



KỶ NIỆM 80 NĂM
QUỐC KHÁNH



KỶ YẾU

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP 2025

HƯỞNG ỨNG NGÀY THẾ GIỚI PHÒNG CHỐNG
BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP 12/10
VÀ NGÀY LOÃNG XƯƠNG THẾ GIỚI 20/10

Thời gian : Thứ Bảy - Chủ nhật
ngày 11 - 12 tháng 10 năm 2025

Địa điểm : Trung tâm hội nghị Almaz
Đường Hoa Lan, Phường Phúc Lợi, Hà Nội

Jointmeno
Ibandronic acid 150mg

atb
always beside you.

JointMeno® viên nén bao phim 150 mg, phòng và điều trị loãng xương ở phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh có nguy cơ tăng gãy xương.



JointMeno® *Mỗi tháng một viên*



THÔNG CÁO BÁO CHÍ

Press Release

Về Hội nghị khoa học thường niên của Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai - CFR 2025, được tổ chức tại Hà Nội, vào ngày 11-12 tháng 10 năm 2025

Theo truyền thống và kế hoạch hoạt động, Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch mai sẽ tổ chức Hội nghị khoa học thường niên của Trung tâm năm 2025 (CFR 2025) vào thứ Bảy và Chủ nhật, ngày 11-12 tháng 10 năm 2025, tại: Trung tâm hội nghị Almaz - đường Hoa Lan, phường Phúc Lợi, thành phố Hà Nội.

Hội nghị khoa học thường niên của Trung tâm là một trong các sự kiện quan trọng nhất trong chương trình hoạt động của Trung tâm trong năm. Hội nghị khoa học thường niên của Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai, sự kiện khoa học và xã hội được tổ chức định kỳ hàng năm nhằm hưởng ứng Ngày Thế giới phòng chống bệnh thấp khớp 12/10, và Ngày Loãng xương Thế giới 20/10, là những chương trình hành động toàn cầu nhằm quảng bá rộng rãi và nâng cao nhận thức của người bệnh, cộng đồng và xã hội về tầm ảnh hưởng của các bệnh cơ xương khớp đối với xã hội, đất nước và thế giới.

Với chương trình đặc sắc và phong phú, bao gồm nhiều báo cáo khoa học với các các lĩnh từ tổng quan, báo cáo chuyên đề đến các đề tài nghiên cứu khoa học, bao phủ hầu hết các chủ đề quan trọng trong chuyên khoa cơ xương khớp và các lĩnh vực liên quan, hội nghị khoa học thường niên Trung tâm Cơ Xương Khớp luôn được các nhà chuyên môn và đồng nghiệp đánh giá là sự kiện quan trọng và đáng được quan tâm. Các báo cáo khoa học trong hội nghị được Ban tổ chức lựa chọn kỹ lưỡng và được trình bày bởi các các giáo sư, tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ, điều dưỡng, là các chuyên gia trong lĩnh vực Cơ xương khớp và các chuyên khoa có liên hệ gần gũi với lĩnh vực cơ xương khớp. Các báo cáo viên cũng là các chuyên gia đến từ các Trường Đại học và Bệnh viện lớn cũng như các nhà khoa học trẻ, tài năng ở trong và ngoài nước. Với sự hiện diện của các chuyên gia hàng đầu, có uy tín và kinh nghiệm cùng các nội dung cập nhật nhất về các lĩnh vực quan trọng và chủ yếu liên quan đến chuyên ngành thấp khớp học, y học, điều dưỡng, ở mức độ chuyên khoa sâu cũng như phổ cập, phù hợp với thực hành lâm sàng và nghiên cứu cả từ các tuyến y tế cơ sở và chăm sóc sức khỏe ban đầu đến các cơ sở chuyên khoa sâu. Với những thông tin cập nhật trong hầu hết các chủ đề thường gặp và quan trọng như bệnh tự miễn, lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp cột sống, thoái hóa khớp, loãng xương, gút, nhiễm khuẩn cơ xương khớp..., hội nghị năm nay hứa hẹn sẽ mang đến những làn gió mới, những trải nghiệm bổ ích và thiết thực nhất cho các bác sĩ và điều dưỡng chuyên ngành Cơ xương khớp cũng như các đồng nghiệp làm việc trong các lĩnh vực có liên quan. Hội nghị cũng là dịp để các đồng nghiệp và chuyên gia trong nước và quốc tế gặp mặt, trao đổi, thảo luận nhìn nhận lại những chặng đường đã qua và định hướng chiến lược cho sự phát triển của chuyên ngành Thấp khớp học cũng như việc hợp tác đa ngành trong giai đoạn mới.

Các hoạt động và trao đổi bên lề hội nghị giữa các nhóm chuyên gia và các đồng nghiệp, đại biểu về các lĩnh vực khác nhau cũng là cơ hội mở rộng, giao lưu giúp tăng cường hợp tác sâu, rộng, thúc đẩy tiến bộ và năng lực của chuyên khoa Cơ xương khớp trong công tác bảo vệ và chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

Liên hệ:

PGS. TS. Nguyễn Văn Hùng - Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch mai
ĐT: +84 94 522 8548; +84 24 3629 0484 | Fax: +84 24 3868 6992 | Email: hungnguyen@hmu.edu.vn

TS. Trần Thị Tô Châu - Phó giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai
ĐT: +84 91 478 9938 | Email: tranchaucxk@gmail.com

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC
SCIENTIFIC COMMITTEE

PGS.TS. Đào Xuân Cơ Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Dao Xuan Co, MD. PhD.</i> <i>Hospital Director</i>
PGS. TS. Vũ Văn Giáp Phó Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Vu Van Giap, MD, PhD</i> <i>Hospital Vice Director</i>
PGS.TS. Nguyễn Tuấn Tùng Phó Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Nguyen Tuan Tung, MD. PhD.</i> <i>Hospital Vice Director</i>
PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan Chủ Tịch Hội thấp Khớp học Việt Nam	<i>Assoc. Prof. Nguyen Thi Ngoc Lan, MD.PhD.</i> <i>President of Vietnam Rheumatology Association</i>
PGS.TS Nguyễn Văn Hùng Giám Đốc Trung Tâm Cơ Xương Khớp	<i>Assoc. Prof. Nguyen Van Hung, MD. PhD.</i> <i>Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Trần Thị Tô Châu Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Tran Thi To Chau, MD. PhD.</i> <i>Deputy Director of Centre for Rheumatology</i>
PGS.TS. Nguyễn Thị Phương Thủy Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Assoc. Prof. Nguyen Thi Phuong Thuy, MD. PhD.</i> <i>Deputy Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Lê Thị Liễu Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Le Thi Lieu, MD, PhD.</i> <i>Deputy Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Bùi Hải Bình Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Bui Hai Binh, MD. PhD.</i> <i>Centre for Rheumatology</i>
TS. Nguyễn Thị Nga Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Nguyen Thi Nga, MD. PhD.</i> <i>Center for Rheumatology</i>
TS. Tạ Thị Hương Trang Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Ta Thi Huong Trang, MD. PhD.</i> <i>Center for Rheumatology</i>
TS. Trần Thị Ngọc Xuyên Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Tran Thi Ngoc Xuyen, RN. PhD.</i> <i>Centre for Rheumatology</i>

BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ
ORGANIZING COMMITTEE

PGS. TS. Đào Xuân Cơ Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Dao Xuan Co, MD. PhD.</i> <i>Hospital Director</i>
PGS. TS. Vũ Văn Giáp Phó Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Vu Van Giap, MD. PhD.</i> <i>Hospital Vice Director</i>
PGS.TS. Nguyễn Tuấn Tùng Phó Giám đốc Bệnh viện	<i>Assoc. Prof. Nguyen Tuan Tung, MD. PhD.</i> <i>Hospital Vice Director</i>
PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan Chủ Tịch Hội thấp Khớp học Việt Nam	<i>Assoc. Prof. Nguyen Thi Ngoc Lan, MD. PhD.</i> <i>President of Vietnam Rheumatology Association</i>
PGS.TS Nguyễn Văn Hùng Giám Đốc Trung Tâm Cơ Xương Khớp	<i>Assoc. Prof. Nguyen Van Hung, MD. PhD.</i> <i>Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Trần Thị Tô Châu Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Tran Thi To Chau, MD. PhD. - Deputy</i> <i>Director of Centre for Rheumatology</i>
PGS. TS. Nguyễn Thị Phương Thủy Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Assoc. Prof. Nguyen Thi Phuong Thuy, MD. PhD.</i> <i>Deputy Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Lê Thị Liễu Phó Giám đốc Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Le Thi Lieu, MD. PhD.</i> <i>Deputy Director of Centre for Rheumatology</i>
TS. Bùi Hải Bình Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Bui Hai Binh, MD. PhD.</i> <i>Centre for Rheumatology</i>
TS. Nguyen Thi Nga Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Nguyen Thi Nga, MD. PhD.</i> <i>Center for Rheumatology</i>
TS. Ta Thi Huong Trang Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Ta Thi Huong Trang, MD. PhD.</i> <i>Center for Rheumatology</i>
TS. Trần Thị Ngọc Xuyên Trung tâm Cơ Xương Khớp	<i>Dr. Tran Thi Ngoc Xuyen, MD. PhD.</i> <i>Center for Rheumatology</i>

MỤC LỤC

HỘI TRƯỜNG KHAI MẠC

Central Hall (Blue Diamond)

Trang

BÁC SĨ:

1.	NHỮNG TIẾN BỘ MỚI NHẤT TRONG ÁP DỤNG SINH PHẨM TÁI TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP TRÊN THỂ GIỚI VÀ CÁC GIẢI PHÁP MỚI NỔI ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP KHÁNG TRỊ	14
2.	CÂN BẰNG GIỮA HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA NSAIDS TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG	15

ĐIỀU DƯỠNG:

3.	CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO VỀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP	16
4.	XU HƯỚNG MỚI NỔI CỦA CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ DẪN DẮT BỞI ĐIỀU DƯỠNG TRONG THẤP KHỚP HỌC HIỆN ĐẠI	18
5.	HỖ TRỢ ĐIỀU DƯỠNG TRONG TỰ CHĂM SÓC Ở BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP	20

HỘI TRƯỜNG A

Trang

A Hall (*Blue Diamond 1*)

1.	NGHỆ THUẬT SỬ DỤNG DMARDS TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	22
2.	CẬP NHẬT CÁC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP VÂY NẾN ..	26
3.	CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN SỚM VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	28
4.	THUỐC SINH HỌC: CƠ HỘI MỚI CHO CÁC BỆNH LÝ KHỚP TỰ MIỄN	29
5.	ĐIỀU TRỊ NHẪM ĐÍCH TRONG LUPUS BAN ĐỎ. VAI TRÒ CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ MỚI	30
6.	VAI TRÒ THUỐC ỨC CHẾ JAK TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH QUA TRUNG GIAN MIỄN DỊCH	32
7.	CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM MẠCH ANCA	34
8.	CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM THẬN LUPUS	36
9.	CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU	39
10.	CHẤT TIẾT TẾ BÀO GỐC TRONG Y HỌC TÁI TẠO: SỰ THẬT HAY KHOA HỌC VIỄN TƯỞNG	40
11.	LÀM THẾ NÀO ĐỂ LỰA CHỌN SẢN PHẨM TỐT TRONG HÀNG HOẠT CHẾ PHẨM ACID HYALURONIC TRÊN THỊ TRƯỜNG	42
12.	CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY	44

HỘI TRƯỜNG B

Trang

B Hall (*Blue Diamond 2*)

1.	QUẢN LÝ LOÃNG XƯƠNG: ĐIỀU TRỊ THEO MỤC TIÊU	46
2.	CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP VỚI CHỨC NĂNG SINH SẢN, PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ	49
3.	SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID AN TOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP	51
4.	ZONA TRÊN BỆNH NHÂN KHỚP VIÊM, TỰ MIỄN: ẢNH HƯỞNG VÀ PHÒNG NGỪA	53
5.	BẰNG CHỨNG MỚI VỀ VAI TRÒ CỦA COLLAGEN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP	55
6.	TỒN THƯƠNG CẤP TÍNH VÀ MẠN TÍNH CỦA KHỚP GỐI TRONG THỂ THAO	57
7.	CAN THIỆP GIẢM ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG	59
8.	CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG	61
9.	VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TRONG CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ĐAU CỘT SỐNG CỘ	65
10.	TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ KHỚP VAI	66
11.	SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP	67
12.	THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN SAU THAY KHỚP	69

HỘI TRƯỜNG C

C Hall (*Pink Diamond*)

Trang

1.	TIỀN THOÁI HOÁ KHỚP: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ	71
2.	GÚT KHÓ ĐIỀU TRỊ: NHẬN DIỆN VÀ CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ	73
3.	CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRONG BỆNH GÚT: ĐIỂM CÂN BẰNG GIỮA QUÁ SỚM VÀ QUÁ MUỘN	75
4.	LỰA CHỌN TỐI ƯU CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG DO LOÃNG XƯƠNG	76
5.	VẬT LIỆU THAY THẾ BẰNG IN 3D TRONG ĐIỀU TRỊ DI CHỨNG BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP	78
6.	LỰA CHỌN PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP	80
7.	NHỮNG LƯU Ý KHI ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP Ở CÁC NHÓM TUỔI	81
8.	ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP CÓ BỆNH ĐỒNG MẮC	82
9.	CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM PHẦN MỀM QUANH KHỚP DO LẮNG ĐỘNG CANXI	86
10.	CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THIỂU CƠ Ở BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP	87
11.	CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG KHÁNG PHOSPHOLIPID	90

HỘI TRƯỜNG D

D Hall (White Diamond)

Trang

ĐIỀU DƯỠNG:

1.	CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ TỔN THƯƠNG DA	93
2.	ĐIỀU TRỊ VẬN ĐỘNG VÀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP	95
3.	TÁC ĐỘNG CỦA CHUYỂN ĐỔI SỐ GIỮA SỰ PHỐI HỢP CỦA BÁC SỸ VÀ ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP	96
4.	PHÒNG NGỪA DI CHỨNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG	98
5.	CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO BỆNH NHÂN SUY GIẢM NẶNG CHỨC NĂNG DO TỔN THƯƠNG PHỔI KẼ TRONG BỆNH TỔ CHỨC LIÊN KẾT	99
6.	CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRONG QUẢN LÝ BỆNH GÚT	101

BÁC SĨ:

7.	DỮ LIỆU THỰC TẾ VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG THỂ TRỰC TẠI VIỆT NAM	102
8.	HỘI CHỨNG ĐAU XƠ CƠ VÀ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI	103
9.	ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT	105
10.	NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG VÒNG 10 NĂM Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP VÂY NÉN	107

HỘI TRƯỜNG D

Trang

D Hall (*White Diamond*)

BÁC SĨ:

11.	TỖN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ	109
12.	KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP	111
13.	NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ PLR, NLR ĐÁNH GIÁ VIÊM Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	113
14.	TÌNH TRẠNG MỆT MỎI VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP	115
15.	TỖN THƯƠNG ZONA THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN	117
16.	THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ METHOTREXATE Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI	119
17.	THANG ĐIỂM ĐAU THẦN KINH DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 (DN4) TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG	121
18.	ĐẶC ĐIỂM ACID URIC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÈ NHAİ	123

BÁO CÁO POSTER

Trang

1.	ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH GÚT BẰNG BỘ CÂU HỎI CQR5	125
2.	TÌNH TRẠNG GIẢM LIỀU THUỐC SINH HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI	127
3.	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁCH BÁN PHẦN GÂN CƠ TRÊN GAI BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM COLLAGEN MD SHOULDER	129
4.	THỰC TRẠNG VIÊM KHỚP NHIỄM KHUẨN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI	131
5.	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CHỒNG LẤP (VIÊM KHỚP DẠNG THẤP VÀ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG)	133
6.	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THOÁI HÓA KHỚP GỐI Ở BỆNH NHÂN GOUT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2025	135
7.	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LÒI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁN TAY BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM COLLAGEN TRỌNG LƯỢNG PHÂN TỬ THẤP	137
8.	ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN VCSDK THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM 2022	139
9.	ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOSTEROID TẠI KHỚP TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DO GÚT CẤP	141
10.	ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ BẰNG THANG ĐIỂM DN4	143
11.	NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU HỆ VI SINH ĐƯỜNG RUỘT CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI VIỆT NAM	145

BÁO CÁO POSTER

Trang

12.	ẢNH HƯỞNG CỦA MỘT SỐ THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID (CELECOXIB, ETORICOXIB, MELOXICAM) VỚI HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP NGUYÊN PHÁT	147
13.	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TRONG BỆNH VIÊM CÂN GAN CHÂN	149
14.	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ X-QUANG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GÂN CHÓP XOAY CANXI HÓA	151
15.	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG VÀ SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP HÁNG NGUYÊN PHÁT	152
16.	ĐẶC ĐIỂM NIỀM TIN VỀ THUỐC CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI	154
17.	TỶ LỆ THƯƠNG ZONA THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG ĐÍNH KHỚP	156
18.	KHẢO SÁT NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM ASCVD Ở BỆNH NHÂN GÚT	158
19.	TỶ LỆ THƯƠNG ZONA Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN	160
20.	THỰC TRẠNG VÀ HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI	162
21.	MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT	164

**NHỮNG TIẾN BỘ MỚI NHẤT TRONG ÁP DỤNG SINH PHẨM
TÁI TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP TRÊN THẾ GIỚI
VÀ CÁC GIẢI PHÁP MỚI NỔI
ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP KHÁNG TRỊ**

BS. Marco Maria Lizzio

*Giám đốc Đơn vị ứng dụng kỹ thuật chẩn đoán/điều trị bệnh cơ xương khớp
Bệnh viện Đại học “A. Gemelli” - IRCSS
Giảng viên Đại học Università Cattolica del Sacro Cuore - Rome, Italy*

Tóm tắt:

Thoái hóa khớp là một trong những bệnh lý cơ xương khớp phổ biến nhất trên toàn cầu, gây ra nhiều thách thức trong kiểm soát triệu chứng và làm chậm tiến triển bệnh. Các phương pháp điều trị kinh điển chỉ mang lại hiệu quả hạn chế trong thay đổi tiến triển bệnh, đặc biệt ở những trường hợp kháng trị. Những tiến bộ gần đây trong y học tái tạo và công nghệ sinh học đã mở ra các liệu pháp sinh học và kỹ thuật tái tạo mô mới, mang lại cơ hội bảo tồn và phục hồi khớp. Bài trình bày này tập trung vào các phương pháp tiên tiến như mảnh ghép chất nền ngoại bào (ECM), hydrogel ứng dụng trong ung thư thần kinh và chỉnh hình, kỹ thuật bảo tồn và thay thế sụn chêm, chiến lược phục hồi sụn khớp (khoan vi điểm, ghép sụn xương đồng loại), cũng như các liệu pháp tế bào và gen mới. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy những kết quả đầy hứa hẹn trong việc tái tạo mô, giảm đau và phục hồi chức năng; đồng thời, dữ liệu theo dõi lâu dài cũng khẳng định vai trò của liệu pháp sinh học trong việc cải thiện chất lượng sống của người bệnh. Những tiến bộ này được kỳ vọng sẽ mang lại một sự thay đổi mô hình trong quản lý thoái hóa khớp, từ chăm sóc triệu chứng đơn thuần sang phục hồi sinh học thực sự của khớp.

Abstract:

Osteoarthritis (OA) remains one of the most prevalent musculoskeletal diseases worldwide, posing significant challenges in both symptom control and disease modification. Conventional therapies provide limited efficacy in altering disease progression, especially in refractory cases. Recent advances in regenerative medicine and biotechnology have introduced novel biological therapies and tissue engineering strategies that offer new opportunities for joint preservation and repair. This presentation highlights cutting-edge approaches, including extracellular matrix (ECM)-based scaffolds, hydrogel applications in neuro-oncology and orthopedics, meniscus preservation and replacement techniques, cartilage repair strategies such as microfracture and osteochondral allografting, as well as emerging cell- and gene-based interventions. Clinical evidence demonstrates promising outcomes in structural regeneration, pain reduction, and functional recovery, with long-term follow-up studies supporting the role of biologics in improving patient quality of life. These developments represent a paradigm shift in the management of osteoarthritis and treatment-resistant cases, moving from symptomatic care toward true biological joint restoration.

CÂN BẰNG GIỮA HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA NSAIDS TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG

TS. Chan Kin Yuen

*Khoa chấn thương chỉnh hình và y học thể thao - Bệnh viện Gleneagles, Kuala Lumpur
Trung tâm chấn thương chỉnh hình (OSC), USJ1, Subang Jaya, Selangor, Malaysia*

Tóm tắt:

Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) là lựa chọn phổ biến trong điều trị thoái hóa khớp (OA) và viêm khớp dạng thấp (RA) nhờ khả năng giảm đau và kiểm soát viêm hiệu quả. Tuy nhiên, việc sử dụng NSAIDs thường bị hạn chế bởi các lo ngại về tác dụng phụ trên đường tiêu hóa (GI), tim mạch (CV) và thận. Bài trình bày của BS. Chan Kin Yuen cung cấp cái nhìn toàn diện về hiệu quả và độ an toàn của NSAIDs, đặc biệt nhấn mạnh đến celecoxib.

Các nghiên cứu lâm sàng quan trọng như LEAP, PACES, CONDOR và PRECISION được phân tích nhằm so sánh lợi ích và rủi ro giữa NSAIDs với paracetamol và giữa các NSAIDs khác nhau. Celecoxib cho thấy hiệu quả giảm đau vượt trội so với paracetamol và giả dược, đồng thời có hồ sơ an toàn GI tốt và nguy cơ CV tương đương với NSAIDs truyền thống. Nghiên cứu PRECISION còn chứng minh tính an toàn trên thận và huyết áp ổn định khi sử dụng lâu dài celecoxib.

Bài trình bày nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá nhân hóa điều trị, dựa trên bệnh lý đi kèm và nguy cơ của từng bệnh nhân. Đồng thời, vai trò của paracetamol trong điều trị OA đang giảm dần do hiệu quả hạn chế và các lo ngại về an toàn. Celecoxib nổi bật như một lựa chọn cân bằng giữa hiệu quả và an toàn trong điều trị NSAIDs dài hạn.

BALANCING EFFICACY AND SAFETY OF NSAIDS IN CLINICAL PRACTICE

Abstract:

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are widely used in the management of osteoarthritis (OA) and rheumatoid arthritis (RA) due to their proven efficacy in pain relief and inflammation control. However, their use is often limited by concerns over gastrointestinal (GI), cardiovascular (CV), and renal adverse effects. This presentation by Dr. Chan Kin Yuen provides a comprehensive review of the current evidence on the efficacy and safety of NSAIDs, with a particular focus on celecoxib.

Key clinical trials, including LEAP, PACES, CONDOR, and PRECISION, are discussed to highlight the comparative benefits and risks of NSAIDs versus paracetamol and among different NSAIDs. Celecoxib demonstrates superior pain control compared to paracetamol and placebo, with a favorable GI safety profile and comparable CV risk to traditional NSAIDs. The PRECISION trial further supports celecoxib's renal safety and blood pressure stability over long-term use.

The presentation emphasizes the importance of individualized treatment strategies, considering patient comorbidities and risk profiles. It also critiques the declining role of paracetamol in OA management due to limited efficacy and emerging safety concerns. Overall, celecoxib emerges as a balanced option for long-term NSAID therapy, offering effective symptom control with a lower risk of serious adverse events.

CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO VỀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP

TS Trần Thị Ngọc Xuyên

Tóm tắt:

Mục tiêu: Bài báo cáo này nhằm mục đích tổng quan các hướng dẫn chăm sóc người bệnh cơ xương khớp (CXX) mới nhất từ các tổ chức uy tín và đưa ra các khuyến nghị cho thực hành lâm sàng. Bệnh cơ xương khớp là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn, và việc cập nhật và áp dụng các hướng dẫn dựa trên bằng chứng là rất quan trọng để cải thiện kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Phương pháp: Một tổng quan tài liệu đã được thực hiện, tìm kiếm các hướng dẫn chăm sóc người bệnh CXX mới nhất từ các tổ chức như American College of Rheumatology (ACR), European League Against Rheumatism (EULAR), và các tổ chức chuyên môn khác. Các bệnh CXX được xem xét bao gồm viêm khớp dạng thấp (VKDT), thoái hóa khớp (THK), và loãng xương. Các hướng dẫn được so sánh, đối chiếu, và đánh giá để xác định điểm tương đồng, khác biệt, và bằng chứng hỗ trợ.

Kết quả: Các hướng dẫn chăm sóc người bệnh Viêm khớp dạng thấp nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị sớm và tích cực theo phương pháp “điều trị đến mục tiêu” (treat-to-target) bằng thuốc DMARDs và thuốc sinh học khi cần thiết. Các hướng dẫn chăm sóc người bệnh Thoái hóa khớp khuyến cáo tiếp cận đa mô thức, kết hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc, và cá nhân hóa điều trị. Các hướng dẫn chăm sóc người bệnh loãng xương tập trung vào đánh giá nguy cơ gãy xương, khuyến khích lối sống lành mạnh, và sử dụng thuốc điều trị loãng xương khi cần thiết.

Kết luận: Các hướng dẫn chăm sóc người bệnh CXX liên tục được cập nhật dựa trên các bằng chứng mới nhất. Các hướng dẫn này nhấn mạnh vai trò của điều trị sớm và tích cực, cá nhân hóa điều trị, và kết hợp các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Việc áp dụng các hướng dẫn này có thể cải thiện kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh CXX. Các nhà lâm sàng nên cập nhật kiến thức và kỹ năng về các hướng dẫn chăm sóc người bệnh CXX mới nhất. Cần có các chương trình đào tạo và giáo dục liên tục, công cụ hỗ trợ quyết định lâm sàng, và sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên gia khác nhau để cung cấp chăm sóc toàn diện cho người bệnh CXX.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, Thoái hóa khớp, Loãng xương, Hướng dẫn chăm sóc, Tổng quan tài liệu.

UPDATES ON RECOMMENDATIONS FOR THE ROLE OF NURSE IN THE CARE AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES

Tran Thi Ngoc Xuyen, Ph.D.NS

Abstract:

Objective: This report aims to review the latest guidelines for the management of musculoskeletal (MSK) disorders from reputable organizations and provide recommendations for clinical practice. Musculoskeletal diseases are a major public health concern, and updating and applying evidence-based guidelines is crucial for improving treatment outcomes and quality of life for patients.

Methods: A literature review was conducted, searching for the most recent guidelines for the care of patients with MSK disorders from organizations such as the American College of Rheumatology (ACR), the European League Against Rheumatism (EULAR), and other professional bodies. The MSK disorders considered included rheumatoid arthritis (RA), osteoarthritis (OA), and osteoporosis. The guidelines were compared, contrasted, and evaluated to identify similarities, differences, and supporting evidence.

Results: The guidelines for the care of patients with RA emphasize the importance of early and aggressive treatment following a “treat-to-target” approach with DMARDs and biologics when necessary. The guidelines for the care of patients with OA recommend a multimodal approach, combining pharmacological and non-pharmacological interventions, and individualized treatment. The guidelines for the care of patients with osteoporosis focus on assessing fracture risk, promoting a healthy lifestyle, and using osteoporosis medications when necessary.

Conclusion: The guidelines for the management of MSK disorders are continuously updated based on the latest evidence. These guidelines highlight the role of early and aggressive treatment, individualized treatment, and combining pharmacological and non-pharmacological interventions. Applying these guidelines can improve treatment outcomes and quality of life for patients with MSK disorders. Clinicians should update their knowledge and skills regarding the latest guidelines for the care of patients with MSK disorders. There is a need for continuous training and education programs, clinical decision support tools, and close collaboration between different specialists to provide comprehensive care for patients with MSK disorders.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Osteoporosis, Clinical Guidelines, Literature

XU HƯỚNG MỚI NỔI CỦA CÁC CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ DẪN DẮT BỞI ĐIỀU DƯỠNG TRONG THẤP KHỚP HỌC HIỆN ĐẠI

Thạc sỹ Nguyễn Thị Thúy Nga

Khoa Nội cơ xương khớp - Bệnh viện TWQĐ 108

Email: nganguyen7974@gmail.com | Điện thoại: 0976161845

Giới thiệu:

Trong bối cảnh nhu cầu chăm sóc người bệnh Cơ xương khớp ngày càng gia tăng và tình trạng thiếu hụt nhân lực bác sĩ chuyên ngành, vai trò của điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp đã được mở rộng mạnh mẽ tại nhiều quốc gia. Các nghiên cứu và khuyến cáo quốc tế, đặc biệt từ EULAR, đã nhấn mạnh tầm quan trọng của điều dưỡng trong quản lý bệnh viêm khớp dạng thấp, viêm khớp - cột sống thể trực và gút. Ở Việt Nam, xu hướng này cũng bắt đầu được ghi nhận, song vẫn còn mới mẻ và cần sự phát triển hệ thống.

Mục tiêu:

Do vậy, cần có một nghiên cứu tổng quan, phân tích và làm rõ xu hướng phát triển của điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp trên thế giới và tại Việt Nam, bao gồm vai trò, cơ hội và thách thức.

Phương pháp:

Phân tích, tổng hợp các nghiên cứu, khuyến cáo và báo cáo quốc tế từ năm 2018–2024 về xu hướng mới nổi các chương trình chăm sóc điều trị dẫn dắt bởi điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp; đối chiếu với thực trạng và định hướng phát triển tại Việt Nam.

Kết quả:

Điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp hiện đại đã phát triển theo các hướng sau. Mở rộng vai trò lâm sàng: điều dưỡng tham gia quản lý bệnh nhân mạn tính, theo dõi tiến triển bệnh, hỗ trợ ra quyết định điều trị và tăng cường tuân thủ thuốc. Tăng cường giáo dục và tự quản lý: điều dưỡng đóng vai trò trung tâm trong giáo dục bệnh nhân, giúp họ hiểu rõ bệnh và xây dựng kỹ năng tự chăm sóc. Tham gia nghiên cứu và chăm sóc đa chuyên khoa: điều dưỡng được lồng ghép vào các nhóm điều trị đa ngành, góp phần cải thiện kết quả bệnh nhân. Hiện tại ở Việt Nam: bước đầu xuất hiện mô hình điều dưỡng tham gia quản lý viêm khớp mạn tính tại một số bệnh viện lớn, tuy nhiên vẫn còn hạn chế về đào tạo chuyên sâu, khung pháp lý và sự công nhận vai trò.

Khuyến nghị/giải pháp:

Cần thiết lập chương trình đào tạo chính quy về điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp, tổ chức các khóa huấn luyện, đào tạo liên tục, và ban hành khung năng lực chuyên biệt. Đồng thời, khuyến khích điều dưỡng tham gia nghiên cứu khoa học, hội nhập quốc tế, và đóng góp vào xây dựng phác đồ quản lý bệnh nhân. Việc phát triển điều dưỡng trong chuyên ngành Cơ xương khớp tại Việt Nam sẽ giúp nâng cao chất lượng chăm sóc, giảm gánh nặng cho bác sĩ, đồng thời cải thiện kết quả điều trị lâu dài cho người bệnh.

EMERGING TRENDS IN NURSE-LED TREATMENT AND CARE PROGRAMS IN MODERN RHEUMATOLOGY

Introduction:

In the context of the increasing demand for musculoskeletal patient care and the shortage of rheumatology specialists, the role of nursing in rheumatology has been significantly expanded in many countries. International studies and recommendations, particularly from EULAR, have emphasized the importance of nursing in the management of rheumatoid arthritis, axial spondyloarthritis, and gout. In Vietnam, this trend has also begun to emerge, though it remains relatively new and requires systematic development.

Objective:

Therefore, it is necessary to conduct a comprehensive review to analyze and clarify the development trends of nursing in rheumatology worldwide and in Vietnam, including roles, opportunities, and challenges.

Methods:

A synthesis and analysis of international studies, recommendations, and reports from 2018-2024 on emerging nurse-led care programs in rheumatology; compared with the current situation and development orientation in Vietnam.

Results:

Modern rheumatology nursing has evolved in the following directions. Expanded clinical roles: Nurses participate in the management of chronic patients, monitoring disease progression, supporting treatment decision-making, and enhancing medication adherence. Enhanced education and self-management: Nurses play a central role in patient education, helping patients better understand their disease and develop self-care skills. Involvement in research and multidisciplinary care: Nurses are integrated into multidisciplinary treatment teams, contributing to improved patient outcomes. In Vietnam: Initial models of nurse involvement in chronic arthritis management have emerged in several major hospitals, but limitations remain in specialized training, legal frameworks, and role recognition.

Recommendations/Solutions:

It is essential to establish formal training programs in rheumatology nursing, organize continuous education and training courses, and develop a specialized competency framework. At the same time, nurses should be encouraged to engage in scientific research, international collaboration, and contribute to the development of patient management protocols. The advancement of nursing in rheumatology in Vietnam will help improve care quality, reduce the burden on physicians, and enhance long-term treatment outcomes for patients.

Key words: the trend of Nursing in Rheumatology, roles, development

HỖ TRỢ ĐIỀU DƯỠNG TRONG TỰ CHĂM SÓC Ở BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP

Tác giả: Vũ Thị Ngọc Thủy

Nơi công tác: Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Địa chỉ: 479 Lương Ngọc Quyến, Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên

Số Điện Thoại: 0915.215.916 | Email: thuyvutn35@gmail.com

Tóm tắt:

Mở đầu:

Bệnh cơ xương khớp là nhóm bệnh mạn tính phổ biến, ảnh hưởng nghiêm trọng đến vận động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Tự chăm sóc có vai trò quan trọng trong quản lý lâu dài, song nhiều bệnh nhân gặp khó khăn do hạn chế vận động, đau mạn tính và thiếu kiến thức. Trong bối cảnh đó, vai trò hỗ trợ của điều dưỡng ngày càng được khẳng định, góp phần nâng cao tính chủ động và hiệu quả điều trị.

Mục tiêu:

Đánh giá vai trò của điều dưỡng trong hỗ trợ tự chăm sóc ở bệnh nhân cơ xương khớp và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả tự chăm sóc.

Phương pháp:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân cơ xương khớp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 3 đến tháng 10/2025. Dữ liệu thu thập bằng bảng hỏi, phỏng vấn trực tiếp và quan sát, với các biến số về đặc điểm nhân khẩu học, khả năng tự chăm sóc, mức độ hỗ trợ của điều dưỡng và các yếu tố liên quan.

Kết quả:

Trên 60% bệnh nhân gặp khó khăn trong vận động, sinh hoạt và tuân thủ điều trị. Hỗ trợ của điều dưỡng về tập luyện, dinh dưỡng, kiểm soát đau và giáo dục sức khỏe giúp cải thiện rõ rệt khả năng tự chăm sóc, sự hài lòng và chất lượng cuộc sống. Hiệu quả tự chăm sóc cao hơn ở bệnh nhân trung niên, có hỗ trợ gia đình và được điều dưỡng quan tâm thường xuyên; thấp hơn ở bệnh nhân lớn tuổi, bệnh mạn tính kéo dài hoặc có biến chứng nặng.

Kết luận:

Điều dưỡng giữ vai trò then chốt trong tăng cường khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân cơ xương khớp. Cần đẩy mạnh đào tạo, tư vấn định kỳ và theo dõi lâu dài để nâng cao tính chủ động của người bệnh và giảm gánh nặng y tế.

Từ khóa: điều dưỡng, tự chăm sóc, bệnh cơ xương khớp, hỗ trợ, chất lượng cuộc sống.

NURSING ASSISTANCE IN SELF-MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES

Author: Vu Thi Ngoc Thuy

Affiliation: Rheumatology Department - Thai Nguyen Central General Hospital

Address: 479 Luong Ngoc Quyen, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province

Phone: +84.91.215.916 | Email: thuyvutn35@gmail.com

Abstract:

Objective:

To evaluate the role of nursing in supporting self-care among patients with musculoskeletal disorders and identify factors influencing self-care effectiveness.

Methods:

A cross-sectional study conducted at Thai Nguyen Central Hospital from March to October 2025. Data collected through questionnaires, face-to-face interviews, and observation. Variables included demographics, self-care capacity, nursing support, and related factors.

Results:

Over 60% of patients reported difficulties in mobility, daily activities, and treatment adherence. Nursing support in exercise, nutrition, pain management, and health education markedly improved self-care capacity, satisfaction, and quality of life. Better outcomes were observed in middle-aged patients, those with family support, and frequent nursing attention; effectiveness decreased in elderly patients, those with long-standing chronic illness, or severe complications.

Conclusion:

Nursing plays a pivotal role in enhancing self-care among patients with musculoskeletal disorders. Strengthening training, providing regular counseling, and ensuring long-term follow-up are essential to foster patient autonomy and reduce healthcare burden.

Keywords: nursing, self-care, musculoskeletal disorders, support, quality of life.

NGHỆ THUẬT SỬ DỤNG DMARDS TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Ngọc Lan

Hội Thấp khớp học Việt nam

lannguyen@hmu.edu.vn | ĐT: 0913204629

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh khớp viêm- tự miễn gặp khoảng 0,5- 1% người trưởng thành. Bệnh biểu hiện với nhiều đợt viêm khớp kéo dài, tiến triển, gây đau đớn, mất chức năng vận động và tàn phế. Hướng dẫn điều trị hiện nay ở Việt nam có tham khảo các hướng dẫn ACR (American College of Rheumatology) 2019, EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) 2022, trong đó có các chỉ định thuốc theo từng giai đoạn phù hợp. Mục tiêu điều trị : (1) Đạt lui bệnh (remission): Lui bệnh lâm sàng (không hoặc rất ít triệu chứng viêm); được đánh giá bằng thang điểm DAS28, SDAI, CDAI ... (2) Nếu không đạt được lui bệnh thì cũng phải là đạt là hoạt tính bệnh thấp (low disease activity – LDA).

1. Nguyên tắc điều trị chung theo khuyến cáo quốc tế và Việt nam

Phát hiện sớm và can thiệp sớm: Bắt đầu DMARDs (đặc biệt là methotrexate- MTX) trong vòng 3–6 tháng từ khi khởi phát. Đo lường hoạt tính bệnh định kỳ (1–3 tháng/lần trong giai đoạn hoạt tính cao, 3–6 tháng/lần khi bệnh ổn định). Nếu sau 3–6 tháng chưa đạt mục tiêu: chỉ định các thuốc sinh học (biologics) hoặc thuốc ức chế KAK (JAKi) có kết hợp hoặc không kết hợp với MTX. Cá thể hóa điều trị: lựa chọn thuốc dựa trên đặc điểm bệnh, bệnh đồng mắc, yếu tố nguy cơ. Đảm bảo an toàn dài hạn: theo dõi tác dụng phụ của thuốc (corticosteroid, NSAIDs, DMARDs, bDMARD, Ts DMARD- JAKi). Kết hợp điều trị không dùng thuốc: phục hồi chức năng, giáo dục bệnh nhân, quản lý yếu tố nguy cơ tim mạch, tâm lý xã hội, tái hòa nhập cộng đồng.

2. Áp dụng trên thực hành lâm sàng đối với các thuốc DMARDs cổ điển (csDMARDs- Conventional Synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs)

- Methotrexate (MTX): lựa chọn đầu tiên Liều khởi đầu: 7,5 – 15 mg/tuần Duy trì: 15 – 25 mg/tuần. Chống chỉ định tuyệt đối: Mang thai và cho con bú Phải ngừng MTX ít nhất 3–6 tháng trước khi có thai (cả nam và nữ). Các bệnh gan nặng; Suy tủy xương hoặc rối loạn huyết học nặng; kết hợp với các thuốc chống đông (đặc biệt là warfarin và các nhóm chống đông kháng vitamin K); Suy thận nặng; Quá mẫn với Methotrexate.

- HCQ (hydroxychloroquine): thường được kết hợp với MTX do có tác dụng hiệp đồng, tăng hiệu quả và giảm tác không mong muốn trên gan.

- Leflunomide: liều 20 mg mỗi ngày. Chống chỉ định tuyệt đối tương tự MTX nhưng lưu ý không chỉ định cho phụ nữ trẻ vì thuốc có thời gian bán thải rất dài (tới 2 năm), nếu muốn có thai phải ngừng thuốc và trước khi mang thai: cần “rửa thuốc” bằng cholestyramin 8g x 3 lần/ngày trong 11 ngày hoặc than hoạt .

- Sulfasalazine Liều 2-3 gam mỗi ngày. Chống chỉ định ở những người quá mẫn với sulfonamid, salicylat hoặc chính sulfasalazine, bệnh nhân bị loạn chuyển hóa porphyrin, người có chức năng gan hoặc thận nặng, có bệnh tắc nghẽn đường ruột hoặc đường tiết niệu, và trẻ em dưới 2 tuổi. Ngoài ra, cần thận trọng hoặc không dùng thuốc cho phụ nữ có thai và cho con bú, bệnh nhân thiếu hụt glucose-6-phosphat dehydrogenase (G6PD).

3. Áp dụng trên thực hành lâm sàng đối với các thuốc DMARDs sinh học (bDMARDs - biologic disease-modifying antirheumatic drugs)

Nhóm DMARD sinh học bao gồm thuốc kháng TNF- α (như etanercept, infliximab, adalimumab), thuốc ức chế Interleukin-6 (như tocilizumab), thuốc ức chế tế bào B (như rituximab) và thuốc ức chế tế bào T (như abatacept). Được chỉ định khi bệnh không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với thuốc DMARD kinh điển như MTX, hoặc khi bệnh ở thể nặng, giúp cải thiện triệu chứng, làm chậm tổn thương khớp và tăng chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

-Nhóm thuốc kháng TNF- α : Lưu ý lựa chọn thuốc nhóm khi có biểu hiện ngoài khớp: Viêm màng bồ đào (uveitis): Adalimumab, infliximab. Viêm phổi kẽ : TNF inhibitors không phải lựa chọn hàng đầu, tuy nhiên, trong một số trường hợp đặc biệt, vẫn có thể cân nhắc adalimumab hoặc etanercept khi các lựa chọn khác (abatacept, rituximab) không phù hợp. Viêm mạch máu : Infliximab, etanercept.

-Thuốc ức chế Interleukin-6 (IL-6): chỉ định và chống chỉ định tương tự các DMARD sinh học. Tuy nhiên cần thận trọng với nguy cơ thủng đường tiêu hóa, và thay đổi lipid. Bệnh nhân có tiền sử lao nên lựa chọn nhóm này hơn là kháng kháng TNF- α .

4. Áp dụng trên thực hành đối với các thuốc Ts DMARDs” (Targeted Synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) -Thuốc ức chế JAK: được chỉ định tương tự như nhóm thuốc DMARDs sinh học.

Nhóm này bao gồm Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib, Filgotinib đều có hiệu quả cải thiện rõ rệt triệu chứng, chức năng, làm chậm tổn thương khớp. Tùy theo các thể hệ thuốc ức chế chọn lọc hay không mà có đôi chút khác nhau. Hiện nay Việt Nam mới có Baricitinib- ức chế JAK1 và JAK2. Hiệu quả của Baricitinib trong thử nghiệm RA-BEAM có vượt trội hơn adalimumab về một số tiêu chí. Các thuốc nhóm này cũng như thuốc sinh học đều phải tuân theo quy trình sàng lọc đầy đủ, tuy cần lưu ý thêm thuốc có chống chỉ định trên bệnh nhân có tiền sử biến cố tim mạch, thuyên tắc huyết khối, viêm túi thừa có nguy cơ thủng ruột, nguy cơ mắc zona cao hơn.

Trước khi chỉ định tất cả các thuốc DMARDs cổ điển, sinh học hay phân tử nhỏ, cần đánh giá cụ thể các triệu chứng các bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ của mỗi bệnh nhân để cân nhắc lợi ích và rủi ro. Cần tiêm vaccin dự phòng viêm gan, cúm, phế cầu, zona... trước khi chỉ định thuốc hoặc tại các thời điểm phù hợp.

THE ART OF USING DMARDs IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Nguyen Thi Ngoc Lan

Vietnam Rheumatology Association

lannguyen@hmu.edu.vn | Tel: +84 913 204 629

Rheumatoid arthritis (RA) is an autoimmune inflammatory joint disease affecting approximately 0.5–1% of adults. The disease presents with recurrent, persistent episodes of arthritis, leading to pain, functional disability, and deformity. Current treatment guidelines in Vietnam are based on international recommendations, including the 2019 ACR (American College of Rheumatology) and the 2022 EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) guidelines, which provide stage-appropriate drug indications.

Treatment goals: (1). Achieve remission: Clinical remission (no or minimal signs of inflammation), assessed using DAS28, SDAI, CDAI, etc. (2). If remission cannot be achieved, the goal is to reach low disease activity (LDA).

1. General treatment principles according to international and Vietnamese guidelines

Early detection and intervention: Initiate DMARDs (especially methotrexate, MTX) within 3–6 months of disease onset. Disease activity monitoring: Every 1–3 months during high disease activity, and every 3–6 months when stable. Treatment escalation: If treatment goals are not reached after 3–6 months → consider biologics (bDMARDs) or JAK inhibitors (JAKi), with or without MTX. Individualized therapy: Choose drugs based on disease characteristics, comorbidities, and risk factors. Long-term safety: Monitor for adverse effects of corticosteroids, NSAIDs, DMARDs, biologics, and JAK inhibitors. Non-pharmacological therapy: Rehabilitation, patient education, management of cardiovascular risk factors, psychosocial support, and community reintegration.

