

V. KẾT LUẬN

Hạ natri máu ở bệnh nhân xơ gan có liên quan đến tuổi cao ≥ 60 , giới tính nam, Child-Pugh B hoặc C và xơ gan có nhiều biến chứng. Bên cạnh đó, mức độ hạ natri máu tăng cao ở nhóm có điểm Child-Pugh cao hơn hoặc xơ gan có nhiều biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Ngọc Đức, Kha Hữu Nhân, Huỳnh Thị Hồng Ngọc và cộng sự.** Khảo sát tỉ lệ, mức độ và một số yếu tố liên quan đến hạ natri máu ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;80, 58-63.
2. **Trần Thị Ngọc, Dương Hồng Thái, Bùi Thị Thu Hương và cộng sự.** Đặc điểm rối loạn điện giải và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan điều trị tại bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;545(3).
3. **Trần Kiêm Phú, Nguyễn Thành Nam, Nguyễn Bình Linh Thoại và cộng sự.** Khảo sát tình trạng hạ natri máu trên bệnh nhân xơ gan

mất bù tại bệnh viện Đà Nẵng năm 2022. Tạp Chí Khoa học Và Công nghệ-Đại học Đà Nẵng. 2024.21(11), 58-62.

4. **Younas A., Riaz J., Chughtai T., et al.** Hyponatremia and its correlation with hepatic encephalopathy and severity of liver disease. Cureus. 2021.13(2).
5. **Verbalis J.G., Goldsmith S.R., Greenberg A., et al.** Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: Expert panel recommendations. Am J Med. 2013.126(10), S1-S42.
6. **Hoorn E.J., Zietse R.** Diagnosis and Treatment of Hyponatremia: Compilation of the Guidelines. Journal of the American Society of Nephrology. 2017.28(5), 1340-1349.
7. **Li X.J., Meng H.H.** Clinical study on the relationship between liver cirrhosis, ascites, and hyponatremia. World Journal of Gastrointestinal Surgery. 2024.16(3), 751.
8. **Janičko M., Dražilová S., Gazda J., Tomáš, et al.** Clinical Significance and Management of Hyponatremia in Liver Cirrhosis. Gastroenterology Insights. 2023.14(4), 446-462.

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

Trần Thị Ngân^{1,3}, Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Nhận xét đặc điểm của hội chứng đau xơ cơ (HÇĐXC) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. 2. 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 HÇĐXC. 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 HÇĐXC 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 HÇĐXC 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 HÇĐXC. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh ở nhóm bệnh nhân có HÇĐXC cũng cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có HÇĐXC. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm HÇĐXC 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.

SUMMARY

FIBROMYALGIA SYNDROME AND DISEASE BURDEN IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: 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

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Giao thông Vận tải

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

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.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh lý khớp viêm mạn tính hay gặp trên lâm sàng, có thể gây hủy khớp, dính khớp và tàn phế nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Bệnh không chỉ ảnh hưởng đến khớp mà còn tác động đến tim mạch, hô hấp, thần kinh. Ở một số bệnh nhân, mặc dù quá trình viêm khớp đã được kiểm soát tốt với thuốc chống viêm và DMARDs nhưng vẫn có biểu hiện triệu chứng đau khớp và mệt mỏi mạn tính trên lâm sàng. Hội chứng đau xơ cơ (HCDXC) thường gặp ở bệnh nhân VKDT với tỷ lệ giao động từ 12- 48% cao hơn nhiều so với tỷ lệ trong dân số nói chung là 2-8% [1,3]. HCDXC là một trong các nguyên nhân thường gặp làm bệnh nhân có tình trạng đau khớp kéo dài dai dẳng tuy không còn biểu hiện viêm khớp trên lâm sàng. Ở các bệnh nhân VKDT có kèm theo hội chứng đau xơ cơ, làm tăng nguy cơ bị trầm cảm, lo lắng, mệt mỏi mạn tính, rối loạn giấc ngủ, giảm sút chất lượng cuộc sống và tăng số lần phải nhập viện để điều trị bệnh. Các bệnh nhân cũng thường đáp ứng kém hơn với điều trị [6].

