

TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Cao Đình Hưng^{1,2,✉}, Lê Thị Cẩm Xuyên¹
Huỳnh Lý Vân Anh¹, Nguyễn Đình Thông²

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Viêm khớp dạng thấp là bệnh tự miễn mạn tính có liên quan chặt chẽ đến các rối loạn chuyển hóa và tăng nguy cơ tim mạch. Hội chứng chuyển hóa thường gặp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và có thể ảnh hưởng đến mức độ hoạt động bệnh cũng như đáp ứng điều trị. Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 152 bệnh nhân VKDT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 đang theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (05/2025 – 09/2025) cho thấy tỷ lệ mắc HCCH theo tiêu chuẩn JC 2009 là 26,3%. Nhóm bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa có xu hướng biểu hiện hoạt động bệnh và chỉ dấu viêm cao hơn so với nhóm không mắc, tuy nhiên sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê. Hội chứng chuyển hóa là vấn đề cần được quan tâm ở bệnh nhân VKDT do không chỉ làm gia tăng gánh nặng bệnh lý tim mạch mà còn có thể tác động tới diễn tiến và đáp ứng điều trị.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, viêm khớp dạng thấp, giai đoạn bệnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh lý tự miễn mạn tính đặc trưng bởi tình trạng viêm kéo dài của màng hoạt dịch, dẫn đến tổn thương khớp, biến dạng và giảm chức năng vận động. Ngoài những hậu quả tại khớp, viêm khớp dạng thấp còn được xem là một bệnh toàn thân, với nhiều biểu hiện ngoài khớp và biến chứng tim mạch nghiêm trọng. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận rằng các yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc biệt là hội chứng chuyển hóa (HCCH), có tần suất cao ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và có thể ảnh hưởng đến diễn tiến cũng như tiên lượng bệnh.¹ Tại Việt Nam, tác giả Đào Hùng Hạnh nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân nữ viêm khớp dạng thấp ghi nhận

tỷ lệ hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn JC 2009 là 32,4%.²

Ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tình trạng viêm mạn tính cùng với việc sử dụng glucocorticoid và giảm hoạt động thể lực có thể làm tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng chuyển hóa. Mối liên quan giữa viêm khớp dạng thấp và hội chứng chuyển hóa không chỉ mang ý nghĩa về mặt tim mạch mà còn có thể ảnh hưởng đến mức độ hoạt động bệnh, mức độ đáp ứng điều trị và chất lượng cuộc sống của người bệnh.³

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu đánh giá tác động của hội chứng chuyển hóa lên mức độ hoạt động bệnh và đáp ứng điều trị. Việc xác định tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa và phân tích mối liên quan này sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có cái nhìn toàn diện hơn trong quá trình theo dõi, điều trị và quản lý bệnh nhân

Tác giả liên hệ: Cao Đình Hưng

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận: 05/01/2026

Ngày được chấp nhận: 05/02/2026

viêm khớp dạng thấp, hướng tới chiến lược điều trị toàn diện hơn, không chỉ kiểm soát viêm khớp mà còn dự phòng biến chứng chuyển hóa và tim mạch. Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm:

1) Xác định tỷ lệ và đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang điều trị;

2) Xác định tác động của hội chứng chuyển hóa lên giai đoạn bệnh và điều trị ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc có tiền căn được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn phân loại của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn Thấp khớp học châu Âu (ACR/EULAR) 2010.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang mắc bệnh cấp tính: nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, suy gan cấp, suy thận cấp, đột quy hoặc có tình trạng nhiễm trùng cấp tính.

- Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có kết hợp các bệnh lí khớp viêm khác: viêm khớp vẩy nến, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp nhiễm trùng, lao khớp, chấn thương khớp, lupus đỏ hệ thống.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Phòng khám Khớp Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 5/2025 - 09/2025.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu để xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó:

+ n: là cỡ mẫu tối thiểu.

+ p = 0,365 là tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn JC 2009 ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp theo nghiên cứu của tác giả Prasanta Kumar Bhattacharya.⁵ Vì dân số Ấn Độ thuộc Châu Á nên tương đồng trong lựa chọn tiêu chuẩn chọn mẫu như vòng eo để xác định hội chứng chuyển hoá và cùng sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo ACR/EULAR 2010.

+ $\alpha = 0,05$ là mức ý nghĩa.

