ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CHẨN ĐOÁN Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP CHƯA ĐIỀU TRỊ DMARDs NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Ngọc Bích[1,2]✉, Nguyễn Thị Ngọc Lan[1], Trịnh Thị Mỹ Định[1]
Đỗ Thị Huyền Trang[3], Lê Trần Ngoan[4], Trần Thị Thanh Tâm[5]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Bạch Mai
[3]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[4]Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec
[5]Trường Đại học Khoa học và Công nghệ Hà Nội

Chẩn đoán sớm viêm khớp dạng thấp trước khi điều trị thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARDs) có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng và hiệu quả điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả trên 97 người bệnh viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, chưa điều trị DMARDs, nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025. Tuổi trung bình của người bệnh là 54,2 ± 13,2 (tuổi); nhóm tuổi 40 - 60 chiếm 49,5%, với tỷ lệ nữ/nam là 2,3/1. Tất cả người bệnh đều có biểu hiện đau và sưng khớp; trung vị số khớp đau là 6 (IQR: 2 - 12) và số khớp sưng là 12 (IQR: 6 - 18). Tỷ lệ RF và anti-CCP dương tính lần lượt là 91,8% và 83,5%. Nồng độ CRP trung bình đạt 29,5 ± 42,4 mg/L; 51,5% người bệnh có mức độ hoạt động bệnh cao theo DAS28-CRP. Thời gian chẩn đoán có trung vị 8 tháng và liên quan đến chỉ số khối cơ thể, trong đó người bệnh thừa cân có thời gian chẩn đoán dài hơn.

Từ khoá: Viêm khớp dạng thấp, chưa điều trị DMARDs, thời gian chẩn đoán.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp viêm hệ thống thường gặp nhất. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm khớp dai dẳng dẫn tới phá hủy khớp, hạn chế vận động và biến chứng toàn thân. Tiến triển của bệnh dẫn tới mất chức năng vận động, giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ biến cố và tử vong.[1] Tỷ lệ viêm khớp dạng thấp là 0,5% - 1% dân số và thay đổi theo vùng.[2] Tỷ lệ viêm khớp dạng thấp nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh Viện Bạch Mai năm 2021, là 20,4% trong các bệnh khớp, chủ yếu là ở nữ giới, trung niên.[3] Chẩn đoán sớm viêm khớp dạng thấp ở giai đoạn sớm trước khi điều trị thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARDs), có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá mức độ hoạt động bệnh do triệu chứng ở giai đoạn này chưa bị ảnh hưởng nhiều từ thuốc điều trị nên sẽ phản ánh trung thực tình trạng bệnh. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về viêm khớp dạng thấp, tuy nhiên dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh chưa được điều trị bằng DMARDs còn hạn chế, đặc biệt tại các

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Bích
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: nguyenngocbichnt36bm@gmail.com
Ngày nhận: 28/01/2026
Ngày được chấp nhận: 23/02/2026

bệnh viện tuyến cuối về cơ xương khớp như bệnh viện Bạch Mai và bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh viêm khớp dạng thấp đa dạng và phức tạp từ khắp các vùng miền trong cả nước. Việc thu thập dữ liệu và phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm khớp dạng thấp chưa điều trị DMARDs sẽ góp phần đưa ra một góc nhìn đầy đủ hơn về tình trạng bệnh, giúp định hướng cho chẩn đoán sớm, đánh giá mức độ hoạt động và đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu là:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm khớp dạng thấp chưa điều trị DMARDs.

- Mô tả một số yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán của nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả người bệnh viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán lần đầu theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, chưa điều trị thuốc DMARDs tại Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có thai và cho con bú.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ và tuyển chọn được 97 người bệnh tham gia nghiên cứu.

Việc thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đặc điểm nhân trắc học, đặc điểm về lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán.

Các biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm nhân trắc học: tuổi, giới, khu vực sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI).