Trong điều trị VKDT, DAS28 là một chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ hoạt động bệnh, đáp ứng và mục tiêu điều trị. Hội chứng đau xơ cơ có thể ảnh hưởng đến việc xác định đúng số khớp bị sưng, đau trên lâm sàng và dẫn đến đánh giá điểm số DAS28 không chính xác. Theo kết quả của một số nghiên cứu, những bệnh nhân VKDT kèm theo hội chứng đau xơ cơ có điểm DAS28 cao hơn so với bệnh nhân không có hội chứng này [8]. Hiện nay, điều trị trúng đích là một mục tiêu quan trọng trong VKDT. Quá trình đánh giá điểm DAS28 không chính xác, cao hơn so với thực tế có thể dẫn đến một phác đồ điều trị quá mức, kéo dài thời gian điều trị với Glucocorticoid và tăng tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển đổi thuốc DMARDs sinh học do tình trạng không đáp ứng với điều trị ở các bệnh nhân VKDT có kèm theo hội chứng đau xơ cơ [5]. Do

đó, sự chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời những bệnh nhân VKDT có hội chứng đau xơ cơ rất quan trọng trên lâm sàng, giảm nguy cơ bị tình trạng đau khớp kéo dài, mệt mỏi mạn tính, trầm cảm, lo lắng và giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cũng như tránh được sự điều trị quá mức ở người bệnh. Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu khảo sát về thực trạng trầm cảm, mệt mỏi mạn tính và rối loạn lo âu ở bệnh nhân VKDT nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về các nguyên nhân có thể dẫn đến những rối loạn này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm hai mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm của hội chứng đau xơ cơ ở bệnh nhân VKDT điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.
2. 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn ACR1987 và ACR/EULAR 2010, điều trị tại trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 02 năm 2025.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân >18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp có mắc kèm theo các bệnh hệ thống khác như viêm cơ tự miễn, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, tất cả những bệnh nhân VKDT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

- Các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được thăm khám, phỏng vấn theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện các triệu chứng củ

a HCDXC.

- Hội chứng đau xơ cơ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ACR 2016.

- Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm không có HCDXC và nhóm có HCDXC. Sau đó mô tả đặc điểm của HCDXC trong VKDT và đánh giá chất lượng cuộc sống

của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu theo bộ câu hỏi EQ-5D.

- Các biến số nghiên cứu :

+ Các chỉ số về nhân trắc học: tên, tuổi, giới, nghề nghiệp.

+ Các đặc điểm lâm sàng của VKDT: tuổi bị bệnh, tuổi khởi phát bệnh, thời gian bị bệnh VKDT (tháng), số khớp đau, số khớp sưng, mức độ đau khớp (theo thang điểm VAS).

+ Các đặc điểm của HCĐXC: Các vùng cơ bị đau, thời gian bị đau cơ, triệu chứng mệt mỏi, đau đầu mạn tính, dấu hiệu thức dậy không khỏe mạnh, đau hoặc chuột rút bụng dưới, triệu chứng về nhận thức và trầm cảm.

+ Các chỉ số cận lâm sàng: CRP, RF, anti CCP, xét nghiệm máu cơ bản.

+ Đánh giá mức độ hoạt động bệnh VKDT dựa vào chỉ số DAS28-CRP.

- Chẩn đoán HCĐXC theo tiêu chuẩn chẩn đoán đau xơ cơ của ACR 2016 khi đáp ứng tất cả các tiêu chí sau:

1. Đau cơ toàn thân (đau ít nhất 4 trong 5 vùng).

2. Các triệu chứng đã xuất hiện trong ít nhất 3 tháng.

3. Chỉ số đau lan tỏa (WPI) ≥ 7 và thang điểm mức độ nghiêm trọng của triệu chứng (SSS) ≥ 5 hoặc WPI từ 4-6 và điểm SSS ≥ 9 .

. WPI (điểm từ 0-19) 1 điểm cho mỗi vùng đau.