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với hệ số tin cậy 95%.

+ d = 0,05 là sai số tuyệt đối cho phép.

Do đó cỡ mẫu tối thiểu dự kiến là 140 bệnh nhân. Trên thực tế, nghiên cứu tuyển chọn được 152 đối tượng đáp ứng các tiêu chuẩn.

Định nghĩa các biến số nghiên cứu:

Thời gian cứng khớp buổi sáng: Là khoảng thời gian từ khi bệnh nhân cảm thấy cứng, khó cử động ở một hoặc nhiều khớp sau khi thức dậy cho đến khi triệu chứng này hết. Thông tin được xác nhận qua phỏng vấn bệnh nhân.

Số khớp sưng (SKS) và số khớp đau (SKĐ): Là tổng số khớp sưng, đau trong phạm vi 28 khớp được đánh giá theo thang điểm hoạt động bệnh (Disease Activity Score) của Hiệp hội Quốc gia về Viêm khớp dạng thấp.⁶

Đánh giá của bệnh nhân về hoạt động bệnh (PtGA): Là đánh giá chủ quan của bệnh nhân về mức độ hoạt động bệnh dựa trên thang đo VAS (Visual Analog Scale) từ 0 đến 10, trong đó 0 là không đau và 10 là đau nhiều nhất.⁷

Thang điểm DAS28-máu lắng: Được tính theo công thức:

$$\text{DAS28- máu lắng} = 0,56 \times \sqrt{\text{SKĐ}} + 0,28 \times \sqrt{\text{SKS}} + 0,7 \times \ln(\text{VS}) + 0,014 \times \text{PtGA}.$$

Hội chứng chuyển hóa: được xác định theo tiêu chuẩn JC 2009 khi bệnh nhân có $\geq 3/5$ tiêu chí sau: béo phì (vòng bụng nam ≥ 90 cm, nữ ≥ 80 cm), huyết áp $\geq 130/85$ mmHg hoặc đang điều trị hạ áp, triglyceride ≥ 150 mg/dL hoặc đang điều trị, HDL-C thấp (nam < 40 mg/dL, nữ < 50 mg/dL) hoặc đang điều trị, và đường huyết đói ≥ 100 mg/dL hoặc đang điều trị hạ đường huyết.⁹

Nội dung nghiên cứu

Bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang được theo dõi và điều trị tại Phòng khám Khớp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ tiến hành trực tiếp hỏi bệnh sử, tiền căn, đo cân nặng, chiều cao, vòng eo, huyết áp, thăm khám triệu chứng liên quan SKS, SKĐ, PtGA, thời gian cứng khớp buổi sáng và dữ liệu về thông số xét nghiệm, điều trị được truy xuất từ hồ sơ, phần mềm quản lý

điện tử tại bệnh viện.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS. Các biến số định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ, biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn; biến có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị [Q1, Q3]. Các kiểm định thống kê được áp dụng phù hợp với từng loại biến. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của hội đồng đạo đức số 1211/NTP-HĐĐĐ ngày 16 tháng 05 năm 2025 trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	59,0 ± 11,0	
< 45	17	11,2%
45 - 60	54	35,5%
≥ 60	81	53,3%
Giới tính		
Nam	39	25,7%
Nữ	113	74,3%
BMI (kg/m ²)	23,4 ± 3,0	
< 18,5	2	1,3%
18,5 - 22,9	74	48,7%
23 - 24,9	40	26,3%
≥ 25	36	23,7%

Đặc điểm	Bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ (%)
Vòng eo (cm)	75,7 ± 8,6	
Vòng eo tăng	29	19,1%
Vòng eo bình thường	123	80,9%
Tăng huyết áp	59	38,8%
Đái tháo đường	20	13,2%
Rối loạn lipid máu	78	51,3%
Thời gian mắc bệnh (năm)	8 [8 - 9]	
< 5 năm	42	27,6%
5 - 9 năm	83	54,6%
≥ 10 năm	27	17,8%

N, TB ± ĐLC, TV [TPV]

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đang điều trị tại bệnh viện là $59,0 \pm 11,0$ tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3%). Nữ giới chiếm đa số với 74,3%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của viêm khớp dạng thấp. Chỉ số khối cơ thể trung bình là $23,4 \pm 3,0$ kg/m², cho thấy phần lớn bệnh nhân ở mức thừa cân; trong đó 50,0% bệnh nhân có BMI ≥ 23 kg/m². Vòng eo trung bình là $75,7 \pm 8,6$, tuy nhiên chỉ có 19,1% bệnh nhân có vòng eo tăng, cho thấy béo bụng chưa phải là đặc điểm phổ biến trong quần thể nghiên cứu.