2. Practical application of conventional synthetic DMARDs (csDMARDs)

Methotrexate (MTX): First-line therapy .Initial dose: 7.5–15 mg/week Maintenance: 15–25 mg/week. Absolute contraindications: Pregnancy and breastfeeding (MTX must be discontinued at least 3–6 months before conception for both men and women). Severe liver disease. Severe bone marrow suppression or hematologic disorders. Concomitant use with anticoagulants (especially warfarin and other vitamin K antagonists). Severe renal impairment. Hypersensitivity to MTX

Hydroxychloroquine (HCQ): Often combined with MTX due to synergistic effects: increases efficacy and reduces unwanted hepatic toxicity

Leflunomide: Usual dose 20 mg daily. Absolute contraindications are similar to MTX, but note that it should not be prescribed to young women because of its very long half-life (up to 2 years). If pregnancy is planned, the drug must be discontinued, and before conception, a “wash-out” procedure is required using cholestyramine 8 g three times daily for 11 days or activated charcoal.

Sulfasalazine: Usual dose 2–3 g daily. Contraindicated in patients with hypersensitivity to sulfonamides, salicylates, or sulfasalazine itself; patients with porphyria; those with severe hepatic or renal impairment; patients with intestinal or urinary tract obstruction; and children under 2 years of age. In addition, caution or avoidance is necessary in pregnant or breastfeeding women and in patients with glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) deficiency.

3. Clinical application of biologic DMARDs (bDMARDs)

The group of biologic DMARDs includes TNF- α inhibitors (etanercept, infliximab, adalimumab), IL-6 receptor inhibitors (tocilizumab), B-cell depletion therapy (rituximab), and T-cell co-stimulation modulators (abatacept). These are indicated in patients with inadequate or poor response to conventional DMARDs such as MTX, or in severe disease, to improve symptoms, slow down joint damage, and enhance quality of life.

TNF- α inhibitors: Special considerations for extra-articular manifestations:

+ Uveitis: adalimumab, infliximab.

+ Interstitial lung disease (ILD): TNF inhibitors are not first-line; however, in selected cases, adalimumab or etanercept may be considered when alternatives (abatacept, rituximab) are unsuitable.

+ Vasculitis: infliximab, etanercept.

IL-6 inhibitors: Indications and contraindications are generally similar to other biologics. Special cautions include risk of gastrointestinal perforation and lipid abnormalities. For patients with a history of latent tuberculosis, IL-6 inhibitors are often preferred over TNF inhibitors.

4. Clinical application of targeted synthetic DMARDs (tsDMARDs)

JAK inhibitors: Indications are similar to those of biologic DMARDs. This group includes baricitinib, tofacitinib, upadacitinib, and filgotinib, all of which significantly improve symptoms and function, and slow joint damage. Depending on whether they are selective or non-selective JAK inhibitors, there are some differences in their pharmacological profiles.

Currently, in Vietnam only baricitinib (a JAK1 and JAK2 inhibitor) is available. In the RA-BEAM trial, baricitinib demonstrated superiority over adalimumab in several outcome measures.

Like biologic DMARDs, JAK inhibitors require thorough pre-treatment screening, but with additional caution:

- Contraindicated in patients with a history of cardiovascular events, venous thromboembolism, or diverticulitis at risk of perforation.
- Increased risk of herpes zoster (shingles) reactivation.

General considerations before initiating DMARDs (csDMARDs, bDMARDs, or tsDMARDs)

- A comprehensive assessment of disease manifestations, comorbidities, and individual risk factors must be performed to balance benefits and risks.
- Vaccination against hepatitis, influenza, pneumococcus, and herpes zoster should be administered before treatment initiation or at appropriate time points.

CẬP NHẬT CÁC KHUYẾN NGHỊ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM KHỚP VÂY NẸN

PGS.TS.BS. TRẦN THỊ MINH HOA

Viêm khớp vẩy nến (PsA) là một căn bệnh đã đạt được tiến bộ đáng kể trong những năm gần đây như chẩn đoán rất sớm và tiền PsA, cũng như xác định mục tiêu điều trị và áp dụng phương pháp tiếp cận toàn diện để quản lý bệnh đi kèm. Các lựa chọn dược lý đã được mở rộng, với sự chấp thuận của các tác nhân mới nhắm mục tiêu vào các chế độ hoạt động khác nhau của PsA (cũng như bệnh vẩy nến da). Các loại thuốc được cấp phép điều trị cho PsA hiện bao gồm : thuốc chống thấp khớp tổng hợp thông thường làm thay đổi bệnh (DMARD) như methotrexate (MTX), sulfasalazine và leflunomide; Thuốc sinh học DMARD nhắm mục tiêu vào yếu tố hoại tử khối u (TNF), interleukin (IL)-12/23 hoặc IL-23 và IL-17A và IL-17A/F; và các DMARD tổng hợp nhắm đích ức chế Janus kinase (JAK) hoặc phosphodiesterase (PDE4). Kể từ các khuyến nghị EULAR về quản lý dược lý của PsA vào năm 2013 đến 2022, lĩnh vực này đã thay đổi đáng kể. Do đó, việc cập nhật các khuyến nghị quản lý PsA của EULAR-2023 đã được bổ sung và công bố trong các hội nghị chuyên ngành EULAR, APLAR năm 2025 để giúp các thầy thuốc có phác đồ điều trị phù hợp

Các khuyến nghị cập nhật bao gồm 7 nguyên tắc bao quát và 11 khuyến nghị, đồng thời cung cấp một chiến lược điều trị cho các liệu pháp dược lý. Thuốc kháng viêm không steroid chỉ nên được sử dụng đơn trị liệu cho PsA nhẹ và trong thời gian ngắn; không khuyến cáo sử dụng glucocorticoid đường uống. Ở những bệnh nhân bị viêm khớp ngoại biên, khuyến cáo nên bắt đầu nhanh chóng bằng các thuốc chống thấp khớp tổng hợp thông thường giúp cải thiện bệnh và ưu tiên methotrexate. Nếu không đạt được mục tiêu điều trị với chiến lược này, nên bắt đầu bằng thuốc chống thấp khớp sinh học giúp cải thiện bệnh (bDMARD), không ưu tiên lựa chọn giữa các cơ chế tác động. Bệnh vẩy nến da có liên quan nên hướng đến các bDMARD nhắm vào các chất ức chế interleukin (IL)-23p40, IL-23p19, IL-17A và IL-17A/F. Trong trường hợp bệnh trực hoặc viêm điểm bám tận chiếm ưu thế nên điều trị thuốc sinh học sớm. Việc sử dụng thuốc ức chế Janus kinase được đề xuất chủ yếu sau khi bDMARD thất bại, có tính đến các yếu tố nguy cơ có liên quan hoặc trong trường hợp bDMARD không phải là lựa chọn phù hợp. Bệnh PsA có kèm viêm ruột và viêm màng bồ đào, nếu có, sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn thuốc, với các thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u đơn dòng được đề xuất. Việc chuyển đổi thuốc và giảm liều trong giai đoạn thuyên giảm kéo dài cũng được cập nhật. Những khuyến nghị cập nhật này tích hợp tất cả các loại thuốc hiện có theo cách tiếp cận thực tế và tiến bộ, điều này sẽ hữu ích trong việc quản lý thuốc điều trị bệnh PsA.

UPDATED TREATMENT RECOMMENDATIONS FOR PSORISTIC ARTHRITIS

Dr. TRAN THI MINH HOA

Psoriatic arthritis (PsA) is a disease that has seen significant progress in recent years in the diagnosis of very early and pre-PsA, as well as the identification of treatment targets and the adoption of a comprehensive approach to the management of comorbidities. Pharmacological options have expanded, with the approval of new agents targeting different modes of action of PsA (as well as cutaneous psoriasis) of EULAR-2023 has been supplemented and published in the EULAR and APLAR specialized conferences in 2025 to help physicians have appropriate treatment regimens.

. Currently licensed drugs for the treatment of PsA include: conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) such as methotrexate (MTX), sulfasalazine, and leflunomide; biological DMARDs targeting tumor necrosis factor (TNF), interleukin (IL)-12/23 or IL-23 and IL-17A and IL-17A/F; and synthetic DMARDs targeting Janus kinase (JAK) or phosphodiesterase

(PDE4) inhibitors. Since the EULAR recommendations for the pharmacological management of PsA in 2013 to 2022, the field has changed significantly. Therefore, the update of the EULAR-2023 recommendations for the management of PsA is timely. The updated recommendations include 7 overarching principles and 11 recommendations and provide a treatment strategy for pharmacologic therapies. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs should be used as monotherapy for mild PsA and for short periods only; oral glucocorticoids are not recommended. In patients with peripheral arthritis, prompt initiation of conventional disease-modifying synthetic antirheumatic drugs and preference for methotrexate are recommended. If treatment goals are not achieved with this strategy, disease-modifying biologic antirheumatic drugs (bDMARDs) should be initiated, regardless of the mechanism of action. Associated cutaneous psoriasis should be directed toward bDMARDs targeting interleukin (IL)-23p40, IL-23p19, IL-17A, and IL-17A/F inhibitors. In cases of predominant axial disease or enthesitis, early biologic therapy should be considered. The use of Janus kinase inhibitors is recommended primarily after bDMARD failure, taking into account relevant risk factors, or in cases where bDMARDs are not appropriate options. The presence of PsA and associated enteritis and uveitis, if present, will influence drug choice, with monoclonal tumor necrosis factor inhibitors being suggested. Drug switching and dose reduction during prolonged remission are also discussed. These updated recommendations integrate all available drugs in a practical and progressive approach, which will be helpful in the drug management of PsA.

References:

1. Laura G, Andreas K, Ricardo J, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. 2024 (3), Vol 83:706-719.
2. Zabotti A, De Marco G, Gossec L, et al. . EULAR points to consider for the definition of clinical and imaging features suspicious for progression from psoriasis to psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2023;82:1162–70.
3. Alharbi S, Ye JY, Lee K-A, et al. Remission in psoriatic arthritis: definition and predictors. *Semin Arthritis Rheum* 2020;50:1494–9.
4. Ferguson LD, Siebert S, McInnes IB, et al. Cardiometabolic comorbidities in RA and PSA: lessons learned and future directions. *Nat Rev Rheumatol* 2019;15:461–74.
5. Lubrano E, Scryfallano S, de Vlam K, et al Triple jump for the optimal management of psoriatic arthritis: diet, sleep and exercise - a review. *RMD Open* 2023;9:e003339.
6. Kerschbaumer A, Smolen JS, Ferreira RJO, et al. Efficacy and safety of pharmacological treatment of psoriatic arthritis: a systematic literature research informing the 2023 update of the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2024;83:760–74.
7. Ytterberg SR, Bhatt DL, Mikuls TR, et al . Cardiovascular and cancer risk with tofacitinib in rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2022;386:316–26.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN SỚM VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

BS. Nguyễn Văn Hùng

Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh viêm mạn tính có khả năng hủy hoại, với các đặc điểm của bệnh tự miễn và hệ thống, dẫn đến tổn thương ở nhiều cơ quan bộ phận bao gồm các tổn thương tại khớp và các biểu hiện ngoài khớp. Việc chậm trễ nhận biết bệnh viêm khớp dạng thấp liên quan với các rối loạn miễn dịch phức tạp, các biểu hiện lâm sàng đa dạng và nặng của bệnh với tiên lượng và các hậu quả xấu. Vì vậy, nhận biết sớm viêm khớp dạng thấp là chìa khóa giúp cho việc điều trị, kiểm soát bệnh hiệu quả và ngăn ngừa các di chứng do bệnh gây ra.

Cho đến nay, tiêu chuẩn phân loại bệnh của ACR/EULAR năm 2010 vẫn là công cụ chính để chẩn đoán bệnh viêm khớp dạng thấp. Tuy nhiên, việc đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo ACR/EULAR 2010 thường không hội đủ trong nhiều trường hợp cho đến khi bệnh đã tiến triển đến giai đoạn biểu hiện rõ trên lâm sàng với các tổn thương và hậu quả đã hình thành. Làm thế nào để nhận ra một bệnh nhân có các biểu hiện viêm khớp không đặc hiệu, viêm khớp dưới lâm sàng hoặc thậm trí ở giai đoạn mới có các rối loạn miễn dịch của bệnh viêm khớp dạng thấp là một điều khó, tuy nhiên, là một việc có thể thể và hứa hẹn có thể hướng tới. Những điều được biết từ các nghiên cứu và kinh nghiệm thực hành có thể là cơ sở giúp tiếp cận chẩn đoán bệnh một cách đúng đắn cùng với sự cảnh giác của các thầy thuốc tham gia chẩn đoán và điều trị các bệnh nhân có khả năng bị các tổn thương bệnh có thể thúc đẩy việc chẩn đoán sớm bệnh viêm khớp dạng thấp.

UPDATES ON EARLY DIAGNOSIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Dr. Nguyen Van Hung

Centre for Rheumatology, Bach Mai Hospital

Rheumatoid arthritis is a chronic inflammatory deteriorating disease with characteristics of systemic and autoimmune features which result in the involvements of multisystem including articular and extra-articular damages. Delayed recognition of rheumatoid arthritis associated with complicated immunological disorders, various and severe clinical manifestations with less favorable outcomes. Therefore, early identification of rheumatoid arthritis is the key point for effectively disease controlling and preventing damages cause by the disease.

Until now, 2010 ACR/EULAR classification criteria are the mainstay clinical tool for diagnosis of rheumatoid arthritis. However, fulfillments of diagnostic requirements for 2010 ACR/EULAR criteria are not met in many cases until the disease progresses to clinical phase with certain consequences. How to recognise a patient with unclassified, subclinical arthritis or even immunological disorder phase of rheumatoid arthritis is difficult, however, a promising and possible target that we could aim at. Learning points from important studies and practice experiences serve as basis for us to wisely approach to the diagnosis of the disease, in combination with awareness of physicians who participate in taking care of patients with potential progression to rheumatoid arthritis, could synergistically promote early diagnosis of rheumatoid arthritis.

THUỐC SINH HỌC: CƠ HỘI MỚI CHO CÁC BỆNH LÝ KHỚP TỰ MIỄN

PGS.TS.BS Nguyễn Ngọc Châu
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Thuốc sinh học mang lại một “cơ hội mới” mang tính đột phá trong điều trị các bệnh thấp khớp tự miễn bằng cách nhắm chính xác vào những thành phần cụ thể của hệ miễn dịch, như cytokine và tế bào miễn dịch, mà các liệu pháp truyền thống thường không thể tác động. Các loại thuốc này, chẳng hạn như các thuốc ức chế TNF, IL-1, IL-6, IL-17... có khả năng kiểm soát viêm, làm chậm tiến triển bệnh và ngăn ngừa tổn thương khớp trong các bệnh như viêm khớp dạng thấp (RA), Viêm khớp cột sống (VKCS)...., mang lại lợi ích đáng kể cho nhiều bệnh nhân không đáp ứng với các điều trị khác. Tuy nhiên, do có tác dụng ức chế miễn dịch mạnh, chúng đòi hỏi phải theo dõi bệnh nhân chặt chẽ để kiểm soát các nguy cơ như nhiễm trùng và hiện tượng tự miễn, trong khi nghiên cứu tương lai tập trung vào việc nâng cao độ an toàn và hiệu quả thông qua các phương pháp cá thể hóa và cách tiếp cận mới.

BIOLOGICS: A NEW CHANCE FOR AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES

Assoc. Prof. Nguyễn Ngọc Châu M.D
108 Military Central Hospital

Biologics offer a transformative “new chance” for treating autoimmune rheumatic diseases by precisely targeting specific components of the immune system, such as cytokines and immune cells, which traditional therapies often couldn't. These engineered drugs, like TNF, IL-1, IL-6, IL-17... inhibitors, effectively control inflammation, slow disease progression, and prevent joint damage in conditions like Rheumatoid Arthritis (RA), Spondyloarthritis (SpA)... providing significant benefit to many patients who haven't responded to other treatments. However, their strong immunosuppressive effects necessitate careful patient monitoring for risks like infection and potential autoimmune phenomena, with future research focusing on improving safety and effectiveness through personalized and novel approaches.

ĐIỀU TRỊ NHẢM ĐÍCH TRONG LUPUS BAN ĐỎ. VAI TRÒ CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ MỚI.

BS. CKII. Dương Minh Trí
bsmtri2000@gmail.com
Trưởng khoa Nội Cơ Xương Khớp
Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Tóm tắt:

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh tự miễn phức tạp, thường gặp ở nữ giới trong độ tuổi sinh sản với tỷ lệ nữ/nam 9:1. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, ảnh hưởng nhiều cơ quan (thận, tim mạch, hệ thần kinh, gan, da, khớp) và gây ra gánh nặng tử vong, tàn tật, cũng như biến chứng từ điều trị.

Mục tiêu điều trị SLE: kéo dài thời gian sống, giảm hoạt động bệnh, ngăn ngừa tổn thương cơ quan, giảm độc tính thuốc và cải thiện chất lượng cuộc sống. Việc quản lý đòi hỏi cá thể hóa và phối hợp đa chuyên khoa.

Điều trị hiện nay bao gồm corticoid, thuốc ức chế miễn dịch và các thuốc sinh học. Trong đó, tế bào B và đường truyền tín hiệu interferon loại I (IFN-I) đóng vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh và là mục tiêu của điều trị mới.

Rituximab: kháng thể kháng CD20, loại bỏ tế bào B, được dùng trong lupus thận và SLE nặng kháng trị.

Belimumab: kháng thể ức chế BAFF, làm giảm hoạt động tế bào B, cải thiện hiệu quả ở bệnh nhân lupus hoạt động vừa - nặng.

Anifrolumab (Saphnelo): kháng thể đơn dòng chống IFNAR1, ức chế tín hiệu IFN-I. Các thử nghiệm lâm sàng TULIP chứng minh hiệu quả trong cải thiện triệu chứng, giảm bùng phát bệnh và nâng cao chất lượng sống.

Kết luận: SLE có biểu hiện phức tạp và đáp ứng điều trị không đồng nhất. Các liệu pháp sinh học nhắm đích mới, đặc biệt vào tế bào B và interferon, đã mở ra hy vọng cải thiện tiên lượng, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Summary:

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a complex autoimmune disease, predominantly affecting women of reproductive age (female-to-male ratio 9:1). It presents with diverse clinical manifestations, involves multiple organs (kidney, cardiovascular, CNS, liver, skin, joints), and contributes to increased mortality, morbidity, and treatment-related complications.

Treatment goals: prolong survival, minimize disease activity, prevent irreversible organ damage, reduce drug toxicity, and improve quality of life. Management requires individualized therapy and multidisciplinary care.

Current treatments include corticosteroids, immunosuppressants, and biologics. Key pathogenic pathways involve B cells and type I interferon (IFN-I) signaling, which are major therapeutic targets.

Rituximab: anti-CD20 monoclonal antibody depleting B cells, applied in lupus nephritis and refractory severe SLE.

Belimumab: BAFF inhibitor reducing B cell activity, effective in moderate to severe active lupus.

Anifrolumab (Saphnelo): *anti-IFNAR1 monoclonal antibody blocking IFN-I signaling. Clinical trials (TULIP) demonstrated significant benefits in symptom control, flare reduction, and quality of life.*

Conclusion: SLE remains a heterogeneous disease with variable treatment response. Novel biologic therapies, especially targeting B cells and interferon pathways, provide promising options to improve prognosis, reduce complications, and enhance patients' quality of life.

VAI TRÒ THUỐC ỨC CHẾ JAK TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH QUA TRUNG GIAN MIỄN DỊCH.

BSCKII. Trần Ngọc Hữu Đức
Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy
201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 0822367578 | email: huuduc1984@gmail.com

Nội dung:

Trong thập kỷ qua, các thuốc ức chế Janus kinase (JAKi) đã nổi lên như một phương pháp điều trị đầy hứa hẹn cho nhiều bệnh viêm nhiễm và tự miễn.

Cơ chế hoạt động và tính chọn lọc: Các JAKi hoạt động bằng cách liên kết cạnh tranh với vị trí gắn ATP trong miền xúc tác của JAK, ức chế tín hiệu JAK/STAT. Có bốn đồng dạng JAK (JAK1, JAK2, JAK3 và TYK2), và các JAKi khác nhau có mức độ chọn lọc khác nhau đối với các đồng dạng này.

Hiệu quả lâm sàng: các thuốc này đã được phê duyệt và cho thấy hiệu quả đáng kể trong điều trị nhiều Bệnh viêm miễn dịch (IMID), bao gồm:

- **Viêm khớp dạng thấp (RA):** Tofacitinib, baricitinib, upadacitinib và filgotinib
- **Viêm khớp vẩy nến (PsA) và viêm cột sống dính khớp (AS)/viêm cột sống thể trục (axSpA):** Một số JAKi như tofacitinib và upadacitinib
- **Viêm loét đại tràng (UC) và bệnh Crohn (CD):** Tofacitinib và upadacitinib đã nhận được chấp thuận cho UC, và upadacitinib cho CD.
- **Viêm da cơ địa (AD), rụng tóc từng mảng (AA) và bạch biến (Vitiligo):** Baricitinib, upadacitinib, abrocitinib đã được phê duyệt cho AD và AA; ruxolitinib dạng bôi cho AD và bạch biến.
- **Các bệnh khác:** JAKi cũng cho thấy kết quả đầy hứa hẹn trong các thử nghiệm lâm sàng cho lupus ban đỏ hệ thống (SLE), xơ cứng bì hệ thống (SSc), viêm da cơ (DM), hội chứng Sjögren nguyên phát (pSS), và một số thể viêm mạch máu (vasculitis) như viêm động mạch thái dương (GCA) và viêm động mạch Takayasu.

Hồ sơ an toàn và tác dụng phụ: Mặc dù hiệu quả, các JAKi tiềm ẩn một số tác dụng phụ đáng chú ý, bao gồm nhiễm trùng, biến cố tim mạch và huyết khối, bệnh ác tính, bất thường xét nghiệm, thủng tiêu hoá.

ROLE OF JAK INHIBITORS IN THE TREATMENT OF SYSTEMIC IMMUNE-MEDIATED INFLAMMATORY DISEASES.

In the last decade, Janus kinase inhibitors (JAKis) have emerged as a promising therapeutic option for many inflammatory and autoimmune diseases.

Mechanism of Action and Selectivity: JAKis act by competitively binding to the ATP-binding

site in the catalytic domain of JAK, thereby inhibiting the JAK/STAT signaling pathway. There are four JAK isoforms (JAK1, JAK2, JAK3, and TYK2), and different JAKis have varying degrees of selectivity for these isoforms.

Clinical Efficacy: These drugs have been approved and have shown significant efficacy in the treatment of numerous Immune-Mediated Inflammatory Diseases (IMIDs), including:

- **Rheumatoid Arthritis (RA):** Tofacitinib, baricitinib, upadacitinib, and filgotinib.
- **Psoriatic Arthritis (PsA) and Ankylosing Spondylitis (AS)/axial Spondyloarthritis (axSpA):** Several JAKis such as tofacitinib and upadacitinib.
- **Ulcerative Colitis (UC) and Crohn's Disease (CD):** Tofacitinib and upadacitinib have received approval for UC, and upadacitinib for CD.
- **Atopic Dermatitis (AD), Alopecia Areata (AA), and Vitiligo:** Baricitinib, upadacitinib, and abrocitinib have been approved for AD and AA; topical ruxolitinib for AD and vitiligo.
- **Other diseases:** JAKis have also shown promising results in clinical trials for systemic lupus erythematosus (SLE), systemic sclerosis (SSc), dermatomyositis (DM), primary Sjögren's syndrome (pSS), and certain types of vasculitis such as giant cell arteritis (GCA) and Takayasu's arteritis.

Safety Profile and Adverse Effects: Despite their efficacy, JAKis are associated with several notable adverse effects, including infections, cardiovascular and thromboembolic events, malignancies, laboratory abnormalities, and gastrointestinal perforation.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM MẠCH ANCA

PGS.TS. Đặng Hồng Hoa

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

ĐT: 0912.436.445

Email: danghonghoa1964@gmail.com

Tóm tắt:

Viêm mạch có liên quan đến kháng thể kháng tế bào chất bạch cầu trung tính (ANCA) bao gồm hai bệnh chính: u hạt kèm viêm đa mạch và viêm đa mạch vi thể. Đây là một trong những dạng bệnh viêm tự miễn dịch nặng nề và có khả năng gây tử vong cao.

U hạt kèm viêm đa mạch và viêm đa mạch vi thể đặc trưng bởi tình trạng viêm mạch hoại tử, bệnh có thể gây ảnh hưởng đến hầu hết các cơ quan trong cơ thể và có thể xảy ra rầm rộ cùng thời điểm. Các biểu hiện thường gặp ở thận, phổi, đường hô hấp trên, da, mắt và dây thần kinh ngoại biên. Viêm u hạt và tế bào khổng lồ đa nhân là những dấu hiệu bệnh lý chính của u hạt kèm viêm đa mạch, nhưng không có trong viêm đa mạch vi thể. Nhiều dấu hiệu của hệ thống miễn dịch có mặt trong quá trình sinh bệnh như: kích hoạt con đường bổ thể thay thế, hoạt hóa bạch cầu trung tính thông qua thụ thể bổ thể và xâm nhập các tế bào viêm, bao gồm bạch cầu đơn nhân và đại thực bào. Những tế bào này kéo dài tình trạng viêm và dẫn đến tổn thương cơ quan. Chẩn đoán sớm, một phần nhờ kết quả của xét nghiệm ANCA đáng tin cậy hơn, đã mang lại kết quả điều trị tốt hơn cho bệnh nhân và cải thiện khả năng sống sót.

Trước đây, lựa chọn đầu tay của các bác sỹ để điều trị viêm mạch liên quan đến ANCA vẫn là glucocorticoid kết hợp với các thuốc gây độc tế bào, bao gồm nhóm alkylating hóa (cyclophosphamide) và nhóm chống chuyển hóa (azathioprine, methotrexate, mycophenolate mofetil). Sang thế kỷ 21, các phương pháp điều trị mới nhằm nỗ lực giảm thiểu sự phụ thuộc và độc tính của glucocorticoid là ưu tiên hàng đầu trong việc phát triển các chiến lược điều trị mới. Các thuốc sinh học điều trị nhắm đích (Rituximab, Mepolizumab...) đã được đưa vào để điều trị và duy trì sự thuyên giảm của bệnh và đã cho những kết quả đáng khâm lệ. Đồng thời với việc điều trị nhằm giảm tỷ lệ tử vong do đợt tiến triển cấp tính của bệnh, các thầy thuốc cần phải quản lý tốt các bệnh đồng mắc như: bệnh thận mạn tính và bệnh tim mạch...

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANCA-ASSOCIATED VASCULITIS

Abstract:

The anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitis (AAVs) encompasses two primary conditions: granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis. These are severe autoimmune diseases with a high potential for mortality. Granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis are characterized by necrotizing vasculitis, which may affect nearly all organ systems and can manifest acutely and concurrently. Common clinical manifestations include involvement of the kidneys, lungs, upper respiratory tract, skin, eyes, and peripheral nerves. Granulomatous inflammation and multinucleated giant cells are hallmark pathological features of granulomatosis with polyangiitis but are absent in microscopic polyangiitis. Multiple immunological mechanisms contribute to the pathogenesis, including activation of the alternative complement pathway, neutrophil activation via complement receptors, and infiltration of inflammatory cells such as monocytes and macrophages. These processes perpetuate inflammation and lead to organ damage. Early diagnosis, facilitated by increasingly reliable ANCA testing, has significantly improved treatment outcomes and patient survival rates.

Historically, the first-line treatment for ANCA-associated vasculitis has involved glucocorticoids combined with cytotoxic agents, including alkylating agents (e.g., cyclophosphamide) and antimetabolites (e.g., azathioprine, methotrexate, mycophenolate mofetil). In the 21st century, novel therapeutic approaches have prioritized reducing glucocorticoid dependence and toxicity. Targeted biologic therapies, such as rituximab and mepolizumab, have been introduced for induction and maintenance of remission, yielding promising results. Alongside efforts to reduce mortality from acute disease flares, clinicians must also effectively manage comorbidities, such as chronic kidney disease and cardiovascular conditions, to optimize patient outcomes

References

1. Kitching AR.; Anders HJ.; Basu N.; et al. ANCA-associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6:71
2. Emmi, G. et al. Evidence-based guideline for the diagnosis and management of eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Nat. Rev. Rheumatol*. 2023; 19, 378–393
3. Smith RM.; Jones RB.; Specks U.; et al. Rituximab as therapy to induce remission after relapse in ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis*. 2020; 79:1243-1249
4. Hellmich B, et al. EULAR recommendations for the management of ANCA- associated vasculitis: 2022 update. *Ann Rheum Dis* 2024; 83:30–47.
5. Giorgio Trivioli; Marta Casal Moura; Andreas Kronbichler; et al. Advances in the treatment of ANCA-associated vasculitis. *Nature Reviews Rheumatology*. 2025 vol 21, pages396–413

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM THẬN LUPUS

TS.BS Nguyễn Huy Thông

Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

ĐT: 0912.436.445

Khoa Khớp - Bệnh viện Quân y 103

Bộ môn Khớp và Nội tiết - Học viện Quân y

1. Đại cương

Viêm thận lupus (VTLP) là một biểu hiện hay gặp trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE), ảnh hưởng tới khoảng 40-60% người bệnh [1], [2].

Cơ chế bệnh sinh của VTLP không chỉ do cơ chế chính là lắng đọng các phức hợp miễn dịch, hoạt hóa bổ thể, mà còn có nhiều cơ chế khác, như vai trò của con đường tín hiệu IFN (IFN α và IFN β) [3].

Điều trị VTLP bao gồm điều trị ức chế miễn dịch, điều trị hỗ trợ và điều trị thay thế thận.

Điều trị ức chế miễn dịch được chỉ định trong điều trị VTLP class III, IV và V, trong khi không được sử dụng trong điều trị VTLP class I, II và VI, do vậy sinh thiết thận trước khi điều trị VTLP đóng vai hết sức quan trọng [4], [5], [6], [7].

2. Điều trị hỗ trợ

Các biện pháp điều trị hỗ trợ bao gồm:

- Hydroxychloroquine,
- Thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin,
- Kiểm soát huyết áp và rối loạn lipid máu.

3. Điều trị ức chế miễn dịch

Cho tới hiện tại, điều trị ức chế miễn dịch VTLP đạt được đồng thuận trong điều trị VTLP tăng sinh, class III và class IV, hoạt động, dựa theo các khuyến cáo của EULAR/ERA-EDTA 2019 [4], EULAR update 2023 [5], ACR 2024 [6], và KDIDO 2024 [7], tuy nhiên điều trị ức chế miễn dịch viêm thận lupus class V chưa đạt được sự đồng thuận.

Điều trị ức chế miễn dịch bao gồm hai giai đoạn tấn công và duy trì. Điều trị tấn công trong ba đến sáu tháng, bao gồm các phác đồ hai thuốc hoặc ba thuốc,

- **Hai thuốc:** *Glucocorticoids (GCs) kết hợp mycophenolate (MMF) hoặc cyclophosphamide (CYC) liều thấp*
- **Ba thuốc:** *GCs và belimumab kết hợp MMF hoặc calcineurin inhibitors (CNIs), hoặc CYCs liều thấp; hoặc GCs kết hợp MMF và CNIs.*

Bệnh nhân thất bại với các phác đồ điều trị ức chế miễn dịch tấn công khởi đầu được chỉ định điều trị ức chế miễn dịch tấn công lần thứ hai bằng phác đồ GCs kết hợp CYC liều cao hoặc rituximab (RTX).

GCs bắt đầu bằng liều cao, đường tĩnh mạch liều xung hoặc đường uống, phần lớn các khuyến cáo sử dụng liều dưới 0,5mg/kg/ngày (maximum 40mg/ngày), sau đó giảm dần liều về liều thấp trong giai đoạn duy trì, tổng thời gian sử dụng GCs thường dưới 12 tháng.

Điều trị ức chế miễn dịch duy trì bằng phác đồ một thuốc (MMF hoặc AZA) hoặc hai thuốc (MMF kết hợp CNIs hoặc belimumab). Thời gian điều trị ức chế miễn dịch từ ba đến năm năm, nên sinh thiết thận trước khi quyết định ngưng thuốc ức chế miễn dịch, và ngưng điều trị nếu không còn hình ảnh VTLP hoạt động trên bằng chứng mô bệnh học.

4. Kết luận

UPDATE ON MANAGEMENT OF LUPUS NEPHRITIS

1. Introduction

Lupus nephritis (LN) is a common manifestation in systemic lupus erythematosus (SLE), affecting approximately 40-60% of patients [1], [2].

The pathogenesis of LN is not only due to the primary mechanism of immune complex deposition and complement activation but also involves many other mechanisms, such as the role of the IFN signaling pathway (IFN α and IFN β) [3].

The treatment of LN includes immunosuppressive therapy, supportive care, and renal replacement therapy.

Immunosuppressive therapy is indicated for the treatment of class III, IV, and V LN, whereas it is not used for class I, II, and VI LN. Therefore, a kidney biopsy before initiating treatment for LN plays a crucial role [4], [5], [6], [7].

2. Supportive Treatment

Supportive treatment measures include:

- Hydroxychloroquine,
- Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors or angiotensin II receptor blockers (ARBs),
- Blood pressure and dyslipidemia management.

3. Immunosuppressive Therapy

To date, a consensus has been reached for the immunosuppressive treatment of active, proliferative LN, class III and class IV, based on the recommendations of EULAR/ERA-EDTA 2019 [4], EULAR update 2023 [5], ACR 2024 [6], and KDIGO 2024 [7]; however, a consensus for the immunosuppressive treatment of class V lupus nephritis has not yet been achieved.

Immunosuppressive therapy consists of two phases: induction and maintenance. Induction therapy lasts for three to six months and includes dual-therapy or triple-therapy regimens:

- **Dual-therapy:** Glucocorticoids (GCs) combined with either mycophenolate mofetil (MMF) or low-dose cyclophosphamide (CYC).
- **Triple-therapy:** GCs and belimumab combined with MMF or calcineurin inhibitors (CNIs), or low-dose CYCs; or GCs combined with MMF and CNIs.

Patients who fail initial induction immunosuppressive therapy regimens are indicated for a second course of induction immunosuppressive therapy with a regimen of GCs combined with high-dose CYC or rituximab (RTX).

GCs are initiated at a high dose, either as intravenous pulses or orally. Most recommendations suggest a dose below 0.5mg/kg/day (maximum 40mg/day), which is then gradually tapered to a low dose during the maintenance phase. The total duration of GC use is typically less than 12 months.

Maintenance immunosuppressive therapy consists of a single-drug regimen (MMF or azathioprine - AZA) or a dual-drug regimen (MMF combined with CNIs or belimumab).

The duration of immunosuppressive therapy is from three to five years. A kidney biopsy should be considered before deciding to discontinue immunosuppressive drugs, and treatment should be stopped if there is no histopathological evidence of active LN

4. Conclusion

References

1. Almaani S., Meara A., Rovin B.H. (2017). Update on Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol.12(5):825-835.
2. Mohan C., Zhang T., Putterman C. (2023). Pathogenic cellular and molecular mediators in lupus nephritis. Nat Rev Nephrol.19(8):491-508.
3. Hahn BH. (2015). Systemic lupus erythematosus. In: Harrison's Principles of Internal Medicine 19th, McGraw-Hill Education / Medical.
4. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Cheema K., et al. (2020). 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. Ann Rheum Dis.79(6):713-723.
5. Fanouriakis A., Kostopoulou M., Andersen J., et al. (2024). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. Ann Rheum Dis.83(1):15-29.
6. Sammaritano L.R., Askanase A., Bermas B.L., et al. (2025). 2024 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis. Arthritis Rheumatol.
7. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the management of lupus nephritis. Kidney Int.105(1s):S1-s69.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TAKAYASU'S ARTERITIS

TS. Tạ Thị Hương Trang
ĐHY Hà Nội, BV Bạch Mai

Tóm tắt:

Viêm động mạch Takayasu là một bệnh viêm động mạch hiếm gặp, ảnh hưởng đến các động mạch lớn, đặc biệt là động mạch chủ và các nhánh chính của nó. Bệnh thường gặp ở nữ giới, trẻ tuổi với các biểu hiện như: sốt, mệt mỏi, gầy sút cân, đau đầu, chóng mặt, rối loạn thị giác, yếu hoặc đau ở tay chân, mạch yếu hoặc mất mạch. Hiện tại bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn phân loại ACR-EULAR 2022. Điều trị phụ thuộc vào mức độ hoạt động bệnh, mức độ nặng của bệnh. Các thuốc điều trị bao gồm: Glucocorticoid, thuốc ức chế miễn dịch (Azathioprine, leflunomide, methotrexate, mycophenolate mofetil, cyclophosphamide), thuốc sinh học (Abatacept, thuốc ức chế TNF alpha, tocilizumab), can thiệp phẫu thuật khi bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu tổ chức không cải thiện (đặt stent, nong mạch, phẫu thuật bắc cầu mạch máu, ghép mạch). Trong quá trình điều trị cần đánh giá tình trạng bệnh dựa vào các triệu chứng lâm sàng, đánh giá mức độ viêm, đánh giá tổn thương mạch máu bằng các xét nghiệm không xâm lấn hay xâm lấn tùy trường hợp lâm sàng.

Abstract:

Takayasu arteritis is a rare form of large-vessel vasculitis that primarily affects the aorta and its major branches. The disease most commonly occurs in young women and presents with systemic and vascular symptoms such as fever, fatigue, weight loss, headache, dizziness, visual disturbances, limb weakness or pain, and diminished or absent peripheral pulses. Currently, the diagnosis is based on the 2022 ACR-EULAR classification criteria. Treatment depends on the disease activity and severity. Therapeutic options include glucocorticoids, immunosuppressive agents (such as azathioprine, leflunomide, methotrexate, mycophenolate mofetil, and cyclophosphamide), and biologic agents (including abatacept, TNF-alpha inhibitors, and tocilizumab). Surgical interventions (e.g., stenting, angioplasty, vascular bypass surgery, or grafting) are considered in cases with persistent tissue ischemia unresponsive to medical therapy. During treatment, disease monitoring should involve assessment of clinical symptoms, inflammatory markers, and vascular imaging, using either non-invasive or invasive modalities depending on the clinical context.

CHẤT TIẾT TẾ BÀO GỐC TRONG Y HỌC TÁI TẠO: SỰ THẬT HAY KHOA HỌC VIỄN TƯỞNG

Nguyễn Thị Phương Thủy

Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai

Bộ môn Nội, Đại học Y Hà Nội

Email: phuongthuybm@yahoo.com

SĐT: 0966.274.629

Trong những năm gần đây, tế bào gốc ngày càng được ứng dụng trong điều trị nhiều nhóm bệnh trên lâm sàng. Kết quả các nghiên cứu cho thấy, những tế bào gốc trung mô đã mang đến một phương pháp điều trị đầy triển vọng với khả năng tái tạo mô người do có thể tự biệt hóa, tự tái tạo, khả năng tăng sinh lâu dài ngoài cơ thể, khả năng cận tiết và tác dụng điều hòa miễn dịch. Bên cạnh đó, các tế bào gốc trung mô cũng có khả năng hỗ trợ sự phát triển và biệt hóa của các loại tế bào gốc khác. Những tế bào này có thể tiết ra các phân tử mang hoạt tính sinh học, đây chính là lợi ích then chốt trong tái tạo mô.

Những đặc tính này đã thúc đẩy sự phát triển của các phương pháp điều trị với nhiều bệnh lý khác nhau như: bệnh lý cơ xương khớp, thần kinh, hô hấp, gan, tim mạch và thận tiết niệu. Liệu pháp tế bào gốc có thể tái tạo và phục hồi các cơ quan bị tổn thương, bao gồm: sửa chữa, làm lành vết thương thông qua quá trình biệt hóa tế bào gốc và sản sinh các loại tế bào chuyên biệt mới. Các tế bào gốc trưởng thành được nuôi cấy có thể tiết ra nhiều phân tử kháng lại sự chết tế bào theo chương trình, điều hòa miễn dịch, tăng sinh mạch và gây hóa ứng động tế bào qua đó kích thích quá trình tái tạo.

Tế bào gốc tạo máu và tế bào gốc trung mô thuộc nhóm tế bào gốc trưởng thành là những loại tế bào gốc được sử dụng phổ biến nhất trên lâm sàng trong y học tái tạo hiện nay vì chúng có thể được phân lập từ các cá thể trong tình trạng bệnh lý.

Trong lĩnh vực cơ xương khớp, liệu pháp tế bào gốc đã được ứng dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối, tái tạo xương, thúc đẩy sự hình thành mô xương để điều trị tình trạng gãy xương, khuyết xương và loãng xương. Kết quả bước đầu của một số nghiên cứu cho thấy, liệu pháp tế bào gốc có thể là một phương pháp điều trị thay thế đầy hứa hẹn, an toàn và hiệu quả trong tái tạo xương, sụn khớp, cải thiện đáng kể các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân, đồng thời ức chế sự tiến triển của bệnh.

STEM CELL SECRETIONS IN REGENERATIVE MEDICINE: FACT OR SCIENCE FICTION

Nguyen Thi Phuong Thuy

Center for Musculoskeletal Diseases, Bach Mai Hospital

Department of Internal Medicine, Hanoi Medical University

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Mobile: 0966.274.629

In recent years, stem cells have been increasingly applied in the treatment of many clinical diseases. Research results show that mesenchymal stem cells offer a promising treatment method with the ability to regenerate human tissue due to their potential for self-differentiation, self-regeneration, long-term proliferation outside the body, paracrine effects, and immunomodulatory properties. In addition, mesenchymal stem cells also have the ability to support the development and differentiation

of other types of stem cells. These cells can secrete bioactive molecules, which is a key benefit in tissue regeneration.

These characteristics have fostered the development of treatments for various diseases, including those of the musculoskeletal system, nervous system, respiratory system, liver, cardiovascular system, and urinary system. Stem cell therapy can regenerate and restore damaged organs, including repairing and healing wounds through the process of stem cell differentiation and the production of new specialized cells. Cultured adult stem cells can secrete many molecules that inhibit programmed cell death, regulate the immune system, promote angiogenesis, and induce cell chemotaxis, thereby stimulating the regeneration process.

Hematopoietic stem cells and mesenchymal stem cells, both types of adult stem cells, are the most commonly used stem cells in clinical regenerative medicine today because they can be isolated from individuals in a diseased state.

In the musculoskeletal field, stem cell therapy has been applied in the treatment of knee osteoarthritis, bone regeneration, and the promotion of bone tissue formation to treat fractures, bone defects, and osteoporosis. Initial results from some studies show that stem cell therapy can be a promising, safe, and effective alternative treatment for regenerating bone and joint cartilage, significantly improving patients' clinical symptoms while inhibiting disease progression.

LÀM THẾ NÀO ĐỂ LỰA CHỌN SẢN PHẨM TỐT TRONG HÀNG HOẠT CHẾ PHẨM ACID HYALURONIC TRÊN THỊ TRƯỜNG

BSCKII. Phạm Văn Tú

*Khoa Cơ xương khớp
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

Thoái hoá khớp gối là bệnh lý khớp mạn tính gây đau khớp dai dẳng, hạn chế vận động và là một trong những nguyên nhân hàng đầu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tiêm acid hyaluronic (HA) nội khớp đã được chứng minh có tính an toàn, được khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân không đáp ứng với điều trị NSAIDs đường uống hoặc gặp tác dụng phụ khi dùng thuốc. Tuy nhiên, trên thị trường hiện có rất nhiều chế phẩm HA với đặc điểm khác nhau, đặt ra vấn đề làm thế nào để lựa chọn sản phẩm tối ưu cho từng bệnh nhân.

Các yếu tố chính cần xem xét khi lựa chọn bao gồm trọng lượng phân tử (TLPT), nguồn gốc sản xuất, cấu trúc liên kết, cũng như sự bổ sung các thành phần hỗ trợ. Các nghiên cứu phân tích gộp chỉ ra rằng HA TLPT cao và siêu cao cho hiệu quả giảm đau, cải thiện thang điểm WOMAC rõ rệt hơn, nhưng tỷ lệ tái phát viêm cũng cao hơn. Về nguồn gốc, HA có thể chiết xuất từ gia cầm hoặc lên men sinh học, trong đó chế phẩm từ gia cầm ghi nhận tỷ lệ phản ứng tại chỗ và tràn dịch khớp cao hơn. Cấu trúc liên kết chéo (cross-linked HA) giúp thuốc bền vững hơn trong khớp, duy trì tác dụng lâu dài và giảm số lần tiêm, phù hợp với bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn trung bình – nặng. Ngược lại, HA có cấu trúc liên kết chéo có thể ít tác dụng phụ hơn, phù hợp với bệnh nhân thoái hoá giai đoạn sớm.