- Chẩn đoán muộn được định nghĩa là từ khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng của viêm khớp dạng thấp (có thể sưng, đau khớp) cho đến khi được điều theo phác đồ là trên 12 tháng dựa vào khai thác bệnh sử và hồ sơ y tế trước đó.[4]

- Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh, số khớp đau và khớp sưng, mức độ đau theo thang điểm VAS, thời gian cứng khớp buổi sáng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, máu lắng 1h và 2h, CRP hs định lượng, yếu tố dạng thấp (RF), anti CCP.

- Phân loại mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm SDAI, CDAI, DAS 28-CRP, DAS 28-ESR

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm R v.4.2.1 và Excel. Các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả với giá trị trung bình và độ lệch chuẩn và tỷ lệ phần trăm. Dữ liệu được phân tích theo từng biến độc lập, không hiệu chỉnh đa biến. Kiểm *định* Mann-Whitney U *được* sử dụng *để* so sánh hai nhóm *độc* lập, và kiểm *định* Kruskal-Wallis *được áp* dụng *để* so sánh từ ba nhóm *độc* lập trở lên.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai phê duyệt (3735BM-HĐĐĐ, ngày 22/07/2024). Tất cả đối tượng nghiên cứu đều ký đồng thuận tham gia trước khi tiến hành nghiên cứu. Thông tin người bệnh được mã hóa và giữ bí mật. Kết quả hoàn toàn phục vụ cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

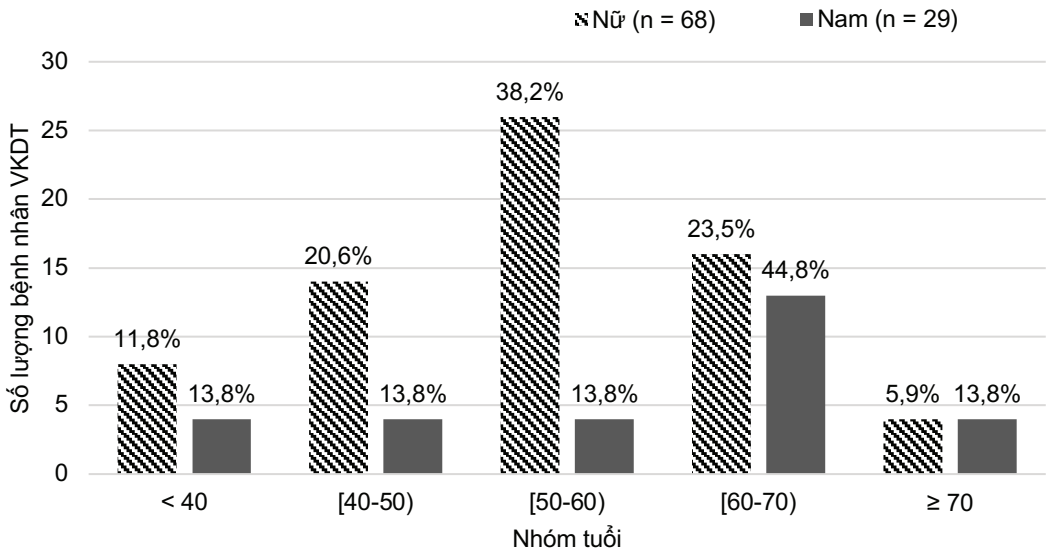
Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của các đối tượng nghiên cứu (n = 97)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (Min - Max)*	54, 2 ± 13,2 (19 - 86)	
	< 40 tuổi	12	12,4
	40 - <50 tuổi	18	18,6
	50 - <60 tuổi	30	30,9
	60 - <70 tuổi	29	29,9
	≥ 70 tuổi	8	8,2
Giới	Nam	29	29,9
	Nữ	68	70,1
Phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI)	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)*	21,2 ± 2,6	
	Gầy	13	13,4
	Bình thường	80	82,5
	Thừa cân	4	4,1
Khu vực sống	Thành thị	39	40,2
	Nông thôn/Miền núi	58	59,8
Trình độ văn hóa	< THPT	62	63,9
	≥ THPT	35	36,1
Nghề nghiệp	Nông dân	21	21,7
	Công nhân	17	17,5
	Nhân viên văn phòng	7	7,2
	Lao động tự do	36	37,1
	Hưu trí	14	14,4
	Khác	2	2,1

**Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình ($\bar{X}$) ± độ lệch chuẩn (SD)*

THPT: Trung học phổ thông

Nghiên cứu trên 97 người bệnh viêm khớp dạng thấp chẩn đoán lần đầu với tuổi trung bình là 54,2 ± 13,2, tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và cao nhất là 86 tuổi. Tỉ lệ nữ/nam 2,3/1. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường (82,5%), sống ở nông thôn/ miền núi (59,8%) và có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (63,9%). Nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu đa dạng, chiếm tỉ lệ cao nhất là lao động tự do (37,1%) tiếp theo là nông dân(21,7%) và công nhân (17,6%) (Bảng 1).



Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh viêm khớp dạng thấp theo nhóm tuổi và giới tính (n = 97)

Nhóm tuổi có số lượng người bệnh nhiều nhất là 50 - 60 tuổi, gồm 30 người bệnh (30,9%), tiếp theo là nhóm 60 - 70 tuổi với 29 người bệnh (29,9%). Trong nhóm 50 - 60 tuổi, nữ giới chiếm đa số 26/30 người bệnh (86,7%). Ngược lại, nhóm tuổi chiếm **ưu** thế ở nam giới là 60 - 70 tuổi, chiếm 44,8% (13/29 nam giới) (**Biểu đồ 1**).

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và mức độ hoạt động bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 97)

Đặc điểm lâm sàng	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số khớp đau	Trung vị (IQR)[&]	6 (2 - 12)	
Số khớp sưng	Trung vị (IQR)[&]	12 (6 - 18)	
Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút)	Trung vị (IQR)[&]	24 (10 - 60)	
Thang điểm đau VAS	Trung vị (IQR)[&]	6 (5 - 7)	
	Nhẹ (< 4)	10	10,3
	Trung bình. (4 - 6)	33	34
	Nặng (≥ 6)	54	55,7
CDAI	Trung vị (IQR)[&]	31 (20 - 42)	
	Hoạt động nhẹ	3	3,1
	Hoạt động trung bình	29	29,9
	Hoạt động mạnh	65	67

Đặc điểm lâm sàng	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
SDAI	Trung vị (IQR)[&]	32,8 (21,3 - 45,7)	
	Hoạt động nhẹ	3	3,1
	Hoạt động trung bình	29	29,9
	Hoạt động mạnh	65	67
DAS28-CRP	Trung vị (IQR)[&]	5,1 (4 - 5,8)	
	Không hoạt động	6	6,2
	Hoạt động nhẹ	5	5,2
	Hoạt động trung bình	36	37,1
	Hoạt động mạnh	50	51,5
DAS28-ESR	Trung vị (IQR)[&]	6 (5,1 - 6,7)	
	Hoạt động nhẹ	1	1,1
	Hoạt động trung bình	24	24,7
	Hoạt động mạnh	72	74,2

[&]Các biến liên tục được biểu diễn bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR: Q1-Q3).

Qua thăm khám ban đầu, tất cả người bệnh đều có dấu hiệu đau và sưng khớp, với trung vị số khớp đau là 6 (IQR: 2 - 12) và trung vị số khớp sưng là 12 (IQR: 6 - 18). Thời gian cứng khớp buổi sáng có trung vị 24 phút (IQR: 10-60). Đa số người bệnh có mức độ đau VAS mức độ trung bình - nặng, chiếm tỉ lệ 89,7%. Phần lớn người bệnh có mức độ hoạt động trung bình - mạnh theo các thang điểm CDAI, SDAI, DAS28-CRP và DAS28-ESR với tỉ lệ lần lượt là 96,9%, 96,9%, 88,6% và 98,9% (Bảng 2).

