

người có BMI nằm trong mức bình thường, thì MNA phát hiện ra các đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng rất cao lên đến 63,9%. Điều này cho thấy nhiều người có BMI bình thường vẫn có nguy cơ suy dinh dưỡng.

4.2. Các yếu tố liên quan suy dinh dưỡng trên bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có suy tim phân suất tống máu giảm. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nhóm tuổi ≥ 75 cao hơn so với nhóm tuổi < 75 (51,7% so với 48,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng ở giới nam cao hơn giới nữ (58% so với 42%) khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,017$. Trình độ học vấn dưới trung học cơ sở có tỷ lệ suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng cao là 79,8% so với nhóm có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên là 19,1%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,023$.

Ở nhóm suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng chỉ số BMI trung bình thấp hơn so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường ($20,3 \pm 1,8$ tuổi so với $21,3 \pm 2,8$ tuổi), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0745$. Phụ thuộc ADLs và IADLs ở nhóm suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường (28,1% so với 0% và 69,7% so với 33,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,001$. Suy yếu đánh giá theo FRAIL ở nhóm suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường 77,2% so với 22,8%, khác biệt có ý nghĩa

thống kê với $p = 0,014$.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có suy tim phân suất tống máu giảm theo thang điểm MNA chiếm tỷ lệ cao 74,8%. Nhóm tuổi cao ≥ 75 , giới nam, trình độ học vấn dưới trung học cơ sở có tỷ lệ suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn. Phụ thuộc ADLs và IADLs, suy yếu theo FRAIL ở nhóm suy dinh dưỡng và có nguy cơ suy dinh dưỡng thường gặp hơn so với nhóm có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pirmohamed A, Kitzman DW, Maurer MS.** Heart failure in older adults: embracing complexity. *J Geriatr Cardiol JGC.* 2016;13(1):8-14.
2. **Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics-2021 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2021;143(8):e254-e743.
3. **Sze S, Zhang J, Pellicori P, Morgan D, Hoyer A, Clark A.** Prognostic value of simple frailty and malnutrition screening tools in patients with acute heart failure due to left ventricular systolic dysfunction.
4. **Sargento L, Satendra M, Almeida I, et al.** Nutritional status of geriatric outpatients with systolic heart failure and its prognostic value regarding death or hospitalization, biomarkers and quality of life. *J Nutr Health Aging.* 2013; 17(4): 300-304.
5. **Joaquín C, Puig R, Gastelurrutia P, et al.** Mini nutritional assessment is a better predictor of mortality than subjective global assessment in heart failure out-patients. *Clin Nutr.* 2019; 38(6):2740-2746.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THỂ HOẠT ĐỘNG NHẸ VÀ VỪA

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Đỗ Thị Phương¹, Nguyễn Thị Ngọc Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thể hoạt động nhẹ và vừa. **Đối tượng:** 72 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương**

pháp: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 2 nhóm bệnh nhân: nhóm I gồm 36 bệnh nhân được dùng Methotrexat kết hợp viên nang Hoàng kinh; nhóm II gồm 36 bệnh nhân được dùng Methotrexat kết hợp Mobic. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân viêm khớp dạng thấp trong nghiên cứu có độ tuổi trên 50 (tuổi trung bình nhóm I là $56,50 \pm 9,43$ (tuổi), nhóm II là $59,00 \pm 11,12$ (tuổi); nữ giới chiếm đa số (88,89% ở nhóm I và 94,44% ở nhóm II). Thời gian cứng khớp buổi sáng ở nhóm I là $44,31 \pm 22,04$ (phút), ở nhóm II là $45,83 \pm 35,65$ (phút). Chỉ số Ritchie ở nhóm I là $11,47 \pm 2,21$ (điểm), ở nhóm II là $12,81 \pm 4,31$ (điểm). Mức độ hoạt động bệnh theo DAS 28 ở nhóm I là $4,06 \pm 0,6$, ở nhóm II là $4,07 \pm 0,71$. Yếu tố

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024

dạng thấp RF định lượng ở nhóm I là $168,03 \pm 212,24$ (u/l), ở nhóm II là $166,07 \pm 174,86$ (u/l).