Một hướng cải tiến khác là bổ sung polyol (sorbitol, mannitol) có tính chống oxy hóa, giúp hạn chế thoái giáng HA bởi các gốc tự do trong dịch khớp, từ đó tăng hiệu quả giảm đau mà không làm thay đổi tính an toàn. Một số nghiên cứu cho thấy sorbitol có khả năng bảo vệ HA trước stress oxy hóa tốt hơn mannitol, mở ra lợi thế cho các sản phẩm kết hợp này.

Ngoài ra, lựa chọn chế phẩm còn phụ thuộc vào giai đoạn thoái hóa khớp, điều kiện kinh tế, sự sẵn có của thuốc, liệu trình tiêm, kinh nghiệm của bác sĩ và đáp ứng của bệnh nhân. Ở giai đoạn muộn, khi biến dạng khớp rõ và đau mạn tính, hiệu quả của HA hạn chế và cần cân nhắc phẫu thuật thay khớp.

Tóm lại, để lựa chọn chế phẩm HA phù hợp, cần đánh giá toàn diện đặc tính sản phẩm (TLPT, nguồn gốc, cấu trúc, bổ sung polyol) và đặc điểm bệnh nhân (giai đoạn bệnh, đáp ứng trước đó, yếu tố cá nhân). Việc cá thể hóa điều trị sẽ giúp tối ưu hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ tái phát và nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

HOW TO CHOOSE A GOOD PRODUCT FROM THE MANY HYALURONIC ACID PREPARATIONS ON THE MARKET

Dr. Pham Van Tu, MD, PhD.

*Department of Musculoskeletal and Joint Diseases
Hanoi Medical University Hospital*

Knee osteoarthritis is a chronic joint condition that causes persistent joint pain, limits mobility, and is one of the leading causes affecting patients' quality of life. Intra-articular hyaluronic acid (HA)

injection has been proven safe and is recommended for patients who do not respond to or experience side effects from oral NSAIDs. However, there are many different HA preparations on the market, posing the question of how to select the optimal product for each patient.

The main factors to consider when choosing include molecular weight (MW), source, linked structure, and the addition of supporting components. Meta-analyses show that high and ultra-high MW HA provide better pain relief and improved WOMAC scores, but also a higher rate of recurrent inflammation. Regarding the source, HA can be extracted from poultry or produced through biological fermentation. Preparations from poultry have been noted to have a higher rate of local reactions and joint effusion. Cross-linked HA helps the drug remain stable in the joint, provides long-lasting effects, and reduces the number of injections, making it suitable for patients with moderate to severe knee osteoarthritis. In contrast, non-cross-linked HA may have fewer side effects, making it suitable for patients with early-stage osteoarthritis.

Another improvement is the addition of polyols (sorbitol, mannitol) with antioxidant properties. This helps to limit the degradation of HA by free radicals in the joint fluid, thereby increasing the effectiveness of pain relief without compromising safety. Some studies show that sorbitol has a better ability to protect HA from oxidative stress than mannitol, giving an advantage to products that combine them.

Furthermore, the choice of preparation also depends on the stage of osteoarthritis, economic conditions, drug availability, injection regimen, the doctor's experience, and the patient's response. In late-stage cases with clear joint deformity and chronic pain, the effectiveness of HA is limited, and joint replacement surgery should be considered.

In summary, to choose the right HA preparation, it is necessary to comprehensively evaluate the product's characteristics (MW, source, structure, added polyols) and the patient's specific profile (disease stage, previous response, personal factors). Individualizing treatment will help optimize efficacy, reduce the risk of recurrence, and improve the quality of life for patients with knee osteoarthritis.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐƯỜNG HẸM CỔ TAY

TS.BS Nguyễn Thị Bích Ngọc

Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện E

Địa chỉ: 87-89 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội

Số điện thoại: 09160261166

Email: ngoclinh7203@gmail.com

Tóm tắt:

Đại cương: Hội chứng đường hầm cổ tay (hội chứng ống cổ tay) là tình trạng chèn ép dây thần kinh giữa khi đi qua ống cổ tay. Nguyên nhân: chấn thương cổ tay, dày dây chằng vòng cổ tay, bệnh toàn thân (viêm khớp dạng thấp, gút, đái tháo đường...). Bệnh thường gặp ở nữ giới, người lao động gấp duỗi cổ tay quá mức và thường xuyên. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể khỏi hoàn toàn. Điều trị bệnh ở giai đoạn muộn sẽ làm giảm khả năng phục hồi của dây thần kinh dẫn đến tổn thương và di chứng kéo dài, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và công việc, làm tăng chi phí điều trị cũng như giảm ngày công lao động. [1]

Triệu chứng lâm sàng:

Rối loạn cảm giác: Tê bì, dị cảm vùng chi phối của dây thần kinh giữa, triệu chứng thường tăng khi bệnh nhân gấp duỗi hoặc tỳ đè lên vùng cổ tay quá mức và thường xuất hiện về đêm.

Rối loạn vận động: xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh, người bệnh khó cầm nắm, khó thực hiện các động tác khéo léo của bàn tay, dễ làm rơi đồ vật.

Triệu chứng thực thể: nghiệm pháp Phalen, Tinel, Durkan. Dấu hiệu teo cơ ô mô cái khi bệnh ở giai đoạn muộn.

Triệu chứng cận lâm sàng: Thăm dò điện sinh lý thần kinh, siêu âm, cộng hưởng từ.

Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong đó điện sinh lý thần kinh được xem là tiêu chuẩn vàng. Phần lớn các nghiên cứu lâm sàng hiện nay đều dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Thần kinh học Hoa Kỳ. [2]

Điều trị: Điều trị nội khoa ở giai đoạn sớm. Người bệnh ở giai đoạn muộn hoặc điều trị nội khoa thất bại cần phẫu thuật để giải phóng chèn ép trong ống cổ tay.

Từ khóa: chẩn đoán, điều trị, hội chứng đường hầm cổ tay.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME

Abstract:

Overview: Carpal tunnel syndrome (CTS) is a condition caused by compression of the median nerve as it passes through the carpal tunnel. Etiologies include wrist trauma, thickening of the transverse carpal ligament, and systemic diseases (such as rheumatoid arthritis, gout, and diabetes mellitus). The

disease is more commonly seen in females and in individuals who frequently and excessively flex or extend the wrist. If detected early and treated promptly, the condition can be completely cured. Delayed treatment reduces the likelihood of nerve recovery, leading to long-term damage and sequelae. This significantly affects daily activities and work, increases healthcare costs, and reduce labor productivity. [1]

Clinical symptoms:

Sensory disturbances: *Numbness and paresthesia in the sensory distribution of the median nerve. Symptoms are typically aggravated by excessive wrist flexion/extension or pressure, and often worsen at night.*

Motor disturbances: *Occur in late-stage disease. Patients experience difficulty in grasping, performing dexterous hand movements, and may frequently drop objects.*

Physical examination findings: *Positive Phalen's, Tinel's, and Durkan's tests; thenar eminence atrophy may be noted in advanced stages.*

Paraclinical symptoms: *Nerve conduction studies, ultrasound, and magnetic resonance imaging (MRI).*

Diagnosis: Diagnosis is based on clinical symptoms and paraclinical symptoms, in which nerve conduction studies are considered the gold standard. Most current clinical studies use the diagnostic criteria established by the American Academy of Neurology. [2]

Treatment: Medical treatment is indicated in the early stage. Patients in the late-stage disease or failed medical treatment need surgery to release the compression in the carpal tunnel.

Keywords: carpal tunnel syndrome, diagnosis, management, median nerve compression.

References

1. Hidayati HB, Subadi I, Fidiana F, Puspamanian VA. Current diagnosis and management of carpal tunnel syndrome: A review. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. 2022;26(3):394-404. <https://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/1902>
2. Neurology R of the QSS of the AA of. Practice parameter for carpal tunnel syndrome (Summary statement) [RETIRED]. *Neurology*. 1993;43(11):2406-2406. <https://www.neurology.org/doi/pdf/10.1212/WNL.43.11.2406>.

QUẢN LÝ LOÃNG XƯƠNG: ĐIỀU TRỊ THEO MỤC TIÊU

BS. Nguyễn Hoàng Thanh Vân
Đại Học Y-Dược Huế

Tóm tắt:

Điều trị loãng xương theo mục tiêu (treat-to-target, T2T) là cách tiếp cận bằng việc xác định mục tiêu cụ thể: không có gãy xương mới, cải thiện mật độ xương, giảm nguy cơ gãy xương theo FRAX..., theo dõi tiến trình và điều chỉnh chiến lược nếu mục tiêu không đạt được. Chiến lược này giúp cá thể hoá điều trị, tối ưu hoá hiệu quả và giảm lãng phí điều trị.

Nguyên tắc chính

- Xác định nguy cơ ban đầu: tiền sử gãy xương, kết quả đo mật độ xương bằng DXA, đánh giá bằng công cụ FRAX và yếu tố nguy cơ khác.
- Đặt mục tiêu rõ ràng: không gãy mới, cải thiện BMD, giảm nguy cơ FRAX.
- Phân nhóm nguy cơ để lựa chọn thuốc phù hợp:
 - *Nguy cơ rất cao: ưu tiên thuốc đồng hoá xương (teriparatide, abaloparatide, romosozumab), sau đó duy trì bằng thuốc chống hủy xương.*
 - *Nguy cơ cao: bắt đầu thuốc chống hủy xương mạnh (zoledronate, denosumab).*
 - *Nguy cơ trung bình/thấp: thay đổi lối sống, bổ sung calci-vitamin D, cân nhắc bisphosphonate.*
- Theo dõi định kỳ: đo mật độ xương bằng DXA sau 1–2 năm, đánh giá dấu ấn chu chuyển xương (nếu cần), theo dõi lâm sàng.
- Thay đổi chiến lược nếu thất bại: gãy xương mới, giảm mật độ khoáng xương, không cải thiện các dấu ấn chu chuyển xương.
- Cá nhân hoá mục tiêu và ghi rõ trong kế hoạch điều trị.

Theo dõi và thời gian điều trị

- Bisphosphonates: xem xét “drug holiday” sau 3–5 năm nếu nguy cơ giảm.
- Denosumab: không dừng đột ngột, cần chuyển sang bisphosphonate nếu ngừng.
- Anabolic agents: giới hạn thời gian dùng (teriparatide ≤ 2 năm, romosozumab 12 tháng).

Một số điểm chưa đồng thuận

- Chưa có đồng thuận toàn cầu về mục tiêu T-score.
- Ưu tiên lâm sàng: không gãy xương mới kết hợp cải thiện mật độ xương hoặc thông qua các bộ công cụ sàng lọc (FRAX).
- Vai trò các dấu ấn chu chuyển xương còn tranh luận.
- Trình tự điều trị (thuốc tăng tạo xương trước hay nhóm thuốc ức chế hủy xương trước) tùy nguy cơ, chi phí và khả năng tiếp cận thuốc.

OSTEOPOROSIS MANAGEMENT: TREAT-TO-TARGET

Dr. Nguyen Hoang Thanh Van
Hue University of Medicine and Pharmacy

Abstract:

Treat-to-target (T2T) for osteoporosis is an approach that sets specific goals, such as no new fractures, improved bone mineral density (BMD), and reduced fracture risk according to FRAX. It involves monitoring progress and adjusting the strategy if the goals are not met. This approach helps to individualize treatment, optimize efficacy, and reduce wasteful spending on therapy.

Key Principles

- Initial Risk Assessment: Determine the initial risk based on a history of fractures, DXA scan results, FRAX scores, and other risk factors.
- Establish Clear Goals: Set specific goals like no new fractures, improved BMD, and reduced FRAX scores.
- Stratify Risk for Drug Selection:
 - *Very High Risk: Prioritize anabolic agents (teriparatide, abaloparatide, romosozumab), followed by maintenance therapy with anti-resorptive drugs.*
 - *High Risk: Initiate treatment with potent anti-resorptive drugs (zoledronate, denosumab).*
 - *Medium/Low Risk: Focus on lifestyle changes, calcium and vitamin D supplementation, and consider bisphosphonates.*
- Regular Monitoring: Conduct follow-up DXA scans every 1–2 years, evaluate bone turnover markers (if necessary), and perform clinical monitoring.
- Change Strategy for Failure: Adjust the plan if a new fracture occurs, BMD decreases, or bone turnover markers fail to improve.
- Individualize Goals and explicitly document them in the treatment plan.

Monitoring and Treatment Duration

- Bisphosphonates: Consider a “drug holiday” after 3–5 years if the risk has decreased.
- Denosumab: Do not stop abruptly; a transition to a bisphosphonate is needed if the drug is discontinued.
- Anabolic Agents: Use is time-limited (teriparatide $\leq$ 2 years, romosozumab 12 months).

Points of Disagreement

- There is no global consensus on a target T-score.
- Clinical priority is often placed on no new fractures, combined with improved BMD or assessed through screening tools like FRAX.
- The role of bone turnover markers remains a subject of debate.

- The sequence of treatment (anabolic agents before anti-resorptive drugs) depends on risk, cost, and drug accessibility..

References

1. Kanis JA, Harvey NC, McCloskey E, et al. Algorithm for the management of patients at low, high and very high risk of osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2020;31(1):1–12.
2. Diez-Perez A, Adachi JD, Agnusdei D, et al. Treatment failure in osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2021;32(3):413–422.
3. Eastell R, Rosen CJ, Black DM, et al. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105(3):587–594.
4. Reginster J-Y, Biver E, Borgström F, et al. Real-world effectiveness and treat-to-target in osteoporosis: A European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) initiative. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(5):1035–1048.
5. McClung MR, Eastell R, Ferrari S, et al. Effects of continued treatment with romosozumab followed by alendronate in postmenopausal women with osteoporosis: results from FRAME extension. *Osteoporos Int.* 2023;34(2):345–356.

**CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG
THUỐC CHỐNG THẤP KHỚP VỚI CHỨC NĂNG SINH SẢN,
PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ**

BSCKII. Huỳnh Phan Phúc Linh
*Trưởng khoa Điều trị theo Yêu cầu Trại 6,
Bệnh viện Chợ Rẫy,
201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 0989032152, email: bsphuclinhbvc@gmail.com*

Tóm tắt:

Bản cập nhật năm 2024 của EULAR cung cấp hướng dẫn mới về việc sử dụng thuốc kháng thấp khớp trong giai đoạn sinh sản, thai kỳ và cho con bú, đặc biệt bổ sung khuyến nghị cho bệnh nhân nam.

Nguyên tắc chung:

- * Tư vấn sớm cho bệnh nhân (cả nam và nữ) về sức khỏe sinh sản.
- * Mục tiêu là duy trì bệnh ở trạng thái thuyên giảm.
- * Cân nhắc rủi ro của thuốc so với nguy cơ của bệnh không được điều trị.
- * Hỗ trợ việc cho con bú khi dùng thuốc tương thích.
- * Việc điều trị là quyết định chung giữa bác sĩ và bệnh nhân.

Khuyến nghị về thuốc:

- * An toàn khi mang thai và cho con bú: Hầu hết các thuốc kinh điển (csDMARDs) như hydroxychloroquine, azathioprine và tất cả các thuốc sinh học (bDMARDs) đều được coi là an toàn.
- * Tránh/Ngừng thuốc: Methotrexate, cyclophosphamide và mycophenolate phải ngừng trước khi mang thai. NSAIDs và glucocorticoid cần hạn chế sử dụng hơn.
- * Đối với bệnh nhân nam: Hầu hết các thuốc đều an toàn. Cyclophosphamide là ngoại lệ, có thể gây vô sinh và phải ngừng ít nhất 3 tháng trước khi thụ thai. Các thuốc gây quái thai ở nữ như methotrexate lại an toàn cho nam giới.

Bản cập nhật này mở rộng việc sử dụng các thuốc sinh học, đồng thời hạn chế hơn việc dùng NSAIDs và glucocorticoid. Việc đưa vào khuyến nghị cho bệnh nhân nam là một điểm mới quan trọng.

**UPDATES ON RECOMMENDATIONS FOR USE OF
ANTIRHEUMATIC DRUGS IN REPRODUCTION,
PREGNANCY, AND LACTATION**

Huỳnh Phan Phúc Linh, MD.

Abstract:

The 2024 updated recommendations from the European Alliance of Associations for Rheumatology

(EULAR) provide new guidance on using antirheumatic drugs during reproduction, pregnancy, and lactation, with a key addition of recommendations for male patients.

General Principles:

- * Counsel all patients (male and female) early and regularly on reproductive health.
- * The treatment goal is to maintain disease remission.
- * Balance the risks of medication with the dangers of untreated disease.
- * Encourage breastfeeding when using compatible medications.
- * Treatment decisions should be a shared process between patient and doctor.

Drug Recommendations:

* **Safe for Pregnancy and Breastfeeding:** Most conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (csDMARDs) like hydroxychloroquine and azathioprine, along with all biologic DMARDs (bDMARDs), are considered safe.

* **To Avoid/Discontinue:** Methotrexate, cyclophosphamide, and mycophenolate must be stopped before conception. NSAIDs and glucocorticoids should be used more restrictively.

* **For Male Patients:** Most drugs are safe. Cyclophosphamide is an exception, as it can cause irreversible infertility and should be stopped at least 3 months before conception. Drugs that are teratogenic in women, like methotrexate, are safe for men.

This update expands the use of biologics while recommending a more cautious approach to NSAIDs and glucocorticoids. The inclusion of recommendations for male patients is a significant new point.

SỬ DỤNG GLUCOCORTICOID AN TOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

PGS. TS. Nguyễn Đình Khoa

Trưởng khoa Nội Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Chợ Rẫy

Địa chỉ: 201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: 0932.125.757 | Email: kn386@nyu.edu

Glucocorticoid (GC) là nhóm thuốc kháng viêm mạnh với giá thành hợp lý, được sử dụng ngày càng rộng rãi trong điều trị các bệnh cơ xương khớp (CXK) và thấp học. Liều GC được phân loại dựa trên liều tương đương prednisone, từ liều thấp ($\leq 7,5$ mg) dùng điều trị duy trì, đến liều xung (≥ 250 mg) dùng cho các đợt kịch phát nặng, đe dọa mạng sống. Cơ chế tác động của GC liên quan đến cả cơ chế liên quan gene và không liên quan gene.

Trong điều trị các bệnh thấp khớp, chẳng hạn như Viêm khớp dạng thấp (VKDT), việc kết hợp GC với Methotrexate (MTX) giúp đạt lui bệnh sớm và kéo dài hơn so với chỉ dùng MTX. Đối với Lupus ban đỏ hệ thống (SLE), liều dùng GC phụ thuộc vào loại và độ nặng của tổn thương cơ quan, và liều duy trì lâu dài nên được giảm tối đa xuống dưới 7,5 mg/ngày hoặc ngưng hẳn khi có thể. Việc giảm liều GC cần thực hiện ngay khi bệnh được kiểm soát, theo các phác đồ giảm liều cụ thể tùy theo mức liều đang dùng, nhằm tránh tái hoạt động bệnh và suy thượng thận.

GC gây ra nhiều tác dụng phụ nghiêm trọng lên hầu hết các hệ cơ quan (cơ xương, tiêu hóa, miễn dịch, tim mạch, nội tiết, hành vi). Đáng chú ý, nguy cơ loãng xương/gãy xương tăng gấp đôi, xảy ra sớm trong 3 tháng đầu và phụ thuộc vào liều đang dùng. Nguy cơ tử vong ở bệnh nhân VKDT và biến cố tim mạch ở bệnh nhân SLE đều tăng tỷ lệ thuận với liều GC sử dụng.

Các khuyến cáo của EULAR nhấn mạnh sự cần thiết phải giải thích rõ ràng tác dụng phụ và cách dùng thuốc cho bệnh nhân. Khi dùng GC kéo dài, cần giữ liều thấp nhất, thường xuyên theo dõi các yếu tố nguy cơ (như huyết áp, đường huyết, lipid máu) và bổ sung canxi, vitamin D, đồng thời cân nhắc dùng các thuốc chống loãng xương như bisphosphonate nếu liều prednisone $\geq 7,5$ mg/ngày và kéo dài trên 3 tháng. Bệnh nhân dùng GC kéo dài cần được dùng GC thay thế (stress dosing) trong trường hợp phẫu thuật để tránh suy thượng thận.

SAFELY PRESCRIBE GLUCOCORTICOID IN RHEUMATIC AND MUSCULOSKELETAL DISEASES

Assoc. Prof. Nguyen Dinh Khoa, MD. PhD.

Head, Department of Rheumatology

University Medical Center HCMC

Abstract

Glucocorticoids (GCs) are potent and cost-effective anti-inflammatory drugs that are increasingly used in the treatment of musculoskeletal and rheumatic diseases. GC dosage is classified based on the prednisone-equivalent dose, ranging from low doses (≤ 7.5 mg) for maintenance therapy to pulse doses (≥ 250 mg) for severe, life-threatening flares. The mechanism of action of GCs involves both genomic and non-genomic pathways.

In the treatment of rheumatic diseases, such as Rheumatoid Arthritis (RA), combining GCs with Methotrexate (MTX) helps achieve earlier and more sustained remission compared to MTX monotherapy. For Systemic Lupus Erythematosus (SLE), the GC dose depends on the type and severity of organ involvement, and the long-term maintenance dose should be minimized to less than 7.5 mg/day or discontinued if possible. Tapering of GCs should begin as soon as the disease is controlled, following specific tapering schedules based on the current dose, to avoid disease relapse and adrenal insufficiency.

GCs cause numerous serious side effects affecting most organ systems (musculoskeletal, gastrointestinal, immune, cardiovascular, endocrine, behavioral). Notably, the risk of osteoporosis/fractures is doubled, occurring early within the first 3 months and is dependent on the current dose. The mortality risk in RA patients and cardiovascular events in SLE patients both increase in direct proportion to the GC dose used.

EULAR recommendations emphasize the necessity of clearly explaining the side effects and medication usage to patients. When using long-term GCs, the lowest possible dose should be maintained, with regular monitoring of risk factors (such as blood pressure, blood glucose, and lipids) and supplementation with calcium and vitamin D. Additionally, the use of anti-osteoporotic drugs such as bisphosphonates should be considered if the prednisone dose is ≥ 7.5 mg/day for more than 3 months. Patients on long-term GCs require stress dosing of GCs in the event of surgery to prevent adrenal insufficiency.

ZONA TRÊN BỆNH NHÂN KHỚP VIÊM, TỰ MIỄN: ẢNH HƯỞNG VÀ PHÒNG NGỪA

PGS. TS. Cao Thanh Ngọc
*Trưởng khoa Nội cơ xương khớp
Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM*

Zona (Herpes Zoster) là bệnh lý gây ra do sự tái hoạt của virus Varicella zoster. Bệnh không chỉ gây đau cấp tính mà còn có thể gây các biến chứng như đau thần kinh sau zona, viêm não, viêm màng não, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Tuổi cao và các bệnh lý cơ xương khớp tự miễn được ghi nhận là các yếu tố nguy cơ của mắc zona. Ngoài ra, trong điều trị, việc sử dụng các thuốc sinh học, thuốc ức chế miễn dịch cũng góp phần làm tăng nguy cơ mắc zona. Các nghiên cứu cũng ghi nhận zona trên bệnh nhân cơ xương khớp tự miễn cũng làm tăng nguy cơ đau sau zona, đột quỵ, nhập viện và tử vong. Do đó, cần phải quan tâm đánh giá nguy cơ mắc zona trên nhóm bệnh nhân này.

Hiện nay, sự ra đời của vắc xin là một biện pháp hiệu quả trong phòng ngừa zona và các biến chứng của zona. Vắc-xin tái tổ hợp (Recombinant Zoster Vaccine – RZV) đã chứng minh hiệu quả vượt trội với hiệu lực phòng bệnh trên 90% ở người trên 50 tuổi và duy trì hiệu quả ở cả những đối tượng suy giảm miễn dịch. Các thử nghiệm lâm sàng như ZOE-50 và ZOE-70 khẳng định khả năng giảm đáng kể nguy cơ mắc bệnh và biến chứng, bao gồm đau thần kinh sau zona. Khuyến cáo hiện nay nhấn mạnh tiêm 2 liều RZV cho tất cả người ≥ 50 tuổi và bệnh nhân ≥ 19 tuổi có tình trạng ức chế miễn dịch.

Trong thực hành lâm sàng, khi tiêm ngừa vắc xin zona trên bệnh nhân cơ xương khớp tự miễn, cần lưu ý đánh giá hoạt tính bệnh và cân nhắc ảnh hưởng của các thuốc điều trị như glucocorticoid, rituximab để có thể mang lại hiệu quả phòng ngừa tối ưu cho bệnh nhân.

SHINGLES IN PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES IMPACT AND PREVENTION

Assoc. Prof. Dr. Cao Thanh Ngọc
*Head, Department of Rheumatology
University Medical Center HCMC*

Shingles (Herpes zoster) is caused by reactivation of the varicella-zoster virus. The disease not only causes acute pain but can also lead to complications such as postherpetic neuralgia, encephalitis, and meningitis, adversely affecting quality of life.

Advanced age and autoimmune rheumatic diseases have been identified as risk factors for shingles. In addition, treatment with biologic agents and immunosuppressive drugs also increases the risk. Studies show that shingles in patients with autoimmune rheumatic diseases raises the risk of postherpetic neuralgia, stroke, hospitalization, and death. Therefore, it is essential to assess the risk of shingles in this patient population.

Currently, vaccination is an effective measure to prevent shingles and its complications. The recombinant zoster vaccine (RZV) has demonstrated superior efficacy, with more than 90% effectiveness

in adults over 50 years of age, and it maintains effectiveness even in immunocompromised individuals. Clinical trials such as ZOE-50 and ZOE-70 confirm a significant reduction in the risk of disease and complications, including postherpetic neuralgia. Current recommendations emphasize administering two doses of RZV for all adults ≥ 50 years and for patients ≥ 19 years with immunosuppression.

In clinical practice, when vaccinating patients with autoimmune rheumatic diseases against shingles, clinicians should assess disease activity and consider the impact of therapies such as glucocorticoids and rituximab to optimize preventive effectiveness for the patient

References

1. Gershon AA. Varicella-zoster virus infections. *Pediatrics in Review*. 2008;29(1):5-11.
2. Chen J, Ho C-Y, Tu Y-K, Lin Y-C, Hsia Y, Lin Y-C, et al. A systematic review and meta-analysis of herpes zoster risk in adults with immunocompromised conditions and autoimmune diseases in Asia-Pacific. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2025;21(1):2496048.
3. Redeker I, Albrecht K, Kekow J, Burmester GR, Braun J, Schäfer M, et al. Risk of herpes zoster (shingles) in patients with rheumatoid arthritis under biologic, targeted synthetic and conventional synthetic DMARD treatment: data from the German RABBIT register. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022;81(1):41-7.
4. Cunningham AL, Lal H, Kovac M, Chlibek R, Hwang S-J, Díez-Domingo J, et al. Efficacy of the herpes zoster subunit vaccine in adults 70 years of age or older. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(11):1019-32.
5. Bass AR, Chakravarty E, Akl EA, Bingham CO, Calabrese L, Cappelli LC, et al. 2022 American College of Rheumatology guideline for vaccinations in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis care & research*. 2023;75(3):449-64.
6. Maltz F, Fidler B. Shingrix: a new herpes zoster vaccine. *Pharmacy and Therapeutics*. 2019;44(7):406.

BẰNG CHỨNG MỚI VỀ VAI TRÒ CỦA COLLAGEN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

PGS. TS. Lưu Thị Bình

Collagen chiếm 5-6% trọng lượng cơ thể người trưởng thành, với 30 loại collagen khác nhau đã được xác định. Collagen - thành phần cấu tạo của xương, gân, sụn khớp, dây chằng trong đó collagen typ 1 chiếm tỷ lệ 90% các loại collagen, gân (97%), dây chằng (85%), tại sụn khớp chủ yếu là thành phần collagen typ 2. Các sợi collagen typ 1 xếp song song theo chiều dọc gân - dây chằng, trong sụn khớp các sợi collagen typ 2 sắp xếp dạng mạng lưới.

Bệnh lý cơ xương khớp (CXK) phổ biến và gia tăng theo tuổi, gây gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế đáng kể. Thoái hóa khớp, tổn thương gân cơ dây chằng và bệnh lý cột sống là nguyên nhân hàng đầu của đau mạn tính, hạn chế vận động và suy giảm chất lượng cuộc sống. Quá trình thoái hóa và các tổn thương CXK làm mất đi tính toàn vẹn của các sợi collagen, các sợi này không còn được sắp xếp song song và thẳng hàng với nhau, mất cấu trúc và có dấu hiệu đứt gãy, hậu quả làm mất đi tính toàn vẹn của sợi collagen. Vì vậy mục tiêu điều trị cần khôi phục tính không đồng hướng, tính toàn vẹn của sợi collagen tại vị trí tổn thương, đồng thời tăng cường sản sinh collagen nội sinh, kích thích quá trình tổng hợp collagen tự nhiên.

Y học tái tạo đang trở thành xu hướng mới trong điều trị các bệnh lý về cơ xương khớp. Bên cạnh huyết tương giàu tiểu cầu (PRP), tế bào gốc tự thân/đồng loại, collagen là giải pháp đã có nhiều nghiên cứu chứng minh được cơ chế tác dụng, hiệu quả lâm sàng cũng như tính an toàn của liệu pháp. Vì vậy, hiện nay đã có khá nhiều chỉ định điều trị trên lâm sàng của collagen (điều trị bệnh lý thoái hóa khớp, các tổn thương gân - dây chằng tại các vị trí khác nhau như: chóp xoay vai, đứt bán phần gân trên gai, dây chằng khớp gối, điều trị đau cột sống do thoái hóa...)

Collagen peptid là hỗn hợp peptid có hoạt tính sinh học cao có nguồn gốc từ collagen typ 1 thủy phân. Nó có tác dụng phục hồi chất nền ngoại bào của các mô liên kết giàu collagen. Vì vậy mà ứng dụng của collagen peptid rất rộng, bao gồm điều trị các bệnh lý về khớp, gân - dây chằng, cơ và cột sống. Trên khớp, các nghiên cứu in vitro chỉ ra rằng collagen peptid vừa kích thích tế bào màng hoạt dịch tiết dịch khớp sinh lý, vừa giúp tế bào chondrocyte tăng tổng hợp collagen typ 2 để sửa chữa sụn khớp. Các nghiên cứu lâm sàng cũng chứng minh được hiệu quả của collagen thủy phân trên các bệnh nhân thoái hóa khớp độ II, III từ 6 tháng đến 12 tháng trên các chỉ số đau VAS, WOMAC và KOOS-12. Trên gân cơ - dây chằng, collagen peptid được chứng minh rằng giúp nguyên bào sợi tăng tổng hợp collagen tuýp I, III, elastin và giúp giảm các MMPs, đồng thời giúp phục hồi các bó sợi collagen đường kính lớn trong gân và dây chằng bị tổn thương. Bệnh lý cột sống được biết đến là một tổn thương hỗn hợp nhiều mô liên kết như khớp liên mấu, hệ thống dây chằng quanh cột sống, hệ thống cơ quanh cột sống, bao xơ, nhân nhày,... Chính vì collagen peptid hỗ trợ điều trị được tất cả các mô liên kết nói trên nên đã được ứng dụng điều trị các bệnh lý cột sống, đặc biệt là điều trị giảm đau cột sống thắt lưng do thoái hóa thoát vị đĩa đệm.

Từ những bằng chứng mới về cơ chế và hiệu quả lâm sàng, việc bổ sung collagen hứa hẹn sẽ là liệu pháp hiệu quả trong điều trị các bệnh lý về CXK, chấn thương thể thao. Đặc biệt là một lựa chọn an toàn, phù hợp đối với các bệnh nhân có chống chỉ định với PRP, tế bào gốc tự thân như rối loạn đông máu, đái tháo đường không kiểm soát, bệnh mạn tính, suy gan - thận nặng, ...

NEW EVIDENCE ON THE ROLE OF COLLAGEN IN TREATING MUSCULOSKELETAL DISEASES

Collagen makes up 5–6% of the body weight in adults, with 30 different types identified. It's a key structural component of bones, tendons, joint cartilage, and ligaments. Type I collagen accounts for 90% of all collagen types—97% in tendons, 85% in ligaments—while type II collagen is predominant in joint cartilage. Type I fibers are aligned longitudinally in tendons and ligaments, whereas type II fibers form a network structure in cartilage.

Musculoskeletal disorders (MSDs) are common and increase with age, contributing significantly to disease burden and healthcare costs. Osteoarthritis, tendon and ligament injuries, and spinal conditions are leading causes of chronic pain, limited mobility, and reduced quality of life. These conditions disrupt the integrity of collagen fibers, which lose their parallel alignment, become structurally compromised, and show signs of rupture. Thus, treatment aims to restore fiber integrity and stimulate endogenous collagen production.

Regenerative Medicine & Collagen Therapy

Regenerative medicine is emerging as a promising approach for MSDs. Alongside platelet-rich plasma (PRP) and stem cell therapies, collagen has shown proven mechanisms of action, clinical efficacy, and safety. It's now used to treat:

- *Osteoarthritis*
- *Tendon and ligament injuries (e.g., rotator cuff tears, partial supraspinatus tears, knee ligament damage)*
- *Spinal pain due to degeneration*

Collagen Peptides: A Versatile Solution

Collagen peptides are bioactive compounds derived from hydrolyzed type I collagen. They help restore the extracellular matrix of collagen-rich connective tissues. Applications include treatment of joint, tendon-ligament, muscle, and spinal disorders.

- **Joints:** *In vitro studies show collagen peptides stimulate synovial cells to produce joint fluid and chondrocytes to synthesize type II collagen for cartilage repair. Clinical trials confirm benefits in osteoarthritis (grades II–III) over 6–12 months, improving pain and function scores (VAS, WOMAC, KOOS-12).*
- **Tendons & Ligaments:** *Peptides boost fibroblast production of type I and III collagen, elastin, and reduce matrix-degrading enzymes (MMPs), helping restore large collagen bundles.*
- **Spine:** *Spinal disorders involve multiple connective tissues-facet joints, ligaments, muscles, annulus fibrosus, nucleus pulposus. Collagen peptides support all these structures, making them effective for treating lumbar pain from disc degeneration.*

Safe & Promising Alternative

With strong evidence of mechanism and clinical efficacy, collagen supplementation is a promising therapy for MSDs and sports injuries. It's especially suitable for patients contraindicated for PRP or stem cell therapy—such as those with bleeding disorders, uncontrolled diabetes, chronic illnesses, or severe liver/kidney dysfunction.

TÔN THƯƠNG CẤP TÍNH VÀ MẠN TÍNH CỦA KHỚP GỐI TRONG THỂ THAO

BSCKII Nguyễn Đình Thông

Khoa nội cơ xương khớp

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

468 Nguyễn Trãi phường An Đông TPHCM

Email bsnguyendinhthong2016@gmail.com | SĐT 0908446648

Trong tập luyện thể dục thể thao, những tổn thương hay gặp cấp tính và mạn tính trong khớp gối là rách sụn chêm, dây chằng chéo trước, chéo sau

1. Tổn thương sụn chêm

Sụn chêm là cấu trúc sụn sợi hình chữ C hoặc O nằm giữa lồi cầu đùi và mâm chày, đóng vai trò đệm, giúp hấp thu lực và ổn định khớp gối. Rách sụn chêm thường gặp hơn ở sụn chêm trong, nguyên nhân chủ yếu là động tác xoay vặn gối khi gối gập trong thể thao (bóng đá, trượt tuyết) hoặc chấn thương trực tiếp. Triệu chứng: đau khe khớp, sưng nhẹ, kẹt khớp tái diễn. Khám thấy điểm đau trước dây chằng bên, nghiệm pháp McMurray, Apley, Steimann dương tính. MRI hoặc nội soi giúp xác định hình thái rách (đọc, ngang, hình vệt) và phát hiện thương tổn phối hợp với dây chằng hoặc sụn khớp.

2. Tổn thương dây chằng chéo trước (ACL)

ACL giúp kiểm soát trượt ra trước của chày và góp phần hạn chế xoay. Đứt ACL rất thường gặp ở vận động viên khi đột ngột giảm tốc, đổi hướng hoặc tiếp đất sau khi nhảy. Người bệnh thường nghe tiếng “rắc”, gối sưng nhanh do tràn máu khớp và có cảm giác lỏng khớp khi đi lại. Khám lâm sàng: nghiệm pháp Lachman là test nhạy nhất, pivot shift đặc hiệu cao. Hình ảnh MRI có độ nhạy 86–100% và đặc hiệu 95–100% cho rách ACL, nội soi vừa giúp xác định vừa có thể điều trị tái tạo.

3. Tổn thương dây chằng chéo sau (PCL)

PCL là dây chằng khỏe nhất của gối, giữ chày khỏi trượt ra sau so với đùi. Cơ chế hay gặp là va đập mạnh vào mặt trước cẳng chân khi gối gập (dashboard injury), ngã trực tiếp hoặc quá duỗi. Triệu chứng kín đáo: đau sâu vùng khoeo, sưng ít, cảm giác yếu khi xuống dốc. Dấu hiệu hõm sau và ngăn kéo sau giúp định hướng, đánh giá mức độ lỏng khớp (độ I: 0–5 mm; II: 6–10 mm; III: >10 mm). MRI trên 90% độ nhạy và đặc hiệu, giúp đánh giá rách bán phần, toàn bộ và phát hiện tổn thương phối hợp (MCL, LCL, PLC, sụn chêm).

4. Điều trị bảo tồn

Các tổn thương mức độ nhẹ hoặc bán phần của sụn chêm, ACL, PCL có thể áp dụng điều trị bảo tồn. Nguyên tắc: nghỉ ngơi, chườm lạnh, băng ép và kê cao chi (RICE) nhằm giảm đau sưng; dùng thuốc giảm đau hoặc NSAIDs ngắn hạn. Nẹp gối hoặc nạng được khuyến nghị trong giai đoạn cấp. Phục hồi chức năng sớm đóng vai trò chủ đạo: tập duỗi gối, tăng sức mạnh cơ tứ đầu và gân kheo, cải thiện thăng bằng - cảm giác bản thể. Với rách sụn chêm chưa gây kẹt khớp, có thể tập luyện, theo dõi kết hợp vật lý trị liệu. Với ACL hoặc PCL độ I–II, bệnh nhân ít vận động, điều trị bảo tồn giúp cải thiện chức năng nếu tập đúng và duy trì sức mạnh cơ quanh gối. Theo dõi định kỳ nhằm phát hiện mất vững mạn tính hoặc thoái hóa khớp sớm, đồng thời điều chỉnh chương trình tập luyện phù hợp.

In sports training, common acute and chronic injuries in the knee joint are torn meniscus, anterior cruciate ligament, and posterior cruciate ligament.

1. Meniscal Injuries

The menisci are C- or O-shaped fibrocartilaginous structures positioned between the femoral condyles and the tibial plateau. They act as cushions, absorb shock, and stabilize the knee. Medial tears are more frequent, often caused by twisting the knee in flexion during sports (soccer, skiing) or by direct trauma. Symptoms include joint-line pain, mild swelling, and recurrent locking. On examination, tenderness along the joint line is common; McMurray, Apley, and Steinmann tests may be positive. MRI or arthroscopy defines tear type (longitudinal, horizontal, bucket-handle) and detects associated ligament or cartilage injuries.

2. Anterior Cruciate Ligament (ACL) Injuries

The ACL restrains anterior translation of the tibia and limits rotation. Rupture often occurs in athletes during sudden deceleration, pivoting, or landing after a jump. Patients usually hear a “pop,” develop rapid hemarthrosis, and feel instability when walking. Lachman’s test is the most sensitive; the pivot-shift is highly specific. MRI shows sensitivity of 86–100% and specificity of 95–100% for ACL tears, while arthroscopy both confirms and allows reconstruction.

3. Posterior Cruciate Ligament (PCL) Injuries

The PCL is the strongest ligament of the knee, preventing posterior tibial displacement. Common mechanisms include dashboard impact to the proximal tibia with the knee flexed, a direct fall, or hyperextension. Symptoms may be subtle: deep posterior knee pain, minimal swelling, or weakness on slopes. The posterior sag sign and posterior drawer test help grade laxity (grade I: 0–5 mm; II: 6–10 mm; III: >10 mm). MRI, with >90% sensitivity and specificity, assesses partial or complete tears and detects associated lesions (MCL, LCL, PLC, meniscus).

4. Conservative Treatment

Mild or partial tears of the meniscus, ACL, or PCL can be managed conservatively. Core principles: rest, ice, compression, and elevation (RICE) to reduce pain and swelling; short-term analgesics or NSAIDs; bracing or crutches in acute stages. Early rehabilitation is crucial: restore extension, strengthen quadriceps and hamstrings, and improve proprioception and balance. For non-locking meniscal tears, observation with physiotherapy is acceptable. In grade I–II ACL or PCL injuries or in low-demand patients, structured rehabilitation often restores function if quadriceps–hamstring strength is maintained. Regular follow-up is recommended to detect chronic instability or early osteoarthritis and to adapt training programs accordingly.

CAN THIỆP GIẢM ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG

PGS.TS. BS. Bùi Văn Giang

Giám đốc ngành Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp Hệ thống Y tế Vinmec

Tóm tắt:

Giảm đau cột sống là một lĩnh vực quan trọng trong quản lý đau mãn tính và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Các can thiệp giảm đau cột sống bao gồm nhiều kỹ thuật khác nhau, trong đó nổi bật là:

- Tiêm steroid ngoài màng cứng,
- Tiêm qua lỗ liên hợp,
- Tiêm vào khớp liên mấu,
- Tiêm nhánh thần kinh lưng trong (medial branch),
- Tiêm khoang liên gai.

Những kỹ thuật này đã được chứng minh là hiệu quả trong việc giảm đau và cải thiện chức năng vận động cho bệnh nhân mắc các bệnh lý về cột sống như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống và viêm khớp. Triệu chứng lâm sàng, hình ảnh MRI và Xquang, CT cho phép đánh giá vị trí nguyên nhân đau, trên cơ sở đó có cách thức can thiệp phù hợp.

Tiêm steroid ngoài màng cứng là một phương pháp phổ biến, giúp giảm viêm và đau trong khu vực cột sống. Kỹ thuật tiêm qua lỗ liên hợp và vào khớp liên mấu cũng mang lại hiệu quả tích cực. Bên cạnh đó, tiêm vào khoang liên gai có thể giúp giảm đau tại chỗ và cải thiện tình trạng của bệnh nhân một cách nhanh chóng trong hội chứng Bastrup.

Ngoài những kỹ thuật đã được áp dụng rộng rãi, tác động bằng sóng cao tần là một phương pháp can thiệp mới, cho phép điều trị đau mãn tính.

Tuy nhiên, một số kỹ thuật can thiệp khác như:

- Can thiệp đĩa đệm (disc interventions),
- Đốt thần kinh nền đốt sống (Basivertebral nerve ablation),
- Tiêm các chế phẩm PRP (Platelet-Rich Plasma)

cần được thực hiện thận trọng và chờ đợi thêm bằng chứng khoa học để xác định hiệu quả và độ an toàn. Việc nghiên cứu và đánh giá các kỹ thuật này sẽ giúp cải thiện quy trình điều trị và mang lại lợi ích tối ưu cho bệnh nhân.

Tóm lại, can thiệp giảm đau cột sống là một lĩnh vực đang phát triển nhanh chóng với nhiều kỹ thuật mới. Việc áp dụng các phương pháp này cần dựa trên bằng chứng lâm sàng vững chắc để đảm bảo an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân.

INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT FOR THE LUMBAR SPINE

Assoc. Prof. Dr. Bui Van Giang

Director, Department of Diagnostic Imaging and Interventional Radiology, Vinmec Healthcare System

Abstract:

Spinal pain management is an important field in chronic pain control and in improving patients' quality of life. Interventional pain management for the spine includes various techniques, of which the most notable are:

- Epidural steroid injection,
- Transforaminal injection,
- Facet joint injection,
- Medial branch block,
- Interspinous ligament injection.

These techniques have been proven effective in relieving pain and improving mobility in patients with spinal disorders such as herniated discs, degenerative spine disease, and arthritis. Clinical symptoms, along with MRI, X-ray, and CT imaging, allow the identification of the pain source and serve as the basis for choosing an appropriate intervention.

Epidural steroid injection is a commonly used method that helps reduce inflammation and pain in the spinal region. Transforaminal and facet joint injections have also shown positive outcomes. In addition, interspinous ligament injections can provide rapid local pain relief and improvement in patients with Baastrup's disease.

Besides these widely applied techniques, radiofrequency ablation is an emerging interventional method that enables the treatment of chronic pain.

However, certain other interventional techniques such as:

- Disc interventions,
- Basivertebral nerve ablation,
- Injection of PRP (Platelet-Rich Plasma)

should be performed cautiously, as further scientific evidence is needed to confirm their efficacy and safety. Research and evaluation of these methods will contribute to improving treatment protocols and bringing optimal benefits to patients.