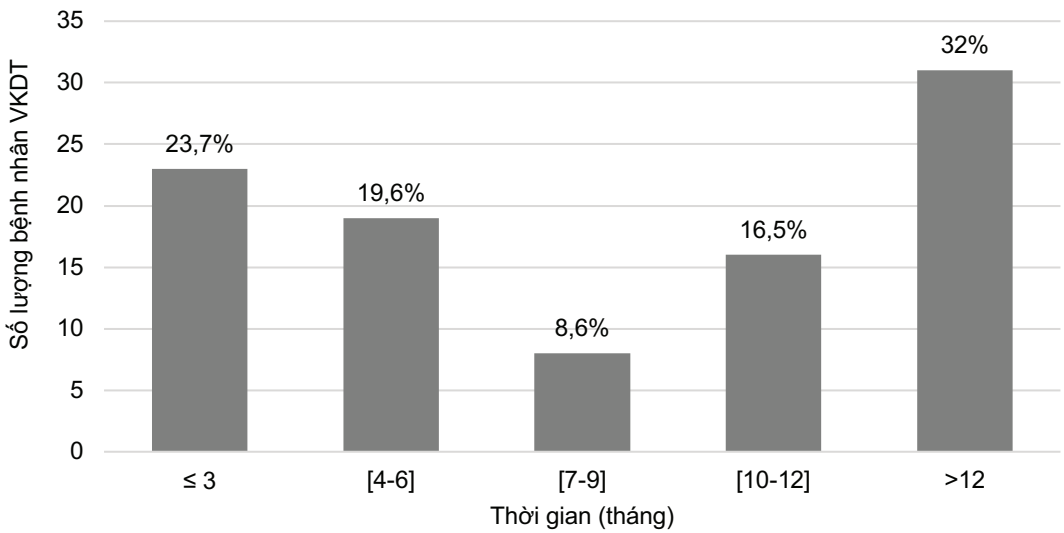
Bảng 3. Đặc điểm nồng độ yếu tố dạng thấp RF, Anti CCP và chỉ số viêm của đối tượng nghiên cứu (n = 97)

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
RF (IU/mL)	$\bar{X}$ ± SD (Min - Max)	80,2 ± 46,6 (7,3 - >812,5)	
	Âm tính	89	91.8
	Dương tính	8	8.2
Anti-CCP (U/mL)	$\bar{X}$ ± SD (Min - Max)	114,5 ± 84,6 (0,5 - >500)	
	Âm tính	81	83.5
	Dương tính	16	16.5

	Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
RF và Anti - CCP	RF và Anti-CCP dương tính	77	79.4
	RF dương tính, Anti-CCP âm tính	12	12.4
	RF âm tính, Anti-CCP dương tính	4	4.1
	RF và Anti-CCP âm tính	4	4.1

Có 89 người bệnh (91,8%) ghi nhận nồng độ RF tăng với nồng độ trung bình là 80,2 ± 46,6 IU/ml, trong đó một số trường hợp có giá trị vượt ngưỡng cao > 812,5 IU/mL. Chỉ số Anti-CCP dương tính (> 5 U/mL) được ghi nhận ở 81 người bệnh (83,5%) với nồng độ trung bình là 114,5 ± 84,6. Có 77 người bệnh (79,4%) đồng thời tăng cả hai chỉ số RF và Anti-CCP (Bảng 3).

3. Yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán bệnh viêm khớp dạng thấp



Biểu đồ 2. Phân bố theo thời gian từ khi có triệu chứng đến khi khám (n = 97)

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có thời gian mắc bệnh ít nhất 1 tháng trước khi đến khám. Phần lớn người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (56,7%), trong đó 31 bệnh nhân (32%) thuộc nhóm chuẩn đoán muộn với thời gian mắc bệnh trên 12 tháng (Biểu đồ 2).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán viêm khớp dạng thấp (n = 97)

Đặc điểm		Trung vị (IQR)	Trị số p
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	9,5 (3,8 - 12,8)	0,114[$]
	40 - <50 tuổi	6 (4 - 9,8)	
	50 - <60 tuổi	10 (3,2 - 24)	
	60 - <70 tuổi	12 (4 - 20)	
	≥ 70 tuổi	31,5 (11 - 93)	
Giới tính	Nam	12 (3 - 15)	0,887[#]
	Nữ	7,5 (4 - 24)	
BMI	Gầy	3 (1 - 5)	**0,034[$]**
	Bình thường	11 (4 - 24)	
	Thừa cân	12,5 (10,5 - 30,8)	
Khu vực sống	Thành thị	12 (4 - 22)	0,4[#]
	Nông thôn/Miền núi	7,5 (3,2 - 21,8)	
Trình độ	< THPT	8 (4 - 24)	0,562[#]
	≥ THPT	10 (3,5 - 14)	
Nghề nghiệp	Nông dân	5 (3 - 20)	0,343[$]
	Công nhân	8 (4 - 12)	
	Nhân viên văn phòng	7 (3 - 8,5)	
	Lao động tự do	12 (4,8 - 36)	
	Hưu trí	12 (5,2 - 14,5)	
	Khác	6,5 (3,8 - 9,2)	
CDAI	Hoạt động nhẹ	6 (4 - 63)	0,699[#]
	Hoạt động trung bình	8 (4 - 12)	
	Hoạt động mạnh	12 (4 - 24)	
SDAI	Hoạt động nhẹ	6 (4 - 63)	0,637[#]
	Hoạt động trung bình	8 (3 - 12)	
	Hoạt động mạnh	12 (4 - 24)	

Đặc điểm		Trung vị (IQR)	Trị số p
DAS28-CRP	Không hoạt động	12 (6 - 48)	0,559[#]
	Hoạt động nhẹ	8 (4 - 15)	
	Hoạt động trung bình	7 (3 - 15)	
	Hoạt động mạnh	12 (4 - 24)	
DAS28-ESR	Hoạt động nhẹ	60 (60 - 60)	0,325[#]
	Hoạt động trung bình	9 (4,8 - 17,2)	
	Hoạt động mạnh	7,5 (3 - 21)	
Yếu tố dạng thấp RF	Dương tính	10 (4 - 24)	0,114[$]
	Âm tính	3 (2 - 12)	
Anti-CCP	Dương tính	12 (4 - 24)	0,134[$]
	Âm tính	4,5 (2 - 13,5)	

[#]Kiểm định Mann-Whitney U: so sánh hai nhóm độc lập

[$]Kiểm định Kruskal-Wallis: so sánh ≥ 3 nhóm độc lập

Giá trị có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) được in đậm

THPT: Trung học phổ thông

Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm nhân khẩu học (nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp) cũng như các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với thời gian chẩn đoán viêm khớp dạng thấp (trị số p > 0,05). Tuy nhiên, thời gian chẩn đoán có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chỉ số khối cơ thể (kiểm định Kruskal-Wallis: p = 0,034). Cụ thể, nhóm người bệnh gầy có thời gian chẩn đoán ngắn hơn (trung vị (IQR): 3 (1 - 5) tháng) so với nhóm bình thường (trung vị (IQR): 11 (4 - 24) tháng) và nhóm thừa cân (trung vị (IQR): 12,5 (10,5 - 30,8) tháng) (Bảng 4). Các giá trị p đã hiệu chỉnh theo Benjamini-Hochberg (BH) từ kiểm định Dunn's test giữa các cặp nhóm lần lượt là 0,029 và 0,03, đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy người bệnh viêm khớp dạng thấp đa số là nữ giới, trung niên. Tuổi trung bình của đối nghiên cứu là 54,2 ± 13,2, với 49,48% người bệnh ở độ tuổi trung niên 40 - 60 tuổi vớitỷ lệ nữ/ nam là 2,3/1. Kết quả này tương tự của các nghiên cứu về viêm khớp dạng thấp tại Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu của tác giả Triệu Văn Mạnh (2023) trên 115 người bệnh viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên ghi nhận tuổi trung bình là 60,04 ± 9,9 và tỷ lệ nữ/nam là 2,48/1.[5] Tác giả De Cook D nghiên cứu trên 94 người bệnh viêm khớp dạng thấp giai đoạn sớm cũng báo cáo tuổi trung bình là 52,2 ± 14,2 và tỷ lệ nữ/nam là 3/1.[6] Sự