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, Hoàng Kinh, Lâm sàng, Cận lâm sàng

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MILD AND MODERATE RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: The study investigated the clinical and subclinical characteristics of patients with mild and moderately active rheumatoid arthritis. **Subjects:** 72 rheumatoid arthritis patients were treated at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Prospective, Cross-sectional Descriptive Study on two groups of patients: group I including 36 patients using Methotrexat combined with Hoang Kinh capsules; group II including 36 patients using Methotrexat combined with Mobic and **Results:** Most patients in the study were over 50 years old (The mean age of the group I was 56.50 ± 9.43 (years old), and the group II was 59.00 ± 11.12 (years old), The majority of patients were female (88.89% in the group I and 94.44% in the group II). Morning stiffness time was over 45 minutes (44.31 ± 22.04 minutes in the group I and 45.83 ± 35.65 minutes in the group II). The Ritchie index is over 9 points (11.47 ± 2.21 points in the group I and 12.81 ± 4.31 points in the group II). DAS 28 ranges from 2.6 to 5.1 (4.06 ± 0.61 in the group I and 4.07 ± 0.71 in the group II). Positive RF factor (168.03 ± 212.24 u/l in the group I and 166.07 ± 174.86 u/l in the group II). **Keywords:** Rheumatoid arthritis, Clinical, Subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT - Rheumatoid Arthritis) là một bệnh lý tự miễn, đặc trưng bởi quá trình viêm mạn tính các khớp. Bệnh gặp ở mọi quốc gia trên thế giới, chiếm khoảng 1% dân số. VKDT diễn biến phức tạp với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân ở các mức độ khác nhau [1]. VKDT nếu không được điều trị kịp thời sẽ dẫn tới tổn thương sụn khớp, hủy xương gây dính và biến dạng khớp. Hiện nay, việc điều trị VKDT chủ yếu theo y học hiện đại (YHHĐ) thường phải phối hợp nhiều nhóm thuốc giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh. Tuy nhiên, bên cạnh những tác dụng có lợi thì vẫn có những tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị [3]. Do đó xu hướng mới hiện nay là kết hợp với các thuốc y học cổ truyền (YHCT) để tăng hiệu quả điều trị và giảm tác dụng không mong muốn. Với mong muốn tìm hiểu các đặc điểm của bệnh VKDT, để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thể hoạt động nhẹ và vừa*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Mỹ (American college of Rheumatology - ACR) năm 1987 về VKDT [7]. Tất cả các BN đều đang được điều trị Methotrexat 10mg/tuần, thời gian ít nhất là 3 tháng tính cho đến thời điểm tham gia nghiên cứu. Chọn BN VKDT thể hoạt động nhẹ và vừa theo mức độ hoạt động bệnh theo DAS 28: $2,6 \leq DAS 28 < 3,2$ và $3,2 \leq DAS 28 \leq 5,1$. Tuổi từ 18 trở lên. Không phân biệt giới, nghề nghiệp. Tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Loại trừ BN mắc bệnh: suy gan, suy thận, bệnh về máu, lao, ung thư, viêm loét dạ dày tá tràng tiến triển, rối loạn tâm thần, rối loạn cảm giác, bệnh về mắt, bệnh phổi mạn tính, phụ nữ có thai và cho con bú. Loại trừ BN không tuân thủ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên hai nhóm bệnh nhân.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu: Khảo sát 72 bệnh nhân trong 2 nhóm, nhóm I gồm 36 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được dùng Methotrexat liều 10mg/tuần và được uống viên nang Hoàng kinh 10 viên/ngày và nhóm II gồm 36 bệnh nhân được dùng Methotrexat liều 10mg/tuần được uống Mobic 7,5mg/ngày.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: độ tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, nghề nghiệp.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ YHHĐ: Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút), số khớp đau, số khớp sưng, chỉ số Ritchie, DAS 28, điểm đau VAS1,2,3, chức năng vận động theo HAQ.

