

Đánh giá giá trị của chỉ số Amsterdam sửa đổi dự báo nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

A value assessment of modified Amsterdam index forecast the risk for osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis

Trần Thị Hằng*, Nguyễn Thị Ngọc Lan**,
Lê Đình Tuấn*, Nguyễn Thị Phi Nga***,
Nguyễn Tiến Sơn***, Vũ Thanh Bình*,
Nguyễn Thị Ngọc Huyền*, Dương Huy Hoàng*

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình,
**Trường Đại Học Y Hà Nội,
***Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của chỉ số Amsterdam sửa đổi dự báo nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp đến khám và điều trị nội trú tại Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có nguy cơ cao loãng xương theo chỉ số Amsterdam sửa đổi là 84,4%. Chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy 97,44%, độ đặc hiệu 21,35%, giá trị dự đoán dương tính 35,2%, giá trị dự đoán âm tính 95%, diện tích dưới đường cong ROC tại cổ xương đùi 0,64 (0,55 - 0,73) CI 95%. Nếu điều chỉnh yếu tố cân nặng < 50kg (thay bằng cân nặng < 60kg), là một tiêu chí để tính điểm, chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy 89,74%, độ đặc hiệu là 35,96%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,69 (0,59 - 0,78) CI 95%. **Kết luận:** Nguy cơ cao loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp theo chỉ số Amsterdam sửa đổi là 84,4%. Có thể áp dụng chỉ số Amsterdam sửa đổi ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp để sàng lọc những bệnh nhân có nguy cơ loãng xương cao cần được đo mật độ xương để xem xét điều trị loãng xương và dự phòng gãy xương.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, chỉ số Amsterdam sửa đổi, mật độ xương.

Summary

Objective: To assess the value of the modified Amsterdam index forecast the risk for osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis (RA). **Subjects and method:** A descriptive and cross-sectional study on 128 inpatients with RA examined in Department of Rheumatology at the Bach Mai Hospital. **Result:** The high risk for osteoporosis according to the modified Amsterdam index was 84.4%. The modified Amsterdam index provided a sensitivity of 97.44%, a specificity of 21.35%, a positive predictive value of 35.2%, and the area under the curve ROC (ROC AUC) of 0.64 with 95% CI from 0.55 to 0.73 at the femoral neck for identifying osteoporosis in our study population. While changing the threshold for weight indicator from less than 50kg in term of scoring indicator increased the specificity up to 35.96% and ROC AUC to 0.69 with 95%CI from 0.59 to 0.78, the sensitivity reduced to 89.74%. **Conclusion:** The high risk of osteoporosis interpreted by the modified Amsterdam index in patients with RA was 84.4%. It is feasible to employ the modified Amsterdam index to screen for osteoporosis among patients with RA in order to consequently measure bone mineral density for further intervention.

Keywords: Rheumatoid arthritis (RA), the modified Amsterdam index, bone mineral density.

Ngày nhận bài: 02/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 23/02/2021

Người phản hồi: Lê Đình Tuấn, Email: letuan985@gmail.com - Đại học Y Dược Thái Bình

1. Đặt vấn đề

Loãng xương (LX) là một bệnh lý của xương đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương. Loãng xương chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như: Tuổi, giới, hormon, chế độ sinh hoạt, luyện tập, chiều cao, cân nặng, một số thuốc, một số bệnh mạn tính, trong đó có bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT)... việc đánh giá mật độ xương (MĐX) ở những bệnh nhân này là rất cần thiết để phát hiện sớm tình trạng loãng xương và điều trị dự phòng biến chứng [1]. Đo mật độ xương (BMD) sử dụng tia X năng lượng kép (DEXA) là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán loãng xương, nó cũng là một yếu tố dự báo chính nguy cơ gãy xương [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ VKDT trong dân số nói chung là cao nên việc thực hiện DEXA trên mỗi bệnh nhân chưa phổ biến [1], [2]. Năm 1998, Lems WF và Dijkmans đề xuất chỉ số Amsterdam dựa trên 3 yếu tố nguy cơ lâm sàng: Tuổi, tình trạng viêm và bất động ở bệnh nhân VKDT [9]. Năm 2002, Haugeberg và cộng sự đề xuất sửa đổi chỉ số Amsterdam ở bệnh nhân VKDT Na Uy dựa trên 5 tiêu chí: Tuổi, cân nặng, tình trạng viêm, bất động và sử dụng glucocorticoid [7], chỉ số này có độ nhạy (82%), độ đặc hiệu chấp nhận được (45%), được áp dụng cho tất cả bệnh nhân VKDT, là một công cụ chính xác hơn để xác định bệnh nhân VKDT có nguy cơ loãng xương cao cần được đo mật độ xương. Tại Việt Nam, hiện nay chưa có công trình nào nghiên cứu về chỉ số Amsterdam sửa đổi ở bệnh nhân VKDT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá giá trị chỉ số Amsterdam sửa đổi dự báo nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 128 bệnh nhân VKDT.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn ACR 1987, điều trị nội trú tại Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2014 đến hết tháng 7 năm 2015, bệnh nhân chưa được điều trị loãng xương, được đo MĐX bằng phương pháp DEXA. Chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ năm 1987 (ACR 1987) [1]:

1. Thời gian cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ.

2. Viêm ít nhất 3 trong số 14 khớp sau: Ngón gần, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân (hai bên), thời gian diễn biến ít nhất phải 6 tuần.

3. Trong số khớp viêm có ít nhất một khớp thuộc các vị trí sau: Ngón gần, bàn ngón tay, cổ tay.

4. Có tính chất đối xứng.

5. Hạt dưới da.

6. Yếu tố dạng thấp huyết thanh (kỹ thuật đạt độ đặc hiệu 95%) dương tính.

7. X-quang điển hình ở khối xương cổ tay (hình bào mòn, mất chất khoáng đầu xương).

Chẩn đoán xác định VKDT khi có ít nhất 4 trong số 7 tiêu chuẩn.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân thu thập đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đã hoặc đang điều trị loãng xương, mắc bệnh ác tính, có bệnh lý khác liên quan đến chuyển hóa xương: Cường giáp trạng, cường cận giáp trạng tiên phát, cắt bỏ buồng trứng, bệnh cushing, suy thận mạn, đái tháo đường, hội chứng kém hấp thu, cắt dạ dày, ruột; mất trí nhớ hoặc trí nhớ kém ảnh hưởng đến quá trình thu thập thông tin.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Cỡ mẫu toàn bộ được chọn theo phương pháp tích lũy thuận tiện.

Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng: Tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, tính BMI.

Tình trạng bất động: Đánh giá bằng thang điểm HAQ tại thời điểm lúc thăm khám, thang điểm gồm 8 mục (bao gồm: Mặc quần áo, sự trở dậy, ăn uống, đi bộ, vệ sinh thân thể, tắm với, cầm nắm vịn, các hoạt động thường ngày), điểm dao động cho mỗi hoạt động từ 0 - 3 điểm, bệnh nhân có điểm số càng cao thì mức độ khuyết tật càng nặng [1].

Tình trạng viêm: Được xác định bằng tốc độ máu lắng giờ đầu > 20mm.

Sử dụng thuốc glucocorticoid trong tiền sử hoặc hiện tại: Thời gian dùng thuốc và liều lượng được quy đổi ra prednisolone/24 giờ, liều dùng $\geq$ 5mg/24 giờ [5].

Đo MĐX: Sử dụng máy Hologic, đo MĐX bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA), thực hiện tại Trung tâm Y học hạt nhân, Bệnh viện Bạch Mai, đo tại cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ), tính các chỉ số T-score, Z-score, đọc kết quả do các bác sĩ chuyên khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai đọc. Tiêu chuẩn chẩn đoán giảm MĐX, loãng xương theo WHO (1994) dựa vào T-score theo phương pháp đo bằng máy DEXA tại CSTL và CXĐ [2]:

Bình thường: T - score $\geq$ -1,0,

Giảm MĐX xương: $-2,5 < \text{T - score} < -1,0$,

Loãng xương: T - score $\leq$ -2,5.

