

định. Tầm quan trọng của tỷ số này còn được khẳng định qua nghiên cứu của David Fuller và cộng sự, kết luận rằng dự báo nguy cơ tử vong tim mạch dựa trên ApoB và ApoA1 vượt trội hơn so với sử dụng các thông số lipid truyền thống.<sup>6</sup>

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, do đó không phân tích mối quan hệ nhân quả thực sự của tỷ số ApoB/ApoA1 với mức độ tổn thương hẹp mạch vành. Đồng thời, cỡ mẫu nhỏ và thực hiện tại một bệnh viện nghiên cứu duy nhất cũng là các nhược điểm quan trọng của nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ số ApoB/ApoA1 cho thấy có mối liên quan đến số nhánh và mức độ tổn thương hẹp mạch vành ở bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li B, Zhao X, Ding Y, Zhang Y. A potentially underestimated predictor of coronary artery disease risk: The ApoB/ApoA1 ratio. *Heliyon*. 2024;10(11): e32084. Doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e32084.

2. Yaseen RI, El-Leboudy MH, El-Deeb HM. The relation between ApoB/ApoA-1 ratio and the severity of coronary artery disease in patients with acute coronary syndrome. *Egypt Heart J*. 2021; 73(1):24. Doi: 10.1186/s43044-021-00150-z.
3. **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về Quản lý hội chứng vành cấp. 2024.
4. **Hải TNP, Sỹ HV.** Giá trị tiên đoán kết cục tim mạch của non-high-density cholesterol ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(1B):47-51. Doi: 10.51298/vmj.v535i1B.8384.
5. **Đức NH, Tiến HA, Hà BD, Nhật N, Sang PC, Nguyễn TVK.** Kết quả đạt mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu ở người bệnh hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Trị. *Tạp Chí Tim mạch học Việt Nam*. 2023;(106): 56–64. Doi: 10.58354/jvc.106.2023.480.
6. **Füller D, Liu C, Desai SR, Vatsa N, Sun YV, Quyyumi AA.** Association of apolipoprotein B and apolipoprotein A1 levels with social determinants of health and coronary artery disease mortality in the United Kingdom Biobank - is there a need for consideration? *Coron Artery Dis*. 2024;35(6) :509-515. Doi: 10.1097/mca.0000000000001380.

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

Đặng Thị Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Phương Thủy<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Nga<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Nhận xét các đặc điểm của tình trạng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. 2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của tình trạng mệt mỏi mạn tính ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp (VKDT) theo tiêu chuẩn ACR-EULAR 2010 tại Trung tâm Cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Hội chứng mệt mỏi mạn tính gặp ở 78,3% các bệnh nhân VKDT. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm BRAF-MDQ trung bình là  $27,82 \pm 18,97$ , trong đó bị ảnh hưởng nhiều nhất là điểm mệt mỏi thể chất là  $11,43 \pm 7,11$  và điểm mệt mỏi nhận thức là  $7,92 \pm 5,89$ . Các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện triệu chứng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân 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 và thuốc DMARDs sinh học. **Kết luận:** Hội chứng mệt mỏi mạn tính là một biểu hiện ngoài khớp rất thường gặp ở bệnh nhân VKDT, đặc biệt trong những đợt tiến triển bệnh và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh với 1 phác đồ điều trị trúng đích gồm 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 mạn tính, viêm khớp dạng thấp, các yếu tố nguy cơ.

## SUMMARY

### CHRONIC FATIGUE AND RISK FACTORS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

**Objectives:** 1. To evaluate the characteristics of chronic fatigue in patients with rheumatoid arthritis. 2. To determine the risk factors of chronic fatigue in these patients. **Subjects and method:** A cross-sectional descriptive study, including 60 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to ACR-EULAR 2010 criteria at the Musculoskeletal Center - Bach Mai Hospital from August 2024 to March 2025. **Results:** Chronic fatigue syndrome was found in 78.3% of patients with rheumatoid arthritis. The