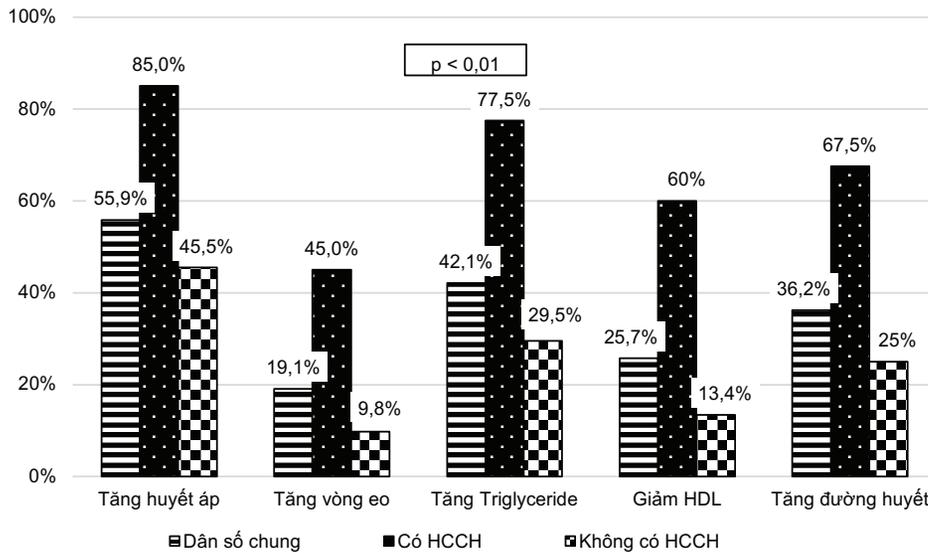
Về bệnh lý đi kèm, rối loạn lipid máu là tình trạng thường gặp nhất (51,3%), tiếp theo là tăng

huyết áp (38,8%) và đái tháo đường (13,2%), phản ánh gánh nặng các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Thời gian mắc bệnh trung vị là 8 [8 - 9] năm, với đa số bệnh nhân có thời gian mắc viêm khớp dạng thấp từ 5 - 9 năm (54,6%), cho thấy quần thể nghiên cứu chủ yếu là các trường hợp viêm khớp dạng thấp mạn tính đang được theo dõi và điều trị lâu dài.

2. Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa trong dân số nghiên cứu

Trong 152 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tham gia nghiên cứu có 40 bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ 26,3%.

Phân bố các thành phần HCCH trong dân số nghiên cứu

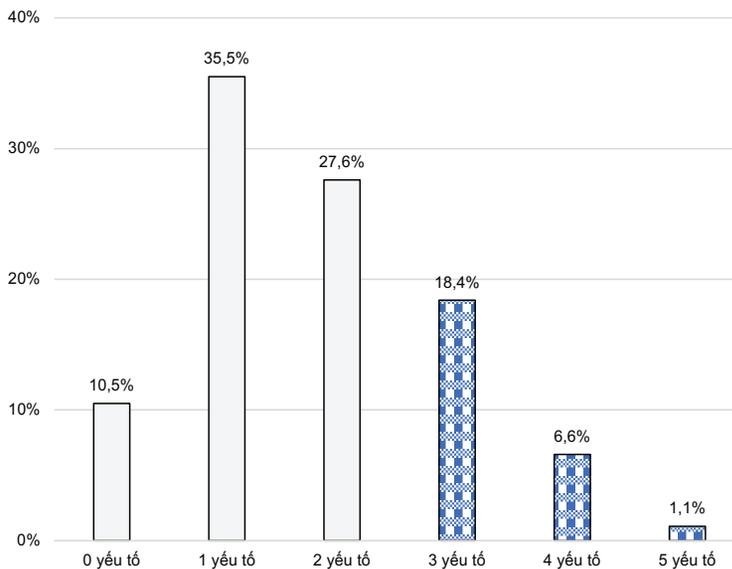


Biểu đồ 1. Phân bố các tiêu chí chẩn đoán hội chứng chuyển hóa trong dân số nghiên cứu