In conclusion, spinal pain interventions represent a rapidly developing field with many new techniques. The application of these methods should be based on solid clinical evidence to ensure both safety and effectiveness for patients.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

TS.BS. Trương Quang Phổ
Giảng viên chính
Bộ môn Nội Trường ĐHYD Cần Thơ
ĐT: 0903.856.044

1. Đại cương

Viêm khớp cột sống (Spondyloarthritis - SpA) là một nhóm bệnh viêm mạn tính phổ biến có chung đặc điểm lâm sàng và di truyền, có mối liên hệ với kháng nguyên HLA-B27. Tỷ lệ mắc bệnh ước tính từ 0.5% đến 1.9% dân số toàn cầu. Có 4 triệu người ở Hoa Kỳ mắc SpA. Riêng tại Việt Nam, con số này là 0.28%. Trong đó, viêm cột sống dính khớp (Ankylosing Spondylitis) là thể bệnh phổ biến nhất, với tỷ lệ hiện mắc dao động từ 0.1% đến 1.4%.[1]

2. Phân loại:

SpA được chia thành hai nhóm chính dựa trên vị trí tổn thương:

- **SpA thể trục (axial SpA):** Tình trạng viêm chủ yếu xảy ra ở cột sống và khớp cùng chậu. Thể này bao gồm viêm cột sống dính khớp (ankylosing spondylitis) và viêm khớp cột sống thể trục không có tổn thương trên X-quang.
- **SpA thể ngoại vi (peripheral SpA):** viêm khớp phản ứng, Viêm khớp vẩy nến, Viêm khớp liên quan viêm ruột, viêm khớp cột sống chưa định loại, viêm màng bồ đào, viêm khớp, viêm điểm bám tận, viêm khớp ngón.

3. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán

- **Triệu chứng của SpA khác với đau lưng cơ học thông thường.** Con đau thường mang tính chất viêm, khởi phát từ từ, kéo dài trên 3 tháng, tăng lên vào ban đêm, khi nghỉ ngơi và giảm đi khi vận động. Hạn chế vận động cột sống các tư thế, độ giãn lồng ngực giảm
- **Cận lâm sàng:** X quang viêm khớp cùng chậu qua hình ảnh học, HLA-B27 (+), RF(-), CRP tăng, ESR tăng, MRI.
- **Chẩn đoán xác định:** Dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán SpA theo tiêu chuẩn NewYork cải biên (1984) và tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp cột sống theo ASAS 2009

4. Cập nhật ứng dụng điều trị cơ bản và thuốc sinh học trong bệnh lý VKCS

Điều trị bằng thuốc cơ bản:

- **Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs):** Đây là nhóm thuốc đầu tay, giúp giảm đau và viêm nhanh chóng
- **Corticosteroids:** đường toàn thân không được khuyến cáo. Tiêm corticoid nội khớp có thể hữu ích trong viêm khớp ngoại biên
- **Thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARDs):** Thường được sử dụng để điều trị viêm khớp ngoại biên (khớp tay, chân), Sulfasalazine và Methotrexate.

Điều trị bằng thuốc sinh học (Biologics DMARDs):

- **Thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u (TNF-alpha inhibitors):** Các loại thuốc như Infliximab, Etanercept, Adalimumab, certolizumab, golimumab, có hiệu quả cao trong việc giảm viêm và làm chậm sự tiến triển của bệnh[11]

- **Thuốc ức chế Interleukin-17 (IL-17 inhibitors):** Các thuốc ức chế IL-17A Secukinumab chỉ định cho những bệnh nhân có tiến triển, đáp ứng không đầy đủ với các biện pháp truyền thống hoặc thuốc kháng TNF- α . Nhóm thuốc như Secukinumab và Ixekizumab cũng mang lại hiệu quả đáng kể.
- **Thuốc ức chế Interleukin-12/23:** Ustekinumab (Anti IL-12/23) Những nghiên cứu ban đầu cho thấy ustekinumab có thể có hiệu quả trong VKCS.

Điều trị bằng thuốc nhắm trúng đích (JAK- inhibitors):

- **Tofacitinib** 5mg là một chất ức chế không chọn lọc, ức chế JAK1, JAK3 và JAK2 theo thứ tự hiệu lực.
- **Filgotinib** 200mg, Một nghiên cứu giai đoạn 2 về chất ức chế JAK1 chọn lọc filgotinib ở những bệnh nhân mắc AS hoạt động.
- **Upadacitinib** 15mg, một chất ức chế JAK1 chọn lọc, điều trị cho những bệnh nhân AS không đáp ứng đầy đủ hoặc không dung nạp với NSAID [7]

5. Điều trị không dùng thuốc phối hợp và cá thể hóa điều trị:

- Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng
- Cá thể hóa dựa trên: thể bệnh (axSpA, pSpA), biểu hiện ngoài khớp, bệnh đồng mắc (IBD, tim mạch, lao, HBV).
- Chiến lược “treat-to-target” với mục tiêu: BASDAI <4; ASDAS <2.1
- Xu hướng hiện nay là điều trị đa mô thức: Kết hợp thuốc + tập luyện + giáo dục

6. Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật thường là lựa chọn cuối cùng, chỉ được chỉ định cho các trường hợp nặng và có biến chứng nghiêm trọng.

7. Kết luận:

Hiện nay, chiến lược điều trị gồm:

- NSAIDs vẫn là nền tảng khởi đầu.
- Sinh học (TNF- α , IL-17A) mang lại cải thiện rõ rệt.
- JAK inhibitors mở ra lựa chọn mới.
- Kết hợp với điều trị không thuốc, cá thể hóa và theo dõi chặt chẽ

UPDATES ON TREATMENT OF SPONDYLOARTHRITIS

Dr. Truong Quang Pho

Principal Lecturer-Internal Medicine Department, Can Tho University of Medicine and Pharmacy

1. Overview

Spondyloarthritis (SpA) is a group of common chronic inflammatory diseases that share clinical

and genetic characteristics, including a link to the HLA-B27 antigen. The estimated prevalence of the disease is between 0.5% and 1.9% of the global population. There are 4 million people with SpA in the United States. In Vietnam alone, the number is 0.28%. Among these, ankylosing spondylitis (AS) is the most common form, with a prevalence ranging from 0.1% to 1.4%.

2. Classification

SpA is divided into two main groups based on the location of the lesions:

- **Axial SpA (axSpA):** Inflammation primarily occurs in the spine and sacroiliac joints. This type includes ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis.
- **Peripheral SpA (pSpA):** This includes reactive arthritis, psoriatic arthritis, enteropathic arthritis, undifferentiated spondyloarthritis, uveitis, arthritis, enthesitis, and dactylitis.

3. Clinical and Subclinical Symptoms and Diagnosis

- **SpA symptoms differ from typical mechanical back pain.** The pain is usually inflammatory, with a gradual onset, lasting more than 3 months. It worsens at night and with rest but improves with exercise. Limited spinal mobility and reduced chest expansion are also noted.
- **Subclinical Findings:** X-ray images may show sacroiliac joint inflammation, HLA-B27 is often positive, while RF is negative, and CRP and ESR are elevated. MRI can also be used.
- **Definitive Diagnosis:** Based on the modified New York criteria for SpA (1984) and the ASAS 2009 classification criteria for spondyloarthritis.

4. Updated Applications of Conventional and Biologic Treatments for Spondyloarthritis

Conventional Drug Treatment:

- **Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs):** *These are the first-line drugs that provide rapid pain and inflammation relief.*
- **Corticosteroids:** *Systemic corticosteroids are not recommended. Intra-articular corticosteroid injections can be useful for peripheral arthritis.*
- **Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs):** *Often used for peripheral arthritis of the hands and feet. Sulfasalazine and Methotrexate are commonly used.*

Biologic DMARDs:

- **Tumor necrosis factor-alpha inhibitors (TNF-alpha inhibitors):** *Drugs like Infliximab, Etanercept, Adalimumab, certolizumab, and golimumab are highly effective at reducing inflammation and slowing disease progression.*
- **Interleukin-17 (IL-17) Inhibitors:** *Drugs such as Secukinumab and Ixekizumab show significant effectiveness. Secukinumab is indicated for patients with disease progression who have not responded adequately to traditional measures or TNF-alpha inhibitors.*
- **Interleukin-12/23 Inhibitors:** *Early studies suggest that Ustekinumab may be effective in spondyloarthritis.*

Targeted Synthetic DMARDs (JAK-inhibitors):

- *Tofacitinib 5mg is a non-selective inhibitor of JAK1, JAK3, and JAK2.*
- *Filgotinib 200mg is a selective JAK1 inhibitor that has been studied in a Phase 2 trial for patients with active AS.*

- *Upadacitinib 15mg, another selective JAK1 inhibitor, is used to treat AS patients who have not responded adequately to or cannot tolerate NSAIDs.*

5. Non-Drug and Personalized Treatment

- Physical therapy and rehabilitation are important components of treatment.
- Treatment should be personalized based on the disease type (axSpA, pSpA), extra-articular manifestations, and co-morbidities (IBD, cardiovascular disease, TB, HBV).
- A “treat-to-target” strategy aims for a BASDAI score of less than 4 and an ASDAS score of less than 2.1.
- The current trend is a multi-modal approach that combines medication with exercise and patient education.

6. Surgical Treatment

Surgery is usually a last resort and is only indicated for severe cases with serious complications.

7. Conclusion

The current treatment strategy includes:

- *NSAIDs remain the initial cornerstone of treatment.*
- *Biologics (TNF-alpha, IL-17A inhibitors) provide significant improvement.*
- *JAK inhibitors offer new treatment options.*
- *A combination of medication, non-drug therapy, personalized care, and close monitoring is recommended.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Viết An, Trương Quang Phổ (2024), Giáo trình cơ xương khớp giảng dạy sau đại học, Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học,
3. Baeten D, Sieper J, Braun J, et al. Secukinumab, an interleukin-17A inhibitor, in ankylosing spondylitis. *N Engl J Med.* 2015;373:2534–2548.
4. Mease PJ, van der Heijde D, Landewe R, et al. Tofacitinib or adalimumab versus placebo in psoriatic arthritis. *N Engl J Med.* 2017;377:1537–1550.
5. Nash P, et al. Meta-analysis of JAK inhibitors in SpA. *RMD Open.* 2022; 8:e002516.
6. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* 2019;71(10):1285–1299.

**VAI TRÒ CỦA KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TRONG CHẨN ĐOÁN,
ĐIỀU TRỊ ĐAU CỘT SỐNG CỔ**

Ts. Bs. Phạm Mạnh Cường
*Trung tâm Điện quang
Bệnh viện Bạch mai*

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân đau cột sống cổ, việc lựa chọn phương tiện chẩn đoán phù hợp cũng như phối hợp đa phương tiện chẩn đoán giúp cho quá trình chẩn đoán nhanh, chính xác và hiệu quả. Ngoài chẩn đoán, can thiệp giảm đau dưới hướng dẫn của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ chính xác cao, hiệu quả trong nhiều trường hợp. Bài báo cáo trình bày về áp dụng kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán và điều trị một số nguyên nhân đau cột sống cổ thường gặp.

**THE ROLE OF IMAGING TECHNIQUES IN THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF CERVICAL SPINE PAIN**

Dr. Pham Manh Cuong, MD.PhD
Department of Radiology Bach Mai Hospital

Radiology plays an important role in diagnosing the causes of cervical spine pain. Choosing the appropriate diagnostic method and combining multiple methods helps to make the diagnostic process quick, accurate, and effective. In addition to diagnosis, image-guided pain interventions are highly accurate and effective in many cases. This report presents the application of imaging techniques in the diagnosis and treatment of some common causes of cervical spine pain.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ KHỚP VAI

TS. Trần Thị Tô Châu

Phó giám đốc TT Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Đau vai là tình trạng khá phổ biến. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến đau vai như: các bệnh lý dây thần kinh liên quan ở cổ và ngực trên, các bệnh lý ở cơ quan khác (sỏi mật, đau thắt ngực, đau tim, viêm phổi, u phổi...), các tổn thương tại khớp (viêm màng hoạt dịch khớp trong các bệnh lý khớp viêm, thoái hoá khớp..) và các tổn thương phần mềm quanh khớp. Viêm phần mềm quanh khớp vai (Periarthritis humeroscapularis) là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai: gân, túi thanh dịch, bao khớp; không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp. Đây là nhóm bệnh lý rất phổ biến, có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên hay gặp ở người lớn tuổi. Có 4 thể lâm sàng của viêm quanh khớp vai: Đau vai đơn thuần thường do bệnh lý gân; Đau vai cấp do lắng đọng vi tinh thể; Giả liệt khớp vai do đứt các gân của bó dài gân nhị đầu hoặc đứt các gân mũ cơ quay; Cứng khớp vai do viêm dính bao hoạt dịch, co thắt bao khớp, bao khớp dày. Có nhiều nguyên nhân như thoái hóa gân do tuổi tác, do nghề nghiệp lao động nặng, tập thể thao quá sức, do chấn thương vùng vai. Một số bệnh lý tim mạch, hô hấp, tiêu đường, ung thư vú, thần kinh, lạm dụng thuốc ngủ cũng là những nguyên nhân gây đau quanh khớp vai. Việc chẩn đoán phải phối hợp cả thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Điều trị viêm quanh khớp vai bao gồm điều trị đợt cấp và điều trị duy trì. Tiêm corticoid tại chỗ áp dụng cho thể viêm khớp vai đơn thuần. Cần kết hợp nhiều biện pháp khác nhau như nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

Từ khoá: viêm quanh khớp vai; gân nhị đầu; gân mũ cơ quay.

DIAGNOSIS AND TREATMENT APPROACH IN SHOULDER DISORDERS

Dr. Tran Thi To Chau MD. PhD.

Vice director of Centre for Rheumatology Bach Mai Hospital

Shoulder pain is quite common. There are many causes of shoulder pain such as: related nerve diseases in the neck and upper chest, diseases in other organs (gallstones, angina, heart attack, pneumonia, lung tumors, etc.), joint lesions (inflammation of the joint synovial in inflammatory joint diseases, osteoarthritis..) and periarticular soft lesions. Periarthritis humeroscapularis is a general term used for inflammatory diseases of the soft structures around the shoulder joint: tendons, sacs, joint capsules; excludes diseases with damage to the head of the bone, articular cartilage and synovial membranes such as bacterial arthritis, rheumatoid arthritis. This is a very common group of pathologies, which can be found at any age, but is common in the elderly.. There are 4 clinical forms of periarthritis of the shoulder: Shoulder pain is simply usually caused by tendon disease; Acute shoulder pain due to microcrystalline deposition; Pseudoparalysis of the shoulder joint due to rupture of the tendons of the long bundle of biceps tendons or rupture of rotator cuff tendons; Shoulder stiffness due to synovial sac adhesions, spasm of the joint capsule, and thick joint capsule. There are many causes such as tendon degeneration due to age, heavy labor occupation, excessive sports, and shoulder injuries. Some cardiovascular, respiratory, diabetes, breast cancer, neurological, and sleeping pill abuse are also causes of shoulder pain. The diagnosis must be coordinated with both physical examination and imaging. Treatment of periarthritis of the shoulder includes treatment of exacerbations and maintenance therapy. Topical corticosteroid injections are applied to shoulder arthritis alone. It is necessary to combine many different measures such as internal medicine, surgery, physical therapy, and rehabilitation.

Key words: Periarthritis humeroscapularis; biceps tendons; rotator cuff tendons

SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM KHỚP

BS Phạm Hoài Thu
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Siêu âm đã trở thành một công cụ hình ảnh ngày càng quan trọng trong lĩnh vực thấp khớp học, đặc biệt trong chẩn đoán và theo dõi viêm khớp. Khác với X-quang chỉ phát hiện được tổn thương muộn, siêu âm cho phép quan sát trực tiếp các cấu trúc phần mềm và khớp, giúp phát hiện sớm tổn thương, khảo sát động tương quan với điểm đau. Các ưu điểm nổi bật của siêu âm bao gồm tính an toàn, không xâm lấn, khả năng thực hiện tại giường bệnh, chi phí thấp và đặc biệt là độ nhạy cao trong phát hiện viêm màng hoạt dịch, tràn dịch khớp, viêm gân bao hoạt dịch hay tổn thương điểm bám gân.

Siêu âm cho phép phát hiện viêm màng hoạt dịch, viêm bao gân và viêm điểm bám tận dưới lâm sàng, do đó giúp ích trong chẩn đoán sớm, chẩn đoán phân biệt bệnh viêm khớp dạng thấp, viêm khớp cột sống. Siêu âm Doppler năng lượng giúp đánh giá mức độ tăng sinh mạch, qua đó phản ánh chính xác mức độ hoạt động của bệnh và đáp ứng điều trị. Mặt khác, trong bệnh gút và bệnh lắng đọng tinh thể canxi (CPPD), siêu âm đã được chứng minh có giá trị chẩn đoán cao nhờ phát hiện dấu hiệu đặc trưng như hình ảnh đường đôi hoặc tinh thể trong dịch khớp. Siêu âm cũng có giá trị và được đưa vào trong tiêu chuẩn chẩn đoán gút và viêm đa khớp giả gốc chi (PMR) theo EULAR/ACR. Bên cạnh vai trò trong siêu âm khớp, siêu âm có giá trị đánh giá tổn thương da, phổi, mạch máu trong các bệnh lý mô liên kết và có tiềm năng thay thế các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có chi phí cao hơn.

Siêu âm không chỉ có vai trò trong chẩn đoán và theo dõi điều trị mà còn có vai trò trong hướng dẫn thủ thuật như chọc hút dịch khớp, tiêm nội khớp, giúp tăng độ chính xác và an toàn. Bên cạnh đó, sự phát triển của công nghệ siêu âm cầm tay và tích hợp trí tuệ nhân tạo đang mở ra triển vọng phổ cập rộng rãi tại các tuyến cơ sở, đồng thời chuẩn hóa cách chấm điểm tổn thương trong các nghiên cứu lâm sàng.

Tóm lại, siêu âm cơ xương khớp đã và đang tạo nên những tiến bộ quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và điều trị viêm khớp, trở thành một công cụ chẩn đoán hình ảnh thiết yếu trong thực hành lâm sàng.

ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF ARTHRITIS

Dr. Phạm Hoài Thu
Hanoi Medical University Hospital

Ultrasound has become an increasingly important imaging tool in the field of rheumatology, especially in the diagnosis and monitoring of arthritis. Unlike X-rays, which only detect late-stage damage, ultrasound allows direct observation of soft tissue and joint structures, enabling early detection of lesions and dynamic assessment correlated with pain points. The outstanding advantages of ultrasound include safety, non-invasiveness, bedside applicability, low cost, and particularly high sensitivity in detecting synovitis, joint effusion, tenosynovitis, or enthesitis.

Ultrasound enables detection of subclinical synovitis, tenosynovitis, and enthesitis, thereby aiding early diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis. Power Doppler ultrasound helps assess the degree of vascular proliferation, accurately reflecting disease activity and treatment response. Moreover, in gout and calcium pyrophosphate deposition disease (CPPD), ultrasound has proven to have high diagnostic value by identifying characteristic signs such as the double contour sign or crystals in joint fluid. Ultrasound also holds value and has been incorporated into the diagnostic criteria for gout and polymyalgia rheumatica (PMR) according to EULAR/ACR.

In addition to its role in joint ultrasound, ultrasound is valuable in assessing skin, lungs, and blood vessels in connective tissue diseases and has the potential to replace more expensive imaging methods.

Ultrasound not only plays a role in diagnosis and treatment monitoring but also in guiding procedures such as joint aspiration and intra-articular injections, improving accuracy and safety. Furthermore, the development of handheld ultrasound technology and integration of artificial intelligence is opening up prospects for widespread use at primary care levels, while also standardizing lesion scoring in clinical studies.

In summary, musculoskeletal ultrasound has been and continues to make significant advances in the diagnosis, prognosis, and treatment of arthritis, becoming an essential imaging tool in clinical practice

THÁCH THỨC TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN SAU THAY KHỚP

TS.BS Bùi Hải Bình

Trung tâm Cơ Xương Khớp

Bệnh viện Bạch Mai

ĐT: 0983712158 | Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Tóm tắt:

Nhiễm khuẩn sau thay khớp (Periprosthetic Joint Infection – PJI) là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất của phẫu thuật thay khớp, có thể dẫn tới thất bại phẫu thuật, tái phẫu thuật nhiều lần, từ đó làm tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng sống của người bệnh. Chẩn đoán PJI gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng không điển hình, dễ nhầm lẫn với các tình trạng viêm hoặc đau sau mổ khác. Các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện hành (Hiệp hội Nhiễm trùng Cơ xương khớp- MSIS, Hội nghị Đồng thuận quốc tế- ICM, Hiệp hội Nhiễm trùng Xương khớp châu Âu- EBJIS) dựa trên sự kết hợp giữa lâm sàng, xét nghiệm huyết thanh (CRP, ESR), dịch khớp (số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân, xét nghiệm alpha-defensin, D-dimer), và xét nghiệm vi sinh, nhưng vẫn tồn tại hạn chế về độ nhạy và độ đặc hiệu, đặc biệt trong nhiễm khuẩn mạn tính hoặc do vi khuẩn ít độc lực.

Về điều trị, thách thức lớn nhất là lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp giữa giữ lại khớp nhân tạo, hay phải thay khớp mới (thay khớp thì một hoặc hai thì), kết hợp với kháng sinh toàn thân kéo dài. Mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm, phụ thuộc vào thời điểm phát hiện nhiễm khuẩn, loại vi khuẩn, tình trạng nhiễm khuẩn tại chỗ và toàn trạng của người bệnh. Ngoài ra, tình trạng kháng kháng sinh, vi khuẩn tạo biofilm, cũng như chi phí điều trị cao là những rào cản lớn.

Các nghiên cứu gần đây tập trung vào cải thiện độ chính xác chẩn đoán bằng các biomarker mới (ví dụ D-lactate, calprotectin), ứng dụng kỹ thuật sinh học phân tử (PCR, NGS), và tối ưu phác đồ kháng sinh phối hợp. Về phẫu thuật, xu hướng cá thể hóa chiến lược điều trị dựa trên đặc điểm từng bệnh nhân đang được khuyến khích.

Tóm lại, nhiễm khuẩn sau thay khớp là biến chứng nặng nề với nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Việc kết hợp đa chuyên ngành, ứng dụng các kỹ thuật chẩn đoán tiên tiến và xây dựng chiến lược điều trị cá thể hóa là chìa khóa để nâng cao hiệu quả kiểm soát bệnh lý này.

CHALLENGES IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PERIPROSTHETIC JOINT INFECTION

PhD.MD Bui Hai Binh

Centre for Rheumatology

Bach Mai Hospital

Phone number: 0983712158 | Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Abstract:

Periprosthetic Joint Infection (PJI) remains one of the most devastating complications after joint arthroplasty, often leading to surgical failure, multiple revisions, increased healthcare costs, and reduced quality of life. Diagnosis is particularly challenging because clinical manifestations are often nonspecific and can mimic postoperative inflammation or mechanical pain. Current diagnostic criteria (MSIS- Musculoskeletal Infection Society, 2011, revised 2018; ICM- International Consensus Meeting, 2013,

revised 2018; EBJIS- European Bone and Joint Infection Society, 2021) combine clinical evaluation with serological markers (CRP, ESR), synovial fluid analysis (leukocyte count, polymorphonuclear percentage, alpha-defensin test, D-dimer), and microbiological culture. However, their sensitivity and specificity are limited, especially in cases of chronic or low-virulence infections.

In terms of treatment, the major challenge lies in selecting the appropriate strategy among Debridement, Antibiotics and Implant Retention (DAIR), one-stage or two-stage revision arthroplasty, together with prolonged systemic antibiotic therapy. Each approach has strengths and limitations, depending on the timing of infection, microbial profile, host factors, and soft tissue condition. Additional obstacles include biofilm formation, rising antibiotic resistance, and high treatment costs.

Recent research has focused on enhancing diagnostic accuracy with novel biomarkers (such as D-lactate and calprotectin), molecular methods (PCR and NGS- next-generation sequencing), and optimizing antibiotic regimens. In surgical management, personalized treatment strategies tailored to individual patient characteristics are increasingly advocated.

In summary, periprosthetic joint infection (PJI) poses significant challenges in both diagnosis and treatment. Multidisciplinary collaboration, application of advanced diagnostic tools, and personalized treatment strategies are essential to improve clinical outcomes and infection control.

TIỀN THOÁI HOÁ KHỚP: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

GS.TS. Võ Tam

Hội Thấp Khớp học TP. Huế

Thoái hoá khớp là bệnh lý thường gặp nhất trong bệnh lý cơ xương khớp, là bệnh lý thường xảy ra ở người cao tuổi.

Thoái hoá khớp gây ra những hậu quả, biến chứng nặng nề, gây tàn phế, ảnh hưởng đến sức khoẻ người bệnh và là gánh nặng kinh tế, xã hội cho mỗi quốc gia nếu được chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Cửa sổ cơ hội trong y khoa là giai đoạn sớm của bệnh lý, thường sử dụng trong các bệnh lý cấp nhất là lĩnh vực tim mạch. Mặc dù Thoái hoá khớp là bệnh mạn tính, nhưng gần đây, chuyên ngành Thấp khớp học thế giới đã sử dụng thuật ngữ Cửa sổ cơ hội hay chẩn đoán sớm bệnh thoái hoá khớp. Nếu Chẩn đoán được ở giai đoạn sớm của bệnh lý này thì các phương án dự phòng, loại trừ các yếu tố nguy cơ được đặt ra từ đó có thể tác động giúp làm chậm diễn tiến tự nhiên của bệnh lý này.

Trước đây để thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Thoái hoá khớp cần có các yếu tố về lâm sàng và x quang khớp. Hiện nay, bên cạnh những biểu hiện lâm sàng còn rất ít, các tiêu chí để chẩn đoán sớm bệnh thoái hoá khớp sớm dựa vào hình ảnh học (MRI), nội soi khớp, biến đổi sinh học (dịch khớp là chủ yếu), hay còn gọi là thoái hoá khớp giai đoạn tiền lâm sàng.

Đã có những bằng chứng mới trong cơ chế sinh bệnh tổn thương sụn khớp, bao hoạt dịch, xương dưới sụn do mất cân bằng giữa đồng hoá và thoái biến các yếu tố có liên quan sinh học và từ cơ sở này đã có các nghiên cứu tác động vào các yếu tố này trên viêm bao hoạt dịch, thoái biến sụn khớp, xương dưới sụn đang giai nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng. Gần đây có các nghiên cứu ứng dụng về gene trong điều trị thoái hoá khớp hoặc vai trò chức năng của ty thể tế bào trong bệnh thoái hoá khớp mở ra nhiều hứa hẹn tốt đẹp.

Trong thực hành, vấn đề quan trọng là làm thế nào để chẩn đoán sớm nhất có thể bệnh thoái hoá khớp. Muốn chẩn đoán sớm bệnh thoái hoá cần các chuyên ngành xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán sớm và nhất là vai trò của đội ngũ y tế cơ sở cần nắm được để phối hợp phát hiện, tư vấn, và chuyển tiếp bệnh nhân mắc bệnh thoái hoá khớp cho đội ngũ chuyên khoa, vì đa phần giai đoạn sớm của bệnh là chưa có triệu chứng hoặc có rất ít triệu chứng lâm sàng.

PRE - OSTEOARTHRITIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Prof. Vo Tam, MD.PhD.

President of Association of Hue

Osteoarthritis is the most common disease in musculoskeletal disorders, typically occurring in older adults.

Osteoarthritis leads to severe consequences and complications, causing disability, affecting the health of patients, and becoming an economic and social burden for each country if diagnosed at a late stage.

The window of opportunity in medicine refers to the early stage of a disease, often used in acute conditions, particularly in cardiology. Although osteoarthritis is a chronic disease, recently, the field of rheumatology has adopted the term “window of opportunity” or early diagnosis of osteoarthritis. If diagnosed at the early stage of this disease, preventive measures and the elimination of risk factors can be implemented, which may help slow the natural progression of the disease.

Previously, to meet the diagnostic criteria for osteoarthritis, clinical and radiographic factors were required. Currently, in addition to the very few clinical manifestations, the criteria for early diagnosis of osteoarthritis are based on imaging (MRI), arthroscopy, and biological changes (synovial fluid), also known as preclinical stage osteoarthritis.

There is new evidence regarding the pathophysiological mechanisms of cartilage damage, synovial membrane, and subchondral bone due to an imbalance between anabolic and catabolic biological factors. Based on this, studies are being conducted to influence these factors on synovitis, cartilage degeneration, and subchondral bone, which are currently in clinical trial research. Recently, there have been studies on gene applications in the treatment of osteoarthritis or the role of mitochondrial function in osteoarthritis, which hold great promise.

In practice, an important issue is how to diagnose osteoarthritis as early as possible. To diagnose osteoarthritis early, various specialties need to establish early diagnostic criteria, and especially the role of the primary healthcare team must be understood to coordinate the detection, consultation, and referral of patients with osteoarthritis to the specialized team, as most early stages of the disease have no symptoms or very few clinical symptoms

GÚT KHÓ ĐIỀU TRỊ: NHẬN DIỆN VÀ CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ

BSCKII. Hoàng Quốc Nam

Khoa Nội Cơ xương khớp

Bệnh viện Thống Nhất

Địa chỉ: số 1 Lý Thường Kiệt, P. Tân Sơn Nhất, TP. Hồ Chí Minh

DD: 0912.333.991 | Email: bsnamth@gmail.com

1. Đại cương

Gút được ghi nhận từ năm 2640 TCN tại Ai Cập và từng được Hippocrates xem là bệnh không thể chữa khỏi. Dự báo đến năm 2050 sẽ có khoảng 95,8 triệu ca, tỷ lệ mắc chuẩn hóa ước tính 667/100.000, 3% đến 4% bệnh nhân gút là gút mạn tính kháng trị. Dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị từ việc phát hiện ra colchicin (1900), cortison (1952), indomethacin (1964) đến allopurinol (1966), tỷ lệ mắc gút vẫn tăng và vẫn còn những trường hợp thất bại trong điều trị làm tăng chi phí và gánh nặng trong điều trị.

2. Nhận diện gút kháng trị

Hầu hết bệnh nhân gút được kiểm soát bằng thuốc, nhưng một số phát triển viêm khớp gút kháng trị với cơn đau tái phát, không đáp ứng hoặc không dung nạp NSAIDs, colchicine, steroid và liệu pháp hạ acid uric. Nồng độ acid uric luôn $>6\text{mg/dL}$ mặc dù sử dụng nhiều biện pháp hạ acid uric. Gút kháng trị làm giảm chất lượng sống, gây tàn phế và ảnh hưởng công việc. Nguyên nhân chủ yếu là do không tuân thủ hoặc dùng thuốc không đủ liều, trong khi đáp ứng kém thực sự rất hiếm. Allopurinol có thể giúp phân biệt hai tình trạng này. Các nghiên cứu cho thấy quản lý, giám sát tốt bệnh nhân giúp giảm rõ rệt tỷ lệ thất bại điều trị. Do đó, ngoài số rất ít trường hợp đặc biệt, gút kháng trị hầu như không tồn tại, đa phần thất bại điều trị xuất phát từ hành vi bệnh nhân và bác sĩ.

3. Điều trị gút kháng trị

Kiểm soát acid uric theo mục tiêu ($<6\text{ mg/dl}$, hoặc $<5\text{ mg/dl}$ khi có tophy) là nguyên tắc điều trị gút hiện nay. Gút được coi là bệnh lý vận chuyển, liên quan đến nhiều chất vận chuyển urat: URAT-1 (tái hấp thu), OAT1/OAT3 (bài tiết), và ABCG2 (bài tiết qua thận và ruột). Nhờ hiểu biết này, nhiều thuốc mới ra đời như ức chế URAT-1, hoạt hóa ABCG2 và ức chế Xanthine oxidase thế hệ mới. Trong đó thuốc pegloticase, một loại thuốc sinh học được nhiều nghiên cứu đánh giá cao. Đây là thuốc được biết là một enzyme uricase tái tổ hợp, giúp chuyển hóa axit uric thành allantoin, một chất dễ dàng đào thải qua nước tiểu, từ đó làm giảm nhanh chóng nồng độ axit uric trong máu. Tuy nhiên tính sinh kháng thể của thuốc là một trở ngại khi sử dụng kéo dài, cần kết hợp với các thuốc ức chế miễn dịch để tăng tính an toàn cho sử dụng.

Thuốc chống viêm mới để kiểm soát cơn gút. Việc hiểu biết hơn về cơ chế bệnh sinh gút liên quan đến việc đại thực bào thực bào tinh thể urat, kích hoạt inflammasome NLRP3 và caspase, dẫn đến giải phóng IL-1 β , IL-18 và các chất trung gian gây viêm, thu hút bạch cầu trung tính gây triệu chứng. Các liệu pháp phân tử nhỏ, các thuốc sinh học như thuốc ức chế IL-1, inflammasome hoặc caspase được xem là liệu pháp chống viêm hiệu quả trong gút kháng trị. Kiểm soát bệnh đồng mắc là rất quan trọng trong kiểm soát cơn gút, kiểm soát acid uric giúp kiểm soát gút tiến triển thành kháng trị.

DIFFICULT-TO-TREAT GOUT: IDENTIFICATION AND TREATMENT STRATEGIES

Dr. Hoang Quoc Nam
Thong Nhat Hospital

1. Overview

Gout was documented as early as 2640 BCE in Egypt and was once considered an incurable disease by Hippocrates. By 2050, it is projected that there will be approximately 95.8 million cases. The age-standardized prevalence is estimated at 667 per 100,000, with 3% to 4% of patients having refractory chronic gout. Despite significant therapeutic advances since the discovery of colchicine (1900), cortisone (1952), indomethacin (1964), and allopurinol (1966), the incidence of gout continues to rise, and cases of treatment failure remain, increasing the cost and burden of care.

2. Identifying Refractory Gout

Most gout patients can be managed with medication, but some develop refractory gouty arthritis with recurrent pain. These patients do not respond to or cannot tolerate NSAIDs, colchicine, steroids, and uric acid-lowering therapy. Their uric acid levels are consistently above 6 mg/dL, despite using various uric acid-lowering measures. Refractory gout reduces quality of life, causes disability, and affects work.

The primary reason for treatment failure is non-adherence or insufficient dosing, while true poor response is very rare. Allopurinol can help distinguish between these two situations. Studies show that good patient management and monitoring significantly reduce the rate of treatment failure. Therefore, with the exception of a very small number of special cases, refractory gout is almost non-existent; most treatment failures stem from the behavior of the patient and the physician.

3. Treating Refractory Gout

Understanding the pathogenesis of gout, which involves macrophages phagocytosing urate crystals and activating the NLRP3 inflammasome and caspase, leads to the release of IL-1 β , IL-18, and other inflammatory mediators that attract neutrophils and cause symptoms. New anti-inflammatory drugs are used to control gout flares. Small-molecule therapies and biologics, such as IL-1, inflammasome, or caspase inhibitors, are considered effective anti-inflammatory treatments for refractory gout.

Controlling co-morbidities is crucial for managing gout flares. Controlling uric acid levels helps prevent gout from progressing to a refractory state.

CHỈ ĐỊNH VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TRONG BỆNH GÚT: ĐIỂM CÂN BẰNG GIỮA QUÁ SỚM VÀ QUÁ MUỘN

Võ Thành Toàn

Bệnh viện Thống Nhất

Địa chỉ: số 1 Lý Thường Kiệt, P. Tân Sơn Nhất, TP. Hồ Chí Minh

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com | ĐT: (+84) 918.554.748

Gút là bệnh viêm khớp mạn tính do lắng đọng tinh thể urat. Bệnh tiến triển kéo dài dẫn đến hình thành hạt tophi gây đau, biến dạng, loét, nhiễm trùng, phá hủy khớp và tàn tật. Điều trị nội khoa là chủ yếu, tuy nhiên trong nhiều trường hợp phẫu thuật là cần thiết. Thách thức đặt ra là xác định “thời điểm vàng” để can thiệp, tránh quá sớm gây tổn thương không cần thiết và quá muộn dẫn đến hậu quả không hồi phục. Phẫu thuật đúng thời điểm giúp giảm đau, cải thiện chức năng, thẩm mỹ và hạn chế biến chứng. Chỉ định phẫu thuật: tophi lớn gây đau, biến dạng, chèn ép thần kinh - gân, có loét hoặc nhiễm trùng tái diễn, hủy khớp cần thay khớp thay hàn khớp. Chống chỉ định tương đối: giai đoạn gút cấp, chưa kiểm soát acid uric máu, bệnh nội khoa nặng chưa ổn định. Thời điểm “vàng” phẫu thuật: sau 3–6 tháng kiểm soát acid uric < 6 mg/dL, khi không có viêm cấp hoặc nhiễm trùng. Các phương pháp phẫu thuật: cắt bỏ u hạt tophi, hàn khớp, thay khớp, nội soi khớp ít xâm lấn; cắt cụt ngón trong trường hợp tổn thương quá nặng. Quyết định can thiệp cần cân bằng giữa quá sớm (không cần thiết) và quá muộn (mất chức năng, nhiễm trùng), dựa trên kiểm soát nội khoa tốt, tổn thương lâm sàng và chất lượng cuộc sống người bệnh. Việc phối hợp chặt chẽ giữa nội khoa và ngoại khoa là chìa khóa để đạt hiệu quả điều trị tối ưu.

SURGICAL INDICATIONS AND MANAGEMENT IN GOUT: BALANCING BETWEEN TOO EARLY AND TOO LATE

Vo Thanh Toan

Thong Nhat Hospital

Gout is a chronic arthritis caused by monosodium urate crystal deposition. Disease progression leads to the formation of tophi, which may result in pain, deformity, ulceration, infection, joint destruction, and disability. Medical treatment remains the primary approach; however, in many cases, surgery becomes necessary. The main challenge is determining the “golden timing” for intervention-avoiding surgery too early, which may cause unnecessary damage, and too late, which may lead to irreversible consequences. Surgery performed at the right time helps reduce pain, improve function and cosmesis, and minimize complications. Surgical indications include large tophi causing pain, deformity, nerve or tendon compression, ulceration or recurrent infection, and severe joint destruction requiring arthroplasty or arthrodesis. Relative contraindications are acute gout flares, uncontrolled serum uric acid levels, and unstable systemic comorbidities. The “golden timing” for surgery is after 3–6 months of medical management with serum uric acid controlled at < 6 mg/dL, when there is no acute inflammation or infection. Surgical options include tophi excision, arthrodesis, joint replacement, and minimally invasive arthroscopy; in severe cases, digital amputation may be necessary. The decision to intervene must balance between too early (unnecessary) and too late (loss of function, infection), based on adequate medical control, clinical severity, and patients’ quality of life. Close collaboration between medical and surgical management is the key to achieving optimal outcomes.

LỰA CHỌN TỐI ƯU CAN THIỆP ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Văn Hoat

Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội - số 1 Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Hà Nội

Email: drhoat@gmail.com | ĐT: 0912.082.407

Tóm tắt: Loãng xương là một bệnh hay gặp, ngày càng phổ biến, nhất là ở người cao tuổi, tỷ lệ gãy xương ở người bệnh loãng xương ngày càng tăng; nhiều nguy cơ biến chứng; thậm trí có nguy cơ tử vong. Điều trị gãy xương do loãng xương còn gặp nhiều khó khăn. Chẩn đoán sớm, lựa chọn điều trị đúng cách là việc làm hết sức quan trọng, để nâng cao hiệu quả cần lựa chọn phương pháp, phương tiện phù hợp và cần phối hợp đa chuyên khoa.

Nội dung:

Gãy xương do loãng xương (osteoporotic fracture/ fragility fracture) là gãy xương ở người bệnh có giảm mật độ, sức mạnh của xương do loãng xương có thể có nguyên nhân chấn thương nhẹ hoặc không có chấn thương.

Gãy xương do loãng xương là biến chứng nghiêm trọng nhất của loãng xương đối với xương. Gãy xương do loãng xương có thể gặp ở bất cứ vị trí nào trên cơ thể, hay gặp nhất ở các vị trí như: Cổ xương đùi, xương đốt sống, đầu dưới xương quay, đầu trên xương cánh tay...

Người bệnh gãy xương do loãng xương có nhiều nguy cơ, biến chứng như: chậm liền xương, gãy lại, thậm trí tử vong

Điều trị gãy xương do loãng xương vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức và có nhiều khác biệt so với gãy xương không do loãng xương

Nguyên tắc điều trị gãy xương do loãng xương:

- Cứu sống người bệnh
- Hỗ trợ liền xương
- Phòng ngừa các biến chứng
- Phục hồi chức năng chi

Điều trị gãy xương do loãng xương cần có sự kết hợp của chính hình kết hợp với chống loãng xương, Người cao tuổi cần có sự phối hợp đa chuyên khoa.

Kết luận: Loãng xương là một bệnh ngày càng phổ biến, nhất là ở người cao tuổi, tỷ lệ gãy xương ở người bệnh loãng xương ngày càng tăng, điều trị gặp nhiều khó khăn, để nâng cao hiệu quả cần chỉ định đúng, lựa chọn phương pháp, phương tiện phù hợp với từng cá thể người bệnh, phối hợp đa chuyên khoa.

OPTIMAL INTERVENTION STRATEGIES FOR THE MANAGEMENT OF OSTEOPOROTIC FRACTURES

Nguyen Van Hoat

Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien, Hanoi

Phone: 0912.082.407 | Email: drhoat@gmail.com

Abstract: Osteoporosis is a common and increasingly prevalent disease, especially among the

elderly. The incidence of fractures in patients with osteoporosis is rising, carrying significant risks of complications and even mortality. The treatment of osteoporotic fractures remains challenging. Early diagnosis and the selection of appropriate treatment methods are crucial. To improve outcomes, it is essential to choose the right techniques and devices while ensuring multidisciplinary collaboration.

Content:

Definition: Osteoporotic fracture (fragility fracture) refers to fractures in patients with reduced bone density and strength due to osteoporosis, which may result from minimal trauma or even in the absence of trauma.

Clinical significance: Osteoporotic fractures represent the most serious complication of osteoporosis affecting the skeleton. They can occur at any site, but are most commonly seen at the femoral neck, vertebrae, distal radius, and proximal humerus.

Risks and complications: Patients with osteoporotic fractures face multiple risks, including delayed union, refracture, and even mortality.

Challenges in treatment: The management of osteoporotic fractures remains difficult and differs considerably from the treatment of non-osteoporotic fractures.

Principles of treatment:

- Preserve the patient's life
- Promote bone healing
- Prevent complications
- Restore limb function

Multidisciplinary care: The treatment of osteoporotic fractures requires a combination of orthopedic management and anti-osteoporotic therapy. In elderly patients, multidisciplinary collaboration is essential.

Conclusion: Osteoporosis is increasingly prevalent, particularly among the elderly, with rising rates of osteoporotic fractures. Their management remains challenging. To optimize outcomes, it is necessary to make accurate indications, select individualized treatment methods and devices, and implement multidisciplinary collaboration.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yan Li , Xianghong Wang , Jianfeng Sun , Maozhen Ma (2025),) Optimal management for osteoporotic vertebral compression fractures: a network meta-analysis, J Orthop Surg Res
2. Hae-Dong Jang , Eung-Ha Kim , Jae Chul Lee , Sung-Woo Choi , Hak Soo Kim , Joong-Suk Cha , Byung-Joon Shin (2022) Management of Osteoporotic Vertebral Fracture: Review Update 2022, Asian Spine J
3. Shanshan Wei, Yaoyu He, Keru Liu, Ruoxian Wang, Yuhuan Wang, (2024), Priority interventions for the prevention of falls or fractures in patients with osteoporosis: A network meta-analysis, Archives of Gerontology and Geriatrics
4. Yasser El Miedany, Naglaa Ali Gadallah, Mathias Toth, (2022), Optimizing osteoporosis management: targeting to treat - an initiative by the Egyptian Academy of Bone Health, Egyptian Rheumatology and Rehabilitation
5. Assil-Ramin Alimy, MD; Athanasios D. Anastasilakis, MD; John J. Carey, MB, BCh, BAO, MS, (2024), Conservative Treatments in the Management of Acute Painful Vertebral Compression FracturesA Systematic Review and Network Meta-Analysis
6. Eric J. Gullborg, Jason H. Kim, Caitlin M. Ward, Xavier C. Simcock, (2024), Optimizing Treatment Strategies for Distal Radius Fractures in Osteoporosis: A Comparative Review, Medicina

VẬT LIỆU THAY THẾ BẰNG IN 3D TRONG ĐIỀU TRỊ DI CHỨNG BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

TS. BS. Nguyễn Văn Trung

*Trưởng khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống
Bệnh viện Bạch mai*

Tóm tắt:

Công nghệ in ba chiều (3D printing) đang tạo nên bước ngoặt trong điều trị di chứng bệnh cơ xương khớp (RMDs). Những bệnh nhân RMDs thường gặp biến dạng, khuyết hồng hoặc mất chức năng xương khớp - vốn rất khó khắc phục bằng cấy ghép tiêu chuẩn. Ưu thế nổi bật của in 3D là tạo ra vật liệu thay thế “cá thể hóa”, phù hợp chính xác với giải phẫu và tải lực của từng người bệnh.

