

- Việt Nam. 2024;539(1):296-300. Doi: 10.51298/vmj.v539i1.9749.
- Tiến MX, Trang TK, Nhân VM.** Sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tổng máu giảm theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(3):325-330. Doi: 10.51298/vmj.v546i3.12767.
 - Pugliese NR, Buralli S, Taddei S.** Hypertension and heart failure: A dangerous relationship with clinical implications. Eur J Intern Med. 2025;131:44-45. Doi: 10.1016/j.ejim.2024.11.019.
 - Nhật NV, ThịDiễm N, Thăng VV, et al.** Đánh giá hiệu quả điều trị suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm bằng phối hợp thuốc Dapagliflozin tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2023-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;77:15-22. Doi: 10.58490/ctump.2024i77.2696.
 - Hường HT, Hương KN.** Giá trị tiên lượng của một số chỉ số chức năng thất phải trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2021;99:76-92. Doi: 10.58354/jvc.99.2022.11.
 - Pittampalli S, Upadyayula S, Mekala HM, Lippmann S.** Risks vs Benefits for SGLT2 Inhibitor Medications. Fed Pract. 2018;35(7):45-48.

SÀNG LỌC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO BẰNG THANG ĐIỂM PUMA

Đỗ Thị Tường Oanh¹, Lê Như Thụy Khanh², Dương Nguyễn Hồng Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định điểm cắt tối ưu của thang điểm PUMA trong tầm soát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên đối tượng bệnh nhân đến khám tại phòng khám nội khoa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên bệnh nhân có nguy cơ mắc BPTNMT tại phòng khám nội, bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng bảng câu hỏi PUMA để sàng lọc, và dùng tiêu chuẩn FEV1/FVC sau nghiệm pháp giãn phế quản < 0,7 trên hô hấp ký để chẩn đoán BPTNMT. Phân tích đường cong ROC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và âm tính để chọn điểm cắt tối ưu. **Kết quả:** Trong số 131 bệnh nhân thu dung vào nghiên cứu có 16 bệnh nhân (12,2%) được chẩn đoán BPTNMT. Với điểm cắt ≥ 5 của thang điểm PUMA, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 23,50%, giá trị tiên lượng dương 15,40%, giá trị tiên lượng âm 100%. diện tích dưới đường cong AUC là 0,674 (KTC 95%: 0,554 – 0,795), $p = 0,024$. **Kết luận:** Thang điểm PUMA với điểm cắt ≥ 5 là công cụ tốt giúp tầm soát sớm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chẩn đoán sớm, thang điểm PUMA, yếu tố nguy cơ, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu.

SUMMARY

SCREENING FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN HIGH-RISK PATIENTS USING THE PUMA SCORE

Objective: To determine the optimal cut-off point of the PUMA score in COPD screening for patients visiting the internal medicine clinic. **Method:** Prospective cross-sectional descriptive study on

patients at risk of COPD at the internal medicine clinic, Trung Vuong hospital, Ho Chi Minh city. Using the PUMA questionnaire for screening, and using the FEV1/FVC standard after bronchodilator test < 0.7 on spirometry to diagnose COPD. Analyzing ROC curve, sensitivity, specificity, positive and negative predictive value to choose the optimal cut-off point. **Results:** Of the 131 patients enrolled in the study, 16 patients (12.2%) were diagnosed with COPD. With a cut-off point ≥ 5 points of the PUMA score, the area under the ROC curve (AUC) was 0.68, sensitivity 100%, specificity 23.50%, positive predictive value 15.40%, negative predictive value 100%. **Conclusion:** The PUMA score with a cut-off point ≥ 5 points is a good tool for early screening of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. **Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, early diagnosis, PUMA, risk factors, cut-off point, sensitivity, specificity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), đặc trưng bởi tình trạng hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn và thường tiến triển, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật trên thế giới. BPTNMT có gánh nặng kinh tế và xã hội nặng nề và ngày càng tăng dần, do vậy việc chẩn đoán sớm BPTNMT là điều rất cần thiết⁵. Bệnh nhân BPTNMT được chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp cải thiện suy giảm chức năng phổi, làm chậm tiến triển của bệnh đến giai đoạn muộn và kết cục xấu. Tuy nhiên, tỷ lệ chẩn đoán bỏ sót BPTNMT là tình trạng khá phổ biến ở nhiều quốc gia và có đến 1/3 bệnh nhân mắc BPTNMT được phát hiện trong chăm sóc ban đầu không có triệu chứng hoặc chỉ có các triệu chứng nhẹ⁴. Những bệnh nhân này có thể không tìm kiếm chăm sóc y tế cho đến khi tình trạng bệnh trở nên nặng hơn. Việc sàng lọc bệnh nhân trong các cơ sở y tế là rất quan trọng, giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ mắc BPTNMT để tiến hành