Trên nhóm bệnh nhân được khảo sát, tiêu chí thường gặp nhất là THA (55,9%), tiếp đến là tăng triglyceride (38,8%), tăng đường huyết (36,2%), giảm HDL (25%) và tăng vòng eo (19,1%). Ở nhóm bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, tỷ lệ của tất cả các bệnh lý đều cao hơn đáng kể so với nhóm không mắc hội chứng chuyển hóa ($p <$

0,01). Đáng chú ý nhất là tình trạng THA và tăng triglyceride chiếm trên 70% số bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa. Tiếp theo là tình trạng giảm HDL-C và tăng đường huyết đều có tỷ lệ trên 50%. Trong khi đó, nhóm không mắc hội chứng chuyển hóa chủ yếu ghi nhận tỷ lệ các rối loạn chuyển hóa từ 10,8 - 44,1%.

Phân bố tiêu chí chẩn đoán HCCH trên dân số nghiên cứu



Biểu đồ 2. Phân bố thành phần hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Phân tích theo từng tiêu chí của hội chứng chuyển hóa cho thấy nhóm bệnh nhân có 1 yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất (35,5%), tiếp theo là nhóm có 2 yếu tố (27,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có từ ≥ 3 yếu tố chiếm 26,1% dân số nghiên cứu. Trong nhóm này, đa số bệnh nhân

có 3 yếu tố (18,4%), trong khi tỷ lệ có 4 và 5 yếu tố lần lượt là 6,6% và 1,1%. Chỉ có 10,5% bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ nào của hội chứng chuyển hóa.

2. Tác động của hội chứng chuyển hóa lên diễn tiến và điều trị viêm khớp dạng thấp

Bảng 2. Tác động của hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Đặc điểm	Có HCCH (n1 = 40)	Không có HCCH (n2 = 112)	p
Đặc điểm cận lâm sàng			
Máu lắng 1 giờ (mm/giờ)	23,5 [19 - 25,3]	21,6 [21,6 - 28,5]	> 0,05**
CRP (mg/dL)	4,6 [2,1 - 7,9]	3,4 [3,7 - 6,2]	> 0,05**
RF			
Âm tính	5 (12,5)	14 (12,5)	
Dương tính thấp	22 (55)	61 (54,5)	> 0,05 ⁺
Dương tính mạnh	13 (32,5)	37 (33)	
Anti-CCP			
Âm tính	6 (15)	12 (10,7)	
Dương tính thấp	24 (60)	79 (70,5)	> 0,05 ⁺
Dương tính mạnh	10 (25)	21 (18,8)	
Đặc điểm mức độ bệnh			
Thời gian cứng khớp (phút)	5 [5 - 10]	5 [5 - 10]	> 0,05**
PtGA	4 [4 - 5]	4 [4 - 5]	> 0,05**
Số khớp sưng	2 [2 - 4]	2 [2 - 4]	> 0,05**
Số khớp đau	4 [4 - 6]	4 [4 - 6]	> 0,05**
Điểm DAS28 - máu lắng	3,7 [3,5 - 4,1]	3,6 [3,4 - 3,8]	> 0,05**
Đặc điểm điều trị viêm khớp dạng thấp			
Điều trị corticosteroid	29 (72,5)	76 (67,9)	> 0,05 ⁺
Liều (mg/ngày)	2 [2 - 4]	1 [1 - 2]	> 0,05**
Thời gian điều trị (năm)	8 [8 - 9]	7 [8 - 9]	0,01**
Điều trị methotrexate	30 (75)	91 (81,3)	> 0,05 ⁺
Liều (mg/ngày)	12,5 [12,5 - 15]	15 [15 - 17,5]	> 0,05**
Thời gian điều trị (năm)	8 [8 - 9]	6 [5 - 8]	0,01**

Đặc điểm	Có HCCH (n1 = 40)	Không có HCCH (n2 = 112)	p
Điều trị HCQ	13 (32,5)	33 (29,5)	> 0,05 [†]
Thời gian điều trị (năm)	7,5 [4-8]	6,5 [4 - 8]	> 0,05**
Điều trị Sulfasalazin	1 (2,5)	14 (12,5)	> 0,05 [†]
Thời gian điều trị (năm)	1	3 [1 - 8]	> 0,05**
Điều trị Leflunomide	0	0	-
Điều trị DMARDs sinh học (Tocilizumab)	0	7 (6,3)	> 0,05 [†]
Thời gian điều trị (năm)	0	5 [3 - 11]	> 0,05**