Áp dụng chỉ số Amsterdam sửa đổi phân tầng nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân VKDT [7], [8]:

Bảng tiêu chuẩn của chỉ số Amsterdam sửa đổi đánh giá nguy cơ loãng xương

Chỉ số Amsterdam sửa đổi		
STT	Các tiêu chí	Điểm
1.	Tuổi (nữ > 50 tuổi, nam > 60 tuổi)	1
2.	Trọng lượng < 60kg	1
3.	Tình trạng viêm (máu lắng giờ đầu > 20mm)	1
4.	Bất động (tính điểm theo thang điểm HAQ $\geq$ 1,25 điểm)	1
5.	Sử dụng glucocorticoid (tiền sử hoặc hiện tại có sử dụng)	1
Nguy cơ loãng xương cao: Điểm AMSTERDAM sửa đổi $\geq$ 3 Nguy cơ loãng xương thấp: Điểm AMSTERDAM sửa đổi < 3		

Đánh giá mức độ phù hợp của chỉ số AMSTERDAM sửa đổi so với đo MĐX bằng phương pháp DEXA: dựa theo độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính (PPV), giá trị dự đoán âm tính (NPV), diện tích dưới đường cong ROC tại vị trí CSTL và CXĐ.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$) được áp dụng

đối với biến định lượng hoặc dưới dạng tỉ lệ % hay tần suất với biến định tính. Mức ý nghĩa thống kê được tính ở mức 95% hoặc 99%, khoảng tin cậy cũng được tính trong khoảng 95% hoặc 99%. Phân tích đơn biến sử dụng kiểm định ANOVA so sánh giá trị trung bình đối với các biến định lượng, sử dụng kiểm định χ^2 so sánh tỷ lệ % đối với các biến định tính. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, PPV, NPV của phương pháp chẩn đoán, vẽ đường cong ROC của chỉ số Amsterdam sửa đổi.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	20	15,6
	Nữ	108	84,4
Tuổi trung bình (năm)		57,4 ± 10,0	
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)		4,24 ± 5,11	
Cân nặng < 60 (kg)		113	88,3
Có sử dụng glucocorticoid		90	70,3
Điểm HAQ trung bình (điểm)		1,63 ± 0,75	
CXĐ	Giảm MĐX	62	48,4
	LX	39	30,5
CSTL	Giảm MĐX	31	24,2
	LX	83	64,8
Có nguy cơ cao bị LX theo chỉ số Amsterdam sửa đổi		108	84,4

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là: 57,4 ± 10,0 năm. Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm MĐX, loãng xương tại vị trí CSTL lần lượt là 24,2% và 64,8%, ở CXĐ là 48,4% và 30,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ bị loãng xương cao theo chỉ số Amsterdam sửa đổi chiếm tỷ lệ 84,4%.

Bảng 2. Đặc điểm BMD, điểm T-score và Z-score ở cổ xương đùi và cột sống thắt lưng ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao - thấp bị loãng xương theo chỉ số Amsterdam sửa đổi

Đặc điểm		Chỉ số Amsterdam sửa đổi		p
		Nguy cơ cao (n = 108)	Nguy cơ thấp (n = 20)	
BMD	CSTL ($\bar{X} \pm SD$)	0,715 ± 0,136	0,866 ± 0,19	<0,05
	CXĐ ($\bar{X} \pm SD$)	0,699 ± 0,143	0,855 ± 0,15	<0,05
T-score	CSTL ($\bar{X} \pm SD$)	-2,984 ± 1,179	-1,805 ± 1,792	<0,05
	CXĐ ($\bar{X} \pm SD$)	-2,043 ± 1,173	-0,91 ± 1,148	<0,05
Z-score	CSTL ($\bar{X} \pm SD$)	-1,737 ± 1,126	-1,235 ± 1,758	<0,05
	CXĐ ($\bar{X} \pm SD$)	-1,168 ± 1,154	-0,52 ± 1,142	<0,05

Nhận xét: Mật độ xương, điểm Tscore và điểm Zscore trung bình tại CSTL và CXĐ của nhóm nguy cơ cao thấp hơn nhóm nguy cơ thấp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3. Liên quan giữa chỉ số Amsterdam sửa đổi với các yếu tố nguy cơ loãng xương

Đặc điểm	Chỉ số Amsterdam sửa đổi		p
	Nguy cơ cao (n = 108)	Nguy cơ thấp (n = 20)	
Tuổi (năm)	58,77 ± 10,03	50,2 ± 6,82	<0,05
Máu lắng 1 giờ (mm)	59 ± 24,77	62 ± 26,76	>0,05
Tình trạng bất động theo điểm HAQ (điểm)	1,78 ± 0,71	1,07 ± 0,62	<0,05