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

patients had an average BRAF-MDQ score of  $27.82 \pm 18.97$ , of which the most affected were the physical fatigue score of  $11.43 \pm 7.11$  and the cognitive fatigue score of  $7.92 \pm 5.89$ . Factors that increased the risk of chronic fatigue symptoms in rheumatoid arthritis patients included: high disease activity, multiple deformed joints due to disease progression leaving joint adhesions and the disease was not well controlled with conventional DMARDs and biological DMARDs. **Conclusions:** Chronic fatigue syndrome was 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 a targeted treatment regimen including conventional DMARDs and biological DMARDs will help improve the prognosis and reduce the risk of disability for these patients. **Keywords:** Chronic fatigue, rheumatoid arthritis, risk factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp viêm mạn tính phổ biến ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Bệnh có cơ chế tự miễn dịch, gây tổn thương viêm tại màng hoạt dịch khớp với diễn biến mạn tính có xen kẽ các đợt tiến triển. Các bệnh nhân VKDT thường có biểu hiện mệt mỏi mạn tính trên lâm sàng. Mệt mỏi là các triệu chứng chủ quan của tình trạng kiệt sức, không có liên quan đến hành động gắng sức và không thuyên giảm khi nghỉ ngơi. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ các bệnh nhân VKDT có dấu hiệu mệt mỏi mạn tính tăng cao gấp 4- 8 lần so với dân số nói chung là 10%. Triệu chứng mệt mỏi có thể diễn biến mạn tính hoặc cấp tính, hay bị tái phát và thay đổi nhanh về mức độ trong cùng một ngày hoặc giữa các ngày với nhau. Tình trạng mệt mỏi sẽ ngày càng tiến triển nặng lên cùng với thời gian mắc bệnh VKDT kéo dài và làm giảm sút nhiều chất lượng cuộc sống cũng như tăng gánh nặng bệnh tật của bệnh nhân. Trong những đợt tiến triển của bệnh, sự tăng cao nồng độ của các cytokine gây viêm như IL-1, IL-4, TNF... và tổn thương viêm nhiều khớp là những nguyên nhân gây ra triệu chứng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân.

Tình trạng mệt mỏi làm bệnh nhân gặp nhiều khó khăn trong các hoạt động chức năng hằng ngày, sức khỏe tinh thần bị giảm sút và cần nhiều hơn các hoạt động chăm sóc về y tế. Bên cạnh đó, quá trình điều trị những bệnh nhân này cũng sẽ gặp nhiều các khó khăn hơn do dấu hiệu mệt mỏi gây ảnh hưởng đến khả năng tự đánh giá của bệnh nhân về mức độ tiến triển bệnh VKDT, một chỉ số cơ bản để bác sỹ dựa vào trong quyết định phác đồ điều trị và đánh giá mức độ đáp ứng điều trị trên lâm sàng. Mệt mỏi cũng làm bệnh nhân gặp các khó khăn trong

tham gia quá trình luyện tập phục hồi chức năng của khớp. Một số thuốc trong điều trị VKDT như methotrexat và các thuốc DMARDs sinh học cũng có thể làm tình trạng mệt mỏi trở lên trầm trọng hơn. Tình trạng mệt mỏi mạn tính có thể xảy ra cả khi bệnh ở giai đoạn ổn định bệnh và cũng là một trong những nguyên nhân làm gia tăng tỉ lệ bệnh nhân phải đến khám và nhập viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu:

1. Nhận xét các đặc điểm của tình trạng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân VKDT.
2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của tình trạng mệt mỏi mạn tính ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu** gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán VKDT và điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn ACR- EULAR 2010 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân bị mất trí nhớ hoặc trí nhớ kém ảnh hưởng đến quá trình thu thập thông tin. Có các bệnh lý nội khoa phối hợp nặng như: xơ gan, ung thư, đột quỵ, xuất huyết tiêu hóa, nhồi máu cơ tim, nhiễm khuẩn huyết, rối loạn điện giải, suy thượng thận trên lâm sàng, suy giáp, cường giáp.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang và có phân tích.
- Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.
- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, xét nghiệm máu cơ bản và đánh giá tình trạng mệt mỏi mạn tính theo thang điểm BRAF-MDQ.

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số BMI, thời gian mắc bệnh VKDT, số lượng khớp sưng, số lượng khớp đau, thời gian cứng khớp buổi sáng (phút), mức độ hoạt động bệnh theo DAS28-CRP.