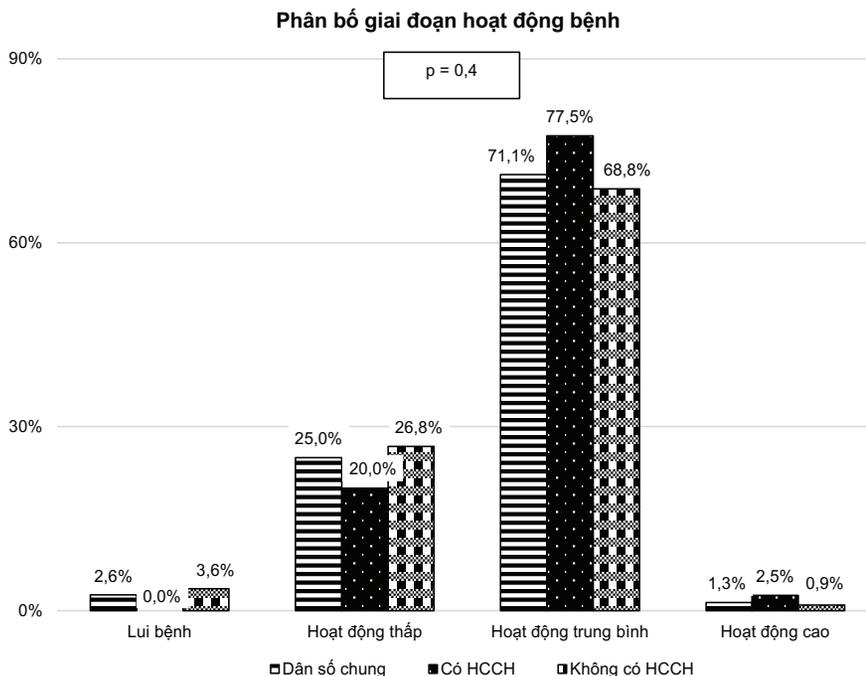
n(%), TB ± ĐLC, TV [TPV]

* Phép kiểm T, ** Phép kiểm Mann-Whitney

[†] Phép kiểm chính xác Fisher, [†] Phép kiểm Chi bình phương

Chúng tôi nhận thấy nhóm viêm khớp dạng thấp có hội chứng chuyển hóa có xu hướng biểu hiện tình trạng viêm cao hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa, biểu hiện bằng sự gia tăng tốc độ lắng máu, nồng độ CRP và tỷ lệ dương tính mạnh anti-CCP, dù sự khác biệt không có

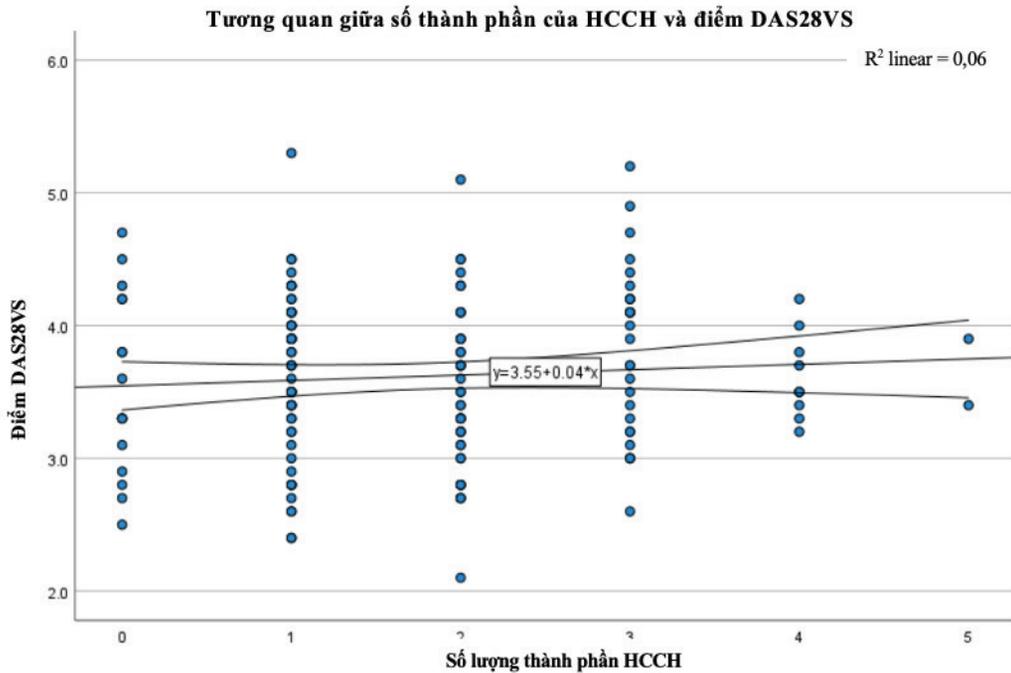
ý nghĩa thống kê. Điểm DAS28-máu lắng trên nhóm có hội chứng chuyển hóa cũng cho thấy xu hướng cao hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa dù chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt về mặt điều trị giữa nhóm có và không có hội chứng chuyển hóa.