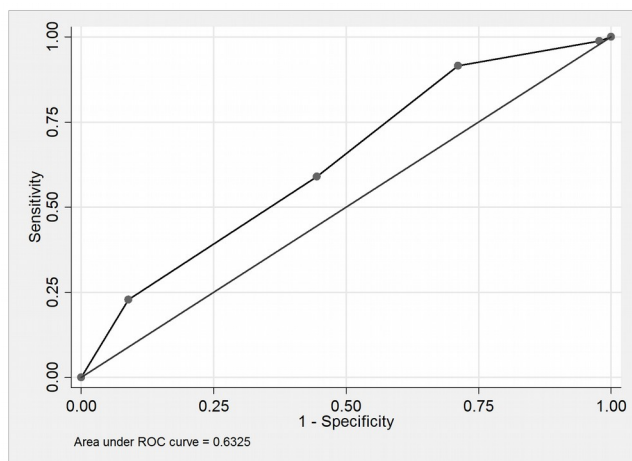
Dùng glucocorticoid	Có	74,1%	50,0%	<0,05
	Không	25,9%	50,0%	

Nhận xét: Tuổi trung bình, điểm HAQ ở nhóm có nguy cơ cao cao hơn so với nhóm có nguy cơ thấp ($p < 0,05$). Máu lắng 1 giờ trung bình ở nhóm nguy cơ cao thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm có nguy cơ thấp ($p > 0,05$).

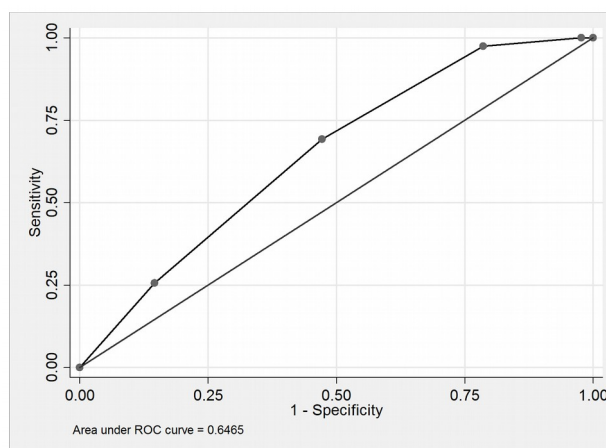
Bảng 4. Giá trị của chỉ số Amsterdam sửa đổi so với T- score $\leq -2,5$

Vị trí	Điểm Amsterdam	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	AUC (95% CI)	p
CSTL	≥ 1	100	0	64,8	0	0,64 (0,54 - 0,73)	<0,05
	≥ 2	98,8	2,22	65	50		
	≥ 3	91,57	28,89	70,37	65		
	≥ 4	59,04	55,56	71	42,4		
	≥ 5	22,89	91,11	82,6	39,04		
CXĐ	≥ 1	100	0	30,5	0	0,65 (0,55 - 0,74)	<0,05
	≥ 2	100	2,25	30,95	100		
	≥ 3	97,44	21,35	35,2	95		
	≥ 4	69,23	52,81	39,13	79,66		
	≥ 5	25,64	85,39	43,48	72,38		

Nhận xét: Tại điểm cut off 3: Vị trí CSTL, chỉ số Amsterdam sửa đổi dự báo nguy cơ loãng xương có độ nhạy 91,57%, độ đặc hiệu 28,89%, giá trị dự đoán dương tính (PPV) 70,37%, giá trị dự đoán âm tính (NPV) 65%. Tại CXĐ: Độ nhạy 97,44%, độ đặc hiệu 21,35%, giá trị dự đoán dương tính 35,2%, giá trị dự đoán âm tính 95%.



CSTL



CXĐ

Biểu đồ 2. Đường cong ROC của chỉ số Amsterdam sửa đổi tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC tại vị trí CSTL 0,64 (0,54 - 0,73), CXĐ 0,65 (0,55 - 0,74) CI 95%.

Bảng 5. Giá trị của chỉ số Amsterdam sửa đổi khi thay đổi điểm cut off cân nặng < 60kg tại cổ xương đùi trong dự báo nguy cơ loãng xương

Điểm	Độ nhạy	Độ	PPV	NPV	AUC	P
------	---------	----	-----	-----	-----	---

cut off	(%)	đặc hiệu (%)	(%)	(%)	(95%CI)	
55kg	92,31	25,84	35,3	88,5	0,65 (0,55 - 0,74)	<0,05
50kg	89,74	35,96	38,04	88,89	0,69 (0,59 - 0,78)	