- Đánh giá mức độ mệt mỏi theo thang điểm BRAF-MDQ gồm: 20 câu hỏi, đánh giá tình trạng mệt mỏi trên 4 khía cạnh riêng biệt: mệt mỏi thể chất, mệt mỏi về nhận thức, mệt mỏi về cảm xúc và sống chung với mệt mỏi. Tổng số điểm khi đánh giá mệt mỏi là 0-70 điểm, trong đó điểm mệt mỏi thể chất giao động từ 0- 22 điểm, điểm sống chung với mệt mỏi giao động từ 0- 2 điểm,

điểm mệt mỏi về nhận thức giao động từ 0- 15 điểm và điểm mệt mỏi về cảm xúc giao động từ 0- 12 điểm. Khi tổng điểm BRAF-MDQ  $\geq 1$  là bệnh nhân có mệt mỏi. Điểm BRAF-MDQ càng cao chứng tỏ mức độ mệt mỏi của bệnh nhân càng nặng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Các xét nghiệm máu cơ bản, chỉ số đánh giá mức độ viêm khớp (nồng độ CRP), chụp Xquang tim phổi.

- Các bệnh lý đồng mắc và thuốc điều trị: Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa.

- Các thuốc điều trị VKDT: Thuốc chống viêm giảm đau không steroid, glucocorticoid, thuốc DMARDs kinh điển, thuốc DMARDs sinh học, thời gian điều trị và liều lượng thuốc.

- Các số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.** Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân VKDT, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ 86,7% và tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam= 6,5/1. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $57,3 \pm 11,1$  tuổi với thời gian mắc bệnh VKDT trung bình là  $9,15 \pm 8,17$  (năm).

**3.2. Đặc điểm về tình trạng mệt mỏi mạn tính của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp**

**Bảng 3.1. Đặc điểm tình trạng mệt mỏi mạn tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=60)**

| Đặc điểm mệt mỏi                              |       | Số lượng (n)      | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------------------|-------|-------------------|-----------|
| Mệt mỏi                                       | Có    | 47                | 78,3      |
|                                               | Không | 13                | 21,7      |
| Điểm BRAF-MDQ trung bình, $\bar{X} \pm SD$    |       | $27,82 \pm 18,97$ |           |
| Điểm mệt mỏi thể chất, $\bar{X} \pm SD$       |       | $11,43 \pm 7,11$  |           |
| Điểm mệt mỏi nhận thức, $\bar{X} \pm SD$      |       | $7,92 \pm 5,89$   |           |
| Điểm mệt mỏi cảm xúc, $\bar{X} \pm SD$        |       | $4,32 \pm 3,23$   |           |
| Điểm sống chung với mệt mỏi, $\bar{X} \pm SD$ |       | $4,72 \pm 3,72$   |           |

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, các bệnh nhân VKDT có biểu hiện mệt mỏi mạn tính trên lâm sàng chiếm một tỷ lệ cao (78,3%) với điểm BRAF-MDQ trung bình là  $27,82 \pm 18,97$ , trong đó các bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi chủ yếu ở khía cạnh thể chất và nhận thức.

**3.3. Mối liên quan giữa mệt mỏi mạn tính với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp**

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa mệt mỏi và một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

| Đặc điểm                                                    |            | Có mệt mỏi (n=47) | Không có mệt mỏi (n=13) | p      |
|-------------------------------------------------------------|------------|-------------------|-------------------------|--------|
| Tuổi                                                        |            | $56,51 \pm 11,32$ | $60,23 \pm 9,82$        | 0,414* |
| Giới                                                        | Nữ, n (%)  | 41 (87,2%)        | 11 (84,6%)              | 0,807# |
|                                                             | Nam, n (%) | 6 (12,8%)         | 2 (15,4%)               |        |
| Thời gian bị bệnh VKDT (năm), $\bar{X} \pm SD$              |            | $8,70 \pm 7,64$   | $10,77 \pm 10,03$       | 0,412* |
| Số khớp biến dạng, $\bar{X} \pm SD$                         |            | $2,66 \pm 2,78$   | $1,08 \pm 2,22$         | 0,066* |
| Mức độ hoạt động bệnh VKDT theo DAS28-CRP, $\bar{X} \pm SD$ |            | $5,28 \pm 1,35$   | $2,51 \pm 0,63$         | 0,001* |