+ YHCT: Thể bệnh YHCT (phong hàn thấp, thấp nhiệt, can thận hư)

- Đặc điểm cận lâm sàng: tốc độ máu lắng trung bình ESR (mm/giờ), CRP (mg/dl), RF (u/l).

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Tiến hành nghiên cứu từ năm 2014 - 2015.

- Địa điểm: Khoa YHCT - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.4. Xử lý số liệu:

Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm I (n=36)	Nhóm II (n=36)
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		56,50 \pm 9,43	59,00 \pm 11,12
Giới	Nam	4 (11,11%)	2 (5,56%)
	Nữ	32(88,89%)	34(94,44%)
Thời gian mắc trung bình (năm) ($\bar{X} \pm SD$)		9,14 \pm 9,49	11,00 \pm 9,49
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	28(77,78%)	30(83,33%)
	Lao động trí óc	8(22,22%)	6(16,67%)

Đa số BN trong nghiên cứu có độ tuổi trên 50, chủ yếu là nữ giới, thời gian mắc bệnh kéo dài và nghề nghiệp lao động chân tay chiếm ưu thế.

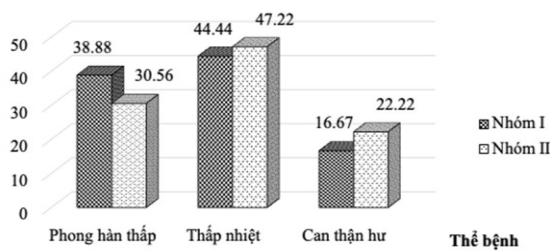
3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm I (n=36) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm II (n=36) ($\bar{X} \pm SD$)
Thời gian cứng khớp buổi sáng (phút)	44,31 \pm 22,04	45,83 \pm 35,65
Số khớp sưng	1,72 \pm 1,28	1,69 \pm 1,37
Số khớp đau	5,33 \pm 1,49	5,81 \pm 1,31
Chỉ số Ritchie	11,47 \pm 2,21	12,81 \pm 4,31
DAS 28	4,06 \pm 0,61	4,07 \pm 0,71
VAS (1)	6,36 \pm 0,87	6,64 \pm 1,05
VAS (2)	6,39 \pm 0,80	6,50 \pm 0,94
VAS (3)	5,89 \pm 0,82	6,25 \pm 0,94
HAQ	19,92 \pm 7,76	17,86 \pm 10,04

Dựa trên các chỉ số mức độ đau VAS, thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, đau, chỉ số Ritchie, DAS 28 các BN VKDT trong nghiên cứu ở mức độ nhẹ và vừa.

Tỷ lệ %



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm theo thể bệnh Y học cổ truyền

Nhận xét: Đa số BN thuộc thể Thấp nhiệt (44,44% ở nhóm I và 47,22% ở nhóm II). Thể Phong hàn thấp thuộc hàn chứng, thể Thấp nhiệt và Can thận hư thuộc nhiệt chứng. Nhiệt chứng chiếm đa số (61,11% nhóm I và (69,44% nhóm II).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm I (n=36) ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm II (n=36) ($\bar{X} \pm SD$)
ESR trung bình	37,38 \pm 18,09	37,78 \pm 25,03
CRP (mg/dl)	1,22 \pm 1,54	1,79 \pm 2,69
RF (u/l)	168,03 \pm 212,24	166,07 \pm 174,86