. SSS (tổng điểm từ 0-12) gồm các triệu chứng: mệt mỏi, đau đầu mạn tính, thức dậy không khỏe mạnh, các triệu chứng về nhận thức và trầm cảm. Mỗi triệu chứng được xếp hạng từ 0÷3 điểm, 0= không có vấn đề gì, 1= nhẹ hoặc ngắt quãng, 2= vừa/thường xuyên, 3= nghiêm trọng/kéo dài/liên tục). Một điểm cho mỗi triệu chứng mà bệnh nhân gặp phải trong 6 tháng trước.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học. Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân VKDT có

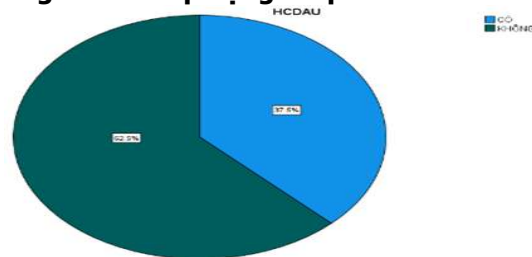
tuổi trung bình là $57,6 \pm 14,5$ tuổi và độ tuổi khởi phát bệnh trung bình là $51,9 \pm 15,9$ tuổi.

- Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thời gian bị bệnh VKDT trung bình là $72,6 \pm 93,6$ tháng.

- Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 81,3%, tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam = 4,3/1.

- Trong nghiên cứu, 37,5% bệnh nhân có các bệnh lý đồng mắc trong đó các bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường và thoái hóa khớp.

3.2. Đặc điểm của hội chứng đau xơ cơ trong viêm khớp dạng thấp



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ hội chứng đau xơ cơ trong nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 30/80 bệnh nhân VKDT có hội chứng đau xơ cơ, chiếm tỷ lệ 37,5%.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân VKDT có HCĐXC

Đặc điểm	VKDT không có HCĐXC (n=50)	VKDT có HCĐXC (n=30)		p
Tuổi (năm)	56,1 $\pm 14,8$	60,1 $\pm 13,7$		$p > 0,05$
Tuổi khởi phát bệnh VKDT (năm)	50,7 $\pm 16,2$	54,0 $\pm 15,7$		$p > 0,05$
Thời gian bị bệnh VKDT (tháng)	69,4 $\pm 87,6$	78,0 $\pm 104,2$	72,6 $\pm 93,6$	$p > 0,05$
Nữ, n (%)	41 (82%)	24 (80%)	65 (81,3%)	$p > 0,05$

Nhận xét: Trong nghiên cứu, các bệnh nhân kèm theo HCĐXC có tuổi khởi phát bệnh cao hơn và thời gian mắc bệnh VKDT kéo dài hơn so với nhóm bệnh nhân không có HCĐXC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Đặc điểm hoạt động bệnh của nhóm bệnh nhân VKDT có HCĐXC

Đặc điểm	VKDT không có HCĐXC (n=50)	VKDT có HCĐXC (n=30)	p
Số khớp đau ($X \pm SD$)	2,3 $\pm$ 2,8	4,9 $\pm$ 6,9	$p < 0,05$
Mức độ đau khớp theo VAS ($X \pm SD$)	4,3 $\pm$ 2,5	5,4 $\pm$ 2,3	$p < 0,05$
DAS28 Không hoạt động (n, %)	20 42,6	9 33,3	$p < 0,05$

	Hoạt động nhẹ (n, %)	6	6,4	2	7,4	p>0,05
	Hoạt động trung bình (n, %)	22	46,8	12	44,4	p>0,05
	Hoạt động mạnh (n, %)	2	4,3	4	14,8	p<0,05

Nhận xét: 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 (p<0,05).

Bảng 3.3. Một số đặc điểm của HCĐXC ở bệnh nhân VKDT

Đặc điểm	VKDT không có HCĐXC (n=50)		VKDT có HCĐXC (n=30)		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mệt mỏi	27	54	28	93,0	55	68,8	p<0,05
Đau đầu mạn tính	6	12	13	43,0	19	23,8	p<0,05
Thức dậy không khỏe mạnh	24	48	29	96,7	53	66,3	p<0,05
Trầm cảm	5	10	16	53,3	21	26,3	p<0,05
Đau hoặc chuột rút bụng dưới	1	2	1	3,3	8	26,3	p>0,05

Nhận xét: Các triệu chứng mệt mỏi, đau đầu mạn tính, thức dậy không khỏe mạnh và biểu hiện trầm cảm gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân VKDT kèm theo HCĐXC so với nhóm bệnh nhân không có hội chứng này (p<0,05).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có hội chứng đau xơ cơ

Bảng 3.4. Đặc điểm RF và anti CCP huyết thanh dương tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	VKDT không có HCĐXC (n=50)		VKDT có HCĐXC (n=30)		p
	n	%	n	%	
RF dương tính	34	68	22	75,9	p<0,05
Anti CCP dương tính	10	83,3	9	81,8	p>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ RF dương tính ở nhóm VKDT kèm theo HCĐXC cao hơn so với nhóm VKDT không có HCĐXC. Tỷ lệ anti CCP dương tính không khác biệt giữa 2 nhóm.