\*Mann-Whitney test, \*\*Chi bình phương, # Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Mức độ hoạt động của bệnh VKDT và số khớp bị biến dạng do tiến triển bệnh ở nhóm bệnh nhân VKDT có mệt mỏi mạn tính cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không có mệt mỏi.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa mệt mỏi và đặc điểm điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

| Đặc điểm điều trị            |                      | Có mệt mỏi (n=47) | Không có mệt mỏi (n=13) | p       |
|------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------------|---------|
| Thuốc Glucocorticoids, n (%) |                      | 37 (78,7)         | 8 (61,5)                | 0,205** |
| Thuốc NSAIDs, n (%)          |                      | 3 (6,4)           | 1 (7,7)                 | 0,634#  |
| Thuốc DMARDs kinh điển       | HCQ, n (%)           | 14 (29,8)         | 0 (0,0)                 | >0,05   |
|                              | Leflunomide, n (%)   | 0 (0,0)           | 0 (0,0)                 | >0,05   |
|                              | Sulfasalazine, n (%) | 0 (0,0)           | 0 (0,0)                 | >0,05   |
|                              | Methotrexat, n (%)   | 21 (44,7)         | 12 (92,3)               | 0,03#   |
| Thuốc DMARDs sinh học, n (%) |                      | 22 (46,8)         | 12 (92,3)               | 0,04#   |

\*\* Chi bình phương, # Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Tỷ lệ sử dụng thuốc methotrexat và thuốc DMARDs sinh học để kiểm soát sự tiến triển của bệnh VKDT ở nhóm bệnh nhân có mệt mỏi thấp hơn rõ rệt so với nhóm không có mệt mỏi.

**Bảng 3.4. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến giữa điểm BRAF và một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh VKDT (n=60)**

| Đặc điểm                 | Điểm BRAF-MDQ |                 |       |
|--------------------------|---------------|-----------------|-------|
|                          | B             | KTC 95%         | p     |
| Thời gian bị bệnh VKDT   | -0,068        | - 0,487 – 0,350 | 0,745 |
| Mức độ đau khớp theo VAS | - 0,349       | - 4,170 – 3,472 | 0,855 |

|                 |          |                   |       |
|-----------------|----------|-------------------|-------|
| CRP             | -0,053   | - 0,166 – 0,060   | 0,354 |
| DAS 28-CRP      | 10,104   | 4,238 – 15,970    | 0,001 |
| Methotrexat     | - 12,773 | - 38,717 – 13,171 | 0,328 |
| DMARDs sinh học | 13,755   | -11,537 – 39,047  | 0,328 |

**Nhận xét:** Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, chỉ có điểm hoạt động bệnh VKDT theo DAS28-CRP có mối tương quan với điểm BRAF-MDQ ( $p < 0,05$ ). Khi DAS28-CRP tăng 1 điểm thì điểm BRAF-MDQ tăng 10,104 (KTC: 4,238 – 15,970) điểm.

#### IV. BÀN LUẬN

Mệt mỏi mạn tính là một dấu hiệu hay gặp trên lâm sàng trong các bệnh lý khớp viêm, đặc biệt với VKDT, tuy nhiên các biểu hiện của mệt mỏi ở bệnh nhân thường không được bác sỹ quan tâm nhiều trên lâm sàng và dễ bị bỏ sót. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 47/60 BN có dấu hiệu mệt mỏi mạn tính khi được đánh giá theo thang điểm BRAF-MDQ, chiếm một tỷ lệ cao (78,3%). Các biểu hiện của mệt mỏi bao gồm: mệt mỏi khi thực hiện các hoạt động thể lực, bệnh nhân thấy kiệt sức khi có các hoạt động nhận thức như khả năng tập trung giảm, gặp khó khăn trong suy nghĩ và đưa ra quyết định, phải sống chung với tình trạng mệt mỏi trong các hoạt động sống thường ngày, luôn cảm thấy bị stress và buồn bã. Trong VKDT, đó là tình trạng mệt mỏi bệnh lý, không giống với kiệt sức bình thường, không cải thiện khi bệnh nhân nghỉ ngơi. Trong những đợt tiến triển bệnh, các tổn thương viêm khớp cấp tính và những tổn thương ngoài khớp như viêm phổi kẽ đều có thể làm bệnh nhân mệt mỏi. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, mệt mỏi là một triệu chứng ngoài khớp phổ biến nhất trong bệnh VKDT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có điểm BRAF-MDQ trung bình là  $27,82 \pm 18,97$  điểm, trong đó có biểu hiện mệt mỏi chủ yếu ở khía cạnh thể chất và nhận thức. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của tác giả Diniz L.R, bệnh nhân VKDT có tỷ lệ mệt mỏi là 71,25% và tổng điểm BRAF-MDQ trung bình là  $22,28 \pm 16,33$  [2]. Mệt mỏi không chỉ làm giảm sút chất lượng cuộc sống mà còn là nguyên nhân chính gây tàn phế và ảnh hưởng đến hơn 60% khả năng làm việc của bệnh nhân [1].