chênh lệch tỷ lệ giới tính và sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới sau mãn kinh ở người bệnh viêm khớp dạng thấp được cho là vai trò của estrogen,một hormone có tác dụng gây viêm và điều hòa miễn dịch mặc dù cơ chế tác dụng của hormone sinh dục trong viêm khớp dạng thấp còn phức tạp và chưa thống nhất.[7]

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh viêm khớp dạng thấp

Thời gian mắc bệnh là thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng sưng đau khớp đầu tiên đến thời điểm người bệnh được chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy thời gian mắc bệnh có trung vị là 8 tháng, và 56,7% người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng. Tương tự nghiên cứu của tác giả Huỳnh Khôi Nguyên (7,2 ± 2,8 tháng).[8] Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Carrier N nhận thấy thời gian mắc bệnh của người bệnh viêm khớp dạng thấp giai đoạn 2011 - 2022 tại Canada là 4,1 tháng.[9] Điều này có thể được lý giải việc áp dụng tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 và khả năng được tiếp cận các thông tin giúp nhận biết sớm về bệnh tại các nước phát triển, trong khi tại Việt Nam, chẩn đoán muộn còn do người bệnh tự điều trị trước khi đến khám chuyên khoa.

Triệu chứng lâm sàng chính của bệnh viêm khớp dạng thấp là sưng đau các khớp nhỏ nhỡ có tính chất đối xứng kéo dài và diễn biến thành từng đợt và số lượng khớp tổn thương phản ánh mức độ hoạt động bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh đều có dấu hiệu đau và sưng khớp, với trung vị số khớp đau là 6 (IQR: 2 - 12) và trung vị số khớp sưng là 12 (IQR: 6 - 18). Số khớp tổn thương cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Triệu Văn Mạnh[5] nhưng thấp hơn của tác giả De Cock D.[6] Sự khác biệt này có thể được lý giải do tình trạng điều trị trước đó và số khớp được đánh giá. Trung vị điểm đau VAS 6 (5-7), trong đó đa số người bệnh đau mức độ vừa - nặng tương tự các nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước. Điều này phản ánh triệu chứng đau khớp là triệu chứng chính gây khó chịu mà người bệnh đi khám, việc chẩn đoán và điều trị sớm kiểm soát triệu chứng đau và cải thiện triệu chứng, tuân thủ điều trị.

Yếu tố dạng thấp (RF) được phát hiện lần đầu năm 1940 kháng thể chống lại vùng Fc của IgG, trong đó, có thể phát hiện được trên các người bệnh viêm khớp dạng thấp hoặc các bệnh tự miễn khác hoặc ngay cả trên người khỏe mạnh. Anti CCP là xét nghiệm phát hiện ACPA, tự kháng thể chống protein/peptide đã citrullin hoá cao độ đặc hiệu cao hơn RF trong chẩn đoán viêm khớp dạng thấp. Mặt khác RF và Anti CCP dương tính là yếu tố tiên lượng làm tăng nguy cơ tiến triển trên X-quang. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người bệnh dương tính với RF và anti CCP lần lượt là 91,8% và 83,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Ở giai đoạn bệnh viêm khớp dạng thấp chưa được điều trị, các kháng thể tự miễn tiếp tục được tạo ra, điều này có thể giải thích tại sao RF và ACCP tăng cao ở người bệnh chưa điều trị DMARDs. Mức độ tăng RF và ACCP hơn 3 lần so với bình thường được coi là yếu tố tiên lượng nặng của viêm khớp dạng thấp. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Khôi Nguyên và tác giả De Cock D ghi nhận tỷ lệ RF/anti CCP thấp hơn, sự khác biệt này có thể được lý giải do tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, dịch tễ học khác nhau giữa các khu vực và quốc gia.[6,8]