Các BN trong nghiên cứu đều có tình trạng viêm cấp tính, thể hiện ở tốc độ máu lắng trung bình tăng cao và CRP dương tính. Về chỉ số miễn dịch, có yếu tố dạng thấp RF trong huyết thanh dương tính.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy, đa phần bệnh VKDT xuất hiện ở độ tuổi trung niên. Điều này cũng phù hợp với các y văn trước đây [1]. Theo điều tra về dịch tễ học, tỷ lệ khởi phát VKDT chiếm 80% ở độ tuổi 35 - 50 tuổi. Bệnh thường xuất hiện hoặc nặng hơn ở thời kỳ sau sinh đẻ, sau mãn kinh, chứng tỏ có vai trò của hormon giới tính [7]. Ở độ tuổi này đã bắt đầu có sự suy giảm của hoạt động buồng trứng, các hormon sinh dục giảm xuống, đó là điều kiện thuận lợi để khởi phát một số bệnh trong đó có bệnh VKDT.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của các tác giả khác. Một số y văn cũng cho rằng trong bệnh VKDT, tỷ lệ nữ cao gấp 3 lần nam giới [7]. Trong một thống kê từ năm 1991 đến năm 1995, tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, VKDT chiếm 20,7% và từ năm 1996 - 2000 VKDT chiếm 22,9% trong các bệnh khớp, trong đó chủ yếu là nữ giới (92,3%), tuổi trung bình 49,2 (tuổi) và lứa tuổi chiếm đa số là từ 36 - 65 (72,6%) [5]. Theo lý luận của YHCT, khi phụ nữ đến tuổi 35 thiên quý bắt đầu suy giảm, 49 tuổi thiên quý cạn, thận tinh không được nuôi dưỡng, thận âm hư không dưỡng được cốt tủy, cốt tủy là nguồn gốc của huyết, khí huyết suy giảm, chính khí cơ thể giảm sút làm cho các yếu tố ngoại tà dễ xâm nhập gây nên bệnh [3]

Theo tác giả Nguyễn Thị Thanh Hoa, thời gian mắc bệnh trung bình nhóm I là 2,19 \pm 0,53 (năm) và nhóm II là 2,4 \pm 0,27 (năm) [2]. Như vậy, thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn. Điều này được giải thích là do tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo hình ảnh X - quang độ I và độ II, thường có thời gian mắc bệnh chưa lâu. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn chọn BN dựa vào mức độ hoạt động của bệnh. Tất cả

bệnh nhân có biến dạng khớp (thời gian mắc bệnh thường dài) mà bệnh đang ở giai đoạn hoạt động vừa và nhẹ chúng tôi vẫn lựa chọn. Vì vậy, thời gian mắc bệnh của bệnh nhân có độ dao động lớn, từ vài tháng đến vài chục năm. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm của bệnh VKDT - diễn biến mạn tính, biểu hiện từng đợt cấp tính và nặng dần theo thời gian.

VKDT với biểu hiện chủ yếu là đau và viêm - đây cũng chính là triệu chứng chính khiến người bệnh phải vào viện. Vì vậy chúng tôi đã khảo sát về đặc điểm đau, phản ứng viêm trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

Cứng khớp là biểu hiện hạn chế vận động của khớp. Cứng khớp trên 45 phút là một trong những triệu chứng chính đánh giá đợt tiến triển của bệnh theo ACR. Theo diễn biến bệnh VKDT, nếu bệnh ở mức độ hoạt động bệnh càng nặng thì thời gian cứng khớp buổi sáng càng tăng. Kết quả cho thấy thời gian cứng khớp trung bình trước điều trị của nhóm I là $44,31 \pm 22,04$ phút, của nhóm II là $45,83 \pm 25,65$ phút. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn [2]. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với các tiêu chuẩn chọn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi - chọn những bệnh nhân ở giai đoạn hoạt động bệnh vừa và nhẹ.

Để đánh giá phản ứng viêm trên lâm sàng, chúng tôi nghiên cứu về số khớp sưng. Sưng khớp là phản ứng viêm tại màng hoạt dịch của khớp. Sưng khớp là do quá trình xuất tiết tạo dịch rỉ viêm cùng với các sản phẩm của rối loạn chuyển hóa trong quá trình viêm [7]. Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân đều có ít nhất một khớp sưng.