3.4. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp bằng thang điểm EQ-5D

Bảng 3.5. Đặc điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân VKDT kèm theo HCĐXC

Đặc điểm	VKDT không có HCĐXC (n=50)	VKDT có HCĐXC (n=30)	p
Chất lượng cuộc sống (X±SD)	0,64±0,19	0,58±0,20	p<0,05
Sự đi lại (X±SD)	0,07±0,06	0,07±0,04	p>0,05
Tự chăm sóc bản thân (X±SD)	0,04±0,04	0,03±0,05	p>0,05
Sinh hoạt thường lệ (X±SD)	0,04±0,03	0,05±0,03	p>0,05

Đau/Khó chịu (X±SD)	0,12±0,06	0,14±0,07	p>0,05
Lo lắng/U sầu (X±SD)	0,06±0,04	0,06±0,04	p>0,05

Nhận xét: Điểm đánh giá chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân VKDT kèm theo HCĐXC (0,58±0,20) giảm nhiều hơn so với nhóm không có HCĐXC (0,64±0,19), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

VKDT là một bệnh lý khớp viêm mạn tính, với những biểu hiện đặc trưng trên lâm sàng là tình trạng viêm nhiều khớp nhỏ và nhỏ ở chi, có tính chất đối xứng 2 bên kết hợp với thời gian cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một tiếng. HCĐXC thường gặp ở các bệnh nhân VKDT và trở nên rõ ràng hơn trong một năm đầu tiên sau khi được chẩn đoán bệnh. HCĐXC là tình trạng tăng nhạy cảm của hệ thống thần kinh trung ương và có thể thay đổi theo thời gian [1]. Hội chứng này có liên quan chặt chẽ đến các đáp ứng của cơ thể với những stress sinh lý và tâm lý [3]. Những bệnh nhân kèm theo HCĐXC sẽ bị tăng cảm giác đau lan tỏa, đau khớp, mệt mỏi mạn tính và tăng nguy cơ bị tàn phế [7]. Do đó, sự phát hiện sớm của HCĐXC ở bệnh nhân VKDT rất quan trọng trên lâm sàng, sẽ giúp có một phác đồ điều trị hiệu quả và phù hợp hơn ở những bệnh nhân này. Trong nghiên cứu, 30/80 bệnh nhân VKDT có HCĐXC, chiếm tỷ lệ 37,5%. Những biểu hiện hay gặp của HCĐXC ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm: tình trạng thấy mệt mỏi và đau đầu mạn tính, thức dậy không khỏe mạnh và các dấu hiệu của trầm cảm. Các bệnh nhân kèm theo HCĐXC có tuổi khởi phát bệnh VKDT cao hơn và thời gian mắc bệnh cũng kéo dài hơn so với nhóm bệnh nhân không kèm theo HCĐXC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Kết quả của nhiều

ngiên cứu cho thấy, cùng với thời gian mắc bệnh VKDT kéo dài, các stress ngày càng gia tăng, dẫn đến sự tăng nhạy cảm của hệ thống thần kinh trung ương, làm bệnh nhân có tình trạng đau lan tỏa, nhiều vị trí, xảy ra độc lập và không liên quan đến quá trình viêm các khớp [6,7].

Bệnh nhân VKDT kèm theo HCDXC sẽ gặp khó khăn hơn trong quá trình vận động do đau lan tỏa và cứng cơ, tăng rối loạn giấc ngủ, lo âu và trầm cảm, giảm khả năng tự chăm sóc và sinh hoạt hàng ngày. Khi đánh giá số khớp đau và mức độ đau khớp theo thang điểm VAS, chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân kèm theo HCDXC có số khớp đau, mức độ đau khớp nhiều hơn và tỷ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh cũng cao hơn so với nhóm bệnh nhân không kèm theo HCDXC. Tỷ lệ có yếu tố dạng thấp trong huyết thanh dương tính cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HCDXC. Mức độ tiến triển nặng của bệnh VKDT có thể dẫn đến sự tăng nhạy cảm của hệ thống thần kinh trung ương và tăng cảm giác đau mạn tính, do đó quá trình viêm khớp ngoại vi trên lâm sàng cũng thúc đẩy quá trình đau xơ cơ.