¹Trường Đại học Văn Lang

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Tường Oanh

Email: oanh.do@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025

đo chức năng hô hấp và chẩn đoán xác định.

Một số công cụ đã được sử dụng để sàng lọc BPTNMT trong chăm sóc ban đầu, như bảng câu hỏi CDQ (COPD Diagnostic Questionnaire) hay COPD-PS (COPD – population screener), tuy nhiên, độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu có thể khác nhau giữa các quần thể. Bảng câu hỏi PUMA được xây dựng trong một nghiên cứu cắt ngang tại các cơ sở chăm sóc ban đầu ở 4 quốc gia thuộc Mỹ La tinh giúp phát hiện COPD với độ chính xác là 76% khi sử dụng điểm cắt > 5⁷. Tại Việt Nam, tài liệu "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính" của Bộ Y tế năm 2023 cũng đề nghị sử dụng thang điểm PUMA để sàng lọc phát hiện sớm BPTNMT trong cộng đồng¹. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định khả năng áp dụng của thang điểm PUMA trong tầm soát BPTNMT ở các đối tượng có nguy cơ mắc BPTNMT cao đến khám tại bệnh viện Trưng vương, là một bệnh viện đa khoa khu vực tại thành phố Hồ Chí Minh.

II. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Người > 40 tuổi tới khám tại Phòng khám nội tổng quát bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 01/01/2024 đến ngày 30/06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân trên 40 tuổi, có tiền căn hút thuốc lá > 10 gói.năm, chưa từng được chẩn đoán BPTNMT trước đây.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các chống chỉ định của đo hô hấp ký theo tài liệu hướng dẫn của ATS 2019⁶: Nhồi máu cơ tim cấp trong 1 tuần qua, hạ huyết áp hoặc tăng huyết áp nặng(>200/120 mmHg), rung nhĩ đáp ứng thất nhanh, ngoại tâm thu thất, tiền sử ngắt liên quan đến thở gắng sức/ ho, phẫu thuật xoang/ nhiễm trùng tai giữa trong 1 tuần qua, đang tràn khí màng phổi, phẫu thuật lồng ngực hoặc phẫu thuật bụng trong 4 tuần qua, thai kỳ 3 tháng cuối, phẫu thuật sọ não trong 4 tuần qua, lú lẫn hoặc không hợp tác, tiêu tiểu không tự chủ, phẫu thuật mắt trong 1 tuần qua, người có triệu chứng gợi ý lao, người đang mắc triệu chứng nôn ói, ho nhiều, nấc cục, đau miệng hoặc mặt khi ngậm mouthpiece.

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính độ nhạy: $n_{bệnh} \geq (Z_{(1-\alpha/2)})^2 \times Sens \times (1-Sens)/d^2$ và $N_{tổng} = n_{bệnh}/Prev$, với độ nhạy ước tính 91,2%⁷, $d = 0,09$ và tỷ lệ hiện mắc 27,1%⁷, kết quả cần ít nhất 130 bệnh nhân có nguy cơ BPTNMT.