ACR và EULAR khuyến cáo sử dụng các thang điểm gồm đặc điểm lâm sàng và các chỉ số viêm (máu lắng hoặc CRP) để đánh giá mức độ hoạt động bệnh của người bệnh viêm khớp dạng thấp, bao gồm các chỉ số DAS28, SDAI và CDAI. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị (IQR) lần lượt là 31 (20 - 42) và

32,8 (21,3 - 45,7). Tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp hoạt động mạnh và trung bình lần lượt là 51,5% và 37,1% tương tự nghiên cứu của tác giả Vij.A.S Mức độ hoạt động bệnh dựa trên CDAI và SDAI tương đồng ở 95,9% người bệnh. Tỷ lệ người bệnh viêm khớp dạng thấp hoạt động mạnh là 51,5% theo DAS28-CRP và 74,2% theo DAS28-ESR. Điều này tương tự nghiên cứu của Canhão H cho thấy DAS28-ESR có xu hướng đánh giá hoạt động bệnh cao hơn do liên quan đến tuổi và thiếu máu trong khi CDAI và SDAI còn phụ thuộc vào cảm giác chủ quan của người bệnh.

Các yếu tố liên quan đến thời gian chẩn đoán viêm khớp dạng thấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian chẩn đoán của người bệnh có trung vị là 8 tháng (IQR: 4 - 24). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm nhân khẩu học hoặc đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với chẩn đoán viêm khớp dạng thấp. Mức độ hoạt động bệnh cao không có mối liên quan tới thời gian chẩn đoán bệnh có thể do nhận thức bệnh tật của người bệnh, điều kiện chuyển viện và khả năng điều trị trước đó. Tuy nhiên, thời gian chẩn đoán có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm chỉ số khối cơ thể, trong đó nhóm người bệnh gầy được chẩn đoán ngắn hơn so với nhóm bình thường và nhóm thừa cân. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Mathkhor AJ và cộng sự nhận thấy bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thừa cân/béo phì có thời gian mắc bệnh dài hơn nhóm có BMI bình thường. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có thời gian mắc bệnh dài hạn chế vận động kèm theo có sử dụng corticoid trước khi được chẩn đoán làm tăng nguy cơ béo phì và đến khám muộn hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế bao gồm cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu tại hai trung tâm chưa đánh giá được tổng quan về tình trạng bệnh nhân viêm khớp dạng thấp chưa điều trị DMARDs và các yếu tố liên quan đến sự chẩm trễ trong chẩn đoán của người bệnh viêm khớp dạng thấp tại Việt Nam. Bên cạnh đó, thiết kế nghiên cứu mô tả, phân tích mới dừng ở mức đơn biến và phân bố chỉ số khối cơ thể chưa đồng đều, đặc biệt số lượng bệnh nhân ở nhóm thừa cân và gầy còn hạn chế, làm giảm độ tin cậy và khả năng khái quát của các kết quả thống kê liên quan đến các nhóm này. Do đó, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định chắc chắn mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh viêm khớp dạng thấp được thăm khám trong nghiên cứu chủ yếu là nữ giới trung niên, với biểu hiện lâm sàng điển hình là sưng đau khớp và tỷ lệ RF, anti-CCP dương tính cao. Đa số người bệnh có mức độ hoạt động bệnh từ nhẹ đến mạnh khi chưa điều trị DMARDs với trung vị thời gian mắc bệnh là 8 tháng. Ngoại trừ chỉ số khối cơ thể, các yếu tố khu vực sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp và mức độ hoạt động bệnh không liên quan đến thời gian chẩn đoán bệnh. Vì vậy, cần tăng cường giáo dục sức khoẻ cho người dân và đào tạo nhân viên y tế tuyến cơ sở giúp phát hiện sớm người bệnh viêm khớp dạng thấp với các biểu hiện sưng đau khớp đặc biệt là nữ giới trung niên. Đồng thời, cần triển khai sàng lọc sớm và chuyển tuyến kịp thời các trường hợp nghi ngờ viêm khớp dạng thấp nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England).* 2010; 376(9746): 1094-1108.

2. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy.* 2002; 4(3): S265.

3. Lê Thị Hải Hà. Đặc điểm bệnh tật bệnh nhân điều trị nội trú tại trung tâm cơ xương khớp bệnh viện bạch mai năm 2021. *Luận văn Tốt nghiệp Chuyên khoa 2 năm 2021.*

4. Cho SK, Kim D, Won S, et al. Factors associated with time to diagnosis from symptom onset in patients with early rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med.* 2019; 34(4): 910-916. doi: 10.3904/kjim.2017.113.

5. Triệu Văn Mạnh, Vũ Thị Kim Hải, Hoàng Văn Tống, và cs. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 524 (3-1B): 210-215.

6. De Cock D, Van der Elst K, Stouten V, et al. The perspective of patients with early rheumatoid arthritis on the journey from symptom onset until referral to a rheumatologist. *Rheumatol Adv Pract*. 2019; 3(2): rkz035. doi:10.1093/rap/rkz035.

7.Straub RH. The Complex Role of Estrogens in Inflammation. *Endocrine Reviews.* 2007; 28(5): 521-574.

8. Huỳnh Khôi Nguyên, Cao Thanh Ngọc. Tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố nguy cơ của bệnh phổi kẽ ở bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025; 556 (11-2): 185-189.

9. Carrier N, Roux S, Masetto A, et al. Changes at Presentation in Patients With Early Rheumatoid Arthritis: A 24-Year Study of the Early Undifferentiated Polyarthritis (EUPA) Cohort. *J Rheumatol*. 2025; 52(2): 119-127. doi:10.3899/jrheum.2024-0560.

Summary

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH TIME TO DIAGNOSIS OF DMARD-NAÏVE PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN 2024 - 2025

Early diagnosis of rheumatoid arthritis (RA) before initiation of disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) is of great importance for both diagnosis and treatment.We conducted a study on 97 patients with rheumatoid arthritis diagnosed according to the 2010 ACR/EULAR criteria who had not yet received DMARD therapy. The aim was to describe the clinical and paraclinical characteristics and to identify factors associated with time to diagnosis of rheumatoid arthritis patients treated at the Center of Rheumatology - Bach Mai Hospital and the Department of Rheumatology - Hanoi Medical University Hospital from January 2024 to December 2025. The mean age of the study population was 54.2 ± 13.2 years old, with 49.48% of patients aged between 40 and 60 years old. The female-to-male ratio was 2.3:1. All patients presented with joint pain and swelling, with a median number of tender joints of 6 (IQR: 2-12) and a median number of swollen joints of 12 (IQR: 6 - 18). The positivity rates of rheumatoid factor (RF) and anti-cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) antibodies were 91.8% and 83.5%, respectively. The mean C-reactive protein (CRP) level was 29.5 ± 42.4 mg/L, and the mean erythrocyte sedimentation rate (ESR) in the first hour was 47.8 ± 27.7 mm/h. The proportion of patients with high disease activity was 51.5% according to DAS28-CRP and 74.2% according to DAS28-ESR. The median time to diagnosis was 8 months and was associated with body mass index with, overweight patients experienced a longer time to diagnosis compared to underweight group.

Keywords: Rheumatoid arthritis, DMARD-naïve, time to diagnosis.