Trong phẫu thuật thay khớp háng, ổ cối và mảnh ghép bổ xung in 3D bằng titanium xốp đã chứng minh khả năng bám xương và cải thiện chức năng tốt hơn so với cấu hình chuẩn, đặc biệt ở các khuyết hồng phức tạp (Paprosky II-III). Trong phẫu thuật cột sống, thân đốt sống nhân tạo in 3D giúp giảm thời gian mổ, mất máu và hạn chế lún, song bằng chứng vẫn chủ yếu từ loạt ca, chưa đủ thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên. Với cổ chân, thay toàn bộ xương sên in 3D ở bệnh nhân hoại tử vô mạch mang lại cải thiện sắp xếp trục và chức năng, mở thêm lựa chọn thay thế cho hàn khớp.

Ngoài vật liệu cấy ghép bằng kim loại, hướng nghiên cứu in sinh học (bioprinting) nhằm tạo ra sụn và xương dưới sụn bằng các giàn giáo (scaffold) nhiều lớp, mô phỏng cấu trúc tự nhiên của khớp, đang mở ra triển vọng tái tạo được mô có đầy đủ chức năng sinh học và cơ học. Tuy nhiên, thách thức còn nhiều như: chi phí cao, yêu cầu kiểm chứng cơ sinh học, và khung pháp lý - dù FDA đã có hướng dẫn kỹ thuật cho thiết bị cấy ghép này.

Nhìn chung, in 3D mang lại giải pháp cá thể hóa, phục hồi cấu trúc và chức năng tốt hơn cho di chứng bệnh cơ xương khớp. Tương lai cần thêm nghiên cứu dài hạn, phân tích chi phí-hiệu quả và tích hợp cùng y học tái tạo để tối ưu hóa chỉ định và mở rộng ứng dụng lâm sàng.

3D-PRINTED SUBSTITUTES IN THE TREATMENT OF MUSCULOSKELETAL SEQUELAE

Dr. Nguyen Van Trung MD. PhD.

*Head of the Department of Orthopedics and Spine Surgery
Bach Mai Hospital*

Abstract:

Three-dimensional (3D) printing technology is creating a breakthrough in the treatment of sequelae of musculoskeletal disorders (RMDs). Patients with RMDs often present with deformities, defects, or loss of musculoskeletal function-conditions that are very difficult to address with standard implants. The outstanding advantage of 3D printing is the ability to produce “personalized” substitutes, precisely matching each patient’s anatomy and biomechanical load.

In hip replacement surgery, 3D-printed porous titanium acetabular cups and augmentations have demonstrated superior bone ingrowth and functional outcomes compared to standard designs, especially in complex defects (Paprosky II-III). In spine surgery, 3D-printed vertebral body replacements help reduce operative time, blood loss, and subsidence; however, current evidence is largely limited to case series, lacking sufficient randomized controlled trials. For the ankle, total talus replacement with 3D

printing in patients with avascular necrosis has improved alignment and function, offering an alternative to arthrodesis.

Beyond metallic implants, research into bioprinting aims to generate cartilage and subchondral bone using multilayered scaffolds that mimic the natural structure of joints. This holds promise for regenerating tissue with full biological and mechanical function. However, challenges remain, including high costs, the need for biomechanical validation, and regulatory frameworks—even though the FDA has issued technical guidance for such implants.

Overall, 3D printing offers personalized solutions that restore structure and function more effectively in musculoskeletal sequelae. Future directions require long-term studies, cost-effectiveness analyses, and integration with regenerative medicine to optimize indications and expand clinical applications.

LỰA CHỌN PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

Tăng Hà Nam Anh

Phòng khám Xương Khớp Việt

Email tanghanamanh@yahoo.fr

ĐT: 0342.158.159

Tóm tắt:

Thoái hóa khớp gối là tình trạng hư hại sụn khớp gối có thể nguyên phát hoặc thứ phát. Thoái hóa khớp gối biểu hiện bằng nhiều hình thái khác nhau như viêm tràn dịch khớp gối, biến dạng vẹo trong hay vẹo ngoài khi thoái hóa khớp nặng hoặc có thể hư hại hoàn toàn mặt sụn khớp một ngăn nhưng trục chân vẫn thẳng. Đa số thoái hóa khớp gối có thể điều trị bảo tồn bằng biện pháp thuốc và vật lý trị liệu. Tuy nhiên một số trường hợp vẫn phải cần đến phẫu thuật như nội soi cắt bao khớp khi khớp bị viêm nặng kháng trị với thuốc, đục xương chỉnh trục khi gối vẹo trong hoặc vẹo ngoài gây đau hoặc thay khớp gối toàn phần hoặc một ngăn khi trục thẳng và sụn khớp ngăn bên trong bị hư hoàn toàn. Trong bài tổng quan này chúng tôi sẽ giới thiệu đến các đồng nghiệp những chỉ định phẫu thuật trong thoái hóa khớp gối khi chúng ta thất bại với điều trị nội khoa.

Abstract:

Osteoarthritis knee is a pathologic damaged cartilage. OA knee can be primary or secondary. OA knee can be appeared many forms ex: synovitis knee, severe varus or valgus knee in late period degeneration, severe OA medial compartment knee with right alignment. Most of OA knee can be treated by conservative treatment with medication and physiotherapy. However, some OA knee need to be operated such as arthroscopic synovectomy, osteotomy in case of varus or valgus knee, total knee replacement or unicompartment knee replacement. In this review paper, we will introduce the new techniques in operation of OA knee when we fail in conservative treatment of OA knee.

NHỮNG LƯU Ý KHI ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP Ở CÁC NHÓM TUỔI

TS. Lê Thị Liễu

*Trung tâm Cơ xương khớp
Bệnh viện Bạch mai*

Tóm tắt:

Điều trị Viêm khớp dạng thấp (RA) khác nhau tùy theo độ tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi thường được điều trị ít tích cực hơn và bệnh nhân lớn tuổi có nhiều khả năng sử dụng methotrexate và glucocorticoid liều thấp hơn, mặc dù hiệu quả là tương tự nhau. Bệnh nhân cao tuổi ít có khả năng được kê đơn thuốc sinh học hoặc thuốc ức chế JAK, và kế hoạch điều trị thường được điều chỉnh do những thay đổi liên quan đến tuổi tác trong cách cơ thể xử lý thuốc, tập trung vào việc kiểm soát các bệnh đi kèm và tránh tác dụng phụ của thuốc.

Abstract:

Treatment for Rheumatoid Arthritis (RA) varies by age, with younger patients often receiving less aggressive treatments and older patients more likely to use lower-dose methotrexate and glucocorticoids, though efficacy is similar. Elderly patients are less likely to be prescribed biologics or JAK inhibitors, and treatment plans are often modified due to age-related changes in how the body processes medications, with a focus on managing comorbidities and avoiding adverse drug effects.

ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP CÓ BỆNH ĐỒNG MẮC

PGS.TS. Nguyễn Mai Hồng

1. Đặt vấn đề

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp viêm mạn tính, tiến triển kéo dài. Do đặc điểm bệnh lý và tác động của các liệu pháp điều trị, bệnh nhân VKDT thường có nhiều bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ mắc bệnh đồng mắc ở bệnh nhân VKDT ước tính khoảng 40%, bao gồm bệnh tim mạch, bệnh phổi, loãng xương, bệnh thận, đái tháo đường, trầm cảm...

Sự hiện diện của bệnh đồng mắc khiến việc lựa chọn thuốc điều trị trở nên phức tạp hơn do nguy cơ tương tác, chống chỉ định, làm giảm tuân thủ, tăng tỷ lệ nhập viện, chi phí chăm sóc và nguy cơ tử vong.

2. Các bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân VKDT

2.1. Bệnh tim mạch

Nguy cơ bệnh tim mạch ở bệnh nhân VKDT tăng 1,5–2 lần so với dân số chung (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ...).

Cơ chế: viêm hệ thống kéo dài thúc đẩy xơ vữa mạch, rối loạn chuyển hoá; kết hợp với các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, tăng huyết áp, rối loạn lipid, đái tháo đường.

Điều trị:

- *Methotrexate*: vẫn là lựa chọn ưu tiên trừ khi có chống chỉ định.
- *NSAID, corticoid liều cao*: hạn chế dùng kéo dài.
- *JAK inhibitors*: thận trọng ở bệnh nhân >65 tuổi, hút thuốc, có tiền sử huyết khối hoặc biến cố tim mạch.
- *Anti-TNF*: có thể cải thiện viêm hệ thống và chức năng nội mạc, nhưng tránh dùng ở bệnh nhân suy tim. Ưu tiên chuyển sang bDMARD hoặc tsDMARD khác.

Khuyến nghị: sàng lọc và điều trị tích cực các yếu tố nguy cơ, kiểm soát huyết áp, lipid, bỏ thuốc lá, luyện tập phù hợp.

2.2. Bệnh phổi (Viêm phổi kẽ- interstitial lung disease IDL)

Tỷ lệ viêm phổi kẽ ở bệnh nhân VKDT: 5–10%.

Nguyên nhân: cơ chế miễn dịch, hút thuốc lá, có thể do tác dụng phụ của một số thuốc (methotrexate), Yếu tố RF và anti-CCP cao liên quan chặt với tổn thương phổi, các thuốc điều trị VKDT như methotrexate, leflunomide có thể gây/ làm nặng thêm bệnh phổi

Điều trị:

- *Methotrexate*: có thể dùng ở bệnh nhân ILD ổn định, tránh khi bệnh tiến triển.
- *Leflunomide*: tránh ở bệnh nhân ILD tiến triển.
- *Abatacept, Rituximab*: thường ưu tiên trong VKDT có tổn thương phổi.
- *Tocilizumab*: có thể dùng nhưng dữ liệu còn hạn chế

Điều trị VKDT-ILD: corticoid, thuốc ức chế miễn dịch (mycophenolate, azathioprine, cyclophosphamide).

Nintedanib được chứng minh hiệu quả trong VKDT-ILD tiến triển.

Khuyến nghị: theo dõi triệu chứng hô hấp, CT scan ngực độ phân giải cao (HRCT), bilan viêm, đo chức năng hô hấp, DLCO, chụp Xquang/ phổi hợp quản lý với chuyên khoa hô hấp.

2.3. Bệnh gan

Bệnh gan tự miễn (như viêm gan tự miễn, PBC), bệnh gan do thuốc (đặc biệt methotrexate), và gan nhiễm mỡ chuyển hóa

Điều trị:

- *Methotrexate, Leflunomide: rất hạn chế sử dụng*
- *Hydroxychloroquine, Sulfasalazine: tương đối an toàn hơn*
- *Thuốc sinh học: Anti-TNF (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab, certolizumab)/*
- *Tocilizumab (ức chế IL-6): Có thể dùng ở bệnh nhân HCV nhưng cần theo dõi sát, tránh khi men gan tăng cao hoặc xơ gan tiến triển; Ở bệnh nhân HBV nguy cơ tái hoạt virus cao, cần dự phòng bằng thuốc kháng virus (entecavir/tenofovir) nếu HBsAg dương tính.*
- *Corticosteroids: dùng liều rất thấp khi không đáp ứng với các thuốc khác*

2.4. Loãng xương và gãy xương

Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân VKDT khoảng từ 20% đến 50%, nguy cơ gãy xương tăng gấp 2 lần ở bệnh nhân VKDT do viêm mạn, giảm vận động, tuổi cao và dùng corticoid kéo dài

Nguyên nhân: viêm mạn tính, tăng cytokine gây viêm (TNF-alpha) và interleukins, sử dụng corticoid kéo dài, hạn chế vận động.

Điều trị:

- *Bổ sung calci, vitamin D.*
- *Bisphosphonate hoặc Denosumab nếu nguy cơ gãy xương cao.*
- *Dùng liều corticoid thấp nhất có thể.*

Theo dõi: đo mật độ xương (DEXA), đánh giá nguy cơ gãy - FRAX

2.5. Đái tháo đường và bệnh rối loạn chuyển hoá

Nguyên nhân: viêm mạn tính, tăng cytokine gây viêm (TNF-alpha) và interleukins, sử dụng corticoid kéo dài, hạn chế vận động.

Điều trị:

- *Hydroxychloroquine: có chỉ định.*
- *DMARDs/biologics khác: nhìn chung không ảnh hưởng đến kiểm soát đường huyết.*
- *Corticoid: liều thấp, hạn chế sử dụng dài ngày.*

Khuyến nghị: kiểm tra đường huyết định kỳ, quản lý cân nặng, lưu ý tương tác thuốc.

2.6. Bệnh thận (Amiloidosis, suy thận)

Khoảng 10-30% bệnh nhân VKDT có thể gặp bệnh thận do các yếu tố như viêm mạn tính, sử dụng thuốc không đúng cách, huyết áp cao hoặc viêm hệ thống kéo dài.

Điều trị:

- *Suy thận nhẹ: vẫn có thể dùng MTX (giảm liều), sulfasalazine, hydroxychloroquine.*
- *Suy thận vừa/nặng: tránh MTX liều cao, cân nhắc bỏ MTX khi eGFR <30. Ưu tiên biologics*

(TNF, IL-6, abatacept, rituximab) hoặc ức chế JAK

- NSAID: chỉ dùng ngắn hạn, liều thấp nhất có hiệu quả, lưu ý theo dõi creatinin

2.7. Ung thư (lymphoma)

Tỷ lệ lymphoma tăng ở bệnh nhân VKDT, có thể liên quan cả hoạt tính bệnh lẫn điều trị ức chế miễn dịch.

Điều trị:

- Rituximab, Abatacept: an toàn hơn ở bệnh nhân có tiền sử ung thư phổi, vú, đại tràng...
- JAK inhibitors, Anti-TNF: thận trọng, nhất là ở bệnh nhân mới mắc ung thư hoặc có nguy cơ tái phát cao.

2.8. Rối loạn tâm thần (trầm cảm, lo âu)

Tỷ lệ trầm cảm ở bệnh nhân VKDT khoảng 13% đến 40% ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị và chất lượng sống.

- Duloxetine: vừa điều trị trầm cảm, vừa giảm đau mạn tính/kết hợp với thuốc điều trị VKDT
- Quản lý: sàng lọc định kỳ, can thiệp tâm lý, phối hợp với chuyên khoa tâm thần khi cần.

3. Kết luận

Các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân VKDT là một thách thức lâm sàng, làm tăng gánh nặng bệnh tật. Cần sàng lọc định kỳ các yếu tố nguy cơ tim mạch, loãng xương, bệnh phổi, bệnh gan, sức khỏe tâm thần, ... tiếp cận đa chuyên khoa và lựa chọn thuốc phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả và chất lượng sống cho người bệnh.

MANAGEMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS WITH COMORBIDITIES

Overview: Approximately 40% of patients with rheumatoid arthritis (RA) present with comorbidities such as cardiovascular disease, lung disease, osteoporosis, kidney disease, diabetes, and depression. These conditions complicate treatment decisions, increase the risk of drug interactions, hospitalisation, healthcare costs, and mortality. Cardiovascular disease: Patients have a 1.5-2-fold increased risk. Long-term use of NSAIDs and corticosteroids should be avoided. Methotrexate is the preferred agent, JAK inhibitors should be used with caution, and anti-TNF therapy should be avoided in heart failure. Lung disease (ILD, COPD)

Prevalence is around 5-10%. Methotrexate is considered safe in stable ILD, but leflunomide should be avoided in progressive ILD. Abatacept and rituximab are preferred options. Liver disease Screening for HBV and HCV is essential, and antiviral prophylaxis may be required. Methotrexate and leflunomide should be avoided in cirrhosis or active viral hepatitis. Hydroxychloroquine (HCQ) and sulfasalazine are generally safer alternatives. Osteoporosis There is a two-fold increased fracture risk. Calcium and vitamin D supplementation is recommended, and bisphosphonates or denosumab should be considered in high-risk patients. Corticosteroid exposure should be minimised. Metabolic disease/diabetes:

Chronic inflammation and corticosteroid use exacerbate insulin resistance. HCQ may have beneficial effects, and corticosteroids should be limited. Kidney disease: Dose adjustment of DMARDs is required, particularly for methotrexate and NSAIDs. Malignancy: Patients are at increased risk of

lymphoma. Rituximab and abatacept are safer choices, whereas JAK inhibitors and TNF blockers should be used cautiously. Mental health Depression and anxiety are common and require early identification and multidisciplinary management. Conclusion: Comorbidities in RA increase disease burden and complicate management. Regular screening, a multidisciplinary approach, and individualised therapy are essential to improve outcomes.

Key word: Rheumatoid Arthritis, Comorbiditie

References

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. (2023) EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(1):3–18
2. Soumaya Bossaid, Rimdhahri et al (2025).Impact of Biologic Drugs on Comorbidity Outcomes in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *J Clin Med*.
3. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. (2021) American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(7):1108–1123.
4. Jonathan Katz1, Christie M Bartels (2024) Multimorbidity in Rheumatoid Arthritis: Literature Review and Future Directions *Curr Rheumatol Rep* Jan;26(1):24-35.
5. Sparks JA. (2019) Rheumatoid Arthritis and Lung Disease: Current Concepts and Future Directions. *Curr Opin Rheumatol*.;31(3):262–270.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ VIÊM PHẦN MỀM QUANH KHỚP DO LẮNG ĐỘNG CANXI

TS. Nguyễn Thị Nga

Trung Tâm Cơ Xương Khớp

Bệnh viện Bạch mai

Email: nguyenthingacxkbm@gmail.com

ĐT: 0914.256.700

Viêm phần mềm quanh khớp do lắng đọng canxi là một bệnh lý thường gặp, đặc biệt ở vùng vai, gây đau và hạn chế vận động. Bệnh đặc trưng bởi sự tích tụ bất thường của các tinh thể canxi, chủ yếu là hydroxyapatite trong các mô mềm quanh khớp như gân, bao gân, dây chằng và túi hoạt dịch. Thường gặp ở độ tuổi 30–60. Phổ biến nhất ở gân chóp xoay vai, đặc biệt là gân cơ trên gai. Nữ giới có tỉ lệ mắc cao hơn nam. Bệnh với các biểu hiện lâm sàng điển hình: đau tại vị trí viêm quanh khớp, thường dữ dội; Hạn chế vận động, đặc biệt ở vai. Đau tăng khi vận động hoặc về đêm, khi thăm khám có thể sờ thấy khối mềm, căng. Cận lâm sàng: chụp X-quang: phát hiện các đám canxi lắng đọng quanh khớp (trắng, đậm độ cao). Siêu âm: phát hiện khối canxi, đánh giá mức độ viêm, tràn dịch. Chụp MRI: xác định viêm quanh mô mềm, loại trừ nguyên nhân khác. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng điển hình và hình ảnh học phát hiện các đám canxi trong mô mềm quanh khớp. Điều trị nội khoa bằng NSAIDs, corticosteroids tại chỗ và vật lý trị liệu mang lại hiệu quả cao trong giai đoạn cấp. Các biện pháp can thiệp như chọc hút, sóng xung kích, và hiếm khi phẫu thuật nội soi được chỉ định trong các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại. Tiên lượng đa phần là tốt nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Viêm phần mềm quanh khớp do lắng đọng canxi là bệnh lý lành tính nhưng gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Việc nhận biết sớm và điều trị phù hợp đóng vai trò quan trọng trong cải thiện triệu chứng và ngăn ngừa tái phát.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PERIARTICULAR SOFT TISSUE INFLAMMATION DUE TO CALCIUM DEPOSITION

Calcific periarthritis is a relatively common rheumatologic condition, most frequently affecting the shoulder region, particularly the rotator cuff tendons- most notably the supraspinatus. The pathogenesis involves abnormal deposition of calcium crystals, predominantly hydroxyapatite, within periarticular soft tissues such as tendons, tendon sheaths, bursae, and ligaments. The condition typically occurs in individuals aged 30–60, with a higher incidence in females. Clinically, the disease presents with acute or subacute onset of localized, often severe pain and restricted range of motion, especially in the shoulder. Pain may intensify at night or with movement. On examination, a firm, tender, and sometimes palpable mass may be detected in the periarticular region. Radiologic imaging is essential for diagnosis. Plain radiographs typically reveal hyperdense calcific deposits adjacent to the joint. Musculoskeletal ultrasound offers valuable information regarding the size and consistency of the calcific focus, as well as associated inflammatory changes or effusion. MRI may aid in evaluating the extent of soft tissue involvement and excluding differential diagnoses. Diagnosis is primarily based on clinical presentation in conjunction with characteristic imaging findings. Conservative management remains the first-line approach, including NSAIDs, local corticosteroid injections, and physiotherapy, all of which are effective in most acute cases. In cases of inadequate response, interventional techniques such as ultrasound-guided aspiration and lavage or extracorporeal shockwave therapy may be employed. Arthroscopic removal is reserved for chronic or refractory cases. Although benign, calcific periarthritis can significantly impair function and quality of life. Early recognition and timely, individualized treatment are critical in achieving symptom control and preventing recurrence.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ THIỂU CƠ Ở BỆNH NHÂN CƠ XƯƠNG KHỚP

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Trường Đại học Y Hà Nội

SĐT: 0912.210.299 | Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Nguyễn Vĩnh Ngọc; Bùi Thị Hương; Phùng Đức Tâm; Nguyễn Ngọc Bích; Phạm Thị Mai Uyên

I. Đại cương:

Thiếu cơ (sarcopenia) là tình trạng suy giảm khối lượng và chức năng cơ bắp, đặc biệt phổ biến ở người cao tuổi và bệnh nhân mắc các bệnh lý cơ xương khớp. Sự suy giảm này không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ té ngã, gãy xương và tử vong. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời thiếu cơ là rất quan trọng để cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

II. Nguyên nhân gây thiếu cơ

Tuổi tác: Quá trình lão hóa tự nhiên làm giảm khối lượng cơ.

Bệnh lý nền: Viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, lupus ban đỏ hệ thống.

Chế độ dinh dưỡng kém: Thiếu protein và vitamin D.

Ít vận động: Thiếu tập luyện sức bền và kháng lực.

Yếu tố nội tiết: Giảm hormone tăng trưởng, testosterone, IGF-1.

III. Chẩn đoán thiếu cơ

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo khuyến cáo của Nhóm Công tác Châu Âu về Thiếu cơ ở Người cao tuổi (EWGSOP2), chẩn đoán thiếu cơ dựa trên ba tiêu chí chính:

- Sức mạnh cơ:** Đo bằng lực nắm tay (handgrip strength).
- Khối lượng cơ:** Đo bằng phương pháp DEXA, CT hoặc MRI.
- Hiệu suất thể chất:** Đánh giá qua tốc độ đi bộ 4 mét hoặc bài kiểm tra 6 phút đi bộ.
- Nếu một trong ba tiêu chí trên giảm, bệnh nhân được chẩn đoán thiếu cơ.

2. Phương pháp đánh giá

- SARC-F:** Bảng câu hỏi sàng lọc nhanh, dễ sử dụng trong lâm sàng.
- DEXA:** Đo khối lượng cơ xương.
- CT/MRI:** Đánh giá chất lượng cơ bắp và mỡ nội tạng.
- BIA:** Phân tích thành phần cơ thể bằng điện trở.

IV. Điều trị thiếu cơ

1. Tập luyện: Tập kháng lực: Là phương pháp hiệu quả nhất để tăng khối lượng và sức mạnh cơ

bắp. Tập aerobic: Giúp cải thiện sức bền và chức năng tim mạch. Tập cân bằng và linh hoạt: Giảm nguy cơ té ngã.

2. Dinh dưỡng

Protein: *Nên cung cấp 1.2–1.5 g/kg/ngày, ưu tiên protein chất lượng cao như Whey hoặc casein.*
Vitamin D: *Thiếu vitamin D làm tăng nguy cơ thiếu cơ.* Omega-3: *Có tác dụng chống viêm và bảo vệ cơ bắp.*

3. Điều trị thuốc

Mặc dù hiện nay chưa có thuốc nào được FDA phê duyệt để điều trị sarcopenia, nhưng nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra hiệu quả của một số thuốc trong việc cải thiện khối lượng và chức năng cơ bắp ở người cao tuổi và những người mắc các bệnh lý mạn tính. Việc lựa chọn thuốc điều trị cần dựa trên tình trạng sức khỏe cụ thể của từng bệnh nhân và được thực hiện dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ chuyên khoa. Chất đồng vận GLP-1 có thể giúp giảm mỡ và duy trì khối lượng cơ ở người béo phì. Hormone tăng trưởng được nghiên cứu trong điều trị thiếu cơ, nhưng cần thận trọng. Thuốc chống viêm: Giảm viêm có thể giúp cải thiện chức năng cơ bắp.

4. Y học cổ truyền

Một số nghiên cứu cho thấy thuốc thảo dược có thể cải thiện khối lượng và sức mạnh cơ bắp ở người cao tuổi.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SARCOPENIA
IN MUSCULOSKELETAL PATIENTS

Nguyen Vinh Ngoc

ĐT: 0912210299 | Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Nguyen Vinh Ngoc ⁽¹⁾, Bui Thi Huong ⁽¹⁾, Phung Duc Tam ⁽¹⁾

Nguyen Ngoc Bich ⁽¹⁾, Pham Thi Mai Quyen ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hanoi Medical University

I. General introduction

Sarcopenia is the condition of reduced muscle mass and function, especially common in the elderly and in patients with musculoskeletal diseases. This decline not only affects quality of life but also increases the risk of falls, fractures, and mortality. Early diagnosis and timely treatment of sarcopenia are essential to improve patient prognosis.

II. Causes of sarcopenia

- Age: Natural aging reduces muscle mass.
- Underlying diseases: Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, systemic lupus erythematosus.
- Poor nutrition: Lack of protein and vitamin D.
- Physical inactivity: Lack of endurance and resistance training.
- Endocrine factors: Reduced growth hormone, testosterone, IGF-1.

III. Diagnosis of sarcopenia

1. Diagnostic criteria

According to the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2), sarcopenia is diagnosed based on three main criteria:

- Muscle strength: Measured by handgrip strength.
- Muscle mass: Measured by DEXA, CT, or MRI.
- Physical performance: Assessed by 4-meter gait speed or the 6-minute walk test.

If one of the above three criteria is reduced, the patient is diagnosed with sarcopenia.

2. Assessment methods

- SARC-F: Quick screening questionnaire, easy to use in clinical practice.
- DEXA: Measurement of skeletal muscle mass.
- CT/MRI: Evaluation of muscle quality and visceral fat.
- BIA: Body composition analysis using bioelectrical impedance.

IV. Treatment of sarcopenia

1. Exercise

- Resistance training: The most effective method to increase muscle mass and strength.
- Aerobic training: Improves endurance and cardiovascular function.
- Balance and flexibility training: Reduces risk of falls.

2. Nutrition

- Protein: Recommended intake of 1.2–1.5 g/kg/day, prioritizing high-quality protein such as whey or casein.
- Vitamin D: Deficiency increases the risk of sarcopenia.
- Omega-3: Has anti-inflammatory effects and protects muscle.

3. Pharmacological treatment

Although no drugs are currently FDA-approved for the treatment of sarcopenia, many recent studies have shown the effectiveness of certain drugs in improving muscle mass and function in elderly individuals and patients with chronic diseases. Drug selection should be based on each patient's specific health condition and carried out under close supervision of a specialist.

- GLP-1 receptor agonists: May help reduce fat and preserve muscle mass in obese patients.
- Growth hormone: Studied for sarcopenia treatment, but requires caution.
- Anti-inflammatory drugs: Reducing inflammation may help improve muscle function.

4. Herbal medicine

Some studies suggest that herbal medicines may improve muscle mass and strength in elderly patients.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG KHÁNG PHOSPHOLIPID

TS.BS. Nguyễn Thị Hoa

Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Hữu Nghị

Mobile: 0982.124.563 | Email: hoabi80@gmail.com

Tổng Quan:

Hội chứng kháng phospholipid (Antiphospholipid Syndrome - APS) là một rối loạn tự miễn, đặc trưng bởi sự hiện diện dai dẳng của kháng thể kháng phospholipid (aPL) kết hợp với tình trạng huyết khối động mạch, tĩnh mạch hoặc vi mạch, và/hoặc các biến chứng sản khoa đặc hiệu.

Cơ chế bệnh sinh của APS liên quan đến việc các aPL (bao gồm kháng thể kháng đông lupus - LA, anticardiolipin - aCL và anti- β 2 glycoprotein I) gắn với phospholipid và protein huyết tương, dẫn đến hoạt hóa các tế bào nội mô, tiểu cầu và bạch cầu, tăng biểu hiện yếu tố đông máu tổ chức, giảm hoạt tính tiêu sợi huyết và ức chế cơ chế chống đông sinh lý.

Kết quả là làm tăng nguy cơ huyết khối và biến chứng sản khoa. APS có thể nguyên phát hoặc thứ phát trong bệnh Lupus ban đỏ hệ thống¹⁻³. Tỷ lệ hiện diện kháng thể phospholipid (aPL) trong dân số chung ước tính khoảng 1-5%, tuy nhiên tỷ lệ những người có kháng thể kháng phospholipid có biểu hiện lâm sàng hiếm gặp hơn, thường gặp ở nữ giới độ tuổi sinh sản, với tỉ lệ nữ: nam khoảng 3-5:1⁴.

Chẩn đoán:

Theo tiêu chuẩn Sapporo sửa đổi 2006 (Sapporo/Sydney 2006), yêu cầu có ít nhất một biểu hiện lâm sàng (huyết khối mạch máu và/hoặc biến chứng thai nghén) và một tiêu chuẩn xét nghiệm: kháng đông lupus (LA), kháng cardiolipin (aCL) và/hoặc kháng thể kháng β 2 glycoprotein-1 (α 2GPI) trên hai lần trở lên, cách nhau ít nhất 12 tuần⁵. Tiêu chuẩn này có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu còn hạn chế.

Năm 2023, ACR/EULAR công bố tiêu chuẩn chẩn đoán mới, nhấn mạnh độ đặc hiệu ($\approx$ 99%) và chuẩn hóa cho nghiên cứu lâm sàng⁶ bao gồm một hệ thống điểm (từ 1-7 điểm mỗi tiêu chí), chia thành sáu lĩnh vực lâm sàng (huyết khối tĩnh mạch lớn, huyết khối động mạch lớn, huyết khối vi mạch, sản khoa, van tim và huyết học) và hai lĩnh vực xét nghiệm tương tự tiêu chí Sapporo. Bệnh nhân được phân loại là mắc APS nếu đạt $\geq$ 3 điểm ở lĩnh vực lâm sàng và $\geq$ 3 điểm ở lĩnh vực xét nghiệm.

Tiêu chuẩn mới giúp giảm chẩn đoán quá mức, đồng thời phân tầng nguy cơ chính xác hơn cho bệnh nhân.

Điều trị:

Khuyến cáo EULAR 2019 và update 2023 tiếp tục khẳng định chống đông bằng vitamin K (warfarin, mục tiêu INR 2-3) là điều trị chuẩn cho bệnh nhân có huyết khối⁹. DOACs (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban) không được khuyến cáo cho bệnh nhân dương tính với cả ba aPL hoặc có huyết khối động mạch do nguy cơ tái phát cao⁷. Ở nhóm có aPL dương tính nguy cơ cao nhưng chưa có biến cố, aspirin liều thấp được khuyến cáo cho dự phòng nguyên phát.

Trong thai kỳ, phối hợp aspirin liều thấp và heparin trọng lượng phân tử thấp làm giảm rõ rệt nguy cơ sảy thai và biến chứng sản khoa⁷. Trường hợp hội chứng kháng phospholipid trầm trọng (CAPS) cần phác đồ tích cực: corticosteroid, thay huyết tương, globulin miễn dịch tĩnh mạch cùng với chống đông.

Một số thuốc hydroxycycloquine hoặc statins có thể được cân nhắc ở nhóm kháng trị hoặc kèm nguy cơ tim mạch cao.

Kết luận:

Việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị của ACR/EULAR 2023 giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán, cải thiện phân tầng nguy cơ và định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa cho bệnh nhân APS. Nhận diện sớm, chống đông lâu dài phù hợp và phối hợp đa mô thức trong trường hợp nặng là chìa khóa để cải thiện tiên lượng.

UPDATE ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME

Dr. Nguyen Thi Hoa

Department of Rheumatology and Musculoskeletal Diseases

Friendship Hospital

Mobile: 0982.124.563 | Email: hoabi80@gmail.com

Background:

Antiphospholipid Syndrome (APS) is an autoimmune disorder characterized by the persistent presence of antiphospholipid antibodies (aPL) combined with arterial, venous, or microvascular thrombosis, and/or specific obstetric complications. The pathogenesis of APS involves aPL-including lupus anticoagulant (LA), anticardiolipin antibody (aCL), and anti- β 2 glycoprotein I antibody (a β 2GPI)-that bind to phospholipids and plasma proteins, leading to activation of endothelial cells, platelets, and leukocytes, increased expression of tissue factor, decreased fibrinolytic activity, and inhibition of physiological anticoagulant mechanisms. These changes result in an increased risk of thrombosis and obstetric complications. Antiphospholipid Syndrome (APS) can be primary or secondary in systemic lupus erythematosus (SLE). The prevalence of aPL in the general population is estimated at 1-5%; however, clinical manifestations are less common, predominantly occurring in women of reproductive age, with a female-to-male ratio of about 3 to 5:1⁴.

Diagnosis:

According to the revised 2006 Sapporo (Sydney) criteria, diagnosis requires at least one clinical manifestation (vascular thrombosis and/or pregnancy morbidity) and one laboratory criterion: lupus anticoagulant (LA), anticardiolipin antibody (aCL), and/or anti- β 2 glycoprotein I antibody (a β 2GPI) detected on two or more occasions at least 12 weeks apart⁵. These criteria have high sensitivity but limited specificity. In 2023, the American College of Rheumatology (ACR) and the European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) published updated classification criteria emphasizing specificity (~99%) and standardization for clinical research⁶. These include a scoring system (1-7 points per criterion), divided into six clinical domains: major venous thromboembolism, major arterial thrombosis, microvascular thrombosis, obstetric, cardiac valve, and hematologic; and two laboratory domains similar to the revised Sapporo criteria. Patients are classified as having APS if they score ≥ 3 points in the clinical domains and ≥ 3 points in the laboratory domains. The new criteria reduce over-diagnosis and provide improved risk stratification.

Management:

The 2019 EULAR recommendations, updated in 2023, affirm that vitamin K antagonists (warfarin, target INR 2-3) remain the standard treatment for patients with thrombosis⁹. Direct oral anticoagulants (DOACs)-including dabigatran, rivaroxaban, apixaban, and edoxaban-are not recommended for patients

positive for all three aPL or those with arterial thrombosis due to the high risk of recurrence⁷. For patients with high-risk aPL positivity but no clinical events, low-dose aspirin is recommended for primary prevention. During pregnancy, a combination of low-dose aspirin and low molecular weight heparin significantly reduces the risk of miscarriage and obstetric complications⁷. Catastrophic antiphospholipid syndrome (CAPS) requires aggressive treatment, including corticosteroids, plasma exchange, intravenous immunoglobulin, and anticoagulation. Hydroxychloroquine or a statin may be considered in refractory cases or in patients with high cardiovascular risk.

Conclusion:

The implementation of the 2023 ACR/EULAR diagnostic and treatment criteria enhances diagnostic accuracy, improves risk stratification, and guides individualized treatment strategies for patients with APS. Early recognition, appropriate long-term anticoagulation, and multimodal therapy in severe cases is key to improving prognosis.

References

1. Meroni PL, Borghi MO, Raschi E, Tedesco F. Pathogenesis of antiphospholipid syndrome: understanding the antibodies. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7(6):330-339.
2. Zhou H, Wolberg AS, Roubey RAS. Characterization of monocyte tissue factor activity induced by IgG antiphospholipid antibodies and inhibition by dilazep. *Blood*. 2004;104(8):2353-2358.
3. Pierangeli SS, Vega-Ostertag M, Raschi E, et al. Tissue factor pathway is activated by antiphospholipid antibodies. *Blood*. 2007;110(1):112-119.
4. Cervera R, Piette JC, Font J, et al. Antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. *Arthritis Rheum*. 2002;46(4):1019-1027.
5. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost*. 2006;4(2):295-306.
6. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, et al. 2023 ACR/EULAR Antiphospholipid Syndrome Classification Criteria. *Ann Rheum Dis*. 2023;83(10):1272-1284.
7. Limper M, Scirè CA, Tincani A, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024;83(2):139-148.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ TỒN THƯƠNG DA

Hoàng Hồng Hạnh

Bệnh viện Da liễu Trung Ương

Email: hoanghonghanh248@gmail.com | Số điện thoại: 0978699812

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh tự miễn, có biểu hiện tổn thương đa cơ quan, trong đó da là một trong những cơ quan thường bị ảnh hưởng, gây ra các vấn đề về thẩm mỹ, đau đớn, ngứa ngáy và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống. Việc chăm sóc toàn diện, kết hợp giữa điều trị y tế và chăm sóc da đặc hiệu, là chìa khóa để kiểm soát bệnh và cải thiện sức khỏe tâm lý cho bệnh nhân.

Việc chăm sóc da đúng cách đóng vai trò quan trọng trong điều trị và phòng ngừa tái phát. Các biện pháp chăm sóc chủ yếu bao gồm: Tránh tiếp xúc trực tiếp ánh nắng mặt trời: ánh nắng mặt trời có nguy cơ làm nặng tổn thương da và tái phát đợt cấp của bệnh, do đó người bệnh lupus nên chống nắng kỹ bằng các biện pháp: mũ nón, khẩu trang, kính râm, áo chống nắng và đặc biệt là kem chống nắng nếu làm việc, hoạt động ngoài trời. Bôi đủ kem chống nắng ngày 2 đến 4 lần, bôi trước khi ra ngoài trời còn giúp giảm tình trạng lão hóa da và giảm nhanh tổn thương da; Vệ sinh và dưỡng ẩm da thường xuyên bằng sản phẩm phù hợp, hạn chế kích ứng; Lựa chọn mỹ phẩm an toàn, không chứa chất gây dị ứng hoặc bào mòn da; Duy trì chế độ dinh dưỡng chống viêm hợp lý, tăng cường rau xanh, hoa quả, omega-3 và hạn chế rượu bia, chất kích thích; Tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ, tái khám định kỳ để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng; Tâm lý trị liệu: Giảm stress giúp giảm nguy cơ bùng phát. Cân bằng cảm xúc, hỗ trợ tâm lý, điều trị lo âu, trầm cảm giúp người bệnh nâng cao nhận thức, tự tin và kiên trì trong quá trình điều trị lâu dài; Hướng dẫn tập thể dục phù hợp với tình trạng sức khỏe.

Kết luận: chăm sóc da là yếu tố không thể thiếu trong quản lý bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có tổn thương da. Tăng cường tư vấn, giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh thực hành đúng các biện pháp chăm sóc sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khoá: Lupus ban đỏ hệ thống, tổn thương da, chăm sóc, giáo dục sức khỏe.

CARE FOR PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH CUTANEOUS MANIFESTATIONS

Systemic lupus erythematosus (SLE) is an autoimmune disease that manifests with multi-organ involvement, among which the skin is one of the most commonly affected. Cutaneous lesions may cause aesthetic concerns, pain, itching, and significantly impair the patient's quality of life. Comprehensive care, combining medical treatment with targeted skin care, is essential for controlling the disease and improving psychological well-being.

Proper skin care plays a vital role in both treatment and relapse prevention. Patients should avoid direct sun exposure since ultraviolet radiation can exacerbate cutaneous lesions and trigger disease flares. Strict photoprotection using hats, masks, sunglasses, sun-protective clothing, and especially sunscreen is crucial for those who work or engage in outdoor activities. Applying sunscreen adequately, two to four times a day and before going outdoors, not only helps to prevent skin aging but also promotes faster recovery of lesions. Regular cleansing and moisturizing with appropriate products reduce irritation, while the use of safe cosmetics that do not contain allergens or skin-thinning agents further supports skin health. A balanced, anti-inflammatory diet rich in vegetables, fruits, and omega-3 fatty acids, with

limited alcohol and stimulants, contributes positively to disease control. In addition, strict adherence to prescribed medical regimens and regular follow-up visits allow for early detection and management of complications.

Psychological support also plays a key role. Stress reduction lowers the risk of flare-ups, while emotional balance, psychological counseling, and treatment of anxiety or depression enhance patient confidence and perseverance throughout long-term therapy. Tailored exercise, adapted to the patient's health condition, further supports overall well-being.

Conclusion: Skin care is an indispensable element in the management of systemic lupus erythematosus with cutaneous involvement. Strengthening counseling, health education, and patient guidance to ensure proper self-care practices will significantly improve treatment outcomes and enhance quality of life.

Keywords: systemic lupus erythematosus, cutaneous lesions, skin care, health education.

ĐIỀU TRỊ VẬN ĐỘNG VÀ VAI TRÒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP

CN. Lê Đức Cảnh

Trung Tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai
Email: duccanh.lc@gmail.com | SĐT: 0985.752.726

Điều trị vận động trong điều trị và chăm sóc người bệnh giúp duy trì và cải thiện tầm vận động khớp, giảm đau, giảm cứng khớp, ngăn ngừa biến dạng khớp, cải thiện chức năng vận động và chất lượng cuộc sống. Với các hình thức vận động: vận động chủ động, vận động thụ động, kháng trở, trợ giúp.

Người Điều Dưỡng có vai trò rất quan trọng trong vấn đề chăm sóc bệnh nhân viêm khớp: Tập luyện, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện đúng các bài tập, tư vấn chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, tránh quá tải khớp, giải thích về bệnh lý và tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, giáo dục sức khỏe...Người Điều dưỡng còn hỗ trợ trong quá trình điều trị. Theo dõi tiến trình phục hồi chức năng. Tham gia việc chăm sóc về tinh thần cho người bệnh, động viên bệnh nhân, giảm lo âu, trầm cảm. Tạo môi trường điều trị thân thiện, hợp tác. Theo dõi và phát hiện sớm biến chứng của người bệnh như dấu hiệu sưng, đau, hạn chế vận động khớp, báo cáo kịp thời cho bác sĩ để có hướng xử trí sớm.

Kết luận: Điều trị vận động là một phần không thể thiếu trong quản lý bệnh nhân viêm khớp. Vai trò của điều dưỡng không chỉ là hỗ trợ điều trị mà còn bao gồm chăm sóc toàn diện cả về thể chất và tinh thần, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

PHYSIOTHERAPY AND ROLES OF NURSE IN TREATMENT CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTHRITIS

BN. Le Duc Canh

Centrer of Rheumatology - Bach Mai hospital

Exercise therapy in the treatment and care of patients helps maintain and improve joint range of motion, reduce pain, reduce joint stiffness, prevent joint deformities, improve motor function and quality of life. With forms of exercise: active exercise, passive exercise, resistance, assistance.

Nurses play a very important role in the care of arthritis patients: Exercise, instruct patients to perform the correct exercises, advise on nutrition, rest, avoid overloading joints, explain the disease and the importance of treatment compliance, health education... Nurses also support the treatment process. Monitor the rehabilitation process. Participate in the mental care of patients, encourage patients, reduce anxiety and depression. Create a friendly and cooperative treatment environment. Monitor and detect early complications of patients such as signs of swelling, pain, limited joint movement, promptly report to the doctor for early treatment.

Conclusion: Exercise therapy is an indispensable part of managing patients with arthritis. The role of nursing is not only to support treatment but also to provide comprehensive physical and mental care, contributing to improving treatment effectiveness and quality of life for patients.

TÁC ĐỘNG CỦA CHUYỂN ĐỔI SỐ GIỮA SỰ PHỐI HỢP CỦA BÁC SỸ VÀ ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

Th.s Kiều Lan Hương
Trung Tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai
Email: kieuhuong8488@gmail.com
SĐT: 0788.080.488

Đặt vấn đề:

Công nghệ thông tin và trí tuệ nhân tạo là một trong những bước tiến lớn của nhân loại. Hiện nay công nghệ thông tin và trí tuệ nhân tạo đã hiện hữu trong tất cả các lĩnh vực của đời sống, và nó được gọi là cách mạng chuyển đổi số.

Giai đoạn 2020-2025, chuyển đổi số trong y tế đã trở thành xu hướng toàn cầu, đóng vai trò thiết yếu trong cải thiện chất lượng chăm sóc và quản lý bệnh, đặc biệt đối với các bệnh mạn tính, trong đó có các bệnh chuyên khoa cơ xương khớp.

Các nghiên cứu trong giai đoạn này nhấn mạnh việc ứng dụng công nghệ số như hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử, các nền tảng telemedicine, trí tuệ nhân tạo và các công cụ hỗ trợ ra quyết định đã mang lại những thay đổi đáng kể trong quá trình phối hợp giữa điều dưỡng và bác sĩ.