Biến số nghiên cứu: Các biến số độc lập

gồm: Đặc điểm nhân khẩu học, chỉ số nhân trắc, BMI, tiền căn tiếp xúc khói bụi, tiền căn bệnh lý hô hấp mạn, bệnh đồng mắc, tình trạng hút thuốc, số gói thuốc lá .năm, triệu chứng (khó thở, ho khan, ho đàm mạn tính), FEV1, PRISm, FEF_{25-75%}. Các biến số phụ thuộc là điểm PUMA và chẩn đoán BPTNMT dựa trên FEV1/FVC sau test giãn phế quản < 0,7.

Thang điểm PUMA. Bảng câu hỏi PUMA⁷ bao gồm 7 mục, trong đó 2 mục có điểm số từ 0 đến 2 điểm là tuổi và số gói thuốc lá.năm, 5 mục còn lại có thang điểm từ 0 đến 1 điểm bao gồm giới tính, các triệu chứng chủ quan (khó thở, đờm mạn tính, ho mạn tính) và việc từng đo hô hấp ký trước đây (Bảng 1). Tổng điểm cao nhất là 9.

Bảng 1. Bộ câu hỏi PUMA và cách tính điểm

| STT | Biến số | Điểm | |
|-----|-----------------------------|-------|---|
| 1 | Giới tính | Nữ | 0 |
| | | Nam | 1 |
| 2 | Tuổi (Năm) | 40-49 | 0 |
| | | 50-59 | 1 |
| | | 60+ | 2 |
| 3 | Số thuốc lá (gói-năm) | <20 | 0 |
| | | 20-30 | 1 |
| | | >30 | 2 |
| 4 | Khó thở | Không | 0 |
| | | Có | 1 |
| 5 | Đàm mạn tính | Không | 0 |
| | | Có | 1 |
| 6 | Ho mạn tính | Không | 0 |
| | | Có | 1 |
| 7 | Từng đo hô hấp ký trước đây | Không | 0 |
| | | Có | 1 |
| | Tổng điểm | | |

Phương pháp thu thập số liệu và quy trình nghiên cứu: Thu thập thông tin qua phỏng vấn bệnh nhân và người nhà, tra cứu hồ sơ bệnh án, đo các chỉ số nhân trắc học. Bảng câu hỏi PUMA được phỏng vấn trực tiếp và tính điểm bởi nhân viên y tế. Người bệnh được thực hiện đo hô hấp ký trong cùng ngày được tuyển dụng. Máy đo hô hấp ký cầm tay được hiệu chuẩn hàng ngày trước khi sử dụng. Mỗi người tham gia đều phải hoàn thành đo hô hấp ký lần đầu và đo lặp lại 15 phút sau khi dùng thuốc giãn phế quản (400µg salbutamol). Phân tích kết quả đo hô hấp ký được thực hiện bởi 2 bác sĩ dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) 2019⁶.

Phân tích thống kê: Sử dụng thống kê mô tả cho các biến số sử dụng kiểm định chi bình phương, kiểm định t. So sánh biến định lượng với kiểm định t-student. Điểm cắt tối ưu được tính bằng cách sử dụng chỉ số Youden, là giá trị

tối đa của (độ nhạy + độ đặc hiệu -1). Đường cong ROC để tính diện tích dưới đường cong (AUC) và xác định điểm cắt có độ nhạy tối ưu. Diện tích dưới đường cong ROC có diện tích lớn hơn 0,9 có độ chính xác cao, 0,7–0,9 có độ chính xác trung bình, 0,5–0,7 có độ chính xác thấp và <0,5 có kết quả ngẫu nhiên. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 131 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các bệnh nhân này được thu thập các biến số nghiên cứu thông qua phỏng vấn, thăm khám lâm sàng và tra cứu hồ sơ y tế với các đặc điểm như sau (Bảng 2, Bảng 3)