Biểu đồ 3. So sánh giai đoạn hoạt động bệnh trên nhóm bệnh nhân có và không có hội chứng chuyển hóa

Mức độ hoạt động bệnh theo DAS28-máu lắng khá tương đồng giữa bệnh nhân có và không có hội chứng chuyển hóa, trong đó phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn hoạt động trung bình (71,1%), trong khi giai đoạn lui bệnh (2,6%), hoạt động thấp (25%)

và hoạt động cao (1,3%) chiếm tỷ lệ thấp hơn đáng kể. Tuy nhiên, nhóm có hội chứng chuyển hóa có tỷ lệ hoạt động trung bình và hoạt động cao cao hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa, dù chưa đạt mức ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 4. Tương quan giữa điểm DAS28- máu lắng và số lượng thành phần hội chứng chuyển hóa

Chúng tôi không ghi nhận mối tương quan giữa số lượng thành phần hội chứng chuyển hóa và điểm DAS28- máu lắng với hệ số tương quan là 0,06 với $p = 0,4$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa trên nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có hội chứng chuyển hóa là 26,3%. Kết quả này nhìn chung thấp hơn so với một số báo cáo trước đây. Cụ thể, nghiên cứu của Đào Hùng Hạnh trên nhóm bệnh nhân nữ viêm khớp dạng thấp ghi nhận tỷ lệ hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn JC

2009 là 32,4%.² Còn trong nghiên cứu của tác giả Prasanta Kumar Bhattacharya tại Ấn Độ ghi nhận tỷ lệ hội chứng chuyển hóa lên đến 36,5% ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu không đồng nhất, bao gồm sự khác nhau về lối sống, thói quen ăn uống, chiến lược điều trị cũng như thời gian mắc bệnh. Mặc dù vậy, kết quả ở nghiên cứu này vẫn cho thấy tỷ lệ hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cao hơn đáng kể so với dân số chung tại Việt Nam, vốn chỉ khoảng 16%, qua đó phản ánh xu hướng gia tăng đáng kể gánh nặng các rối loạn chuyển hóa ở nhóm bệnh nhân này.¹⁰

Về mặt bệnh sinh, hội chứng chuyển hóa được xem là hệ quả của tình trạng hoạt hóa miễn dịch mạn tính ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Quá trình viêm kéo dài không chỉ gây tổn thương khớp mà còn dẫn đến rối loạn chuyển hóa glucose, lipid, protid và điều hòa huyết áp, từ đó thúc đẩy tình trạng đề kháng insulin và béo phì trung tâm. Đồng thời, tình trạng viêm kéo dài còn góp phần gây mất khối cơ, tái phân bố mỡ và rối loạn lipid máu, làm tăng nguy cơ tăng huyết áp và đẩy nhanh sự hình thành hoặc làm nặng thêm các thành phần cốt lõi của hội chứng chuyển hóa. Ngoài ra, bệnh nhân viêm khớp dạng thấp còn có hiện tượng lipid paradox, đặc trưng bởi nồng độ LDL-cholesterol thấp nhưng nguy cơ tim mạch vẫn cao, cho thấy rối loạn chuyển hóa trong viêm khớp dạng thấp mang tính đặc thù và có liên quan chặt chẽ đến hoạt động viêm hệ thống.¹¹

