc bệnh lao mới và lao kháng thuốc của một số tỉnh vẫn chưa giảm nhiều, tạo nên gánh nặng bệnh tật, ảnh hưởng nghiêm trọng đến kinh tế, xã hội của vùng. Nhằm hỗ trợ cho chiến lược giảm thiểu bệnh lao một cách bền vững, các nghiên cứu dịch tễ học phân tử vi khuẩn lao cần được thực hiện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ và đặc điểm phân bố của các dòng vi khuẩn lao mới lưu hành tại Đồng Tháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thu thập mẫu các chủng vi khuẩn lao từ mẫu đàm sau nuôi cấy dương tính ở bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh lao các thể, tại các tổ chức lao thuộc huyện, thị xã, thành phố và bệnh viện lao tỉnh Đồng Tháp. Các chủng vi khuẩn lao được ly trích DNA và thực hiện kỹ thuật giải trình tự bộ gen vi khuẩn lao bằng công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới (NGS: New generation sequencing). Phân tích dữ liệu gen có được bằng các phần mềm tin sinh học. **Kết quả:** Trong 195 mẫu chủng vi khuẩn lao phân tích được, Tỉ lệ dòng Beijing chiếm 46,1%, dòng EAI chiếm 47,2% và dòng T/H chiếm 6,7%. Các dưới dòng vi khuẩn lao được phát hiện, dòng Beijing có dưới dòng Beijing-RD181 chiếm cao nhất (67,8%), dòng EAI có dưới dòng EAI4-VNM chiếm cao nhất (76%) và dòng T/H có dưới dòng T/H chiếm 38,5% và dưới dòng T1/T2/T3/T5 chiếm 30,8%. Các dưới dòng khác chiếm tỷ lệ thấp. Dòng Beijing phổ biến ở nhóm bệnh nhân lao kháng thuốc (85,2%), nhóm bệnh nhân lao cộng đồng (55,2%) và lao tái phát (72,7%), lại thuộc dòng EAI là chủ yếu. Nhóm bệnh nhân mắc lao nặng tại bệnh viện, chủng vi khuẩn lao phân bố đều ở cả 3 dòng: Beijing (46,3%), EAI (41,5%) và T/H (12,2%).

Kết luận: Các chủng vi khuẩn lao mới của tỉnh Đồng Tháp thuộc dòng Beijing và EAI chiếm ưu thế.

Từ khóa: vi khuẩn lao, Đồng Tháp, giải trình tự thế hệ mới, NGS

SUMMARY

LINEAGES DISTRIBUTION OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IN DONG THAP PROVINCE BY USING NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) TECHNOLOGY

Background: Tuberculosis is still a major public health concern today. In the Mekong Delta River, the Incidence of new TB and drug-resistant TB in some province, like Dong Thap, has not decreased much, creating a burden of disease, seriously affecting the region's socio-economics. To support a strategy for sustainable TB reduction, molecular epidemiological studies of TB bacteria should be performed.

Objectives: To determine the distributing proportion and genetic characteristics of Mycobacterium tuberculosis lineages in Dong Thap province.

Materials and methods: The Mycobacterium tuberculosis samples collected from patients was diagnosed with all kinds of tuberculosis at the tuberculosis group in district, town, city and hospital of Dong Thap province. The collected samples were isolated and bacterial DNA was extracted, whole genome sequenced and data were analysed using bioinformatic tools. **Results:** Among 195 samples of tuberculosis strains analyzed, the rate of Beijing strain accounted for 46.1%, EAI strain accounted for 47.2% and T/H strain accounted for 6.7%. Among the tuberculosis strains detected, in Beijing lineage, the sub-strain Beijing-RD181 accounted for the highest (67.8%). In EAI lineage, the substrain EAI4-VNM accounted for the highest (76%) and in the T/H lineage, the substrain T/H accounted for 38.5% and T1/T2/T3/T5 accounted for 30.8%. The other substrains account for a low percentage. The Beijing strain was common among patients with drug-resistant TB (85.4%). The community-based TB patients (55.2%) and recurrent TB (72.7%) belonged to the EAI lineage mainly. In the group of patients with severe TB at the hospital, TB strains were evenly distributed in all 3 strains: Beijing (46.3%), EAI

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Viện Công nghệ Sinh học và Thực phẩm, Trường Đại học Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Dung

Email: tranngocdung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023