Bảng 2. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

| Đặc điểm | Giá trị |
|---|--------------|
| Tuổi trung bình (năm) | 60,06±8,68* |
| Tuổi ≥ 60 | 68 (51,9%) |
| Nam giới | 126 (96,2%) |
| Số gói thuốc lá hút.năm | 31,41±11,47* |
| Tiền căn tiếp xúc khói bụi | 92 (70,2%) |
| Nghề nghiệp có yếu tố tiếp xúc khói bụi | 80 (61,1%) |
| Tiền căn có bệnh lý hô hấp mạn | 37 (28,2%) |
| BMI (kg/m ²) | 22,47±3,35* |
| Còn đang hút thuốc lá | 83 (64,1%) |
| Số gói thuốc lá (gói/năm) trung bình | 31,41±11,47 |
| Có ít nhất 1 bệnh đồng mắc | 104 (79,4%) |

*Trung bình ± độ lệch chuẩn; **Trung vị (khoảng tứ phân vị)

Đặc điểm dân số nghiên cứu cho thấy đa số là nam giới (96,2% nam, 51,9% từ 60 tuổi trở lên), BMI trung bình trong giới hạn bình thường (22,47 ± 3,35 kg/m²). Phần lớn bệnh nhân có tiền căn tiếp xúc khói bụi (70,2%), nghề nghiệp có tiếp xúc khói bụi (61,1%), tiền căn bệnh lý hô hấp mạn tính (28,2%), vẫn còn đang hút thuốc lá (64,1%), 79,4% có bệnh đồng mắc.

Bảng 3. Bảng câu hỏi PUMA

| Các đặc điểm | Số bệnh nhân (tỉ lệ %) |
|-----------------------|------------------------|
| Giới tính | Nữ 5 (3,8%) |
| | Nam 126 (96,2%) |
| Tuổi (Năm) | 40-49 12 (9,16%) |
| | 50-59 51 (38,93%) |
| | 60+ 68 (51,91%) |
| Số thuốc lá (gói/năm) | <20 14 (10,70 %) |
| | >30 92 (70,20%) |
| Khó thở | Có 50 (38,2%) |
| | Không 81 (61,8%) |

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Có đàm mạn tính | Có 82 (62,6%) |
| | Không 49 (37,4%) |
| Ho mạn tính | Có 95 (72,5%) |
| | Không 36 (27,5%) |
| Tùng đo hô hấp ký trước đây | Có 41 (31,3%) |
| | Không 90 (68,7%) |

Nhóm người có độ tuổi ≥ 60 chiếm cao nhất trong nghiên cứu với tỷ lệ 51,91%, phần lớn hút thuốc lá > 30 gói.năm (70,2%) và có ho mạn tính kéo dài (72,5%). Chỉ có 31,3% bệnh nhân đã từng đo hô hấp ký trước đây.

Bảng 4. Đặc điểm hô hấp ký ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu

| | |
|--|-------------|
| Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính | 16(12,2%) |
| GOLD 1 (FEV1% dự đoán > 80%) | 0 |
| GOLD 2 (80% <FEV1% dự đoán <50%) | 3(18,75%) |
| GOLD 3 (50% <FEV1% dự đoán <30%) | 12(75%) |
| GOLD 4 (FEV1% dự đoán < 30%) | 1 (6,25%) |
| PRISm (FEV1/FVC >0,7 và FEV1% dự đoán <80%) | 28 (24,35%) |
| FEF_{25-75%} <60% dự đoán | 21(24,14%) |