Hiện nay, các nguyên nhân chính xác gây ra tình trạng mệt mỏi mạn tính trong VKDT chưa được biết rõ ràng. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu, dấu hiệu mệt mỏi mạn tính có liên quan chặt chẽ với mức độ viêm khớp trên lâm sàng, thời gian cứng khớp buổi sáng kéo dài, mức độ

hoạt động bệnh mạnh và một số yếu tố về tâm thần- xã hội như trầm cảm, mất ngủ [3]. Trong nghiên cứu, khi khảo sát mối liên quan giữa mệt mỏi với một số đặc điểm lâm sàng- cận lâm sàng của bệnh VKDT, chúng tôi thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa biểu hiện mệt mỏi mạn tính với mức độ hoạt động bệnh đánh giá theo chỉ số DAS28-CRP và số khớp bị biến dạng do di chứng tiến triển của bệnh ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, khi phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi thấy chỉ có điểm hoạt động bệnh DAS28-CRP có mối tương quan với điểm BRAF-MDQ, trong đó, khi DAS28-CRP tăng 1 điểm thì BRAF-MDQ tăng 10,104 điểm, (KTC: 4,238 – 15,970) ( $p < 0,05$ ). Theo kết quả của một số nghiên cứu thực nghiệm, tổn thương viêm hệ thống trong nhiều bệnh lý khớp viêm như VKDT dẫn đến tăng nồng độ của các cytokine gây viêm như TNF- $\alpha$  và IFN trong não. Những cytokine gây viêm này cũng dễ dàng đi qua hàng rào máu- não và ảnh hưởng đến chức năng của hệ thống thần kinh trung ương.

Trong điều trị VKDT, việc kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh có thể cải thiện và làm giảm tình trạng mệt mỏi cho bệnh nhân. Vì vậy, việc sử dụng các thuốc chống viêm như glucocorticoid hay thuốc chống viêm giảm đau không steroid (NSAIDs) kết hợp với thuốc DMARDs kinh điển hoặc thuốc DMARDs sinh học sẽ giúp giảm sự tiến triển của tổn thương viêm khớp mạn tính và mức độ hoạt động bệnh, góp phần làm giảm sự mệt mỏi ở bệnh nhân [5]. Trong nghiên cứu, tỷ lệ điều trị với methotrexat và thuốc DMARDs sinh học ở nhóm bệnh nhân có mệt mỏi thấp hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không có mệt mỏi. Theo tác giả Vibeke Strand và cộng sự, nghiên cứu trên 982 bệnh nhân VKDT đang trong giai đoạn hoạt động bệnh, thấy việc điều trị thuốc DMARD sinh học thuộc nhóm kháng TNF, certolizumab kết hợp với methotrexat làm giảm đáng kể mức độ mệt mỏi, mức độ đau khớp và cải thiện chức năng thể chất của bệnh nhân ngay ở tuần đầu tiên sau khi điều trị [4]. Trong VKDT, sự điều trị trúng đích và cá thể hóa trong điều trị đã trở thành những mục tiêu quan trọng nhằm làm giảm tối đa mức độ hoạt động bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ tàn phế cho bệnh nhân.

#### V. KẾT LUẬN

- Hội chứng mệt mỏi mạn tính gặp ở 78,3% các bệnh nhân VKDT với điểm BRAF-MDQ trung bình là  $27,82 \pm 18,97$ , trong đó bị ảnh hưởng nhiều nhất ở khía cạnh mệt mỏi thể chất và mệt mỏi nhận thức.

- Các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất hiện

triệu chứng mệt mỏi mạn tính ở bệnh nhân bao gồm: mức độ hoạt động bệnh mạnh, nhiều khớp bị biến dạng, bệnh không được kiểm soát tốt với các thuốc DMARDs kinh điển và thuốc DMARDs sinh học.