Tác động của hội chứng chuyển hóa lên nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có hội chứng chuyển hóa có xu hướng biểu hiện tình trạng viêm hoạt động cao hơn so với nhóm không có hội chứng chuyển hóa. Thể hiện qua sự gia tăng tốc độ lắng máu, nồng độ CRP, tỷ lệ dương tính mạnh với anti-CCP cao hơn so với nhóm không có hội chứng chuyển hóa. Bên cạnh đó, nhóm có hội chứng chuyển hóa ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn hoạt động trung bình và hoạt động cao nhiều hơn, dù vậy những kết quả này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Krzysztof Grzechnik trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Hà Lan, cho thấy nhóm có hội chứng chuyển hóa có mức độ hoạt động bệnh cao hơn đáng kể trên các chỉ số DAS28, SDAI và CDAI, cùng với số khớp đau, khớp sưng, tốc độ lắng máu, CRP và thông số siêu âm (GSUS, PDUS) đều tăng cao có ý nghĩa thống kê.¹²

Mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp có thể được giải thích bởi sự tương tác hai chiều giữa quá trình viêm mạn tính và rối loạn chuyển hóa. Ở bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, mô mỡ nội tạng đóng vai trò như một cơ quan nội tiết, tiết ra các adipokine (leptin, resistin, visfatin) và cytokine tiền viêm, góp phần duy trì phản ứng viêm mạn tính và hoạt hóa tế bào miễn dịch trong viêm khớp dạng thấp.¹³ Tương tác bệnh lý này khiến tình trạng viêm khớp trở nên khó kiểm soát hơn và có thể làm giảm hiệu quả điều trị, đặc biệt ở những bệnh nhân có nhiều yếu tố chuyển hóa đi kèm.

Về điều trị, không có sự khác biệt rõ giữa nhóm có và không có hội chứng chuyển hóa, cho thấy các đặc điểm chuyển hóa không phải là yếu tố quyết định trong lựa chọn điều trị viêm khớp dạng thấp. Dù vậy, dường như nhóm có hội chứng chuyển hóa có thời gian sử dụng methotrexate và HCQ dài hơn nhóm không có hội chứng chuyển hóa. Các nghiên cứu cho thấy, việc sử dụng corticosteroid lâu dài làm gia tăng tình trạng đề kháng insulin, rối loạn lipid, tích tụ mỡ nội tạng - tất cả đều là cơ chế góp phần hình thành hội chứng chuyển hóa. Ngược lại, methotrexate và HCQ được cho là có lợi hơn đối với chuyển hóa nhờ giảm viêm hệ thống và cải thiện chức năng nội mô.¹⁴ Kết quả này có thể góp phần giải thích tỷ lệ rối loạn chuyển hóa được ghi nhận khá thấp trên nhóm nghiên cứu hiện tại. Khuyến cáo của EULAR 2023 nhấn mạnh rằng việc bắt đầu DMARD sớm, tối ưu hóa liều, đánh giá thường xuyên và chuyển sang liệu pháp khác nếu không đáp ứng là nền tảng trong điều trị viêm khớp dạng thấp.¹⁵

HẠN CHẾ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này còn tồn tại một số hạn chế. Trước hết, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ làm giảm sức mạnh thống kê của các kết quả khảo sát. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa đánh giá

được tác động của hội chứng chuyển hóa lên đáp ứng điều trị cũng như vai trò của việc kiểm soát cân nặng đối với mức độ hoạt động bệnh. Vì vậy, các nghiên cứu tiến cứu với quy mô lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và tích hợp thêm các chỉ số lâm sàng - chuyển hóa chuyên sâu là cần thiết để làm rõ hơn tác động của hội chứng chuyển hóa lên diễn tiến của viêm khớp dạng thấp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa ở nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp trong nghiên cứu là 26,3%. Nhóm bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa có xu hướng biểu hiện hoạt động bệnh và chỉ dấu viêm cao hơn so với nhóm không mắc, mặc dù sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này phần nào gợi ý sự cần thiết của việc tầm soát hội chứng chuyển hóa định kỳ và quản lý đồng thời các yếu tố chuyển hoá nhằm tối ưu kết cục điều trị cho bệnh viêm khớp dạng thấp.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Bệnh viện Nguyễn Tri Phương đã hỗ trợ trong thời gian nghiên cứu này được tiến hành. Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jafari M, Patel K, Mahapatro A, et al. Global prevalence of metabolic syndrome in patients with Rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Rheumatol*. Oct 10 2025; 9(1): 116. doi:10.1186/s41927-025-00572-1.
2. Đào Hùng Hạnh, Đỗ Quỳnh Trang, Sakamoto J. Increased frequency of metabolic syndrome among Vietnamese women with early rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. 2010; 12(6)R218. doi:10.1186/ar3203.