Nhận xét: Tại điểm cut off cân nặng 55kg, chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy trong dự báo nguy cơ loãng xương là 92,31%, độ đặc hiệu 25,84%, PPV 35,3%, NPV 88,5%, diện tích dưới đường cong ROC 0,65 (0,55 - 0,74) CI 95%. Cut off cân nặng 50kg, chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy trong dự báo nguy cơ loãng xương giảm xuống 89,74%, nhưng độ đặc hiệu tăng lên 35,96%, PPV 38,04%, NPV 88,89%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,69 (0,59 - 0,78) CI 95%.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này, thấy có 108 bệnh nhân có nguy cơ loãng xương cao chiếm tỷ lệ 84,4%, 20 bệnh nhân có nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ 15,6%. Đồng thời, tỷ lệ loãng xương ở nhóm nguy cơ cao cao hơn tỷ lệ loãng xương ở nhóm có nguy cơ thấp, mật độ xương trung bình, chỉ số Tscore trung bình tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở nhóm nguy cơ cao thấp hơn nhóm nguy cơ thấp ($p < 0,05$), chỉ số Zscore trung bình tại vị trí CSTL và CXĐ ở nhóm nguy cơ cao thấp hơn nhóm có nguy cơ thấp. Kết quả này tương tự tác giả Carmen Gómez-Vaquero nghiên cứu trên 65 bệnh nhân nam VKDT có 38 bệnh nhân (59%) có nguy cơ loãng xương cao theo chỉ số Amsterdam sửa đổi [3].

Áp dụng chỉ số Amsterdam sửa đổi tại điểm cut off 3 trên 128 bệnh nhân nghiên cứu tại vị trí CXĐ chúng tôi tìm thấy độ nhạy 97,44%, độ đặc hiệu 21,35%, giá trị dự đoán dương tính 35,2%, giá trị dự đoán âm tính 95%. Diện tích dưới đường cong AUC 0,64 (0,55 - 0,73) CI 95%. Kết quả nghiên cứu này thấy độ nhạy rất cao nhưng độ đặc hiệu thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả khác. G Haugeberg [7] cho thấy độ nhạy 82%, độ đặc hiệu 45%, giá trị dự đoán dương tính 29%, giá trị dự đoán âm tính 90%. Nghiên cứu của Carmen Gómez-Vaquero và cộng sự [3], chỉ số Amsterdam sửa đổi cho kết quả khá cao: Độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu 47%. Nghiên cứu của Caroline Brand và cộng sự thực hiện trên 127 phụ nữ

sau mãn kinh Úc với bệnh VKDT xác định chỉ số này cho kết quả khá tốt đạt được độ nhạy 78% và độ đặc hiệu chấp nhận được 44% [4]. Theo tác giả Gonzalez-Lopez L [6] nghiên cứu trên 191 bệnh nhân nữ VKDT Mexico chỉ số này có độ nhạy 56% và độ đặc hiệu 70%. Có sự khác nhau giữa nghiên cứu này với nghiên cứu của các tác giả khác có thể do nhiều yếu tố khác nhau trong các nghiên cứu, như cách chọn mẫu nghiên cứu, tuổi bệnh nhân, thời gian bị bệnh, tình trạng sử dụng thuốc glucocorticoid... Nghiên cứu này là nghiên cứu cắt ngang nên có những hạn chế chỉ đánh giá hiệu quả hoạt động các yếu tố nguy cơ loãng xương tại một thời điểm cụ thể khi bệnh nhân có đợt tiến triển của bệnh VKDT phải nhập viện để điều trị. Do đó những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh hơn, điểm HAQ cao hơn. Đặc biệt, cân nặng < 60kg là 1 tiêu chí được tính điểm của chỉ số Amsterdam sửa đổi đã được áp dụng trong nghiên cứu của các tác giả trên những bệnh nhân ở châu Âu, châu Mỹ nhưng có lẽ tiêu chí này chưa phù hợp đối với người Việt Nam. Phần lớn chúng ta có cân nặng thấp kể cả trên những người khỏe mạnh không có yếu tố nguy cơ loãng xương. Trong nghiên cứu này có tới 88,28% bệnh nhân có cân nặng < 60kg, một trong những tiêu chí gần như luôn luôn có mặt và do đó không hữu ích. Vì vậy nên điều chỉnh yếu tố cân nặng để tiêu chí này có thể áp dụng phù hợp đối với bệnh nhân VKDT Việt Nam.