- Hội chứng mệt mỏi mạn tính là một biểu hiện ngoài khớp rất thường gặp trong VKDT, đặc biệt trong những đợt tiến triển bệnh và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kiểm soát tốt sự tiến triển của bệnh với phác đồ điều trị trúng đích sẽ giúp cải thiện tiên lượng bệnh và giảm nguy cơ tàn phế cho bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hewlett Sarah, Kirwan John, Bode et** (2018), "The revised Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue measures and the Rheumatoid Arthritis Impact of Disease scale: validation in six countries", *Rheumatology*, 57(2), 300-308.
2. **Diniz Leonardo Rios, Balsamo** (2017), "Measuring fatigue with multiple instruments in a Brazilian cohort of early rheumatoid arthritis patients", *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(5), 431-437.
3. **Singh Harpreet, Arya** (2014), "Assessment of fatigue in rheumatoid arthritis (by functional assessment of chronic illness therapy-fatigue score) and its relation to disease activity and anemia", *Journal of Clinical Rheumatology*, 87-90.
4. **Strand Vibeke, Mease Philip, Burmester** (2009), "Rapid and sustained improvements in health-related quality of life, fatigue, and other patient-reported outcomes in rheumatoid arthritis patients treated with certolizumab pegol plus methotrexate over 1 year: results from the RAPID 1 randomized controlled trial", *Arthritis research therapy*, 11, 1-12.
5. **Chauffier Karine, Salliot Carine, Berenbaum Francis, et al.** (2012), "Effect of biotherapies on fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature and meta-analysis", *Rheumatology*, 51(1), 60-68.

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT U XƯƠNG SƯỜN ÁC TÍNH NGUYÊN PHÁT VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Trần Văn Cửa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Liễu<sup>2</sup>, Lê Đức Hạnh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Khoa<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Tâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

U xương sườn ác tính nguyên phát là một biến thể hiếm gặp của u xương ác tính, chiếm chưa đến 1-2% trong số tất cả các loại u xương ác tính. Hầu hết các loại u xương ác tính thường liên quan đến xương dài, phổ biến nhất là xương đùi, xương chày, xương sườn. Việc không tương ứng giữa khám lâm sàng và kết quả lâm sàng gây rất nhiều khó khăn trong chẩn đoán xác định. Ở đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp u xương ở xương sườn thứ 6 bên phải đã được phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi khối u, đồng thời tái tạo lại sự khiếm khuyết thành ngực bằng lưới titan. Kết quả giải phẫu bệnh lý cho thấy u xương sườn ác tính. Sau 6 tháng phẫu thuật bệnh nhân tái khám với tình trạng bệnh rất ổn định. **Từ khóa:** U xương sườn, u xương sườn ác tính nguyên phát, phục hồi thành ngực.

### SUMMARY

#### A SURGICAL CASE REPORT OF PRIMARY MALIGNANT RIB OSTEOSARCOMA AND A LITERATURE REVIEW

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Cửa

Email: drtranvancuaag@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

Primary malignant rib osteosarcoma is a rare variant of malignant bone tumors, accounting for less than 1-2% of all osteosarcomas. Most malignant bone tumors are commonly associated with long bones, particularly the femur, tibia, and ribs. The discrepancy between clinical examination and clinical outcomes presents significant challenges in establishing a definitive diagnosis. Here, we report a case of osteosarcoma in the right sixth rib, which was surgically treated with wide tumor excision and chest wall defect reconstruction using a titanium mesh. Histopathological examination confirmed a diagnosis of malignant rib osteosarcoma. Six months postoperatively, the patient was in a stable clinical condition at follow-up. **Keywords:** Rib tumor, primary malignant rib osteosarcoma, chest wall reconstruction.

### I. TỔNG QUÁT

U thành ngực là một trong những bệnh lý u tân sinh ở vùng thành ngực bao gồm u mô mềm, u xương và u sụn xương. U xương ngực có thể u nguyên phát hay u thứ phát. U xương ngực nguyên phát chiếm 7% đến 8% trong tổng số các khối u xương và khoảng 10% khối u xương nguyên phát ở thành ngực<sup>[3]</sup>.

Tất cả khối u xương sườn ác tính cần phải chẩn đoán phân biệt bao gồm sarcoma Ewing, sarcoma xương, sarcoma sụn, u Askin và các tổn thương di căn ở xương sườn. Tổn thương lành tính chiếm khoảng một nửa trong tổng số các