3. Barry S, Sheng E, Baker JF. Metabolic Consequences of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Oct 2025; 77(10): 1167-1174. doi:10.1002/acr.25537.

4. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology (Oxford)*. Dec 2012; 51 Suppl 6:vi5-9. doi:10.1093/rheumatology/kes279.

5. Bhattacharya PK, Barman B, Jamil M, Bora K. Metabolic Syndrome and Atherogenic Indices in Rheumatoid Arthritis and their Relationship with Disease Activity: A Hospital-based Study from Northeast India. *J Transl Int Med*. Jun 2020; 8(2): 99-105. doi:10.2478/jtim-2020-0015.

6. Johnson TM, Michaud K, England BR. Measures of Rheumatoid Arthritis Disease Activity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Oct 2020; 72 Suppl 10(Suppl 10): 4-26. doi:10.1002/acr.24336.

7. Faiz KW. [VAS--visual analog scale]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Feb 11 2014; 134(3): 323. VAS--visuell analog skala. doi:10.4045/tidsskr.13.1145.

8. Anderson JK, Zimmerman L, Caplan L, Michaud K. Measures of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. Nov 2011; 63 Suppl 11: S14-36. doi:10.1002/acr.20621.

9. Kassi E, Pervanidou P, Kaltsas G, Chrousos G. Metabolic syndrome: definitions and controversies. *BMC Med*. May 5 2011;9:48. doi:10.1186/1741-7015-9-48

10. Đặng Kim Anh, Lê Thi Hương, Nguyễn Thu Giang và cộng sự. Prevalence of metabolic syndrome and its related factors among Vietnamese people: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. Apr 2022; 16(4): 102477. doi:10.1016/j.dsx.2022.102477.

11. Zhou Y, Gao J. Association between

metabolic score for insulin resistance and cardiovascular disease mortality in patients with rheumatoid arthritis: evidence from the NHANES 1999-2018. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2024; 15: 1444800. doi:10.3389/fendo.2024.1444800.

12. Grzechnik K, Targońska-Stępnia B. Metabolic Syndrome and Rheumatoid Arthritis Activity: An Analysis of Clinical, Laboratory, and Ultrasound Parameters. *Nutrients*. Nov 12 2023; 15(22). doi:10.3390/nu15224756.

13. Burli A, Dave M. Clinical & Demographic Profile and Prevalence of Metabolic Syndrome Among Patients with Rheumatoid Arthritis and its Correlation with Disease Activity. *The Journal of the Association of Physicians of India*. 04/01

2022; 70:11-12.

14. Xie W, Yang X, Ji L, Zhang Z. Incident diabetes associated with hydroxychloroquine, methotrexate, biologics and glucocorticoids in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. Aug 2020; 50(4): 598-607. doi:10.1016/j.semarthrit.2020.04.005.

15. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2023; 82(1): 3. doi:10.1136/ard-2022-223356.

Summary

THE IMPACT OF METABOLIC SYNDROME ON DISEASE ACTIVITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease closely associated with metabolic disorders and an increased risk of cardiovascular disease. Metabolic syndrome (MetS) is commonly observed in RA patients and may influence both disease activity and treatment response. A descriptive cross-sectional study was conducted on 152 RA patients diagnosed according to the 2010 ACR/EULAR criteria who were being followed and treated at Nguyen Tri Phuong Hospital between May and September 2025. The prevalence of MetS, based on the JC 2009 criteria, was found to be 26.3%. Patients with metabolic syndrome showed higher disease activity and inflammatory markers compared to those without the syndrome; however, these differences did not reach statistical significance. Metabolic syndrome is an important issue in RA patients, as it not only increases the burden of cardiovascular diseases but may also affect disease progression and treatment outcomes.

Keywords: Rheumatoid arthritis, metabolic syndrome, disease stage.