Đau là triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải vào viện. Khảo sát số khớp đau trước điều trị là tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá mức độ hoạt động của VKDT. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều xuất hiện đau khớp, với số khớp đau trung bình của nhóm I là $5,33 \pm 1,49$, nhóm II là $5,81 \pm 1,31$. Để đánh giá mức độ đau chúng tôi dựa vào thang điểm đau VAS. Trong đó VAS1 là thang điểm đánh giá cường độ đau theo cảm giác chủ quan của BN tại thời điểm nghiên cứu được lượng hóa. Thang điểm VAS2, VAS3 để BN tự đánh giá mức độ hoạt động bệnh của mình và thầy thuốc đánh giá mức độ hoạt động bệnh của bệnh nhân. VAS2 và VAS3 làm tăng tính khách quan khi lượng giá bằng thang điểm VAS. Qua kết quả VAS1, VAS2 và VAS3 nhận thấy mức độ đau vừa là hoàn toàn phù hợp

với chỉ số về thời gian cứng khớp, số khớp đau và chỉ số Ritchie của các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Ngoài tính số khớp đau trung bình, chỉ số Ritchie còn được sử dụng để đánh giá mức độ đau nhằm tăng tính khoa học trong nghiên cứu. Một trong những tiêu chí để đánh giá đợt tiến triển của VKDT theo ACR/EULAR 2010 là chỉ số Ritchie ≥ 9 điểm [1]. Trong nghiên cứu, chỉ số Ritchie trung bình đều cao, ở nhóm I là $11,47 \pm 2,21$, nhóm II là $12,81 \pm 4,31$.

Đánh giá chức năng vận động, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi HAQ. Bao gồm có 8 bộ, và điểm trung bình là tổng điểm của từng bộ chia trung bình. Đây là chỉ số đánh giá mức độ tổn thương khớp làm ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày của BN. Khi mức độ đau, sưng càng nhiều càng nhiều thì mức độ hạn chế chức năng vận động theo HAQ càng rõ. Điểm HAQ trung bình trong nghiên cứu phù hợp với mức độ đau, sưng khớp trên lâm sàng.

Trong bệnh VKDT, tình trạng hoạt động bệnh rất phức tạp nên không thể dùng một biến đơn để đo lường tình trạng viêm. DAS là một chỉ số lâm sàng gồm nhiều biến số. Trong đó mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28 phụ thuộc vào số khớp sưng, đau, tốc độ máu lắng giờ đầu và VAS1 [4]. Theo bảng kết quả, DAS 28 từ 2,6 đến 5,1 ($4,06 \pm 0,61$ ở nhóm I; $4,07 \pm 0,71$ ở nhóm II) phù hợp với nghiên cứu VKDT mức độ nhẹ và vừa.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thống nhất tất cả các BN được lựa chọn theo tiêu chuẩn ACR 1987 [6]. Tất cả BN được khám lâm sàng và cận lâm sàng theo YHHĐ. Sau đó, BN được khám lâm sàng YHCT thông qua vọng, sờ, gõ và thiết và phân thành các thể lâm sàng. Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy, BN của 2 nhóm được chia làm 3 thể: thể phong hàn thấp, thể thấp nhiệt và thể can thận hư. Thể thấp nhiệt chiếm cao nhất ($44,44\%$ nhóm I và $47,22\%$ nhóm II). Dựa vào tính chất hàn nhiệt của bệnh chia tiếp thành 2 nhóm hàn chứng và nhiệt chứng. Trong đó thể Phong hàn thấp thuộc hàn chứng, thể Thấp nhiệt và Can thận hư thuộc nhiệt chứng. Cụ thể $61,11\%$ nhóm I, $69,44\%$ nhóm II thể nhiệt chứng. Kết quả này phù hợp với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo YHHĐ.

Nếu như trên lâm sàng, yếu tố đánh giá phản ứng viêm là số khớp sưng thì trên cận lâm sàng, các yếu tố phản ánh đáp ứng viêm cấp trong bilan viêm gồm tốc độ máu lắng tăng cao và CRP dương tính [1]. Khi tốc độ máu lắng (ESR) giờ đầu cộng 1/2 giờ thứ 2 chia 2 lớn hơn

10 thì được đánh giá là đang có tình trạng viêm. Tốc độ máu lắng rất có ý nghĩa để đánh giá mức độ hoạt động bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị. Theo kết quả, ESR giờ đầu của các BN đều trên 10 ($37,38 \pm 18,09$ mm ở nhóm I và $37,78 \pm 25,03$ mm ở nhóm II). Bên cạnh tốc độ máu lắng, CRP cũng là chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ viêm trên cận lâm sàng và tiên lượng điều trị. Nếu các triệu chứng lâm sàng giảm đi nhưng CRP vẫn tăng thì người bệnh vẫn cần phải tiếp tục được điều trị. Như vậy, trong nghiên cứu, các BN đều có phản ứng viêm rõ ràng.