Tổng quan:

Phương pháp review tài liệu dựa trên tổng hợp các bài báo khoa học được xuất bản trong From 2020 đến 2025, tập trung vào các nguồn dữ liệu mở như PubMed, Scopus và Google Scholar, sử dụng các từ khóa chính như “digital transformation,” “nurse-doctor collaboration,” “rheumatic diseases,” “telemedicine,” “electronic health records,” và “healthcare technology.”

Các tiêu chí tuyển chọn bao gồm các nghiên cứu nghiên cứu, đánh giá, tổng quan hệ thống về tác động của chuyển đổi số trong lĩnh vực này, tập trung vào các điểm mới, thách thức và thành tựu rõ ràng.

Trong giai đoạn này, các nghiên cứu chứng minh rằng các nền tảng số giúp nâng cao khả năng trao đổi thông tin, theo dõi lâm sàng theo thời gian thực, và cải thiện hiệu quả chẩn đoán, điều trị, đồng thời thúc đẩy sự phối hợp liên ngành giữa điều dưỡng và bác sĩ.

Những công cụ này còn giúp tăng cường công tác giáo dục sức khỏe bệnh nhân, góp phần nâng cao nhận thức và tự quản lý bệnh.

Tuy nhiên, các thách thức vẫn tồn tại như vấn đề về chuẩn hóa dữ liệu, bảo mật thông tin cá nhân, và khả năng thích nghi của nhân viên y tế với công nghệ mới.

Các báo cáo trong giai đoạn này đều nhất trí rằng, để tận dụng tối đa các lợi ích của chuyển đổi số, cần có chính sách rõ ràng và đào tạo liên tục cho nhân lực y tế.

Kết luận:

Hầu hết các nghiên cứu đều ủng hộ mạnh mẽ vai trò của công nghệ số trong việc nâng cao hiệu quả phối hợp giữa điều dưỡng và bác sĩ, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân cơ xương khớp trong bối cảnh y tế hiện đại.

IMPACTS OF DIGITAL TRANSFORMATION ON DOCTOR- NURSE CO-ORDINATION IN CARING AND TREATING PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Between 2020 and 2025, digital transformation in healthcare has become a global trend, playing a crucial role in improving the quality of patient care and management, particularly for chronic conditions such as rheumatic diseases.

Research during this period emphasizes the application of digital technologies such as electronic health record systems, telemedicine platforms, artificial intelligence, and decision support tools, which have brought significant changes to the collaboration process between nurses and physicians.

The review methodology involved synthesizing scientific articles published from 2020 to 2025, sourced from open-access databases including PubMed, Scopus, and Google Scholar.

Key search terms included “digital transformation,” “nurse-doctor collaboration,” “rheumatic diseases,” “telemedicine,” “electronic health records,” and “healthcare technology.”

Inclusion criteria encompassed research articles, reviews, and systematic reviews focusing on the impact of digital transformation within this field, highlighting innovations, challenges, and achievements.

During this period, studies demonstrate that digital platforms enhance information exchange, enable real-time clinical monitoring, and improve diagnostic and treatment effectiveness.

These tools also foster interdisciplinary collaboration between nurses and doctors, while supporting patient education efforts to increase health literacy and self-management.

Nonetheless, challenges such as data standardization, patient confidentiality, and healthcare workers’ adaptation to new technologies persist. The reports collectively advocate that optimizing the benefits of digital transformation requires clear policies and continuous training for healthcare personnel.

Overall, the body of literature strongly supports the pivotal role of digital technology in enhancing nurse-doctor coordination, ultimately contributing to improved quality of care for patients with rheumatic diseases within the modern healthcare landscape.

Key words: Digital Transformation, Nurse-Doctor Collaboration, Rheumatic Diseases

PHÒNG NGỪA DI CHỨNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP CỘT SỐNG

CN.KTVPHCN. Nguyễn Tuấn Linh

Trung Tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

ĐT: 0984.527742 | Email:nguyentuanlinh9966@gmail.com

Viêm khớp cột sống (hay viêm cột sống dính khớp) là một nhóm bệnh lý viêm mạn tính, chủ yếu ảnh hưởng đến cột sống và các khớp cùng-chậu. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến di chứng nặng nề như: dính khớp, biến dạng cột sống, hạn chế vận động, ảnh hưởng hô hấp và tim mạch. Phòng ngừa di chứng với mục tiêu: Giảm viêm, giảm đau, duy trì và cải thiện chức năng vận động, ngăn ngừa biến dạng khớp và tổn thương cơ quan, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Điều trị bằng nhiều phương pháp như sử dụng thuốc hoặc vật lý trị liệu và phục hồi chức năng.

Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng giúp duy trì tầm vận động cột sống, tăng sức mạnh cơ, tránh biến dạng, gù vẹo cột sống, hướng dẫn tập thở giúp cải thiện chức năng hô hấp. Tư vấn lối sống lành mạnh

Kết luận: Phòng ngừa di chứng trong viêm khớp cột sống đòi hỏi can thiệp toàn diện và sớm, kết hợp giữa thuốc, vận động, thay đổi lối sống và theo dõi thường xuyên. Việc phối hợp chặt chẽ giữa bệnh nhân - bác sĩ - chuyên gia phục hồi chức năng đóng vai trò quyết định trong việc ngăn ngừa tàn phế và nâng cao chất lượng sống.

PREVENTION OF DISABILITY FOR PATIENTS WITH SPONDYLOARTHRITIS

BPT. Nguyen Tuan Linh

Centrer of Rheumatology - Bach Mai hospital

Ankylosing spondylitis (or ankylosing spondylitis) is a group of chronic inflammatory diseases that mainly affect the spine and sacroiliac joints. If not diagnosed and treated promptly, the disease can lead to serious complications such as joint stiffness, spinal deformities, limited mobility, respiratory and cardiovascular effects. Prevention of complications aims to: Reduce inflammation, relieve pain, maintain and improve motor function, prevent joint deformities and organ damage, and improve the patient's quality of life. Treatment involves many methods such as medication or physical therapy and rehabilitation.

Physical therapy and rehabilitation help maintain spinal range of motion, increase muscle strength, avoid deformities, scoliosis, and guide breathing exercises to improve respiratory function. Advice on healthy lifestyle

Conclusion: Prevention of sequelae in spinal arthritis requires comprehensive and early intervention, combining medication, exercise, lifestyle changes and regular monitoring. Close coordination between patient - doctor - rehabilitation specialist plays a decisive role in preventing disability and improving quality of life.

**CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO BỆNH NHÂN
SUY GIẢM NẶNG CHỨC NĂNG
DO TỒN THƯƠNG PHỔI KẼ TRONG BỆNH TỔ CHỨC LIÊN KẾT**

Ths Nguyễn Thị Thanh
Bệnh viện Bạch Mai

Trong những năm gần đây, chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân viêm phổi kẽ (VP) đã thu hút sự chú ý ngày càng tăng do tính chất tiến triển và thường gây tử vong sớm của bệnh. Bài tổng quan này tổng hợp bằng chứng hiện tại từ năm 2020 trở đi, làm nổi bật các phương pháp, thách thức và chiến lược mới nổi trong việc cung cấp chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân VP. Các nghiên cứu và hướng dẫn lâm sàng được lấy từ các cơ sở dữ liệu điện tử lớn như PubMed, Scopus và Google Scholar, sử dụng các từ khóa như “chăm sóc giảm nhẹ”, “viêm phổi kẽ”, “bệnh hô hấp mãn tính”, “quản lý triệu chứng”.

Kết quả cho thấy việc tích hợp sớm chăm sóc giảm nhẹ giúp kiểm soát các triệu chứng như khó thở, mệt mỏi và ho, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phương pháp tiếp cận đa ngành, phối hợp giữa các bác sĩ phổi, chuyên gia chăm sóc giảm nhẹ, điều dưỡng và nhóm tâm lý xã hội đóng vai trò quan trọng trong quản lý toàn diện. Các chiến lược quản lý triệu chứng như liệu pháp oxy, điều trị được phẩm và hỗ trợ phi dược phẩm thường xuyên được đề cập. Nghiên cứu gần đây còn nhấn mạnh tầm quan trọng của giao tiếp lấy bệnh nhân làm trung tâm, lập kế hoạch chăm sóc tiên tiến và hỗ trợ tâm lý để giải quyết các vấn đề cảm xúc và tồn tại. Các thách thức được nêu bật bao gồm khó khăn trong dự đoán tiên lượng, cân đối giữa điều trị làm chậm tiến triển bệnh và can thiệp giảm nhẹ, cũng như giải quyết các nhu cầu thông tin chưa đáp ứng của bệnh nhân và gia đình.

Tổng thể, các bài báo tổng quan đều ủng hộ một phương pháp toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm, tích hợp chăm sóc giảm nhẹ sớm trong quá trình điều trị nhằm nâng cao sự thoải mái và phẩm giá. Các hướng nghiên cứu trong tương lai bao gồm phát triển hướng dẫn phù hợp, khám phá các hình thức chăm sóc giảm nhẹ bằng công nghệ từ xa và làm rõ vai trò của các liệu pháp mới nổi. Bằng chứng đang phát triển này nhấn mạnh vai trò thiết yếu của chăm sóc giảm nhẹ đa ngành, kịp thời trong quản lý hiệu quả bệnh viêm phổi kẽ.

**NURSING PALLIATIVE CARE FOR PATIENTS WITH SEVERE
FUNCTION DECLINE IN CTD-ASSOCIATED ILD**

Nguyen Thi Thanh MN.RN
Bach Mai hospital

In recent years, the focus on palliative care for patients with interstitial pneumonia (IP) has gained increasing attention due to the progressive and often life-limiting nature of the disease. This review synthesizes current evidence from 2020 onwards, highlighting key approaches, challenges, and emerging strategies in the provision of palliative care for IP patients. The literature review includes studies and clinical guidelines retrieved from major electronic databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar, using keywords such as “palliative care,” “interstitial pneumonia,” “chronic respiratory illness,” “symptom management,” and “end-of-life care.”

Findings indicate that early integration of palliative care significantly improves symptom control—particularly dyspnea, fatigue, and cough—and enhances patients’ quality of life. Multidisciplinary approaches involving pulmonologists, palliative care specialists, nurses, and psychosocial teams are emphasized as essential for comprehensive management. Additionally, symptom management strategies

such as oxygen therapy, pharmacological interventions, and non-pharmacological support are frequently discussed. Recent research also underscores the importance of patient-centered communication, advance care planning, and psychological support to address emotional and existential concerns. Challenging aspects highlighted include difficulties in prognostication, balancing disease-modifying treatments with palliative interventions, and addressing the unmet informational needs of patients and families.

Overall, the reviewed articles advocate for a holistic, patient-focused approach, integrating palliative care early in the disease trajectory to improve comfort and dignity. Future research directions include developing tailored guidelines, exploring telepalliative care options, and clarifying the role of emerging therapies. This evolving evidence underscores the critical importance of timely, multidisciplinary palliative care in managing interstitial pneumonia effectively.

Key words: Palliative care, Interstitial pneumonia, symptom management

CAN THIỆP DINH DƯỠNG TRONG QUẢN LÝ BỆNH GÚT

Cử nhân Dinh dưỡng: Trần Thị Hiền

*Trung tâm Dinh dưỡng lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai
SĐT: 0389.498.929 | Email: tranhien.dinhduong@gmail.com*

Bệnh gút là một bệnh viêm khớp, do rối loạn chuyển hóa nhân purin, dẫn đến tăng nồng độ acid uric máu, liên quan đến nhiều bệnh mạn tính không lây: tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường, bệnh thận mạn. Bên cạnh điều trị bằng thuốc, thay đổi lối sống và chế độ dinh dưỡng hợp lý đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh và phòng ngừa tái phát. Chế độ dinh dưỡng với bệnh gút cần hạn chế thực phẩm giàu purin (thịt đỏ, hải sản, phủ tạng động vật), giảm rượu bia và đồ uống có đường giúp làm giảm nồng độ acid uric máu. Duy trì cân nặng hợp lý và tăng cường hoạt động thể chất giúp giảm nguy cơ thừa cân béo phì, hội chứng chuyển hóa do vậy giảm nguy cơ tiến triển gút. Chế độ dinh dưỡng hợp lý nhiều rau xanh, sử dụng các loại gạo xay xát không kỹ, ngũ cốc nguyên hạt, sữa ít béo và trái cây có chỉ số đường huyết thấp góp phần cải thiện tình trạng viêm và tăng đào thải acid uric. Tư vấn dinh dưỡng cá thể hóa cần được coi là một phần thiết yếu trong chiến lược điều trị toàn diện bệnh gút, bởi nó không chỉ kiểm soát nồng độ acid uric máu mà còn kiểm soát các bệnh đồng mắc khác và cung cấp đủ dinh dưỡng cho cơ thể.

Từ khóa: gút, acid uric, dinh dưỡng, purin.

NUTRITION INTERVENTIONS FOR THE MANAGEMENT OF GOUT

Gout is an inflammatory arthritis resulting from disordered purine metabolism, leading to elevated serum uric acid level, related to non-communicable diseases such as hypertension, dyslipidemia, diabetes mellitus, and chronic kidney disease. In addition to pharmacological interventions, lifestyle modification and dietary management are considered as key strategies in controlling the disease and preventing recurrence. Nutrition management for gout includes restricting purine-rich foods (including red meat, seafood, and organ meats), reducing alcohol intake, and limiting fructose-sweetened beverages are effective in lowering serum uric acid levels. Maintaining a healthy body weight and engaging in regular physical activity help reduce the risks of overweight/obesity and metabolic syndrome, thereby lowering the likelihood of gout progression. A balanced eating pattern rich in vegetables, minimally polished rice and other whole grains, low-fat dairy products, and low-glycaemic-index fruits can mitigate inflammation and promote uric acid excretion. Individualised nutrition counselling should be regarded as an essential component of comprehensive gout management, as it not only helps control serum uric acid but also addresses comorbidities and ensures adequate overall nutrition.

Keywords: gout, uric acid, nutrition, purine

DỮ LIỆU THỰC TẾ VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG THỂ TRỰC TẠI VIỆT NAM

Ths. Phùng Văn Anh Đức
Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả dữ liệu thực tế về đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân viêm khớp cột sống thể trực tại Việt Nam.

Phương pháp: Phân tích hồi cứu 339 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp cột sống thể trực tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai. Các biến số thu thập gồm đặc điểm nhân khẩu học, thời gian chẩn đoán, chỉ số hoạt tính bệnh (ASDAS-CRP, VAS) và phác đồ điều trị.

Kết quả: Trong 339 bệnh nhân, nam chiếm 77,9%, tuổi trung bình 34,5. Thời gian từ khởi phát đến chẩn đoán dao động rộng. Chỉ số ASDAS-CRP trung bình là 2,05; VAS trung bình 2,64. Có 80,8% bệnh nhân được điều trị sinh học, phổ biến nhất là Secukinumab. Vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân không sử dụng thuốc sinh học.

Kết luận: Bệnh nhân viêm khớp cột sống thể trực tại Việt Nam chủ yếu là nam, tuổi trẻ, thường được chẩn đoán muộn. Tỷ lệ dùng thuốc sinh học cao nhưng tiếp cận chưa đồng đều, nhấn mạnh nhu cầu cải thiện quản lý và điều trị sớm.

REAL WORLD DATA ON TREATMENT OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN VIETNAM

Abstract:

Objective: To describe real-world data on the clinical characteristics and treatment of patients with axial spondyloarthritis in Vietnam.

Methods: A retrospective analysis was conducted on 339 patients diagnosed with axial spondyloarthritis at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital. Collected variables included demographic characteristics, time to diagnosis, disease activity scores (ASDAS-CRP, VAS), and treatment regimens.

Results: Among the 339 patients, 77.9% were male, with a mean age of 34.5. The time from onset to diagnosis varied widely. The mean ASDAS-CRP score was 2.05, and the mean VAS was 2.64. Biologic therapy was administered to 80.8% of patients, with Secukinumab being the most common. A proportion of patients did not use biologic drugs.

Conclusion: Patients with axial spondyloarthritis in Vietnam are predominantly young males and are often diagnosed late. The rate of biologic drug use is high, but access is not uniform, highlighting the need for improved management and early treatment.

HỘI CHỨNG ĐAU XƠ CƠ VÀ GÁNH NẶNG BỆNH TẬT Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Bệnh viện Bạch Mai

Email: phuongthuybm@yahoo.com | ĐT: 0966.274.629

Trần Thị Ngân ⁽¹⁾⁽³⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Bạch Mai

(3) Bệnh viện Giao thông Vận tải

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm của hội chứng đau xơ cơ (HCĐXC) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.
- Khảo sát sự ảnh hưởng của hội chứng đau xơ cơ đến chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo thang điểm EQ-5D. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 80 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR 1987 và ACR/EULAR 2010, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024 đến tháng 02/2025.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng của HCĐXC. Hội chứng đau xơ cơ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ACR 2016.

Kết quả và kết luận:

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ bị hội chứng đau xơ cơ là 37,5%.

Các dấu hiệu đặc trưng của HCĐXC gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm: tình trạng mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, đau đầu mạn tính và trầm cảm, dẫn đến giảm nhiều chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân kèm theo HCĐXC có số khớp đau và mức độ đau khớp đánh giá theo thang điểm VAS trên lâm sàng cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không có HCĐXC. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh ở nhóm bệnh nhân có HCĐXC cũng cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có HCĐXC.

Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm HCĐXC ở những bệnh nhân VKDT để tránh sự đánh giá quá mức về mức độ hoạt động bệnh, tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp; hội chứng đau xơ cơ, bộ câu hỏi EQ-5D, chất lượng cuộc sống.

STUDY ON FIBROMYALGIA SYNDROME IN RHEUMATOID ARTHRITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Abstract:

Objective:

1. To evaluate the characteristics of fibromyalgia syndrome (FMS) in patients with rheumatoid arthritis (RA) treated at Bach Mai Hospital.
2. To assess the impact of fibromyalgia syndrome on the quality of life of the study group using the EQ-5D scale.

Study Subjects:

A total of 80 patients with rheumatoid arthritis, diagnosed according to the ACR 1987 and ACR/EULAR 2010 criteria, who were treated at Bach Mai Hospital from September 2024 to February 2025. Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted. All participating patients were interviewed about their medical history and underwent clinical examinations to identify symptoms of FMS. Fibromyalgia syndrome was diagnosed based on the ACR 2016 criteria.

Results and Conclusion:

The prevalence of fibromyalgia syndrome in the study group was 37.5%.

The characteristic symptoms of FMS observed in the patients included fatigue, sleep disorders, chronic headaches, and depression, leading to a significant reduction in quality of life. Patients with coexisting FMS had a significantly higher number of tender joints and greater joint pain severity, as assessed by the VAS scale, compared to those without FMS. Additionally, the proportion of patients with high disease activity was much higher in the FMS group than in the non-FMS group.

These findings emphasize the importance of early detection of FMS in RA patients to prevent overestimation of disease activity, optimize treatment, and improve patients' quality of life.

Keywords: Rheumatoid arthritis; fibromyalgia syndrome; EQ-5D questionnaire; quality of life.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN GÚT

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Bệnh viện Bạch Mai

Email: phuongthuybm@yahoo.com | ĐT: 0966.274.629

Vũ Thị Huệ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ ĐTD typ 2 ở bệnh nhân mắc bệnh gút tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.
- Tìm hiểu mối liên quan giữa ĐTD typ 2 với một số đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu gồm: 210 bệnh nhân mắc gút đến khám bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2024 đến tháng 09/2025.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: $52,8 \pm 12,4$ tuổi và bệnh nhân có chẩn đoán gút mạn chiếm tỷ lệ 66,7%. Trong nghiên cứu, 206/210 bệnh nhân gút có các bệnh lý đồng mắc, trong đó, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao nhất 80,5%, THA là 55,2% và ĐTD typ 2 chiếm tỷ lệ 27,3%. Những bệnh nhân không được kiểm soát bệnh tốt, với nồng độ acid uric máu tăng cao trên 420 mol/l có tỷ lệ mắc ĐTD typ 2 cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân có nồng độ acid uric máu dưới 420 mol/l. Các bệnh nhân gút kèm theo ĐTD typ 2 cũng có thời gian mắc bệnh gút kéo dài hơn và các bệnh lý đồng mắc khác cũng gặp nhiều hơn như: tăng huyết áp, suy thận so với nhóm bệnh nhân không có ĐTD.

Kết luận: ĐTD typ2 là một bệnh lý đồng mắc hay gặp ở bệnh nhân gút. Các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc ĐTD typ 2 ở người bệnh bao gồm: tăng acid uric máu, có các bệnh lý đồng mắc khác như tăng huyết áp, suy thận và tình trạng lạm dụng glucocorticoid trong điều trị gút.

Từ khóa: Gút, ĐTD typ 2, mối liên quan.

STUDY ON TYPE 2 DIABETES IN GOUT PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Abstract:

Objective:

- To determine the prevalence of type 2 diabetes (T2D) in patients with gout at the Musculoskeletal Center, Bach Mai Hospital.

2. To investigate the relationship between type 2 diabetes and certain clinical and subclinical characteristics of the study group.

Methods: Cross-sectional descriptive study.

Subjects: 210 patients diagnosed with gout who visited Bach Mai Hospital from September 2024 to September 2025.

Results: The average age of the study group was $52.8 \pm 12,4$ years, and patients with a diagnosis of chronic gout accounted for 88.2%. In the study, 206 out of 210 gout patients had comorbidities, with the highest proportion being dyslipidemia at 80.5%, hypertension at 55,2%, and type 2 diabetes at 27.3%. Patients who did not have well-controlled disease, with uric acid levels above 420 mol/l, had a much higher incidence of type 2 diabetes compared to those with uric acid levels below 420 mol/l. Gout patients with type 2 diabetes also had a longer duration of gout and more comorbidities such as hypertension and kidney failure compared to patients without diabetes.

Conclusion: Type 2 diabetes is a common comorbidity in gout patients. Factors that increase the risk of type 2 diabetes in these patients include elevated uric acid levels, comorbid conditions such as hypertension, kidney failure, and the abuse of glucocorticoids in gout treatment.

NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG VÒNG 10 NĂM Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Người chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang
Email: trangtnoi@yahoo.com | ĐT: 0948.253.307
Lê Thị Hương⁽¹⁾, Tạ Thị Hương Trang⁽¹⁾⁽²⁾, Lê Thị Liễu⁽¹⁾⁽²⁾
(1) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội
(2) Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

1. Đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến (VKVN) theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt Nam.
2. Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu gồm: 30 bệnh nhân mắc bệnh viêm khớp vẩy nến theo tiêu chuẩn CASPAR (2006) đến khám tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ nguy cơ tim mạch thấp-trung bình, cao và rất cao lần lượt là 40%, 26,7% và 33,3%. Nhóm nguy cơ cao-rất cao có tuổi trung bình cao hơn ($54,4 \pm 10,1$ so với $48,9 \pm 6,6$; $p = 0,004$), thời gian mắc bệnh dài hơn ($5,8 \pm 6,5$ năm so với $3,1 \pm 2,7$; $p = 0,048$), tỷ lệ nam giới cao hơn (94,4% so với 50%; $p = 0,001$), tỷ lệ CRP (C-reactive protein) tăng cao hơn (66,7% so với 33,3%; $p = 0,032$), mức độ hoạt động bệnh cao hơn (61,1% so với 25%; $p = 0,043$) và tỷ lệ sử dụng DMARDs cổ điển cao hơn (72,2% so với 50%; $p = 0,039$) so với nhóm nguy cơ thấp-trung bình.

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân VKVN có nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao. Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKVN là tuổi, giới tính nam, thời gian mắc bệnh, nồng độ CRP, mức độ hoạt động của bệnh và phương pháp điều trị. Việc đánh giá nguy cơ tim mạch cần được thực hiện định kỳ trong quản lý bệnh nhân VKVN.

Từ khóa: Viêm khớp vẩy nến, nguy cơ tim mạch, phân tầng nguy cơ, CRP, DMARDs.

10-YEAR CARDIOVASCULAR RISK IN PSORIATIC ARTHRITIS PATIENTS

Abstract:

Objective:

To assess the 10-year cardiovascular risk in patients with psoriatic arthritis (PsA) according to the recommendations of the Vietnam National Heart Association. To investigate the association between cardiovascular risk and certain clinical and paraclinical characteristics in this patient population.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted. The study population included 30 patients diagnosed with psoriatic arthritis based on the CASPAR criteria (2006), who were examined at Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025.

Results: The proportions of patients with low-moderate, high, and very high cardiovascular risk were 40%, 26.7%, and 33.3%, respectively. Patients in the high-very high risk group had a higher mean age (54.4 ± 10.1 vs. 48.9 ± 6.6 years; $p = 0.004$), longer disease duration (5.8 ± 6.5 vs. 3.1 ± 2.7 years; $p = 0.048$), a higher proportion of males (94.4% vs. 50%; $p = 0.001$), increased CRP levels (66.7% vs. 33.3%; $p = 0.032$), higher disease activity (61.1% vs. 25%; $p = 0.043$), and a greater use of conventional DMARDs (72.2% vs. 50%; $p = 0.039$) compared to the low-moderate risk group.

Conclusions: Most patients with psoriatic arthritis had high to very high cardiovascular risk. Factors associated with elevated cardiovascular risk in PsA patients included age, male gender, disease duration, CRP levels, disease activity, and treatment regimen. Regular assessment of cardiovascular risk should be integrated into the routine management of PsA patients.

Keywords: Psoriatic arthritis, cardiovascular risk, risk stratification, CRP, DMARDs.

TỒN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com | ĐT: 0966.274.629

Phạm Thị Thùy Trang ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Đánh giá các tổn thương đường tiêu hóa ở bệnh nhân xơ cứng bì (XCB) bằng bộ câu hỏi GIT 2.0.
- Phân tích một số yếu tố liên quan với tổn thương đường tiêu hóa ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân XCB được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/ EULAR 2013, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $58,1 \pm 13,4$ tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72,9%). Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 2 năm (61,4%) với thể bệnh XCB toàn thể chiếm tỷ lệ chủ yếu (67,1%). Bệnh nhân nữ giới chiếm ưu thế với tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 4/1. Phần lớn các bệnh nhân XCB có biểu hiện triệu chứng lâm sàng của tổn thương đường tiêu hóa ở mức độ nhẹ. Triệu chứng trào ngược dạ dày- thực quản gặp chủ yếu ở mức độ trung bình và nặng với tỷ lệ 68,5%, theo sau là triệu chứng són phân (24,3%). Bệnh nhân XCB toàn thể có tổng điểm của tổn thương trào ngược dạ dày- thực quản và mức độ giảm sút sức khỏe tinh thần cao hơn rõ rệt so với nhóm XCB thể khu trú. Nhóm bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng trào ngược mức độ trung bình đến rất nặng có tỉ lệ tổn thương viêm phổi kẽ cao hơn so nhóm không có triệu chứng trào ngược hoặc chỉ bị mức độ nhẹ. Kết luận: Triệu chứng trào ngược dạ dày- thực quản là tổn thương đường tiêu hóa thường gặp với mức độ trung bình đến rất nặng. Nhóm bệnh nhân XCB toàn thể và thời gian mắc bệnh kéo dài trên 2 năm có biểu hiện tổn thương đường tiêu hóa nặng hơn và gây ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh thể khu trú và thời gian mắc bệnh dưới 2 năm.

Từ khóa: Xơ cứng bì, tổn thương đường tiêu hóa.

GASTROINTESTINAL INVOLVEMENT AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Abstract:

Objective:

- To assess the manifestations of gastrointestinal (GI) involvement in patients with systemic sclerosis (SSc) using the GIT 2.0 questionnaire.

2. To analyze factors associated with GI involvement in this patient population.

Methods: A cross-sectional descriptive.

Subjects: 70 patients diagnosed with SSc at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from August 2024 to August 2025.

Results: The average age of the study population was 58.1 ± 13.4 years, with 72.9% aged over 50 years. Most patients had a disease duration of less than two years (61.4%), and diffuse cutaneous SSc was the predominant subtype (67.1%). The majority of patients were female, with a female-to-male ratio of 4:1. GI involvement was mostly mild, but 68.5% had moderate-to-severe reflux and 24.3% had fecal soilage. Diffuse cutaneous SSc was associated with higher gastroesophageal reflux scores and poorer emotional well-being than limited cutaneous SSc. In addition, patients with moderate-to-very-severe gastroesophageal reflux symptoms had a higher prevalence of interstitial lung disease than those with absent or mild symptoms.

Conclusion: Reflux subscales was the most frequently reported moderate to very severe GI symptom. Patients with diffuse cutaneous SSc and disease duration greater than 2 years had more severe GI involvement and greater mental health burden than those with limited cutaneous SSc and disease duration of 2 years or less.

Keywords: Systemic sclerosis, gastrointestinal involvement.

KHẢO SÁT MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP

Người chịu trách nhiệm chính: PGS.TS. Nguyễn Văn Hùng
Email: hungnguyen@hmu.edu.vn | ĐT: 0945.228.548
Phạm Thị Ngân Hà ⁽¹⁾⁽³⁾, Nguyễn Văn Hùng ⁽¹⁾⁽²⁾, Bùi Hải Bình ⁽¹⁾⁽²⁾
(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Đặt vấn đề:

Loãng xương và thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là hai rối loạn xương khớp phổ biến liên quan đến tuổi tác, gây ra các gánh nặng y tế lớn ở người cao tuổi. Trên thế giới ước tính có 266 triệu người (3,63%) mắc thoái hóa cột sống thắt lưng. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm loãng xương gây ra khoảng 1,5 triệu ca gãy xương.

Thoái hóa CSTL không chỉ gây hạn chế hoạt động, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, mà còn tạo ra gánh nặng kinh tế đối với gia đình và xã hội. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy, có mối liên quan giữa thoái hóa cột sống thắt lưng với loãng xương. Theo Margulies JY và cộng sự (1996) thấy rằng sự hình thành gai xương càng lớn, xơ xương dưới sụn càng nhiều, khe khớp càng hẹp thì mật độ xương (MĐX) cột sống thắt lưng càng cao.

Ở Việt Nam đã có nghiên cứu đánh giá MĐX ở bệnh nhân thoái hóa khớp nhưng chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu về mật độ xương ở bệnh nhân (BN) THCSTL, việc đánh giá các yếu tố liên quan rất quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng đánh giá đúng chẩn đoán, phát hiện sớm và quản lý tốt hơn tình trạng loãng xương đồng thời điều chỉnh chiến lược điều trị và tư vấn cho BN để có các biện pháp phòng và điều trị bệnh loãng xương, nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

Mục tiêu:

1. Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 103 bệnh nhân chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng nguyên phát tại phòng khám Nội khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp từ tháng 08/2024 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng là $0,948 \pm 0,181$ g/cm², số bệnh nhân có loãng xương chiếm 25,2%. Các yếu tố nguy cơ làm giảm mật độ xương bao gồm: tuổi cao, nữ giới, thời gian mãn kinh dài. Các yếu tố nguy cơ làm tăng mật độ xương cột sống thắt lưng bao gồm: mức độ gai xương cột sống thắt lưng, BMI.

Kết luận: Các yếu tố tuổi, giới tính, BMI, mức độ gai xương CSTL có ảnh hưởng đến mật độ xương cột sống thắt lưng, tuy nhiên mức độ ảnh hưởng là nhỏ.

Từ khoá: Mật độ xương, loãng xương, thoái hoá cột sống thắt lưng nguyên phát.

SURVEY OF BONE MINERAL DENSITY AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH PRIMARY LUMBAR DEGENERATION AT AGRICULTURAL GENERAL HOSPITAL

Summary:

Background:

Osteoporosis and lumbar spondylosis are two common age-related musculoskeletal disorders that contribute significantly to the healthcare burden among the elderly. Globally, it is estimated that approximately 266 million individuals (3.63%) are affected by lumbar spondylosis. In the United States, osteoporosis is responsible for approximately 1.5 million fractures annually.

Lumbar spondylosis not only limits functional mobility and reduces quality of life but also imposes substantial socioeconomic burdens on both families and society. Several studies have reported a potential association between lumbar spondylosis and osteoporosis. According to Margulies JY et al. (1996), greater osteophyte formation, increased subchondral sclerosis, and reduced joint space width were correlated with higher bone mineral density (BMD) in the lumbar spine.

In Vietnam, although previous studies have assessed BMD in patients with osteoarthritis, there is a lack of research specifically investigating BMD in patients with lumbar spondylosis. Identifying factors associated with lumbar spine BMD in this patient population is crucial for improving diagnostic accuracy, enabling early detection, and enhancing the clinical management of concurrent osteoporosis. Furthermore, such findings could inform treatment strategies and patient counseling, contributing to the prevention and management of osteoporosis and ultimately improving patients' quality of life.

Objectives:

1. To investigate the bone mineral density in patients with primary lumbar spondylosis
2. To study some related factors to bone mineral density in the study group.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 103 patients with primary lumbar spondylosis at the Internal Medicine Clinic Agricultural General Hospital from August 2024 to June 2025.

Results: The average bone mineral density in the lumbar spine was 0.948 ± 0.181 g/cm². The patients with osteoporosis accounted for 25.2%. Risk factors for decreased lumbar spine bone mineral density include: older age, female gender, and a prolonged postmenopausal period. Risk factors for increased lumbar spine bone mineral density include: the degree of lumbar spine osteophytes and BMI.

Conclusion: Factors such as age, gender, BMI, and the degree of lumbar spine spurs affected bone mineral density in the lumbar spine, but the degree of influence was small.

Keywords: bone mineral density, osteoporosis, primary lumbar spondylosis

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ PLR, NLR ĐÁNH GIÁ VIÊM Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Người chịu trách nhiệm chính: Lê Hòa Yên
Bệnh viện Quân y 103

Email: dryen1992@gmail.com | ĐT: 0358.960.059

Lê Hòa Yên ⁽¹⁾, Trần Văn Bách ⁽²⁾

(1) Bệnh viện Quân y 103, (2) Học viện Quân y

Tóm tắt:

Mục tiêu:

1. Khảo sát một số chỉ số huyết học đánh giá viêm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT).
2. Đánh giá mối liên quan giữa số chỉ số số lượng tiểu cầu/số lượng bạch cầu lympho (PLR) và chỉ số số lượng bạch cầu trung tính/số lượng bạch cầu lympho (NLR) với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 89 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR 1987 và ACR/EULAR 2010, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử và khám lâm sàng, xét nghiệm máu tĩnh mạch lúc đói.

Kết quả và kết luận: Một số chỉ số huyết học như bạch cầu N, bạch cầu L, tiểu cầu được thể hiện qua hai chỉ số PLR và NLR đã phản ánh chính xác mức độ viêm trong bệnh VKDT và có thể được sử dụng như các dấu hiệu sinh học thay thế cho các xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng như CRP và ESR. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng PLR và NLR phân biệt được mức độ hoạt động bệnh, giúp các bác sĩ lâm sàng theo dõi tiến triển bệnh và điều chỉnh phương pháp điều trị kịp thời. PLR, NLR có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với các thông số lâm sàng như số khớp sưng, số khớp đau, điểm GH ($p < 0,05$). PLR và NLR có mối tương quan thuận mạnh với chỉ số CRP và một số thang điểm sử dụng phổ biến trên lâm sàng như DAS28, SDAI và CDAI. So với marker viêm truyền thống như CRP, chỉ số PLR có khả năng phân biệt được nhóm hoạt động trung bình với nhóm thuyên giảm còn CRP thì không

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, chỉ số PLR, chỉ số NLR.

INVESTIGATION OF PLR AND NLR INDICES IN ASSESSING INFLAMMATION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Abstract:

Objective:

1. To investigate several hematological indices used in evaluating inflammation in patients with rheumatoid arthritis (RA).

2. To assess the relationship between the platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) and neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) with clinical and paraclinical features in patients with RA.

Subjects and Methods: This cross-sectional descriptive study included 89 patients diagnosed with RA based on the 1987 ACR and 2010 ACR/EULAR classification criteria. All patients were treated at the Military Hospital 103 from June 2024 to May 2025. Clinical history, physical examination, and fasting venous blood samples were collected for analysis.

Results and Conclusion: Hematological parameters such as neutrophil count, lymphocyte count, and platelet count, reflected in PLR and NLR indices, accurately represented the degree of inflammation in RA and can serve as alternative biomarkers to conventional inflammatory markers like CRP and ESR. The study also demonstrated that PLR and NLR effectively distinguished different levels of disease activity, supporting their utility in monitoring disease progression and adjusting treatment strategies. Statistically significant differences were observed between PLR, NLR and clinical indicators such as swollen joint count, tender joint count, and global health score ($p < 0.05$). Both PLR and NLR showed strong positive correlations with CRP and commonly used clinical activity scores such as DAS28, SDAI, and CDAI. Notably, compared to traditional inflammatory markers like CRP, the PLR was better at differentiating between moderate disease activity and remission, where CRP failed to do so.

Keywords: Rheumatoid arthritis, PLR index, NLR index

TÌNH TRẠNG MỆT MỎI VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Bệnh viện Bạch Mai

Email: phuongthuybm@yahoo.com | ĐT: 0966.274.629

Đặng Thị Hạnh ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾, Nguyễn Thị Nga ⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Nhận xét các đặc điểm của tình trạng mệt mỏi ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
- Khảo sát các yếu tố nguy cơ của tình trạng mệt mỏi ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR-EULAR 2010 tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

Kết quả nghiên cứu: Hội chứng mệt mỏi gặp ở 80% các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm BRAF-MDQ trung bình là $29,85 \pm 19,03$, trong đó điểm mệt mỏi thể chất là $11,75 \pm 6,88$; điểm mệt mỏi nhận thức là $5,15 \pm 3,67$; điểm sống chung với mệt mỏi là $8,71 \pm 6,02$ và điểm mệt mỏi cảm xúc là $4,72 \pm 3,27$. Các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện triệu chứng mệt mỏi ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp bao gồm: mức độ hoạt động bệnh mạnh, nhiều khớp bị biến dạng do tiến triển bệnh để lại di chứng dính khớp, bệnh không được kiểm soát tốt với các thuốc DMARDs kinh điển như methotrexat và thuốc DMARDs sinh học.

Kết luận: Hội chứng mệt mỏi là một biểu hiện ngoài khớp rất thường gặp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, đặc biệt trong những đợt tiến triển bệnh và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh với các thuốc điều trị DMARDs kinh điển và DMARDs sinh học sẽ giúp cải thiện tiên lượng bệnh và giảm nguy cơ tàn phế cho bệnh nhân.

Từ khóa: Mệt mỏi ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, thang điểm BRAF-MDQ, các yếu tố nguy cơ.

FATIGUE AND RISK FACTORS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Abstract:

Objective:

- Review the characteristics of fatigue in patients with rheumatoid arthritis.
- Survey of factors affecting fatigue in the study patient group.

Subjects and method: A cross-sectional descriptive study, including 75 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to ACR-EULAR 2010 criteria at the Musculoskeletal Center - Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025.

Results: Fatigue syndrome occurs in 80% of rheumatoid arthritis patients. The study group of patients had an average BRAF-MDQ score of $29,85 \pm 19,03$, of which the physical fatigue score was 11.75 ± 6.88 ; the cognitive fatigue score was 5.15 ± 3.67 ; the living with fatigue score was 8.81 ± 6.02 and the emotional fatigue score was 4.72 ± 3.27 . Factors that increase the risk of fatigue symptoms in rheumatoid arthritis patients include: high disease activity, multiple deformed joints due to disease progression leaving joint adhesions, and the disease is not well controlled with conventional DMARDs such as methotrexate and biological DMARDs.

Conclusions: Fatigue syndrome is a very common extra-articular manifestation in patients with rheumatoid arthritis, especially during disease progression and greatly affects the patient's quality of life. Good control of disease progression with conventional DMARDs and biological DMARDs will help improve the prognosis and reduce the risk of disability for patients.

Keywords: Fatigue in Rheumatoid Arthritis, BRAF-MDQ scale, risk factors.

TỒN THƯƠNG ZONA THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Người chịu trách nhiệm chính: PGS.TS. Nguyễn Văn Hùng

Bệnh viện Bạch Mai

Email: hungnguyen@hmu.edu.vn | Điện thoại: 0945.228.548

Đỗ Thị Huyền ⁽¹⁾, Nguyễn Văn Hùng ⁽¹⁾⁽²⁾, Tạ Thị Hương Trang ⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của zona thần kinh ở bệnh nhân SLE và xác định một số yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc bệnh.

Đối tượng nghiên cứu: 64 bệnh nhân SLE chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR 1997, gồm 32 bệnh nhân mắc zona thần kinh và 32 bệnh nhân không mắc zona, khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10/2024 đến tháng 05/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu. Các dữ liệu được thu thập gồm đặc điểm lâm sàng của tổn thương, thời gian tiến triển, biến chứng, xét nghiệm cận lâm sàng và thuốc điều trị.

Kết quả: Tổn thương zona chủ yếu biểu hiện dưới dạng mụn nước phân bố một bên, thường gặp nhất ở vùng ngực, lưng và mạn sườn (46,9%), tiếp theo là vùng cổ, gáy, vai và tay (37,5%). Đa số tổn thương kéo dài dưới 14 ngày, 12,5% bệnh nhân cần điều trị kháng virus đường tiêm truyền, và 15,6% bệnh nhân có đau sau zona kéo dài trên 6 tháng. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc zona gồm anti-dsDNA dương tính, giảm bạch cầu lympho, liều corticosteroid cao và sự hiện diện của bệnh tự miễn khác.

Kết luận: Zona thần kinh là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân SLE, liên quan chặt chẽ đến tình trạng suy giảm miễn dịch và điều trị ức chế miễn dịch. Việc nhận diện sớm yếu tố nguy cơ có ý nghĩa trong dự phòng và quản lý bệnh nhân.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, zona thần kinh, yếu tố nguy cơ, ức chế miễn dịch.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF HERPES ZOSTER IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Abstract:

Objective: To describe the clinical characteristics of herpes zoster in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and to identify factors associated with the risk of developing the disease.

Subjects: Sixty-four SLE patients diagnosed according to the 1997 ACR criteria, including 32 patients with herpes zoster and 32 patients without herpes zoster, who were examined and treated at Bach Mai Hospital and the National Hospital of Dermatology and Venereology from October 2024 to May 2025.

Methods: A descriptive cross-sectional study, combining both prospective and retrospective data collection. Clinical data included lesion characteristics, disease duration, complications, laboratory findings, and treatment regimens.

Results: Herpes zoster lesions were mainly presented as unilateral vesicles, most frequently located on the chest, back, and flanks (46.9%), followed by the neck, nape, shoulders, and arms (37.5%). Most lesions resolved within 14 days. Intravenous antiviral therapy was required in 12.5% of cases, and 15.6% of patients developed postherpetic neuralgia lasting longer than 6 months. Risk factors associated with herpes zoster included positive anti-dsDNA antibodies, lymphopenia, high corticosteroid dose, and the presence of other autoimmune diseases.

Conclusion: Herpes zoster is a common complication in SLE patients, closely related to immunosuppression and immunosuppressive therapy. Early identification of risk factors is important for prevention and patient management.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, herpes zoster, risk factors, immunosuppression.

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ METHOTREXATE Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Người chịu trách nhiệm chính: PGS.TS. Nguyễn Văn Hùng

Bệnh viện Bạch Mai

Email: hungnguyen@hmu.edu.vn | Điện thoại: 0945.228.548

Bạch Thị Thanh Tâm ⁽¹⁾, Nguyễn Văn Hùng ⁽¹⁾⁽²⁾, Bùi Hải Bình ⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Đặt vấn đề: Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp mạn tính khá thường gặp ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nữ, dự đoán rằng 31,7(25,8-39,0) triệu người sẽ phải sống chung với bệnh VKDT trên toàn thế giới vào năm 2050.

Mục đích điều trị là kiểm soát các đợt tiến triển của bệnh. Chỉ có các loại thuốc chống thấp khớp có tác dụng điều trị bệnh mới có thể can thiệp vào quá trình bệnh. Trong đó, methotrexate (MTX) là thuốc chống thấp khớp thay đổi bệnh kinh điển (csDMARD-conventional synthetic Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) vẫn là nền tảng của điều trị VKDT và được sử dụng như thuốc đầu tay.

Việc tối ưu hóa MTX trước khi bắt đầu liệu pháp sinh học (bDMARD-biologic Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) là cần thiết trong việc quản lý bệnh VKDT. Tuy nhiên, thời gian dùng thuốc càng lâu thì tỉ lệ bệnh nhân thay đổi liều thuốc, dừng thuốc, đổi thuốc cũng tăng dần và việc sử dụng nhóm thuốc này còn bị tác động của nhiều yếu tố như không hiệu quả, tác dụng phụ, vấn đề kinh tế, dịch bệnh, bảo hiểm, nguồn cung, yếu tố địa lý.

Các khuyến cáo của Hiệp hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR), Hội Thấp khớp học Châu Âu (EULAR) đều đưa ra hướng dẫn MTX là lựa chọn ưu tiên đầu tiên, trừ khi bệnh nhân không dung nạp hoặc có chống chỉ định, khuyến cáo ban đầu là sử dụng MTX kết hợp Glucocorticoid (GCs), nếu không đạt được đáp ứng sau 3-6 tháng, nên điều chỉnh điều trị dựa vào phân tầng nguy cơ.