Ở các bệnh nhân VKDT kèm theo HCDXC, mặc dù đã được kiểm soát bệnh tốt nhưng vẫn có điểm đánh giá chất lượng cuộc sống thấp hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có HCDXC, dẫn đến làm tăng gánh nặng bệnh tật của bệnh nhân. HCDXC cũng ảnh hưởng đến chỉ định các thuốc trong điều trị VKDT. Các triệu chứng đa lan tỏa, cứng khớp và mệt mỏi là những biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường gặp của HCDXC, tuy nhiên sẽ được quy đổi là do bệnh VKDT tiến triển gây ra. Vì vậy, sẽ dẫn đến việc tăng liều lượng thuốc và tăng số lượng các thuốc DMARDs để kiểm soát sự tiến triển của bệnh VKDT cũng như tăng số lượng của các thuốc chống viêm và thuốc giảm đau để điều trị các triệu chứng này của bệnh [3,4]. Trong VKDT, 2 dấu hiệu đau khớp và sự đánh giá của bệnh nhân về toàn thể mức độ tiến triển bệnh có thể không được xác định chính xác ở các bệnh nhân có kèm theo HCDXC. Theo một số nghiên cứu, chỉ số DAS28 thường được đánh giá quá mức ở những bệnh nhân có đồng mắc cả VKDT và HCDXC, đặc biệt ở các yếu tố thành phần gồm: đánh giá toàn thể tiến triển bệnh và số khớp đau trên lâm sàng. Do đó, điểm DAS28 sẽ cao hơn so với số điểm đúng thực tế và dẫn đến tình trạng bệnh nhân phải sử dụng nhiều thuốc hơn. HCDXC đã ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng

cuộc sống của các bệnh nhân VKDT và phác đồ điều trị bệnh. Vì vậy, việc sàng lọc qua hỏi bệnh và thăm khám trên lâm sàng rất quan trọng để có thể giúp phát hiện sớm hội chứng này, đặc biệt ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh VKDT kéo dài, từ đó có một phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh, giúp giảm đau, cải thiện sức khỏe tâm lý và nâng cao hiệu quả điều trị VKDT.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân VKDT, cho thấy HCDXC gặp ở 37,5% bệnh nhân nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân VKDT kèm theo HCDXC có số khớp đau và mức độ đau khớp trên lâm sàng nhiều hơn, mức độ hoạt động bệnh mạnh hơn so với nhóm bệnh nhân không có HCDXC.

Các dấu hiệu đặc trưng của HCDXC 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.

Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm HCDXC 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clauw DJ.** "Fibromyalgia: a clinical review". *JAMA*, 2014, 311(15): 1547–555.
2. **Ferreira LN, Ferreira PL, Baleiro RR.** "Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis". *Acta Reumatol Port*, 2008, 33(3), 42–331.
3. **Fitzcharles MA, and et al.** "Classification and clinical diagnosis of fibromyalgia syndrome: recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines". *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 528952.
4. **Kim SC and et al.** "Patterns of health care utilization related to initiation of amitriptyline, duloxetine, gabapentin, or pregabalin in fibromyalgia". *Arthritis Res Ther*, 2015, 17(1):18.
5. **McInnes IB, Schett G.** "The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis". *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(23), 2205 – 2219.
6. **Pouchot J, and et al.** "Determination of the minimal clinically important difference for seven fatigue measures in rheumatoid arthritis". *J Clin Epidemiol*, 2008, 61(7), 13 – 705.
7. **Wolfe F, and et al.** "2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria". *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2016, 46(3): 319–329.
8. **Yunus Durmaz, Ilker Ilhanli.** "Rheumatoid arthritis activity scores in patients with and without fibromyalgia syndrome". *Ann Saudi Med*, 2021, 41(4): 246–252.