Ngoài ra, trong nghiên cứu, chúng tôi còn khảo sát một số chỉ số miễn dịch đánh giá và tiên lượng mức độ hoạt động của bệnh. Xét nghiệm định lượng RF để đo lường mức độ hoạt động miễn dịch. Theo bảng 3.3 cho thấy yếu tố RF dương tính (nồng độ trung bình ở nhóm I là $168,03 \pm 212,24$ (u/l), nhóm II là $166,07 \pm 174,86$ (u/l)). Kết quả này phù hợp với bệnh cảnh VKDT mức độ nhẹ và vừa trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Đa phần bệnh nhân nữ, tuổi trung niên. Thời gian cứng khớp buổi sáng trên 45 phút (nhóm I là $44,31 \pm 22,04$ phút, nhóm II là $45,83 \pm 35,65$). Chỉ số Ritchie trên 9 điểm ($11,47 \pm 2,21$ điểm ở nhóm I và $12,81 \pm 4,31$ điểm ở nhóm II). DAS 28 trung bình ở nhóm I là $4,06 \pm 0,61$, nhóm II là $4,07 \pm 0,71$.

Đặc điểm cận lâm sàng: Tốc độ máu lắng trung bình tăng cao ở cả hai nhóm (nhóm I là $37,38 \pm 18,09$ mm, nhóm II là $37,78 \pm 25,03$), CRP dương tính ($1,22 \pm 1,54$ mg/dl ở nhóm I và $1,79 \pm 2,69$ ở nhóm II) và RF dương tính ($168,03 \pm 212,24$ u/l ở nhóm I và $166,07 \pm 174,86$ ở nhóm II).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2013). Viêm khớp dạng thấp. Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 9 - 20.
2. **Nguyễn Thị Thanh Hoa** (2014). Nghiên cứu tác dụng hỗ trợ điều trị của viên nang cứng Regimune trên 30 bệnh nhân VKDT giai đoạn I- II (Thể phong thấp nhiệt tý), Luận văn tốt nghiệp cao học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Nhược Kim** (2011). Lý luận Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Giáo dục, 88 - 99.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2012). Viêm khớp dạng thấp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 9 - 35.
5. **Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền** (2002). Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991 - 2000). Công trình nghiên cứu khoa học 2001- 2002, Tập 1, Nhà xuất bản Y học, 348 - 360.
6. **Arnett, F.C. et al.** (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 31(3), 315 - 24.
7. **Anthony S. Fauci, MD** (2010). Rheumatoid Arthritis. Harrison's Rheumatology, Mc Graw Hill Medical, 82-99.

TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Mỹ Huyền¹, Nguyễn Thị Mỹ Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 229 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ 06/2023 đến 09/2023. Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu trong nghiên cứu là 91,27%. Rối loạn phổ

biến nhất là TG (68,56%), kế đến là LDL-c (44,54%), tiếp đến là CT (27,51%) và thấp nhất là HDL-c (24,02%). Chế độ ăn dùng nhiều chất béo xấu (PR=1,15, KTC:1,05-1,26) và bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc RLLM cao hơn (PR=1,15, KTC:1,03-1,28). **Kết luận:** Cần tăng cường kiểm soát chế độ ăn và tình trạng thừa cân béo phì của bệnh nhân đái tháo đường để kiểm soát tình trạng rối loạn lipid máu tốt hơn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Đái tháo đường, rối loạn lipid máu, Cholesterol, Triglycerid

SUMMARY

BLOOD LIPID DISORDERS IN PATIENTS UNDER TYPE 2 DIABETES AT TRA VINH PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objective: Determine the rate of lipid disorders and factors related to blood lipid disorders in type 2 diabetes patients being treated at Tra Vinh Provincial

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mỹ Huyền

Email: nmhuyen@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 22.4.2024