Mục tiêu: Mô tả tình trạng thay đổi liều methotrexate (MTX) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại bệnh viện Bạch Mai và khảo sát một số yếu tố liên quan đến thay đổi liều MTX ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 168 bệnh nhân chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR 1987 hoặc EULAR/ACR 2010 được theo dõi và điều trị liên tục bằng MTX ít nhất 6 tháng tại trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ 8/2024 đến tháng 7/2025. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám và làm các xét nghiệm được thực hiện tại các khoa chuyên trách của bệnh viện Bạch Mai theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đặc điểm nhân trắc học, đặc điểm về bệnh, đặc điểm về điều trị.

Kết quả: Trong 168 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $54,5 \pm 12,44$, đa số bệnh nhân là nữ giới (79,17%). Thời gian mắc bệnh trung bình là $4,9 \pm 4,35$ năm. Liều MTX trung bình là $14,6 \pm 2,2$ mg/ tuần. Tỷ lệ giảm liều trong nhóm nghiên cứu là 35,7%, trong đó các nguyên nhân giảm liều hàng đầu là do đáp ứng với thuốc 78,3%, tác dụng phụ 20,3%. Tỷ lệ tăng liều là 14,3%, nguyên nhân không giảm liều chủ yếu là đáp ứng một phần 88,9%, lạm dụng corticoid 29,6%, chưa hiểu rõ về bệnh 8,3%. Bệnh nhân trong nhóm giảm liều có mức độ hoạt động bệnh thấp hơn và tỷ lệ dùng thuốc bDMARD cao hơn so với nhóm không giảm liều.

Kết luận: Đáp ứng thuốc là nguyên nhân chính dẫn đến giảm liều MTX. Tất cả bệnh nhân đều giảm liều bằng cách giảm liều lượng thuốc so với liều đang dùng trước đó. Liều MTX trung bình là $14,6 \pm 2,2$ mg/ tuần. Mức độ hoạt động bệnh thấp và điều trị thuốc bDMARD ảnh hưởng tới khả năng giảm liều MTX.

Từ khoá: Viêm khớp dạng thấp, DMARDS, Methotrexate.

CURRENT STATUS OF METHOTREXATE TREATMENT
IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS
AT BACH MAI HOSPITAL

Abstract:

Methods: A total of 168 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to the 1987 ACR or 2010 ACR/EULAR classification criteria and treated with MTX at the Musculoskeletal Center, Bach Mai Hospital, from August 2024 to July 2025 were included in the study. Each participant underwent medical interviews, physical examinations, and laboratory tests performed at specialized departments of Bach Mai Hospital. Data were collected using a standardized medical record form, including anthropometric characteristics, disease-related features, and treatment-related information

Results: Among the 168 patients included in the study, the mean age was 54.5 ± 12.44 years, with the majority being female (79.17%). The average disease duration was 4.9 ± 4.35 years. The mean MTX dose was 14.6 ± 2.2 mg/week. The rate of dose reduction in the study group was 35.7%, with the primary reasons for dose reduction being adequate drug response (78.3%) and adverse effects (20.3%). The dose escalation rate was 14.3%. The main reasons for not reducing the dose included partial treatment response (88.9%), corticosteroid overuse (29.6%), and insufficient disease understanding (8.3%). Patients in the dose reduction group had significantly lower disease activity and a higher rate of biologic DMARD use compared to those in the non-dose reduction group.

Conclusion: Treatment response was the main reason for methotrexate (MTX) dose reduction. All patients reduced the dose by decreasing the amount of MTX compared to their previous dosage. The average MTX dose was 14.6 ± 2.2 mg/week. Lower disease activity and the use of biologic DMARDs were associated with a higher likelihood of MTX dose reduction

Key words: Rheumatoid arthritis, DMARDs, Methotrexate

THANG ĐIỂM ĐAU THẦN KINH DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 (DN4) TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc
Gmail: vinhngoc@hmu.edu.vn | ĐT: 0912.210.299
Hoàng Thị Vân ⁽¹⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽²⁾, Trần Thị Tô Châu ⁽³⁾
(1) Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp, (2) Trường đại học Y Hà Nội
(3) Trung tâm cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đặc điểm đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm DN4 ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên 101 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng, có mức độ đau cột sống theo thang VAS ≥ 4 điểm và đang điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $64,3 \pm 11,6$ tuổi; phần lớn là nữ giới (63%) và chủ yếu làm lao động chân tay (84,2%). Đau cột sống thắt lưng chủ yếu xảy ra tự phát (82,2%); thời gian đau chủ yếu >6 tháng (42,6%).

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất:** đau khi ấn vào các điểm cạnh cột sống (100%), co cứng cơ cạnh cột sống (83,2%), chỉ số Schober giảm (68,3%), khoảng cách từ tay đến mặt đất tăng (66,3%).
- Các dấu hiệu X-quang thường gặp:** xơ cứng dưới sụn (58,4%), gai xương thân đốt sống (90,1%). Tỷ lệ đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm DN4 là 34,7%.
- Các triệu chứng đau thần kinh phổ biến theo thang điểm DN4 bao gồm:** cảm giác lạnh đau (82,9%), cảm giác như điện giật (62,9%) và tê bì (88,6%).

Kết luận: Tỷ lệ đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm DN4 là 34,7%. Các triệu chứng đau thần kinh thường gặp là tê bì, lạnh đau và điện giật.

Từ khóa: Hẹp ống sống thắt lưng, đau thần kinh, DN4.

DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 (DN4) SCALE FOR NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH LUMBAR SPINE OSTEOARTHRITIS

Abstract:

Methods: Description of clinical, radiological and pain characteristics due to neuropathic causes according to the DN4 scale in patients with lumbar spine osteoarthritis.

Subjects: Conducted a study on 101 patients diagnosed with lumbar spine osteoarthritis who had VAS spinal pain score ≥ 4 points and were treated in the Centre for Rheumatology from August 2024 to August 2025.

Method: Cross-sectional study.

Result: The average age of the study subjects was $64,3 \pm 11.6$ years; the majority were female (63%); (57,4%). Lumbar Mainly manual labor (84,2%) spinal pain primarily occurred spontaneously (82,2%); pain duration is mainly >6 months (42,6%).

- **Most common clinical symptoms:** pain on palpation of paraspinal pain points (100%), paraspinal muscle stiffness (83.2%), decreased Schober index (68,3%), increased hand- to-ground distance (66,3%).
- **Most common X-ray symptoms:** subchondral sclerosis (58,4%), vertebral body osteophytes (90,1%).
- **The rate of neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the DN4 scale was 34,7%. Common neuropathic pain symptoms according to the DN4 scale were painful cold (82,9%), electric shocks (62,9%) and numbness (88,6%).**

Conclusion: The rate of lumbar spine pain due to neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the DN4 scale is 34,7%. Common symptoms of neuropathic pain according to the DN4 scale are numbness, painful cold, electric shocks.

Keywords: Lumbar spinal stenosis, neuropathic pain, DN4.

ĐẶC ĐIỂM ACID URIC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÈ NHAİ

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com | ĐT: 0966.274.629

Trần Thị Xuân ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾, Trần Thị Tô Châu ⁽²⁾

(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Khảo sát nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Kiếm.
- Nhận xét mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu và một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 74 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Kiếm từ tháng 11/2024 đến tháng 3/2025.

Kết quả nghiên cứu:

Tỷ lệ các bệnh nhân có tăng acid uric máu là 91,8 % với nồng độ acid uric máu trung bình là $506,3 \pm 99,3 \mu\text{mol/l}$. Không tìm thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric máu với tuổi, giới tính, số lần tái sử dụng lại quả lọc, thể tích nước tiểu tồn dư, nồng độ hemoglobin, albumin máu, phospho và PTH. Các biến số gồm: tình trạng tăng huyết áp, chỉ số BMI và số năm lọc máu có liên quan với nồng độ acid uric máu. Nồng độ acid uric máu có tương quan thuận mức độ trung bình với nồng độ ure, creatinin máu ($r = 0,563$; $r = 0,483$; $p < 0,05$) và tương quan thuận mức độ mạnh giữa URR với tỷ lệ giảm acid uric máu sau lọc ($r = 0,771$), mô hình hồi quy tuyến tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết luận:

Tăng acid uric máu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ và liên quan mật thiết với chỉ số BMI, số năm lọc máu, cũng như nồng độ ure và creatinin máu. Acid uric máu được đào thải hiệu quả thông qua quá trình lọc máu. Do đó, việc xây dựng chế độ dinh dưỡng hợp lý, lựa chọn quả lọc và chế độ lọc máu hiệu quả sẽ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống cho người bệnh.

Từ khóa: Acid uric máu, thận nhân tạo chu kỳ, suy thận mạn giai đoạn cuối.

CHARACTERISTICS OF SERUM URIC ACID AND ASSOCIATED FACTORS IN MAINTENANCE HEMODIALYSIS PATIENTS AT HOE NHAI GENERAL HOSPITAL

Abstract:

Methods:

1. To investigate serum uric acid levels in maintenance hemodialysis patients at Hoe Nhai General Hospital.
2. To evaluate the association between serum uric acid levels and the clinical manifestations as well as paraclinical parameters in these patients.

Subjects and Methods:

A cross-sectional descriptive study was conducted on 74 maintenance hemodialysis patients at Hoe Nhai General Hospital from November 2024 to March 2025.

Results:

The prevalence of hyperuricemia was 91.8%, with a mean serum uric acid level of 506.3 ± 99.3 $\mu\text{mol/L}$. No significant association was found between serum uric acid levels and age, gender, reuse frequency of dialyzers, residual urine volume, hemoglobin, serum albumin, phosphorus, or parathyroid hormone (PTH) levels. However, serum uric acid levels were significantly associated with hypertension status, body mass index (BMI), and the duration of dialysis. A moderate positive correlation was observed between serum uric acid and blood urea nitrogen (BUN) and creatinine levels ($r = 0.563$ and $r = 0.483$, respectively; $p < 0.05$). A strong positive correlation was also found between the urea reduction ratio (URR) and the percentage reduction in serum uric acid after dialysis ($r = 0.771$). The linear regression model demonstrated statistical significance ($p < 0.05$).

Conclusions:

Hyperuricemia was highly prevalent among maintenance hemodialysis patients and was closely associated with BMI, dialysis duration, and blood levels of urea and creatinine. Serum uric acid was effectively removed through the hemodialysis process. Therefore, optimizing nutritional management, selecting appropriate dialyzers, and ensuring effective dialysis regimens could improve patients' quality of life and longevity.

Keywords: Serum uric acid, periodic hemodialysis, end-stage chronic kidney disease

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH GÚT BẰNG BỘ CÂU HỎI CQR5

Người chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamhoaitu@hmu.edu.com | ĐT: 0983.992.383

Nguyễn Thị Hoa ⁽¹⁾, Lê Thị Liễu ⁽¹⁾⁽²⁾, Phạm Hoài Thu ⁽¹⁾⁽³⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai, (3) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Khảo sát khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút bằng bộ câu hỏi CQR5.
- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị.

Đối tượng nghiên cứu: 150 bệnh nhân gút được chẩn đoán theo tiêu chuẩn EULAR/ACR 2015 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 9/2024 đến tháng 6/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu đều được hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm các đặc điểm về nhân trắc học, về bệnh, về điều trị và được khảo sát khả năng tuân thủ điều trị bằng bộ câu hỏi CQR5.

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút đánh giá theo CQR5 là 52,7%. Các yếu tố như tuổi <60 (OR=2,3; p=0,042), lao động trí óc (OR=4,8; p<0,001), trình độ học vấn $\geq$ THPT (OR=3,0; p=0,003), thời gian mắc bệnh <5 năm (OR=2,16; p=0,028), gút cấp (OR=2,90; p=0,010), dùng <3 loại thuốc/ngày (OR=4,4; p=0,001) và dùng thuốc <3 lần/ngày (OR=3,4; p<0,001) có liên quan đến khả năng tuân thủ điều trị. Kết quả này cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị của người bệnh gút còn tương đối thấp, đồng thời cho thấy rằng một số yếu tố về nhân trắc học cùng đặc điểm về bệnh và việc lựa chọn thuốc điều trị cần được cân nhắc kỹ lưỡng để nâng cao khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh gút.

Từ khóa: Gút, tuân thủ điều trị, bộ câu hỏi CQR5.

ASSESSING THE ABILITY TO ADHERE TO TREATMENT OF GOUT PATIENTS USING THE CQR5

Abstract:

Methods:

- To assess treatment adherence in patients with gout using the Compliance Questionnaire on Rheumatology 5 (CQR5).
- To identify factors associated with treatment adherence.

Study Subjects: A total of 150 patients diagnosed with gout according to the 2015 EULAR/ACR criteria at Hanoi Medical University Hospital and Bach Mai Hospital from September 2024 to June 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study. All patients included in the study were interviewed and clinically examined according to a standardized medical record form, which collected sociodemographic, disease-related, and treatment-related characteristics. Treatment adherence was assessed using the CQR5 questionnaire.

Results and Conclusion: The treatment adherence rate of gout patients assessed using the CQR5 was 52.7%. Factors associated with adherence included age <60 years (OR=2.3; p=0.042), intellectual occupation (OR=4.8; p<0.001), education level $\geq$ high school (OR=3.0; p=0.003), disease duration <5 years (OR=2.16; p=0.028), acute gout (OR=2.90; p=0.010), taking fewer than 3 types of medication per day (OR=4.4; p=0.001), and taking medication fewer than 3 times per day (OR=3.4; p<0.001). These results indicate that the treatment adherence rate among gout patients remains relatively low, and highlight that certain sociodemographic characteristics, disease-related factors, and medication regimens should be carefully considered to improve adherence in this population.

Keywords: Gout, treatment adherence, CQR5 questionnaire

**TÌNH TRẠNG GIẢM LIỀU THUỐC SINH HỌC
TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP
TẠI TRUNG TÂM CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN BẠCH MAI**

Người chịu trách nhiệm chính: TS. BS . Bùi Hải Bình
ĐT: 0983.712.158 | Email: bsbinhnt25noi@gmail.com
Nguyễn Thị Thu Hà ⁽¹⁾, Nguyễn Văn Hùng ⁽¹⁾⁽²⁾, Bùi Hải Bình ⁽²⁾
(1) Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

Mô tả tình trạng giảm liều thuốc sinh học và trong điều trị bệnh viêm cột sống dính khớp tại trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu trên 55 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được điều trị bằng thuốc sinh học nhóm ức chế TNF- α (infliximab, adalimumab, golimumab, entanercept) và ức chế TL-17 (secukimumab) từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2025.

Kết quả:

Trong 55 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu theo dõi trong 7 năm, tuổi trung bình là $31,59 \pm 10,41$, thời gian mắc bệnh trung bình là $6,47 \pm 4,39$ năm. Thời gian điều trị trung bình là $29,74 \pm 22,39$ tháng với 78,2% bệnh nhân được khởi trị với nhóm ức chế TNF- α , có 20 bệnh nhân được giảm liều điều trị thuốc sinh học, trong đó có 8 bệnh nhân giảm liều do đáp ứng tốt với thuốc và 12,5% bệnh nhân có thể ngừng thuốc do đáp ứng tốt ở một loại thuốc.

Kết luận:

Thuốc sinh học được ưu tiên điều trị là nhóm ức chế TNF- α . Khoảng 25,8 % bệnh nhân có thể giảm liều thuốc sinh học đầu tiên trong đó đáp ứng tốt với thuốc là lý do giảm liều phổ biến nhất, và 12,5% bệnh nhân có thể ngừng thuốc thành công.

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, bDMARD, thuốc sinh học, giảm liều.

**STATUS OF DOSE-REDUCING BIOLOGICAL DRUGS IN
PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS AT THE CENTRE
FOR RHEUMATOLOGY IN BACH MAI HOSPITAL**

Abstract:

Objective:

To describe the reduction of biologic drug doses and identify some related factors in the treatment of ankylosing spondylitis at the Rheumatology Center of Bach Mai Hospital.

Subjects and methods:

Retrospective study on 55 patients with ankylosing spondylitis treated with biologic drugs of the TNF- α inhibitor group (infliximab, adalimumab, golimumab, etanercept) and IL-17 inhibitor (secukimumab) from January 2018 to January 2025.

Results:

In the 55 patients included in the study, the mean age was 31.59 ± 10.41 years, and the mean duration of the disease was 6.47 ± 4.39 years. The mean duration of treatment was 29.74 ± 22.39 months with 78,2% of patients initiated with TNF- α inhibitors, 20 patients had their biologics reduced, of which 8 patients had their doses reduced due to a good response to the drug and 12,5% of patients could stop the drug due to a good response to one drug.

Conclusion:

The preferred biologic is the TNF- α inhibitor group. About 40% of patients could reduce the dose of the first biologic, of which a good response to the drug was the most common reason for dose reduction, and 12,5% of patients could stop the drug successfully.

Keywords: ankylosing spondylitis, biological drug, bDMARD, dose reduction, tapering.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁCH BÁN PHẦN GÂN CƠ TRÊN GAI BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM COLLAGEN MD SHOULDER

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

ĐT: 0912210299 | Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Hoàng Thị Nhung ⁽¹⁾⁽²⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽¹⁾⁽³⁾, Đặng Chí Hiếu ⁽²⁾, Phùng Đức Tâm ⁽¹⁾

Nguyễn Thị Ngọc Yến ⁽¹⁾, Đặng Hải Nam ⁽¹⁾, Ngô Thị Thục Nhân ⁽⁴⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện E

(3) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, (4) Đại học Điều dưỡng Nam Định

Tóm tắt:

Bệnh lý khớp vai ngày càng phổ biến gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và liệu pháp tiêm Collagen tại chỗ đã và đang được ứng dụng trong điều trị các bệnh lý khớp vai trong đó có tổn thương rách bán phần gân cơ trên gai.

Mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị rách bán phần gân trên gai bằng liệu pháp tiêm Collagen MD Shoulder (Collagen medical device) dưới hướng dẫn siêu âm và nhận xét tác dụng không mong muốn của liệu pháp sau 12 tuần theo dõi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu, theo dõi dọc tại bệnh viện E trên 18 bệnh nhân được chẩn đoán rách bán phần gân trên gai. Bệnh nhân được tiêm Collagen MD Shoulder với liệu trình 5 mũi tiêm trong 5 tuần liên tục. Tiêm vào vị trí gân bị rách dưới siêu âm.

Kết quả:

Sau 12 tuần theo dõi, có sự cải thiện rõ rệt mức độ đau, chức năng vận động khớp vai và diện tích vết rách gân trên siêu âm. Điểm VAS trung bình giảm từ $7,28 \pm 1,3$ xuống $1,56 \pm 1,42$ (tỷ lệ giảm so với trước điều trị là 78,6%) ($p < 0,05$), tỷ lệ cải thiện 30% thang điểm VAS là 94,4%, điểm SPADI giảm từ $56,83 \pm 14,52$ xuống $12 \pm 12,78$ (tỷ lệ giảm so với trước điều trị là 78,8%) ($p < 0,05$); biên độ góc giang vai tăng từ $118,06 \pm 37,46$ độ lên $173 \pm 21,36$ độ (tỷ lệ tăng biên độ so với trước điều trị là 46,6%) ($p < 0,05$). Diện tích vết rách gân và bề dày gân rách giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với tỷ lệ lần lượt là 47,5% và 25,6%. Tác dụng không mong muốn là đau tăng tại vị trí tiêm trong 24h sau tiêm là 11.1% và không gặp tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

Kết luận:

Liệu pháp tiêm Collagen MD Shoulder dưới hướng dẫn siêu âm bước đầu cho thấy có hiệu quả tốt trong điều trị rách bán phần gân trên gai và là một liệu pháp an toàn.

Từ khóa: Collagen MD Shoulder, Collagen typ I, rách bán phần gân cơ trên gai, tiêm dưới hướng dẫn siêu âm.

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND - GUIDED INJECTION OF COLLAGEN MD SHOULDER IN THE TREATMENT OF PARTIAL SUPRASPINATUS TEAR

SUMMARY:

Shoulder joint disorders are becoming increasingly prevalent, significantly impairing patients' quality of life. Topical collagen injection therapy has been utilized as a treatment modality for various shoulder conditions, including partial tears of the rotator cuff tendons.

Objective:

This study aimed to evaluate the efficacy of Collagen MD Shoulder injection therapy (a collagen-based medical device) under ultrasound guidance for treating partial tears of the rotator cuff tendon and to assess any adverse effects in a 12-week follow-up period.

Methods:

A longitudinal study was conducted at Hospital E, involving 18 patients diagnosed with partial tears of the rotator cuff tendon. Each patient received five weekly injections of Collagen MD Shoulder. Injection into the site of the torn tendon under the guidance of ultrasound.

Results:

At the 12-week follow-up, significant improvements were observed in pain levels, shoulder function, and tendon healing as assessed by ultrasound. The average VAS score decreased from 7.28 ± 1.3 to 1.56 ± 1.42 (78.6% compared to before treatment) ($p < 0.05$), the rate of improvement of 30% on the VAS scale was 94.4%, the SPADI score decreased from 56.83 ± 14.52 to 12 ± 12.78 (the rate of decrease compared to before treatment was 78.8%) ($p < 0.05$); The amplitude of the shoulder angle increased from 118.06 ± 37.46 degrees to 173 ± 21.36 degrees (the rate of increase in amplitude compared to before treatment was 46.6%) ($p < 0.05$). The area of the tendon tear and the thickness of the tendon were statistically significant ($p < 0.05$) with the rates of 47.5% and 25.6%, respectively. Mild adverse effects were noted, with 11.1% of patients reporting increased pain at the injection site within 24 hours post-injection; however, no serious adverse effects were observed.

Conclusion:

Collagen MD Shoulder injection therapy, administered under ultrasound guidance, demonstrated significant efficacy in treating partial tears of the rotator cuff tendon. The therapy was well-tolerated and appears to be a safe and effective option for managing this condition.

Key words: Collagen MD Shoulder, Collagen type I, partial supraspinatus tear, ultrasound-guided injection.

**THỰC TRẠNG VIÊM KHỚP NHIỄM KHUẨN ĐIỀU TRỊ
TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Người chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - Số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: 0983.992.383 | Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn
Hoàng Anh Phú ⁽¹⁾, Phạm Hoài Thu ⁽¹⁾⁽²⁾
(1) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu:

Nhận xét nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến tình trạng viêm khớp nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2023 đến 12/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân viêm khớp nhiễm khuẩn điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2023 – 12/2024.

Kết quả:

Tuổi trung bình $54,5 \pm 15,0$ tuổi, nam giới chiếm 52,9%, thời gian điều trị trung bình $13,7 \pm 6,9$ ngày. Nhiễm khuẩn tại các khớp chi dưới là hay gặp nhất chiếm 70,6%. Tụ cầu vàng là vi khuẩn thường gặp nhất chiếm 40,0%. Tình trạng suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (17,6%), gút (20,6%), đái tháo đường (29,4%), nhiễm trùng da – mô mềm (20,6%), tai biến y khoa (26,5%) là các yếu tố nguy cơ quan trọng gây nhiễm khuẩn cơ xương khớp.

Kết luận:

Viêm khớp nhiễm khuẩn thường gặp ở nam giới, tình trạng suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch, gút, đái tháo đường và tai biến y khoa là những yếu tố có thể làm tăng tỷ lệ viêm khớp nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Viêm khớp nhiễm khuẩn.

**CURRENT STATUS OF SEPTIC ARTHRITIS TREATMENT
AT THE DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY,
HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Abstract:

Research Objective:

To evaluate the causes and associated factors of septic arthritis treated at the Rheumatology Department, Hanoi Medical University Hospital, from January 2023 to December 2024.

Subjects and Methods:

A cross-sectional descriptive study was conducted on 34 patients with septic arthritis treated at the Rheumatology Department, Hanoi Medical University Hospital, from January 2023 to December 2024.

Results: The average age of the patients was $54,5 \pm 15,0$ years, with males accounting for 52,9%. The average treatment duration was $13,7 \pm 6,9$ days. Infections in the lower limb joints were the most common, accounting for 70,6%. Staphylococcus aureus was the most frequently identified pathogen, present in 40,0% of cases. Immunosuppression or the use of immunosuppressive drugs (17,6%), gout (20,6%), diabetes mellitus (29,4%), skin and soft tissue infections (20,6%), and medical complications (26,5%) were significant risk factors for musculoskeletal infections.

Conclusion: Septic arthritis is more common in males. Immunosuppression, the use of immunosuppressive drugs, gout, diabetes mellitus, and medical complications are factors that may increase the incidence of septic arthritis.

Keyword: Septic arthritis

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
CỦA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG CHỒNG LẤP
(VIÊM KHỚP DẠNG THẤP VÀ VIÊM KHỚP CỘT SỐNG)**

Người chịu trách nhiệm chính: BS Trần Thị Hoài Thanh

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Email: hoaithanh.tran218@gmail.com | Điện thoại: 0943.397.288

Đặng Hồng Hoa ⁽¹⁾, Trần Thị Hoài Thanh ⁽¹⁾, Đặng Chí Hiếu ⁽²⁾

(1) Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

(2) Khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện E

Tóm tắt:

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) và viêm khớp cột sống (VKCS) là những bệnh khớp viêm phổ biến nhất cùng đặc trưng bởi tiến triển mạn tính làm suy giảm thể lực, giảm chức năng khớp, gây hậu quả tàn phế, nhưng lại rất khác nhau về lâm sàng, cơ chế bệnh sinh và các thông số di truyền nên khả năng đồng mắc trên cùng một người là khá thấp, gây khó khăn cho chẩn đoán và điều trị.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân được chẩn đoán Hội chứng chồng lấp (viêm khớp dạng thấp và viêm khớp cột sống).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 21 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng chồng lấp (viêm khớp dạng thấp và viêm khớp cột sống) ở Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh bằng nghiên cứu hồi cứu thăm khám lâm sàng và hồ sơ bệnh án điện tử.

Kết quả: Có 18/21 bệnh nhân có thời gian cứng khớp buổi sáng trên 30 phút; 15/21 bệnh nhân có triệu chứng đau khớp nhỏ, nhỡ đối xứng di chuyển; 15/21 bệnh nhân có đau khớp cùng chậu kiểu viêm và 14/21 bệnh nhân có đau trục cột sống (cổ, ngực, thắt lưng) kiểu viêm kéo dài trên 3 tháng; RF trung bình là 98,36 U/mL, anti-CCP trung bình là 202,05 U/mL; HLA-B27 dương tính 32,7, CRP trung bình là 2,2 mg/dL, máu lắng giờ đầu trung bình là 51,95 mm; tổn thương bào mòn trên Xquang khớp bàn ngón tay chiếm 71,4%; viêm khớp cùng chậu trên phim Xquang hoặc MRI có 76,2%; viêm thân đốt sống trên phim MRI có 85,7%.

Kết luận: Cần đặc biệt chú ý đến những bệnh nhân VKDT có triệu chứng của VKCS trục diện hình hoặc bệnh nhân VKCS thể khớp ngoại vi, có thể xác minh lại chẩn đoán nếu cần.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, viêm khớp cột sống, hội chứng chồng lấp.

**MANIFESTATION OF CLINICAL, PARACLINICAL
OF OVERLAP SYNDROME PATIENTS
(RHEUMATOID ARTHRITIS AND SPONDYLOARTHRITIS)**

Abstract:

Rheumatoid arthritis (RA) and Spondyloarthritis (SpA) are most common inflammatory joint diseases, which chronically progress to reduce physical fitness and joint function, leading to disability. Their manifestations, etiology, and genetic factors are distinctive; therefore, cases of coexistence of RA and SpA are rare which makes diagnosis and treatment more challenging.

Aim: To describe the clinical symptoms, laboratory tests, and imaging of patients with overlap syndrome (RA and SpA).

Methods: 21 patients were diagnosed with overlap syndrome (RA and SpA) at Tam Anh General Hospital by retrospective examination and electronic medical records.

Results: 18 out of 21 patients had morning stiffness lasting more than 30 minutes; 15 out of 21 patients had symptoms of symmetrical small and medium joint swelling and tender; 15 out of 21 patients had inflammatory sacroiliac joint pain and 14 out of 21 patients had inflammatory axial spine pain (cervical, thoracic, lumbar) lasting for more than 3 months; the average RF was 98.36 U/mL, the average anti-CCP was 202.05 U/mL; HLA-B27 positivity was 32.7%, the average CRP was 2.2 mg/dL, the average first-hour ESR was 51.95 mm; erosive damage on X-ray of the MCP and PIP accounted for 71.4%; sacroiliac joint inflammation on X-ray or MRI was 76.2%; vertebral inflammation on MRI was 85.7%.

Conclusion: Particular attention should be paid to rheumatoid arthritis patients who exhibit symptoms of typical axial spondyloarthritis or patients with peripheral joint spondyloarthritis, and the diagnosis can be verified again if necessary.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Spondyloarthritis, overlap.

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THOÁI HÓA KHỚP GỐI
Ở BỆNH NHÂN GOUT
ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2025**

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc
Bùi Văn Thức ⁽¹⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽²⁾, Tạ Thị Hương Trang ⁽³⁾
(1) Đại học Y Hà Nội
(2) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
(3) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thoái hóa khớp gối ở bệnh nhân Gout điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025.

Đối tượng và phương pháp:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân được chẩn đoán Thoái hóa khớp gối kèm Gout theo tiêu chuẩn ACR trong giai đoạn 01/2025–07/2025. Các triệu chứng lâm sàng, tổn thương X-quang và siêu âm khớp gối được thu thập và phân tích mô tả.

Kết quả:

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: đau khi ngồi xuống - đứng lên (94,2%), đau kiểu cơ học (90%), đau khi lên xuống cầu thang (90%), đau tăng khi vận động (84,2%). Các triệu chứng ít gặp (< 35%) gồm cứng khớp, đau khi đứng lâu, đau về đêm, tràn dịch, biến dạng khớp và dấu hiệu bập bênh xương bánh chè; Đặc điểm Cận lâm sàng: Trên X-quang, hẹp khe khớp thể nhiều chiếm 22,5%, gai xương vừa và lớn chiếm 72,5%, đặc xương mức độ vừa – nặng 55,8% và bất thường bề mặt khớp mức độ vừa – nặng 54,1%; Trên siêu âm, dịch khớp gặp ở 77,5% trường hợp, dày màng hoạt dịch 68,3%, kén Baker 20%, canxi hóa màng hoạt dịch 35% và bề dày sụn $\leq 3,5$ mm ở 90% bệnh nhân.

Kết luận:

Thoái hóa khớp gối ở bệnh nhân Gout có đặc trưng bởi đau kiểu cơ học và các thay đổi điển hình trên X-quang, siêu âm. Nghiên cứu cung cấp bằng chứng thực tiễn cho chẩn đoán sớm, theo dõi và định hướng điều trị nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối; Gout; Siêu âm; X-quang; Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH GOUT TREATED AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

Abstract:

Objective:

To describe the clinical and paraclinical characteristics of knee osteoarthritis in patients with gout treated at Hanoi Medical University Hospital in 2025.

Subjects and Methods:

A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients diagnosed with knee osteoarthritis and gout according to the American College of Rheumatology (ACR) criteria between January 2025 and July 2025. Clinical symptoms, radiographic changes, and ultrasonographic findings of the knee joints were collected and analyzed descriptively.

Results:

Common clinical symptoms included pain when sitting down and standing up (94.2%), mechanical knee pain (90%), stair-climbing pain (90%), and pain aggravated by movement (84.2%). Less frequent symptoms (< 35%) included stiffness, prolonged standing pain, nocturnal pain, joint effusion, deformity, and patellar ballottement. On radiography, marked joint space narrowing was found in 22.5%, moderate-to-large osteophytes in 72.5%, moderate-to-severe subchondral sclerosis in 55.8%, and moderate-to-severe surface irregularities in 54.1%. On ultrasound, joint effusion was observed in 77.5%, synovial hypertrophy in 68.3%, Baker's cyst in 20%, synovial calcification in 35%, and reduced cartilage thickness (≤ 3.5 mm) in 90% of patients.

Conclusion:

Knee osteoarthritis in gout patients is characterized by mechanical pain and typical structural changes on radiography and ultrasound. This study provides practical evidence for early diagnosis, monitoring, and therapeutic guidance in this patient group.

Keywords: Knee osteoarthritis; Gout; Ultrasonography; Radiography; Hanoi Medical University Hospital.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LỖI CẦU NGOÀI XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM COLLAGEN TRỌNG LƯỢNG PHÂN TỬ THẤP

Người chịu trách nhiệm chính: **Phạm Hoài Thu**

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn | Điện thoại: 0983.992.383

Nguyễn Thị Kim Anh ⁽¹⁾, Phạm Thị Hương Giang ⁽²⁾, Nguyễn Thị Loan ⁽²⁾

Nguyễn Thị Duyên ⁽²⁾, Đinh Thị Hương ⁽²⁾, Phạm Hoài Thu ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

(3) Khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Liệu pháp tiêm collagen trọng lượng phân tử thấp đã và đang được ứng dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp bao gồm cả tổn thương lõi cầu ngoài xương cánh tay.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay bằng liệu pháp tiêm collagen trọng lượng phân tử thấp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, đánh giá trước sau điều trị.

Đối tượng: 39 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay khám bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2024 đến tháng 8/2025, được điều trị bằng liệu pháp tiêm collagen trọng lượng phân tử thấp, đánh giá kết quả điều trị sau 4 tuần và 8 tuần dựa vào thang điểm VAS, QDASH và PRTEE.

Kết quả: Sau 8 tuần điều trị, các triệu chứng lâm sàng đều cải thiện. Điểm VAS trung bình giảm từ $7,03 \pm 0,87$ xuống $1,67 \pm 0,84$, điểm QDASH trung bình giảm từ $71,15 \pm 7,31$ xuống $19,33 \pm 6,78$. Mức độ hoạt động khớp khuỷu cũng được cải thiện rõ rệt, điểm PRTEE toàn phần trung bình giảm từ $69,08 \pm 7,50$ xuống $15,12 \pm 2,90$ sau 8 tuần theo dõi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 5,13% trường hợp đau tăng tại vị trí tiêm và không gặp tác dụng phụ không mong muốn nghiêm trọng nào. Hầu hết bệnh nhân (89,8%) hài lòng sau tiêm.

Kết luận: Liệu pháp tiêm collagen trọng lượng phân tử thấp giúp cải thiện rõ rệt tình trạng đau cũng như chức năng vận động của khuỷu tay ở bệnh nhân viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay và khá an toàn.

Từ khoá: Viêm lõi cầu ngoài xương cánh tay, collagen trọng lượng phân tử thấp.

EVALUATION OF LOW-MOLECULAR-WEIGHT COLLAGEN INJECTION IN THE TREATMENT OF LATERAL EPICONDYLITIS

Abstract:

Low-molecular-weight collagen injection has been increasingly applied in the management of musculoskeletal disorders, including lateral epicondylitis.

Methods: We conducted a prospective interventional study on 39 patients diagnosed with lateral epicondylitis at Hanoi Medical University Hospital between June 2024 and August 2025. All patients received low-molecular-weight collagen injections. Clinical outcomes were assessed at baseline, 4 weeks, and 8 weeks after treatment using the Visual Analogue Scale (VAS), Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QDASH), and Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation (PRTEE).

Results: Significant improvements were observed after 8 weeks of treatment. The mean VAS score decreased from 7.03 ± 0.87 to 1.67 ± 0.84 , and the mean QDASH score from 71.15 ± 7.31 to 19.33 ± 6.78 . Elbow function also improved, with the mean total PRTEE score decreasing from 69.08 ± 7.50 to 15.12 ± 2.90 . All changes were statistically significant ($p < 0.05$). Mild transient pain at the injection site occurred in 5.13% of patients, while no serious adverse events were recorded. Overall, 89.8% of patients reported satisfaction with treatment.

Conclusion: Low-molecular-weight collagen injection is effective in reducing pain and improving elbow function in patients with lateral epicondylitis, with a good safety profile and high patient satisfaction.

Keywords: Lateral epicondylitis, low molecular weight collagen.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN VCSDK THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM 2022

Người chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang
Điện thoại: 0948.253.307 | Email: trangntnoi@yahoo.com
Phạm Khánh Minh ⁽¹⁾, Nguyễn Văn Hùng ⁽¹⁾⁽²⁾, Tạ Thị Hương Trang ⁽¹⁾⁽²⁾
(1) Trường Đại học Y Hà Nội
(2) Trung tâm cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

1. Khảo sát nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại bệnh viện Bạch Mai theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp:

Tiến hành nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 71 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn New York sửa đổi năm 1984 hoặc tiêu chuẩn ASAS 2009, khám và điều trị tại Trung tâm cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai và Khoa khám bệnh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm cột sống dính khớp. Đánh giá nguy cơ tim mạch theo khuyến cáo của hội tim Mạch Việt Nam 2022.

Kết quả:

Nguy cơ tim mạch trong 10 năm ở bệnh nhân VCSDK đánh giá theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt nam năm 2022 là: nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình chiếm 47,9%, nhóm nguy cơ tim mạch cao chiếm 32,4 % và nhóm nguy cơ tim mạch rất cao chiếm 19,7%

Nguy cơ tim mạch có liên quan đến một số yếu tố bao gồm: mức độ hoạt động bệnh, thời gian mắc bệnh và nồng độ CRP. Nhóm nguy cơ tim mạch cao-rất cao có điểm ASDAS trung bình là $2,5 \pm 0,8$, cao hơn (phản ánh mức độ hoạt động bệnh cao hơn) so với nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình (ASDAS $2,0 \pm 0,7$); nồng độ CRP trung bình ở nhóm nguy cơ tim mạch cao-rất cao ($19,29 \pm 23,58$ mg/L) cao hơn khoảng 1,41 lần so với nhóm nguy cơ tim mạch thấp - trung bình ($13,65 \pm 21,06$); nhóm có thời gian mắc bệnh > 5 năm có điểm dự báo nguy cơ tim mạch trung bình là $8,16 \pm 7,27$ %, cao hơn khoảng 2,48 lần so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 5 năm (điểm dự báo nguy cơ tim mạch $3,29 \pm 2,46$ %).

Kết luận:

Bệnh nhân Viêm cột sống dính khớp có nguy cơ tim mạch cao. Một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp: thời gian mắc bệnh, nồng độ CRP, mức độ hoạt động bệnh. Cần đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp để sớm xác định các yếu tố nguy cơ tim mạch của người bệnh để can thiệp kịp thời

Từ khóa: nguy cơ tim mạch, viêm cột sống dính khớp, SCORE-2

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS ACCORDING TO THE 2022 GUIDELINES OF THE VIETNAM SOCIETY OF CARDIOLOGY

Abstract:

Objectives:

1. Survey 10-year cardiovascular (CV) risk in patients with ankylosing spondylitis (AS) at Bach Mai Hospital according recommended by the Vietnam Heart Association in 2022.
2. Find out the relationship between cardiovascular risk and selected clinical and paraclinical characteristics of the study subjects.

Subjects and Methods:

This cross-sectional study was conducted on 71 patients diagnosed with ankylosing spondylitis according to the Modified New York 1984 criteria or ASAS 2009 criteria. Patients were examined or treated at the Musculoskeletal Center and the Outpatient Department of Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025. This study collected the clinical and subclinical characteristics of patients with ankylosing spondylitis (AS) and assessed their cardiovascular risk according to the 2022 guidelines of the Vietnam National Heart Association.

Results:

The 10-year cardiovascular risk in patients with ankylosing spondylitis (AS), assessed according to the 2022 guidelines of the Vietnam National Heart Association: The low-moderate cardiovascular risk group accounted for 47.9%, the high-risk group accounted for 32.4%, and the very high-risk group accounted for 19.7%.

Cardiovascular risk was associated with several factors including disease activity level, disease duration, and CRP concentration. The high-to-very high-risk group had an average ASDAS score of 2.5 ± 0.8 , which was higher (reflecting higher disease activity) than the low-to-moderate risk group (ASDAS 2.0 ± 0.7); the average CRP concentration in the high-to-very high-risk group (19.29 ± 23.58 mg/L) was about 1.4 times higher than the low-to-moderate risk group (13.65 ± 21.06); the group with disease duration > 5 years had an average cardiovascular risk prediction score of $8.16 \pm 7.27\%$, about 2.5 times higher than the group with disease duration < 5 years, which had a cardiovascular risk prediction score of $3.29 \pm 2.46\%$.

Conclusion:

Patients with ankylosing spondylitis have a high cardiovascular risk. Several factors are associated with cardiovascular risk in AS patients: disease duration, CRP concentration, and disease activity level. It is necessary to assess cardiovascular risk in patients with ankylosing spondylitis to promptly identify and intervene on risk factors.

Keywords: Cardiovascular risk, Spondylo Arthritis, Rheumatoid Arthritis, SCORE-2

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOSTEROID TẠI KHỚP TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DO GÚT CẤP

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

ĐT: 0912.210.299 | Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Bùi Thị Hương ⁽¹⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽¹⁾, Phùng Đức Tâm ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Trà ⁽¹⁾
Nguyễn Ngọc Bích ⁽²⁾, Đặng Chí Hiếu, ⁽³⁾ Ngô Thị Thục Nhân, ⁽⁴⁾ Lại Văn Trung ⁽⁵⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Bạch Mai, (3) Bệnh viện E
(4) Đại học Điều dưỡng Nam Định, (5) Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Tổng quan: Gút là một trong số những bệnh khớp viêm thường gặp nhất. Điều trị cơn gút cấp chủ yếu là thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs), colchicin hoặc corticoid đường toàn thân. Tiêm corticosteroid nội khớp được đề xuất như là một lựa chọn thay thế để điều trị cho bệnh nhân bị bệnh gút cấp tính một khớp hoặc một số ít khớp (≤ 4 khớp), hoặc có những bệnh đi kèm chống chỉ định với các liệu pháp đã được sử dụng khác như NSAIDs hoặc colchicine. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam đánh giá hiệu quả điều trị tiêm corticosteroid nội khớp do gút cấp.

Mục tiêu:

- Đánh giá kết quả của liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp trong điều trị viêm khớp do gút cấp.
- Nhận xét tính an toàn của liệu pháp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, tiền cứu. Các bệnh nhân gút cấp biểu hiện viêm tại khớp với tổng số khớp đau ≤ 4 tại khoa khám bệnh và trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân được tiến hành tiêm nội khớp bằng Methylprednisolon acetat (Depo-medrol) dưới hướng dẫn siêu âm tại khớp viêm. Các thông số được thu thập qua biên bản kết quả.

Kết quả: 43 bệnh nhân, bao gồm 20 khớp cổ chân và 23 khớp gối bị viêm đã được đưa vào nghiên cứu. Có sự cải thiện đáng kể về mức độ giảm đau, góc vận động và thang điểm vận động khớp sau khi tiêm corticosteroid (thang điểm FAOS và LEFS), thời gian cải thiện các triệu chứng được đánh giá tốt trong 48h sau tiêm. Tỷ lệ cải thiện các triệu chứng viêm khớp do gút sau 4 tuần là 97,7%, sau 8 tuần là 90,7% và tác dụng này duy trì đến 12 tuần sau tiêm. Thời gian giảm đau sau tiêm trung bình là 15,8 giờ. Tỷ lệ tái phát viêm khớp được tiêm Depo-medrol sau 4 tuần là 9,3%. Tác dụng không mong muốn được báo cáo bao gồm nóng bừng mặt (7%), đau tăng sau tiêm (4,7%)

Kết luận: Liệu pháp tiêm corticosteroid nội khớp có tác dụng chống viêm giảm đau 90,7% bệnh nhân viêm khớp do gút cấp sau 3 tháng điều trị. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn của liệu pháp là 11,7%, trong đó 9,3% bệnh nhân gặp 2 tác dụng phụ.

Từ khóa: Gút cấp. Viêm khớp gối. Viêm khớp cổ chân. Tiêm corticosteroid nội khớp.

EVALUATION OF THE CLINICAL EFFECTIVENESS OF CORTICOSTEROID INJECTION IN THE TREATMENT OF ACUTE GOUTY ARTHRITIS IN THE LOWER EXTREMITY

Abstract:

Overview: Gout is one of the most common inflammatory joint diseases. Treatment of acute gout attacks is mainly non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), colchicine or systemic corticosteroids. Intra-articular corticosteroids injection are proposed as an alternative treatment option for patients with acute gout in one joint or a few joints (≤ 4 joints), or with comorbidities that contraindicate other therapies such as NSAIDs or colchicine. There has been no study in Vietnam evaluating the effectiveness of intra-articular corticosteroid injection for acute gout.

Objectives:

1. To evaluate the results of intra-articular corticosteroid injection therapy in the treatment of acute gouty arthritis.
2. Comment on the safety of this therapy.