Trong dân số nghiên cứu, chỉ có 16 bệnh nhân (12,2%) được chẩn đoán xác định là BPTNMT khi đo hô hấp ký với chỉ số FEV1/FVC sau nghiệm pháp giãn phế quản < 0,7, trong đó có 24,35% (32 bệnh nhân) có FEV1 thấp nhưng chỉ số Gansler bảo tồn (PRISm) và 24,14% bệnh nhân có biểu hiện hạn chế luồng khí sớm với FEF_{25-75%} thấp hơn 60% dự đoán. PRISm làm tăng nguy cơ mắc bệnh gấp 1,18 lần với KTC (1,09-1,28) và FEF_{25-75%} < 60% giá trị dự đoán làm tăng nguy cơ mắc bệnh gấp 4,15 lần với KTC (2,83-6,08). (Bảng 4)

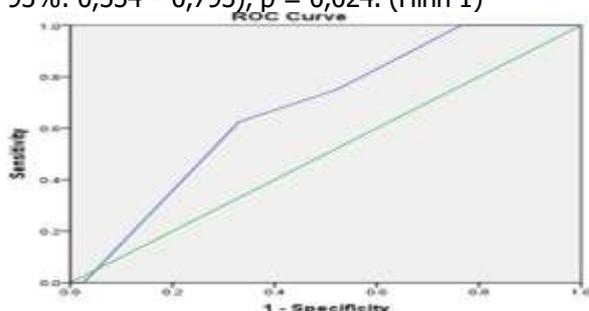
Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và chỉ số Youden tương ứng với các điểm cắt PUMA từ 1 đến 9 được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV) tương ứng với các điểm cắt PUMA

| Điểm cắt PUMA | Độ nhạy | Độ đặc hiệu | Chỉ số Youden | PPV | NPV |
|---------------|---------|-------------|---------------|--------|--------|
| ≥ 1 | 100% | 0% | 0% | 12,20% | - |
| ≥ 2 | 100% | 0% | 0% | 12,20% | - |
| ≥ 3 | 100% | 1,70% | 1,70% | 12,40% | 100% |
| ≥ 4 | 100% | 11,30% | 11,30% | 13,60% | 100% |
| ≥ 5 | 100% | 23,5% | 23,50% | 15,40% | 100% |
| ≥ 6 | 75% | 47,80% | 22,80% | 16,70% | 93,20% |
| ≥ 7 | 62,50% | 67% | 29,50% | 20,80% | 92,80% |
| ≥ 8 | 25% | 85,20% | 10,20% | 19,10% | 89,10% |
| ≥ 9 | 0% | 97,40% | -2,60% | 0% | 87,50% |

Khi sử dụng điểm cắt của thang điểm PUMA là > 5 để nhận diện bệnh nhân BPTNMT, chúng tôi

có đường cong ROC có độ chính xác trung bình – thấp với diện tích dưới đường cong = 0,674 (KTC 95%: 0,554 – 0,795), $p = 0,024$. (Hình 1)



Hình 1. Đường cong ROC xác định điểm cắt của thang điểm PUMA của BPTNMT

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam áp dụng thang điểm PUMA trong các bệnh viện đa khoa khu vực nhằm sàng lọc sớm bệnh nhân BPTNMT ở người > 40 tuổi và đã từng hút thuốc lá > 10 gói.năm. Tỷ lệ chẩn đoán được BPTNMT trong nghiên cứu này là 12,20 %, trong số đó có đến 75% (12 bệnh nhân) có mức độ tắc nghẽn trung bình. Tỷ lệ phát hiện BPTNMT trong nhóm nghiên cứu cao hơn đáng kể tỷ lệ mắc BPTNMT trong dân số người Việt Nam trên 40 tuổi được ghi nhận là 7,10 %², có lẽ do đối tượng chọn mẫu của nghiên cứu là người đến khám tại khoa nội của một bệnh viện đa khoa khu vực vốn là những người cao tuổi có vấn đề về sức khỏe, và đã hoặc đang hút thuốc lá. Điều này cho thấy hút thuốc lá vẫn là yếu tố nguy cơ hàng đầu của BPTNMT và những người hút thuốc lá cần được xem xét chẩn đoán sớm dù chưa có triệu chứng để không bỏ sót BPTNMT.