Nếu điều chỉnh cut off cân nặng xuống 55kg, có 100 bệnh nhân có cân nặng < 55kg chiếm 78,13%, chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy 92,31%, độ đặc hiệu 25,84%, PPV 35,3%, NPV 88,5%, diện tích dưới đường cong ROC = 0,65 (0,55 - 0,74) CI 95% (Bảng 5). Nếu cut off cân nặng là 50kg, có 63 bệnh nhân có cân nặng < 50kg chiếm 49,22%. Chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy giảm xuống 89,74%, nhưng độ đặc hiệu tăng lên 35,96%, PPV 38,04%, NPV 88,89%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,69 (0,59 - 0,78) CI 95%.

Như vậy, tại 3 điểm cut off của cân nặng thì điểm cut 50kg (những bệnh nhân có cân nặng < 50 kg được tính 1 điểm của chỉ số Amsterdam sửa đổi), thì chỉ số này có diện tích đường cong lớn nhất, do đó tiêu chí này sẽ phù hợp hơn đối với bệnh nhân VKDT Việt Nam. Kết quả này cho thấy chỉ số Amsterdam sửa đổi là một phương pháp sàng lọc để quyết định những bệnh nhân VKDT có nguy cơ loãng xương cao cần được đo mật độ xương; độ nhạy và giá trị dự đoán âm tính thu được có vẻ chấp nhận được trong thực hành lâm sàng cung cấp một công cụ thiết thực cho các bác sỹ để xác định những bệnh nhân VKDT có nguy cơ loãng xương cao cần được đo mật độ xương cho mục đích chẩn đoán để điều trị, hạn chế biến chứng gãy xương. Độ đặc hiệu và giá trị dự đoán dương tính là thấp, có thể phản ánh một thực tế rằng nhiều yếu tố đóng vai trò trong sinh bệnh học của bệnh loãng xương ở bệnh nhân VKDT.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 128 bệnh nhân VKDT tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ bệnh nhân VKDT có nguy cơ loãng xương theo chỉ số Amsterdam sửa đổi là 84,4%.

Chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy 97,44%, độ đặc hiệu 21,35%, giá trị dự đoán dương tính 35,2%, giá trị dự đoán âm tính 95%, diện tích dưới đường cong ROC tại CXĐ 0,64 (0,55 - 0,73) CI 95%.

Nếu điều chỉnh yếu tố cân nặng < 50kg (thay bằng cân nặng < 60kg), là một tiêu chí để tính điểm, chỉ số chỉ số Amsterdam sửa đổi có độ nhạy 89,74%, độ đặc hiệu là 35,96%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,69 (0,59 - 0,78) CI 95%.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Ngọc Ân (1998) *Bệnh thấp khớp*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010) *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
3. Carmen Gómez-Vaquero, Dolores Martínez, Aguila et al (2007) *Evaluation of two proposals based on clinical factors for selecting male patients with rheumatoid arthritis that should undergo a bone densitometry*. Reumatología Clínica 3(2): 63-66.
4. Caroline Brand C, Lowe A, Hall S (2008) *The utility of clinical decision tools for diagnosing osteoporosis in postmenopausal women with rheumatoid arthritis*. BMC Musculoskelet Disord 9: 13 (doi: 10.1186/1471-2474-9-13).
5. Dunne CA, Moran CJ, and Thompson PW (1995) *The effect of regular intramuscular corticosteroid therapy on bone mineral density in rheumatoid patients*. Scand J Rheumatol 24(1): 48-49.
6. Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava JI, Vega-Lopez A et al (2012) *Performance of risk indices for identifying low bone mineral density and osteoporosis in Mexican Mestizo women with rheumatoid arthritis*. J Rheumatol 34: 247-253.
6. Haugeberg G, Orstavik RE, Uhlig T et al (2002) *Clinical decision rules in rheumatoid arthritis: Do they identify patients at high risk for osteoporosis? Testing clinical criteria in a population based cohort of patients with rheumatoid arthritis recruited from the Oslo Rheumatoid Arthritis Register*. Ann Rheum Dis 61: 1085-1089.
7. Nolla JM, Fiter J, Gomez-Vaquero et al (2001) *Value of clinical factors in selecting postmenopausal women with rheumatoid arthritis for bone densitometry*. Ann Rheum Dis 60: 799-801.
8. Lems WF and Dijkmans BA (1998) *Should we look for osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis?*. Ann Rheum Dis 57: 325-327.