Subjects and methods: Cross-sectional, prospective study. Patients with acute gout manifesting in the extremity limb joints with a total number of painful joints ≤ 4 at the Outpatient Department and the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital were included in the study. Patients underwent intra-articular injection of methylprednisolone acetate (Depo-Medrol) under ultrasound guidance in the inflamed joint.

Results: 43 patients, including 20 ankle joints and 23 knee joints inflamed, were included in the study. There was a significant improvement in pain relief, angle of motion, and joint mobility FAOS and LEFS scores after corticosteroid injection. The duration of symptom improvement was assessed as good within 36 hours after injection. 97.7% of patients maintained the post-injection effect at 4 weeks, 90.7% after 8 weeks. The overall success rate of intra-articular corticosteroid injection in the treatment of acute gouty arthritis was 97.67% for both the knee and ankle joints. The mean duration of pain relief after injection was 15.8 hours. No serious side effects were noted. 9.3% of patients had a recurrence of acute gout at the injection site. All cases of acute gout recurrence occurred at least 4 weeks after injection.

Conclusion: Intra-articular corticosteroid injection initially showed a 90,7% of good results in the treatment of acute gouty arthritis of the lower limbs at 3 months after injection. The rate of adverse effects of therapy is 11.7%, of which 9.3% of patients experienced 2 side effects.

Keywords: Acute gout. Knee arthritis. Ankle Arthritis. Intra-articular corticosteroid injection.

**ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ
BẰNG THANG ĐIỂM DN4**

Người chịu trách nhiệm chính: Ths. BSNT. Đinh Hà Giang
ĐT: 0965.897.122 | Email: dinhhagiang.hmu@gmail.com
Đinh Hà Giang ⁽¹⁾, Nguyễn Ngọc Bích ⁽¹⁾
(1) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

1. Đánh giá đặc điểm nhóm nghiên cứu và tỉ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng thang điểm DN4.
2. Khảo sát mối liên quan giữa đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và một số yếu tố lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu: 27 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có đau cột sống với VAS ≥ 3 điểm, đến khám tại Phòng khám bệnh ngoại trú cơ xương khớp hoặc điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ 6/2024-12/2024.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có đau cột sống cổ do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm DN4 là 55,6%. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp như: tê bì (85,2%), kim châm (48,1%), kiến bò (40,7%). Nhóm bệnh nhân đau do nguyên nhân thần kinh có tuổi trung bình, điểm VAS trung bình, tỉ lệ có triệu chứng Spurling và số tầng thoát vị đĩa đệm trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân không đau do nguyên nhân thần kinh.

Kết luận: Cần đánh giá tình trạng đau do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoái hoá cột sống cổ, nhằm lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp để giảm đau cho bệnh nhân.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, đau thần kinh, DN4

**ASSESSMENT OF NEUROPATHIC PAIN
IN CERVICAL HERNIATED DISC PATIENTS
BY DN4 QUESTIONNAIRE**

Abstract:

Objectives:

1. To assess neuropathic pain in cervical herniated disc patient by DN4 questionnaire.
2. To study the relation between neuropathic pain in cervical herniated disc patient with other clinical factors.

Subject and methods: 27 cervical herniated disc patients, who had VAS spinal pain score ≥ 3 points and were treated in the Centre for Rheumatology and the Outpatient clinic, Bach Mai hospital from June 2024 to December 2024.

Research methods: Cross-sectional study.

Results: The percentage of patients with neuropathic spinal pain assessed by the LANSS score was 55,6%. The common clinical symptoms such as numbness (85,2%), pins and neeless (48,1%), tingling (40,7%). The group of neuropathic pain patients has average age, average VAS, Spurling symptom proportion and average disc herniation are higher than higher than those in the group without neuropathic spinal pain.

Conclusion: It is necessary to assess neuropathic pain in cervical herniated disc patient to find out suitable treatment method.

Keywords: Cervical herniated disc, neuropathic pain, DN4

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU HỆ VI SINH ĐƯỜNG RUỘT CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI VIỆT NAM

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Bích

Email: nguyennngocbichnt36bm@gmail.com | ĐT: 0988.080.861

Nguyễn Ngọc Bích ⁽¹⁾⁽²⁾, Trịnh Mỹ Đình ⁽²⁾, Nguyễn Thảo Hiền ⁽³⁾

Nguyễn Thị Ngọc Lan ⁽²⁾, Trần Thị Thanh Tâm ⁽³⁾

(1) Bệnh viện Bạch Mai

(2) Trường Đại học Y Hà Nội

(3) Trường Đại học Khoa học và Công nghệ Hà Nội

Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

Tóm tắt:

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh viêm hệ thống đặc trưng bởi tình trạng viêm ở nhiều khớp, dẫn đến phá hủy khớp.

Ở Việt Nam, VKDT chiếm hơn 20% các bệnh lý khớp, với số lượng bệnh nhân trẻ tuổi ngày càng tăng. Bệnh tiến triển nhanh, song nguyên nhân chính xác vẫn chưa được hiểu rõ. Các yếu tố môi trường như hút thuốc, nội tiết tố, hệ vi sinh và nhiễm trùng đã được chứng minh có liên quan đến sự phát triển của bệnh.

Một giả thuyết cho rằng sự hiện diện của vi khuẩn Gram dương trong đường ruột có thể thúc đẩy giải phóng các chất chuyển hóa độc hại vào máu, từ đó khởi phát viêm khớp.

Đối tượng nghiên cứu: 23 bệnh nhân VKDT mới chẩn đoán và 20 người khỏe mạnh tại Bệnh viện Bạch Mai. Mẫu phân cùng với dữ liệu lâm sàng của tất cả đối tượng tham gia được thu thập để tách DNA và tiến hành giải trình tự metagenomic 16S rRNA.

Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân VKDT và nhóm chứng không khác biệt đáng kể về tuổi, giới, BMI và mức độ hoạt động bệnh. Mặc dù không có sự khác biệt về đa dạng alpha, nhưng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đa dạng beta được ghi nhận giữa hai nhóm ở cả khoảng cách UniFrac có trọng số và không trọng số. Chúng tôi phát hiện sự gia tăng hệ vi khuẩn Lactococcus, Solobacterium, Faecalibaculum và Corynebacterium, cùng với sự giảm Bacteroides ở bệnh nhân VKDT so với nhóm chứng. Nghiên cứu này cung cấp bằng chứng về vai trò của hệ vi sinh đường ruột trong cơ chế bệnh sinh VKDT, đồng thời gợi ý khả năng sử dụng hệ vi sinh đường ruột như dấu ấn sinh học tiềm năng trong chẩn đoán và điều trị VKDT ở bệnh nhân Việt Nam.

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, hệ vi sinh đường ruột, nghiên cứu đoàn hệ, đa dạng beta, dấu ấn sinh học.

PRELIMINARY INSIGHTS INTO THE GUT MICROBIOTA OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS IN VIETNAM

Abstract:

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic inflammatory disease characterized by inflammation in multiple joints, leading to joint destruction.

In Vietnam, the prevalence of RA accounted for about more than 20% of all joint diseases with a growing number of young patients. The disease progresses rapidly, but its exact cause remains not fully understood. Environmental factors such as smoking, hormones, microbiota, and infections have been

shown to contribute to the development of RA. The hypothesis suggests that the presence of Gram-positive bacteria in the gut may promote the release of toxic metabolites into the bloodstream, which in turn triggers joint inflammation.

In this study, we recruited 23 newly diagnosed RA patients and 20 healthy controls at the Bach Mai Hospital. Fecal samples along with clinical characteristics from all participants were collected for DNA extraction and 16S rRNA metagenomic sequencing.

Our results demonstrated that RA patients and healthy controls were comparable in terms of age, gender, and BMI, and activity disease. Although there were no significant differences in alpha diversity between RA patients and healthy controls, statistically significant differences in beta diversity were observed between the two groups in both Unweighted and Weighted UniFrac distances. We detected an increase in *Lactococcus*, *Solobacterium*, *Faecalibaculum* and *Corynebacterium* genera and a decrease of *Bacteroides* in RA patients compared to healthy controls. The current study provides evidence for the contribution of gut microbiota to the pathogenesis of RA and suggests that gut microbes could serve as potential biomarkers for diagnosis and treatment of RA in Vietnamese patients.

Keywords: rheumatoid arthritis, gut microbiota, cohort study, beta diversity, biomarkers.

ẢNH HƯỞNG CỦA MỘT SỐ THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID (CELECOXIB, ETORICOXIB, MELOXICAM) VỚI HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP NGUYÊN PHÁT

Người chịu trách nhiệm chính: TS.BS Lê Thị Liễu
Email: lieubm@gmail.com | Điện thoại: 0982.886.339
Nguyễn Đức Hiếu ⁽¹⁾, Trần Thị Tô Châu ⁽¹⁾⁽²⁾, Lê Thị Liễu ⁽¹⁾⁽²⁾
(1) Trường Đại học Y Hà Nội
(2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

1. Khảo sát sự thay đổi huyết áp ở bệnh nhân thoái hoá khớp nguyên phát sử dụng một số thuốc chống viêm không Steroid (Celecoxib, Etoricoxib, Meloxicam).
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến ảnh hưởng lên huyết áp của một số thuốc chống viêm không steroid ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

Đặt vấn đề:

Thoái hóa khớp (THK) thường đi kèm với tăng huyết áp ở người cao tuổi. Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) được sử dụng phổ biến trong điều trị nhưng có thể ảnh hưởng đến huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

190 bệnh nhân THK nguyên phát, huyết áp ổn định (HATT/HATTr <140/90 mmHg) điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai, được dùng một trong các NSAIDs trên liên tục 2 tuần. Nghiên cứu theo dõi trước sau.

Kết quả nghiên cứu:

Sau điều trị, cả ba nhóm thuốc đều làm tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê, mức tăng ở nhóm Etoricoxib cao hơn rõ rệt so với Celecoxib và Meloxicam. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp vượt ngưỡng tăng huyết áp chiếm 12,11%. Đáng chú ý, những bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ vượt ngưỡng cao hơn 12,36 lần so với nhóm không có tiền sử.

Summary:

Objectives:

1. To investigate the changes in blood pressure among patients with primary osteoarthritis received non-steroidal anti-inflammatory drugs (Celecoxib, Etoricoxib, or Meloxicam).
2. To evaluate certain factors associated with the impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure in the study population.

Background:

Osteoarthritis commonly coexists with hypertension in the elderly. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are widely used in osteoarthritis treatment but may influence on blood pressure.

Subjects and methods:

A before-and-after study was conducted on 190 patients with primary osteoarthritis and stable blood pressure (Systolic/Diastolic BP <140/90 mmHg) treated at Bach Mai Hospital. Patients were administered one of the aforementioned NSAIDs continuously for 2 weeks.

Results:

After treatment, all three drug groups caused a statistically significant increase in blood pressure. The increase observed in the Etoricoxib group was markedly higher than that in the Celecoxib and Meloxicam groups. The percentage of patients whose blood pressure exceeded the hypertensive threshold was 12.11%. Notably, patients with a prior history of hypertension had a 12.36-fold higher risk of exceeding this threshold compared to those with no such history.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TRONG BỆNH VIÊM CÂN GAN CHÂN

Người chịu trách nhiệm chính: **Đỗ Thị Thùy Linh**

Email: linhdo0822@gmail.com

Đỗ Thị Thùy Linh⁽¹⁾, Tạ Thị Hương Trang⁽¹⁾⁽²⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và hình ảnh siêu âm ở nhóm bệnh nhân Viêm cân gan chân.

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 64 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm cân gan chân theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh lý viêm cân gan chân của Hiệp hội Vật lý trị liệu Hoa Kỳ (APTA)1, tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025.

Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp X-quang, siêu âm cân gan chân đánh giá theo tiêu chí nghiên cứu.

Kết quả:

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 87.5% bệnh nhân là nữ giới, tuổi trung bình mắc bệnh 54, có 70.3% bệnh nhân thuộc nhóm lao động thể lực phải đi lại và đứng nhiều, chỉ số khối trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 22.8, chủ yếu tập trung ở nhóm người thừa cân với tỷ lệ 51.5%, có 35.9% bệnh nhân có đặc điểm bàn chân bẹt, có 34.4% bệnh nhân có gai xương gót chân trên hình ảnh X-quang. Trên hình ảnh siêu âm cân gan chân, hình ảnh giảm âm và bao gân dày chiếm tỷ lệ lần lượt là 98.4% và 75.0%, độ dày trung bình cân gan chân 4.9 mm.

Kết luận:

Viêm cân gan chân là bệnh lý phổ biến gây lên tình trạng đau gót chân, gặp chủ yếu ở các bệnh nhân nữ giới trung niên, liên quan đến các yếu tố về nghề nghiệp, tình trạng thừa cân. Chẩn đoán cần kết hợp giữa các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh siêu âm, trong khi vai trò của gai xương gót chân trên X-quang chưa có nhiều ý nghĩa quyết định.

Từ khóa: Đau gót chân, Viêm cân gan chân, siêu âm, X-quang.

CLINICAL, RADIOGRAPHIC, AND ULTRASONOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PLANTAR FASCIITIS

Summary:

Objectives:

To describe the clinical characteristics, radiographic, and ultrasound imaging findings in a group of patients with plantar fasciitis.

Subjects:

64 patients diagnosed with plantar fasciitis according to the diagnostic criteria of the American Physical Therapy Association (APTA), recruited at the Musculoskeletal Center of Bach Mai Hospital from August 2024 to May 2025.

Methods:

A cross-sectional descriptive study. Patients underwent clinical examination, X-ray imaging, and ultrasound of the plantar fascia based on predefined research criteria.

Results:

Among the study population, 87.5% were female, with a mean age of 54 years at disease onset. A majority of patients (70.3%) were engaged in occupations involving physical labor, particularly those requiring prolonged standing and walking. The mean body mass index (BMI) was 22.8, with 51.5% of patients classified as overweight. Flatfoot deformity was identified in 35.9% of patients, while calcaneal spurs were detected on plain radiographs in 34.4% of cases. On ultrasound examination of the plantar fascia, hypoechogenicity and fascial thickening were observed in 98.4% and 75.0% of patients, respectively. The mean thickness of the plantar fascia was 4.9 mm.

Conclusion:

Plantar fasciitis is a common condition that causes heel pain, primarily affecting middle-aged women. It is often associated with occupational factors and being overweight. Diagnosis requires a combination of clinical symptoms and ultrasound imaging, whereas the presence of calcaneal spurs on X-ray has limited diagnostic significance.

Keywords: Heel pain, Plantar fasciitis, ultrasound, X-ray

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VÀ X-QUANG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GÂN CHÓP XOAY CANXI HÓA

Tác giả: Bs Trịnh Hoài Phương
Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và X-quang ở người bệnh viêm gân chóp xoay canxi hóa.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng: 104 người bệnh được chẩn đoán viêm gân chóp xoay canxi hóa điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 08/2024 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $53,55 \pm 10,26$, đa phần là nữ giới (84,6%), thời gian mắc bệnh dưới 1 tháng chiếm 45,2%, tổng điểm SPADI trung bình là $49,98 \pm 19,85$, chủ yếu hạn chế vận động tác dụng và xoay ngoài. Kích thước tổn thương canxi hóa trung bình là $6,03 \pm 4,44$ mm. Trên 90% người bệnh có hình ảnh tổn thương canxi hóa trên siêu âm thuộc loại 2 và 3 theo Bianchi và Martinoli. 37,5% người bệnh có tổn thương canxi hóa trên X - quang, trong đó 56,41% là tổn thương loại 2 theo Gartner.

Kết luận: Mức độ đau và hạn chế vận động khớp vai trên lâm sàng hầu hết ở mức trung bình đến nặng, hình ảnh siêu âm và X-quang chủ yếu tương ứng với giai đoạn thoái biến tổn thương canxi hóa gân chóp xoay.

Từ khóa: gân chóp xoay, viêm gân canxi hóa.

CLINICAL FEATURES, ULTRASOUND AND X-RAY IMAGES IN CALCIFIC TENDINITIS OF THE ROTATOR CUFF PATIENTS

Summary:

Objectives: Describe the clinical features, ultrasound and X-ray images in calcific tendinitis of the rotator cuff patients.

Methods: Cross-sectional descriptive study.

Subjects: 104 patients diagnosed with calcific tendinitis of the rotator cuff visiting Hanoi Medical University Hospital from August 2024 to August 2025.

Results: The average age was 53.55 ± 10.26 , 84.6% of patients were female. 45.2% of patients had a disease duration of less than 1 months. The average total SPADI score was 49.98 ± 19.85 , mainly showing limited abduction and external rotation movements. The average size of calcific lesions was 6.03 ± 4.44 mm. Over 90% of patients showed calcific lesion images on ultrasound classified as type 2 and 3 according to Bianchi and Martinoli. 37.5% of patients had calcific lesions on X-ray, of which 56.41% were classified as type 2 according to Gartner.

Conclusion: The level of pain and movement limitation in clinical findings was mostly moderate to severe, ultrasound and X-ray images primarily corresponded to the degenerative stage of calcific lesions.

Keyword: the rotator cuff, calcific tendinitis.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG VÀ SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP HÁNG NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thị Trà ⁽¹⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽²⁾⁽³⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

(3) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang, siêu âm ở bệnh nhân thoái hóa khớp háng nguyên phát và phân tích mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với hình ảnh Xquang, siêu âm ở nhóm bệnh nhân trên.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp háng nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR 1991 tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (07/2024 - 07/2025).

Kết quả: Tuổi trung bình $70,7 \pm 11,6$; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 80,6%; Nữ giới chiếm 68,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp: Đau khi đi bộ 98%; Đau khi lên xuống cầu thang 96,1%; Hạn chế biên độ vận động khớp háng 52,9%. Đặc điểm hình ảnh Xquang: Gai xương đùi 74,5%; Đặc xương dưới sụn 76,5%; Hẹp khe khớp 58,8%; Biến dạng chỏm xương đùi 25,5%. Đặc điểm hình ảnh siêu âm: Dày màng hoạt dịch 58,8%; Tràn dịch 39,2%; Gai xương đùi 78,4%; Biến dạng chỏm xương đùi 25,5%. Triệu chứng đau và rối loạn chức năng theo WOMAC tăng dần theo phân độ Kellgren–Lawrence trên Xquang ($p < 0,05$); Dày màng hoạt dịch và tràn dịch trên siêu âm liên quan rõ rệt với biểu hiện đau trên lâm sàng ($p < 0,001$).

Kết luận: Thoái hóa khớp háng nguyên phát gặp chủ yếu ở bệnh nhân cao tuổi, nữ giới gấp 2,2 lần nam giới. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: Đau khớp háng kiểu cơ học và hạn chế biên độ vận động khớp háng. Các hình ảnh Xquang, siêu âm khớp háng có liên quan với các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.

Từ khóa: thoái hóa khớp háng, siêu âm, Xquang, lâm sàng, WOMAC.

CLINICAL, RADIOGRAPHIC AND ULTRASONOGRAPHIC FEATURES IN PATIENTS WITH PRIMARY HIP OSTEOARTHRITIS

Summary:

Objectives: To describe clinical, radiographic and ultrasonographic features in patients with primary hip osteoarthritis and to analyze associations of clinical features with radiographic and ultrasonographic findings.

Methods: Cross-sectional descriptive study of 45 patients diagnosed with primary hip osteoarthritis according to the 1991 ACR criteria, at the Rheumatology Center of Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital (July 2024–July 2025).

Results: The mean age was 70.7 ± 11.6 years; 80.6% were ≥ 60 years and 68.9% were female.

Most common clinical features were hip pain during walking (98%), pain with stair ascent/descent (96.1%), and restricted hip range of motion (52.9%). Radiographic findings included subchondral sclerosis (76.5%), femoral osteophytes (74.5%), joint-space narrowing (58.8%), and femoral head deformity (25.5%). Ultrasonography showed synovial hypertrophy (58.8%) and effusion (39.2%), as well as femoral osteophytes (78.4%) and femoral head deformity (25.5%). WOMAC pain and function scores increased with higher Kellgren–Lawrence grades ($p < 0.05$). Synovial hypertrophy and effusion were strongly associated with clinical pain ($p < 0.001$).

Conclusions: Primary hip osteoarthritis mainly affects older adults, with a female-to-male ratio of approximately 2.2:1. The main clinical features were mechanical hip pain and reduced hip range of motion. Hip radiographic and ultrasonographic findings were associated with patients' clinical features.

Keywords: hip osteoarthritis; ultrasonography; radiography; clinical features; WOMAC.

ĐẶC ĐIỂM NIỀM TIN VỀ THUỐC CỦA BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Người chịu trách nhiệm chính: **Phạm Hoài Thu**
Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn | ĐT: 0983.992.383
Đinh Đức Anh ⁽¹⁾, Phạm Hoài Thu ⁽¹⁾, Trần Thị Tô Châu ⁽²⁾
(1) Đại học Y Hà Nội
(2) Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm niềm tin về thuốc và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm khớp dạng thấp tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 142 bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp - bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025. Đánh giá niềm tin về thuốc dựa trên bộ câu hỏi BMQ (Beliefs about medicines questionnaire) bao gồm 2 thang đo: BMQ - Cần thiết và BMQ - Lo lắng.

Kết quả: Bệnh nhân có mức độ tin tưởng cao vào thuốc điều trị (BMQ - Cần thiết: $19,44 \pm 2,26$), đồng thời cũng biểu hiện lo lắng liên quan đến việc sử dụng thuốc (BMQ - Lo lắng: $18,45 \pm 2,03$). Điểm BMQ-Cần thiết cao hơn ở bệnh nhân sống tại thành thị ($p = 0,008$), có học vấn sau phổ thông ($p = 0,043$), huyết thanh dương tính ($p = 0,004$) và sử dụng thuốc sinh học ($p = 0,001$). Thang điểm này tương quan nghịch với tuổi ($r = -0,307$; $p < 0,001$) và DAS28-CRP ($r = -0,430$; $p < 0,001$), nhưng tương quan thuận với thời gian mắc bệnh ($r = 0,423$; $p < 0,001$). Ngược lại, điểm BMQ-Lo lắng cao hơn ở bệnh nhân sống tại nông thôn ($p = 0,032$) và không dùng thuốc sinh học ($p < 0,001$); đồng thời có tương quan thuận với tuổi ($r = 0,174$; $p = 0,039$) và DAS28-CRP ($r = 0,553$; $p < 0,001$), nhưng tương quan nghịch với thời gian mắc bệnh ($r = -0,349$; $p < 0,001$).

Kết luận: Phần lớn bệnh nhân VKDT vừa tin tưởng vào sự cần thiết của thuốc, vừa tồn tại lo lắng trong quá trình sử dụng. Niềm tin mạnh hơn được ghi nhận ở bệnh nhân thành thị, học vấn cao, huyết thanh dương tính, sử dụng thuốc sinh học và mắc bệnh lâu năm. Ngược lại, lo lắng nổi bật ở bệnh nhân nông thôn, tuổi cao, không dùng thuốc sinh học và có mức độ hoạt động bệnh cao

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, niềm tin về thuốc, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

BELIEFS ABOUT MEDICATIONS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT THE DEPARTMENT OF RHEUMATOLOGY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract:

Objective: To describe medication beliefs and identify related factors among patients with rheumatoid arthritis (RA) at the Department of Rheumatology, Hanoi Medical University Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 142 RA inpatients at the Department of Rheumatology, Hanoi Medical University Hospital from October 2024 to April 2025. Medication beliefs were assessed using the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), consisting of two subscales: BMQ–Necessity and BMQ–Concerns.

Results: Patients reported a high belief in the necessity of medications (BMQ–Necessity: 19.44 ± 2.26), while also expressing considerable concerns about their use (BMQ–Concerns: 18.45 ± 2.03). The BMQ–Necessity score was significantly higher among patients living in urban areas ($p = 0.008$), with education beyond high school ($p = 0.043$), positive serology ($p = 0.004$), and those using biologic agents ($p = 0.001$). This score was negatively correlated with age ($r = -0.307$; $p < 0.001$) and DAS28-CRP ($r = -0.430$; $p < 0.001$), but positively correlated with disease duration ($r = 0.423$; $p < 0.001$). In contrast, the BMQ–Concerns score was higher among patients living in rural areas ($p = 0.032$) and those not using biologic agents ($p < 0.001$). It was positively correlated with age ($r = 0.174$; $p = 0.039$) and DAS28-CRP ($r = 0.553$; $p < 0.001$), and negatively correlated with disease duration ($r = -0.349$; $p < 0.001$).

Conclusion: Most RA patients both believed in the necessity of their medications and expressed concerns about their use. Stronger necessity beliefs were observed among urban patients, those with higher education, positive serology, biologic therapy, and longer disease duration. Conversely, greater concerns were found in rural patients, older individuals, those not using biologics, and patients with higher disease activity.

Keywords: Rheumatoid arthritis; beliefs about medications; Hanoi Medical University Hospital

TỒN THƯƠNG ZONA THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Người chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hương Trang

Email: trangntnoi@yahoo.com | ĐT: 0948.253.307

Nguyễn Thị Phương⁽¹⁾, Nguyễn Văn Hùng⁽¹⁾, Tạ Thị Hương Trang⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Nhận xét các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân zona thần kinh ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp.
- Khảo sát một số yếu tố liên quan đến bệnh zona thần kinh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu gồm: 85 Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn New York sửa đổi 1984 tại Bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện E từ 8/2024 đến tháng 8/2025.

Kết quả nghiên cứu: Bệnh nhân VCSDK với độ tuổi trung bình là $35,95 \pm 12,38$. Triệu chứng tiền triệu thường gặp ở bệnh nhân VCSDK có zona thần kinh bao gồm: ngứa (89,29%), nóng rát (92,86%) và mệt mỏi (57,14%). Các yếu tố làm tăng tỷ lệ zona thần kinh ở bệnh nhân VCSDK theo mức độ ảnh hưởng: Quá trình điều trị ≥ 2 thuốc sinh học: OR = 9,6; 95%CI: 2,85–32,27; p = 0,000. Mức độ hoạt động bệnh cao BASDAI ≥ 4 : OR = 7,5; 95%CI: 1,29–43,57; p = 0,008. Thời gian mắc bệnh VCSDK ≥ 5 năm: OR = 7,05; 95%CI: 2,25–22,11; p = 0,0001. Mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS-CRP $\geq 2,1$: OR = 3,96; KTC 95%: 1,44–10,87; p = 0,004. Tuổi ≥ 50 tuổi: OR = 3,4; 95%CI: 1,01–11,48; p = 0,036.

Kết luận: Các yếu tố làm tăng tỷ lệ zona thần kinh ở bệnh nhân VCSDK theo mức độ ảnh hưởng. Mức độ hoạt động bệnh cao BASDAI ≥ 4 . Thời gian mắc bệnh VCSDK ≥ 5 năm. Mức độ hoạt động bệnh theo thang điểm ASDAS-CRP $\geq 2,1$. Tuổi ≥ 50 tuổi. Dựa trên gánh nặng bệnh tật và nguy cơ đã được chứng minh, cần tích cực tư vấn và khuyến khích bệnh nhân VCSDK, đặc biệt là nhóm nguy cơ cao, tiêm vắc-xin phòng ngừa herpes zoster theo các khuyến cáo hiện hành

Từ khóa: Viêm cột sống dính khớp, Zona thần kinh.

HERPES ZOSTER NEUROPATHY IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Abstract:

Objectives:

- To describe the clinical characteristics of herpes zoster in patients with ankylosing spondylitis (AS).

2. To investigate factors associated with herpes zoster in this patient population. Methods: Cross-sectional descriptive study. Participants included 85 patients with AS diagnosed according to the 1984 Modified New York criteria at Bach Mai Hospital and E Hospital from August 2024 to August 2025.

Results: The mean age of patients with AS was 35.95 ± 12.38 years. Among AS patients who developed herpes zoster, common prodromal symptoms included pruritus (89.29%), burning pain (92.86%), and fatigue (57.14%). Factors associated with increased odds of herpes zoster in AS, in descending magnitude of effect, were: treatment with ≥ 2 biologic agents (OR = 9.6; 95% CI: 2.85–32.27; $p < 0.001$), high disease activity with BASDAI ≥ 4 (OR = 7.5; 95% CI: 1.29–43.57; $p = 0.008$), disease duration ≥ 5 years (OR = 7.05; 95% CI: 2.25–22.11; $p < 0.001$), ASDAS-CRP ≥ 2.1 (OR = 3.96; 95% CI: 1.44–10.87; $p = 0.004$), and age ≥ 50 years (OR = 3.4; 95% CI: 1.01–11.48; $p = 0.036$).

Conclusions: In AS, higher risk of herpes zoster is associated with elevated disease activity (BASDAI ≥ 4), longer disease duration (≥ 5 years), ASDAS-CRP ≥ 2.1 , and age ≥ 50 years. Given the disease burden and demonstrated risk, proactive counseling and strong encouragement of herpes zoster vaccination in accordance with current guidelines are warranted, especially for high-risk patients.

Keywords: Ankylosing spondylitis; Herpes zoster.

KHẢO SÁT NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM ASCVD Ở BỆNH NHÂN GÚT

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: vinhngoc@hmu.edu.vn | ĐT: 0912.210.299

Nguyễn Lê Phương Thảo ⁽¹⁾⁽³⁾, Nguyễn Vĩnh Ngọc ⁽¹⁾, Lê Thị Liễu ⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Bạch Mai

(3) Bệnh viện trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm ASCVD ở bệnh nhân gút.
- Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 156 bệnh nhân gút ACR/EULAR 2015, khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2024 đến tháng 9/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử và khám lâm sàng và thu thập theo mẫu bệnh án chung.

Kết quả và kết luận: Nghiên cứu tiến hành trên 156 bệnh nhân gút cho thấy phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, nam giới chiếm ưu thế, với tỷ lệ cao các yếu tố đồng mắc như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân và hút thuốc. Điểm ASCVD trung bình là $14,86 \pm 10,68\%$, trong đó nhóm nguy cơ trung bình và cao chiếm tới 64,1%. Phân tích cho thấy nguy cơ tim mạch tăng đáng kể ở bệnh nhân ≥ 50 tuổi, mắc bệnh ≥ 5 năm, gút mạn, có tophi, cũng như ở những người có tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc và CRP-hs hoặc cholesterol tăng. Hồi quy đa biến xác định tuổi, thời gian mắc bệnh, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc và acid uric máu tăng là các yếu tố nguy cơ độc lập của ASCVD.

Từ khóa: gút, nguy cơ tim mạch 10 năm, thang điểm ASCVD.

ASSESSMENT OF 10-YEAR CARDIOVASCULAR RISK USING THE ASCVD SCORE IN PATIENTS WITH GOUT ABSTRACT

Abstract:

Objectives:

- To evaluate the 10-year cardiovascular risk according to the ASCVD score in patients with gout.
- To investigate the association between cardiovascular risk and some clinical and paraclinical characteristics of the studied patients.

Subjects: Including 156 gout patients diagnosed according to ACR/EULAR 2015, examined and treated at Bach Mai Hospital from September 2024 to September 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study. All patients participating in the study were interviewed about medical history, underwent clinical examination, and data were collected according to a common medical record form.

Results and Conclusions: The study conducted on 156 gout patients showed that most subjects belonged to middle-aged and elderly groups, males predominated, with high rates of comorbidities such as hypertension, dyslipidemia, overweight, and smoking. The mean ASCVD score was $14.86 \pm 10.68\%$, in which the intermediate and high-risk groups accounted for 64.1%. Analysis showed that cardiovascular risk increased significantly in patients ≥ 50 years old, disease duration ≥ 5 years, chronic gout, presence of tophi, as well as in those with hypertension, diabetes, smoking, and elevated hs-CRP or cholesterol. Multivariate regression identified age, disease duration, hypertension, diabetes, smoking, and elevated serum uric acid as independent risk factors for ASCVD.

Keywords: gout, 10-year cardiovascular risk, ASCVD score.

TỒN THƯƠNG ZONA Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Người chịu trách nhiệm chính: PGS.TS Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: Trangntnoi@yahoo.com | ĐT: 0948.253.307

Nguyễn Văn Tuấn ⁽¹⁾⁽³⁾, Tạ Thị Hương Trang ⁽¹⁾⁽²⁾, PGS. TS. Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Trường Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Bạch Mai

(3) Bệnh viện Hữu Nghị Việt Trì

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Mô tả các đặc điểm lâm sàng của tổn thương zona thần kinh ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.
- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tổn thương zona thần kinh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

Đối tượng nghiên cứu: 93 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn EULAR 2010 có hoặc không có mắc zona thần kinh đến khám bệnh hoặc điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện E, bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 8 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được hỏi bệnh, thăm khám và làm các xét nghiệm được thực hiện theo một mẫu bệnh án thống nhất bao gồm đặc điểm về bệnh viêm khớp dạng thấp, đặc điểm tổn thương zona ở nhóm nghiên cứu.

Kết quả và kết luận: Nghiên cứu 93 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có 34 bệnh nhân mắc zona (chiếm 36,56%). Đặc điểm tổn thương zona mụn nước chiếm phần lớn (67,6%); vị trí hay tổn thương là ngực và chi trên với 47,1%; diện tích > 50cm² chiếm 64,7%; điểm VAS khi bị zona là 6,15±0,784; thời gian mắc zona kéo dài ở mức trung bình là 7-14 ngày (67,6%); thời gian đau sau zona từ 1-3 tháng (58,8%) Nguy cơ mắc zona thần kinh ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp sẽ tăng lên khi tuổi bệnh nhân càng cao, thời gian mắc viêm khớp dạng thấp càng lâu, số lượng bệnh nền nhiều, khi thời gian sử dụng corticoid kéo dài và liều dùng corticoid cao, thời gian sử dụng thuốc sinh học kéo dài, phối hợp nhiều nhóm thuốc điều trị.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, Zona thần kinh.

HERPES ZOSTER IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS AND ASSOCIATED FACTORS

Abstract:

Objectives:

- To describe the clinical characteristics of herpes zoster lesions in patients with rheumatoid arthritis (RA).

2. To assess some factors related to herpes zoster lesions in the studied patient group.

Subjects: The study involved 93 patients diagnosed with rheumatoid arthritis based on the 2010 EULAR criteria, with or without herpes zoster, who visited or were hospitalized at Hanoi Medical University Hospital, Bach Mai Hospital, E Hospital, and the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2024 to August 2025.

Methods: A cross-sectional and retrospective descriptive study. All patients underwent anamnesis, clinical examination, and laboratory tests following a standardized medical record template that included RA characteristics and herpes zoster lesions in the study group.

Results and Conclusion: Among the 93 patients, 34 had herpes zoster (36,56%). The predominant lesion type was vesicular (67,6%); the most commonly affected areas were the chest and upper limbs (47,1%); lesion size $>50\text{ cm}^2$ accounted for 64,7%. The mean VAS (Visual Analog Scale) pain score during herpes zoster episodes was 6.15 ± 0.784 . The average duration of herpes zoster was 7–14 days (67,6%), and postherpetic neuralgia lasted from 1–3 months in 58.8% of cases. The risk of herpes zoster in RA patients increases with older age, longer disease duration, more comorbidities, prolonged and high-dose corticosteroid use, longer use of biologics, and the combination of multiple therapeutic drug groups.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Herpes zoster

THỰC TRẠNG VÀ HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Người chịu trách nhiệm chính: **Phạm Hoài Thu**

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn | ĐT: 0983.992.383

Trần Văn Tuấn ⁽¹⁾, Nguyễn Thị Nga ⁽²⁾, Phạm Hoài Thu ⁽¹⁾⁽³⁾

(1) Đại học Y Hà Nội

(2) Bệnh viện Bạch Mai

(3) Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Viêm khớp cột sống (VKCS) là một trong các bệnh lý mạn tính có ảnh hưởng đáng kể đến chức năng vận động của khớp và cột sống cũng như chất lượng sống của người bệnh. Sự hiểu biết của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong tuân thủ và hiệu quả điều trị.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hiểu biết về bệnh bằng bộ câu hỏi B-IPQ và nhận xét một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm khớp cột sống (VKCS) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 76 người bệnh chẩn đoán VKCS theo tiêu chuẩn ASAS 2009 và ASAS 2011, tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2024 - 7/2025 và được đánh giá hiểu biết về bệnh bằng bộ câu hỏi B-IPQ gồm 8 câu hỏi.

Kết quả: Phần lớn người bệnh có mức độ hiểu biết về bệnh cao (55,26%), chỉ 21,06% người bệnh có mức hiểu biết thấp, trong đó tỷ lệ người bệnh có nhận thức cao nhất về tính mạn tính của bệnh và có niềm tin vào điều trị hiện tại. Mức độ hiểu biết về bệnh thấp hơn ở nhóm người bệnh nữ giới, sống ở nông thôn, có trình độ học vấn thấp, có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm, không sử dụng thuốc sinh học và có chỉ số hoạt động bệnh (ASDAS-CRP) mức trung bình - cao ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn người bệnh viêm khớp cột sống có mức độ hiểu biết cao về bệnh (55,26%), có nhận thức về tính mạn tính của bệnh và có niềm tin vào điều trị hiện tại. Hiểu biết về bệnh có liên quan đáng kể đến các yếu tố nhân khẩu học và lâm sàng, đồng thời có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát hoạt động bệnh.

Từ khóa: Viêm khớp cột sống, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, B-IPQ.

CURRENT STATUS AND ILLNESS PERCEPTION OF PATIENTS WITH SPONDYLOARTHRITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Abstract:

Spondyloarthritis (SpA) represents a group of chronic inflammatory diseases primarily affecting the spine and peripheral joints, among which ankylosing spondylitis (AS) is the most common form. Early diagnosis and treatment of SpA are crucial for improving long-term outcomes. Particularly in axial disease without radiographic evidence, timely intervention may help prevent structural damage and disease progression. The management of AS requires a comprehensive approach, including physical rehabilitation, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), conventional disease-modifying

antirheumatic drugs (DMARDs) such as methotrexate and sulfasalazine, as well as biological DMARDs. Illness perception reflects patients' understanding, attitudes, and emotional responses toward their disease and its potential consequences. These perceptions strongly influence treatment adherence and therapeutic effectiveness. Therefore, evaluating illness perception and associated factors in patients with AS is essential to optimize treatment strategies and improve disease management.

Objective: To describe the characteristics of illness perception using the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) and to examine related factors among patients with spondyloarthritis (SpA) at Hanoi Medical University Hospital

Methods: A Cross-sectional study was conducted on 76 patients diagnosed with spondyloarthritis according to ASAS 2009 and ASAS 2011 criteria, at Hanoi Medical University Hospital from August 2024 to July 2025. Using the B-IPQ questionnaire as a tool to assess illness perceptions.

Results: More than half of the patients reported a high level of illness perception (55,26%), while 23,68% had a moderate level and 21,06% had a low level. The highest scores were recorded for chronicity and treatment belief. Lower levels of illness perception were observed in female patients, those living in rural areas, with lower educational attainment, disease duration less than one year, and those not receiving biologic therapy ($p < 0.05$). Disease activity (ASDAS-CRP) was also significantly associated with B-IPQ scores ($p < 0.01$).

Conclusion: The majority of AS patients demonstrated a high level of illness perception (55,26%), particularly regarding the chronic nature of the disease and treatment belief. Illness perception was significantly influenced by demographic and clinical factors and plays an important role in disease activity management.

Keywords: Spondyloarthritis, Hanoi Medical University Hospital, B-IPQ

MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT

Người chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Trang

Email: trangngothi.hmu@gmail.com | ĐT: 0966.158.754

Ngô Thị Trang ⁽¹⁾, Trần Thị Tô Châu ⁽¹⁾⁽²⁾, Nguyễn Thị Phương Thủy ⁽¹⁾⁽²⁾

(1) Trung tâm Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai

(2) Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt:

Mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.
- Khảo sát mối liên quan giữa mật độ xương với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu được tiến hành trên 164 bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024, đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo ACR 1991. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp X-quang khớp gối thẳng – nghiêng hai bên và đo mật độ khoáng xương tại cổ xương đùi và cột sống thắt lưng bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA).

Kết quả: Trong 164 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ loãng xương được ghi nhận: cột sống thắt lưng 31,1%, cổ xương đùi 7,3%, và loãng xương nặng đồng thời tại cả cột sống thắt lưng và cổ xương đùi là 2,5%. Nhóm bệnh nhân thoái hóa khớp gối ≥ 55 tuổi có tỷ lệ loãng xương cao gấp 2,5 lần so với nhóm < 55 tuổi. Tỷ lệ loãng xương ở nữ cao hơn nam nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân có cân nặng bình thường hoặc gầy có nguy cơ loãng xương cao gấp 2,1 lần so với nhóm thừa cân hoặc béo phì ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng (giai đoạn 3, 4) có nguy cơ loãng xương cao gấp 1,5 lần so với nhóm nhẹ (giai đoạn 1, 2).

Kết luận: Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tiến triển cao hơn so với nhóm thoái hóa khớp gối giai đoạn sớm.

Từ khóa: Mật độ xương, Loãng xương, Thoái hóa khớp gối, Thoái hóa khớp.

BONE MINERAL DENSITY AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENT WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS

Abstract:

Objective:

- To determine the prevalence of osteoporosis in primary knee osteoarthritis (OA) patients treated at the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital.

2. To investigate the association between bone mineral density and certain clinical and paraclinical characteristics in the study patient group.

Subjects and research methods:

A retrospective, cross-sectional study method was conducted on 164 patients who visited the Rheumatology Center, Bach Mai Hospital from August 2023 to August 2024, meeting the diagnostic criteria for knee osteoarthritis (OA) according to the American College of Rheumatology (ACR) 1991. The patients underwent clinical examination, bilateral anteroposterior and lateral knee X-rays and bone mineral density measurement at the femoral neck and lumbar spine using dual-energy X-ray absorptiometry (DXA).

Results: In a study of 164 patients, the prevalence of osteoporosis was found to be: lumbar spine (LS) 31.1%, femoral neck 7.3%, and the rate of severe osteoporosis at both LS and femoral neck was 2.5%. The group of patients with knee osteoarthritis (OA) aged 55 years and older had an osteoporosis rate 2.5 times higher than those under 55 years of age. The prevalence of osteoporosis in female patients with knee OA was higher than in males, but this difference was not statistically significant. Patients with normal weight or underweight had a 2.1 times higher risk of osteoporosis compared to those with overweight or obesity ($p < 0.05$). VAS pain score, LEQUESNE score, and WOMAC stiffness and mobility scores were inversely correlated with BMD at the femoral neck ($p < 0.05$). The group of patients with severe knee OA (stage 3, 4) had a 1.5 times higher risk of osteoporosis compared to those with mild knee OA (stage 1, 2).

Conclusion: The prevalence of osteoporosis in patients with advanced knee osteoarthritis (OA) is higher than in those with early-stage knee OA.

Keywords: Bone mineral density, Osteoporosis, Knee osteoarthritis, Osteoarthritis.

BAN THƯ KÝ

SECRETARIAT

ThS. Phạm Thị Minh Nham Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Pham Thi Minh Nham, MD. Centre for Rheumatology
ThS. Trần Huyền Trang Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Tran Huyen Trang, MD. Center for Rheumatology
BS CKII. Phùng Đức Tâm Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Phung Duc Tam, MD. Centre for Rheumatology
ThS. Nguyễn Đức Phong Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Nguyen Duc Phong, MD. Center for Rheumatology
Ths. Phùng Văn Anh Đức Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Phung Van Anh Duc, MD. Centre for Rheumatology
ThS. Ninh Công Phương Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Ninh Cong Phuong, MD. Centre for Rheumatology
BS. Ngô Công Minh Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Ngo Cong Minh, MD. Centre for Rheumatology
CN. Nguyễn Thị Hồng Ngọc Trung tâm Cơ Xương Khớp	BN. Nguyen Thi Hong Ngoc, RN. Centre for Rheumatology
ThS. Phạm Ngọc Dương Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Pham Ngoc Duong, MD. Centre for Rheumatology
BS. Đinh Hà Giang Trung tâm Cơ Xương Khớp	Dr. Dinh Ha Giang, MD. Centre for Rheumatology
CN. Đỗ Thị Hậu Trung tâm Cơ Xương Khớp	BA. Do Thi Hau, MS. Centre for Rheumatology
CN. Lê Đức Cảnh Trung tâm Cơ Xương Khớp	BN. Le Duc Canh, MD. Centre for Rheumatology

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN CÁC NHÀ TÀI TRỢ

Tài trợ Bạch Kim

SANDOZ

Tài trợ Vàng



NOVARTIS

Tài trợ Bạc

Johnson & Johnson

Tài trợ Đồng

 **ZUELLIG
PHARMA**
making healthcare more accessible **CELLTRION** **Gigamed** **MEGA** We care

Đồng tài trợ

 **MENARINI**
ASIA - PACIFIC American
Taiwan
Biopharm **Haliphar®**
TẬN TÂM VÌ SỨC KHỎE **VIATRIS** **Gigamed** **EVER**
NEURO PHARMA **ARTORYS**
Regenerative peptides **BRIDGE HEALTHCARE** **AUROPHARM**
Regenerative medicine **AstraZeneca** **GSK** **SYNMED**
Công nghệ y học –
Vì sức khỏe cộng đồng **wörwag
PHARMA**