Sau khi khảo sát chỉ số Youden, độ nhạy, độ đặc hiệu và các giá trị tiên đoán âm và dương ở các điểm cắt khác nhau của thang điểm PUMA, chúng tôi nhận thấy chỉ số Youden tốt nhất ở điểm cắt PUMA ≥ 7 (29,5%) với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 62,5% và 67%, giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt là 20,8% và 92,8%. Trong khi đó với điểm cắt PUMA >5, chỉ số Youden thấp hơn (23,5%) nhưng có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 23,5%; giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt là 15,4% và 100%; diện tích dưới đường cong AUC là 0,674 (KTC 95%: 0,554 – 0,795; $p = 0,024$).

Mặc dù chỉ số Youden được sử dụng để xác định điểm cắt tốt nhất, điểm cắt tối ưu của một công cụ phải được lựa chọn tùy theo mục tiêu. Đối với sàng lọc COPD, việc phát hiện những bệnh nhân không có triệu chứng là rất cần thiết.

Do đó, độ nhạy cao rất quan trọng để xác định những bệnh nhân có nguy cơ càng nhiều càng tốt nhằm giảm nguy cơ bỏ sót chẩn đoán, còn giá trị tiên đoán âm cao được coi là mong muốn để giảm thiểu kết quả âm tính giả. Với mục tiêu tầm soát sớm BPTNMT ở đối tượng nguy cơ, chúng tôi cho rằng khi chọn lựa điểm cắt PUMA > 5 với độ nhạy cao tuyệt đối và diện tích dưới đường cong ở mức trung bình, thang điểm PUMA sẽ là một công cụ hữu ích để có thể sàng lọc được các đối tượng nghi ngờ BPTNMT và chẩn đoán xác định lại bằng hô hấp ký. Thang điểm PUMA khá đơn giản chỉ bao gồm 7 mục, nhiều mục trong số đó có thể đã có sẵn trong bệnh án nên có thể được thực hiện rất nhanh, đặc biệt hữu ích ở những nơi bệnh nhân đông, thời gian khám bệnh trung bình ngắn. Nhân viên y tế, điều dưỡng cũng có thể dùng thang điểm PUMA sàng lọc bệnh nhân tại phòng chờ và sắp xếp đo hô hấp ký theo quy trình. Nhờ vậy có thể giúp giảm tải nguồn lực y tế và giảm chi phí trong việc tầm soát và phát hiện sớm được BPTNMT ngay cả ở những người ít hoặc không có triệu chứng. Đứng về phía người bệnh, chẩn đoán BPTNMT sớm sẽ giúp cho người bệnh hưởng lợi khi nhận được các biện pháp phòng ngừa và điều trị sớm bao gồm cả các điều trị không dùng thuốc nhằm giúp ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh. Ngoài ra, với giá trị tiên đoán âm tính là 100%, thang điểm PUMA > 5 cũng giúp loại trừ BPTNMT khi người bệnh có điểm cắt <5, hướng đến việc xem xét các hướng chẩn đoán khác thích hợp hơn.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Au-Young và cộng sự³. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng chọn điểm cắt PUMA ≥ 5 không phải là điểm cắt có chỉ số Youden cao nhất, nhưng có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 91,20% và 42,60%; NPV là 92,70%, diện tích dưới đường cong AUC là 0,753 (95% KTC 0,698–0,807)⁴. Khác với kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Maria Victorina Lopez Varela⁷, ở dân số nghiên cứu thuộc bệnh viện Maciel, Montevideo, lựa chọn điểm cắt PUMA ≥ 6 có diện tích dưới đường cong AUC là 0,70, độ nhạy là 69,90%, độ đặc hiệu là 62,10%, giá trị tiên đoán âm là 70,90%); và ở dân số trong nghiên cứu PLATINO, diện tích dưới đường cong AUC là 0,73. Sự khác biệt này có lẽ do tỷ lệ mắc COPD và/hoặc dân số hút thuốc khác nhau trên quần thể thu dụng nghiên cứu, sự khác biệt về dân tộc và văn hóa giữa người Mỹ Latinh và người châu Á.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn

chế. Thứ nhất, kết quả không thể khái quát hóa cho phụ nữ hút thuốc vì họ chỉ chiếm 3,8% trong nghiên cứu này, và tiêu chuẩn nhận bệnh không bao gồm các yếu tố phơi nhiễm môi trường như ô nhiễm khói bụi, chất đốt sinh khối vốn là yếu tố nguy cơ BPTNMT thường gặp ở phụ nữ không hút thuốc. Thứ hai, các công cụ sàng lọc khác như COPD diagnostic questionnaire (CDQ) hay COPD population screener (COPD-PS) không được đưa vào để so sánh trong nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm PUMA với điểm cắt >5 có độ nhạy cao và giá trị dự đoán âm tính cao là một công cụ hữu ích để sàng lọc bệnh nhân có nguy cơ mắc BPTNMT tại các phòng khám bệnh viện đa khoa khu vực ở Việt Nam và giúp lựa chọn bệnh nhân để chỉ định đo hô hấp ký chẩn đoán BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. 2767/QĐ-BYT. https://kcb.vn/upload/2005611/20231028/2767_QD_HD_chan_doan_va_dieu_tri_COPD_2023final_signed_e5721.pdf (2023).
- Lâm HT, Linda E, Văn Tồn N, Eva R, Kjell L, and Lundbäck B.** Prevalence of COPD by Disease Severity in Men and Women in Northern Vietnam. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2014/09/01 2014;11(5):575-581. doi:10.3109/15412555.2014.898039
- Au-Doung P, Wong C, Chan D, Chung J, Wong S, Leung M.** PUMA screening tool to detect COPD in high-risk patients in Chinese primary care—A validation study. PLOS ONE. 09/09 2022;17:e0274106. doi:10.1371/journal.pone.0274106
- Bednarek M, Maciejewski J, Wozniak M, Kuca P, Zielinski J.** Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. Thorax. 2008; 63(5):402. <https://doi.org/10.1136/thx.2007.085456> PMID: 18234906.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [homepage on the Internet].** Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda: GOLD; 2025. <http://www.goldcopd.org>
- Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, et al.** Standardization of spirometry 2019 update. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society technical statement. Am J Respir Crit Care Med 2019; 200: e70–e88.
- Lopez Varela MV, Montes de Oca M, Rey A, Casas A, Stirbulov R, Di Boscio V.** Development of a simple screening tool for opportunistic COPD case finding in primary care in Latin America: The PUMA study. Respirology (Carlton, Vic). 2016; 21(7):1227–34. <https://doi.org/10.1111/resp.12834> PMID: 27319305
- Lopez Varela MV, Montes de Oca M, Wehrmeister FC, Rodriguez C, Ramirez L, Menezes A.** External validation of the PUMA COPD diagnostic questionnaire in a general practice sample and the PLATINO study population. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2019; 14:1901–11. <https://doi.org/10.2147/COPD.S206250> PMID: 31692595.

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

Bạch Thị Thành Tâm¹, Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Bùi Hải Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều trị methotrexate (MTX) và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến thay đổi liều MTX ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại trung tâm Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 168 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR 1987 hoặc EULAR/ACR 2010 được điều trị bằng MTX tại trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ 8/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:**

Trong 168 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 54,5 ± 12,44, đa số bệnh nhân là nữ giới (79,17%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,9 ± 4,35 năm. Liều MTX trung bình là 14,6 ± 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%, lam 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, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **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 ± 2,2 mg/tuần. Mức độ hoạt động bệnh thấp và điều trị thuốc bDMARD ảnh hưởng tới khả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025