

ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Mai Quang Huy¹

¹Khoa Nội Thận - Cơ xương khớp, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung Ương Huế và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thiếu máu (tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh, sắt, Ferritin và thuốc điều trị bệnh) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

Đối tượng, phương pháp: Bệnh nhân điều trị tại Khoa Nội Thận - Cơ Xương Khớp bệnh viện Trung Ương Huế, tuổi trên 16, được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010. Thu thập các thông tin về tuổi, giới, BMI, thời gian bị bệnh, thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau. Các bệnh nhân đều được đánh giá qua các thông số sau: tốc độ máu lắng, CRP, RF, X quang, số lượng hồng cầu, số lượng hồng cầu lưới ngoại vi, MCV, MCH, MCHC, RDW, Hb, ferritin và sắt huyết thanh.

Kết quả: Tỷ lệ thiếu máu theo Hb là 74,3%. Thiếu máu mức độ vừa chiếm đa số (39,6%). Không thiếu máu là 25,7%, thiếu máu nhẹ là 33,7%, thiếu máu nặng là 1,0%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là giảm sức lao động (17,3%), hoa mắt, chóng mặt (20,0%), chán ăn (14,7%). Các triệu chứng thực thể thường gặp là da xanh, niêm mạc nhợt màu (80,0%). Lưỡi nhợt màu 13,3%, tóc rụng 10,7%. Các triệu chứng khác ít gặp hơn. Tỷ lệ tăng Ferritin là 48,7%. Trung vị chỉ số Ferritin là 365,3 (185,3 - 527,3). Tỷ lệ giảm sắt huyết thanh là 89,2%. Trung vị chỉ số sắt huyết thanh là 4,1 (2,9 - 5,5). Các yếu tố BMI, thời gian mắc bệnh, Ritchie, DAS28, CRP, sắt là những yếu tố liên quan với Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian mắc bệnh, CRP, sắt là các yếu tố liên quan độc lập với chỉ số Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ đến $p < 0,001$).

Kết luận: Thiếu máu thường gặp trong viêm khớp dạng thấp cần phát hiện sớm và điều trị thích hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Thiếu máu, viêm khớp dạng thấp, yếu tố liên quan.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF ANAEMIA IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Mai Quang Huy

Objective: To investigate clinical, paraclinical characteristics and anemia rate in rheumatoid arthritis (RA) patients at Hue Central Hospital and explore some factors related to anemia (age, gender, BMI, disease duration, disease activity level, Iron, Ferritin and disease medication) in RA patients.

Methods: Patients age 16 and over, who treated at Internal Endocrinology - Musculoskeletal Department, Hue Central Hospital, were diagnosed with RA according to ACR/EULAR 2010 criteria. Collecting information about age, gender, BMI, disease

Ngày nhận bài:

20/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

1/8/2022

Chấp thuận đăng:

14/8/2022

Tác giả liên hệ:

Mai Quang Huy

Email:

kenhuy1993@gmail.com

SĐT: 0989110193

Đặc điểm của hội chứng thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

duration, morning stiffness, number of swollen joints, and number of painful joints. All patients were evaluated by the following parameters: erythrocyte sedimentation rate, CRP, RF, X-ray, red blood cell count, peripheral reticulocyte count, MCV, MCH, MCHC, RDW, Hb, Ferritin and serum Iron.

Result: The rate of anemia according to Hb was 74.3%. Moderate anemia accounted for the majority (39.6%). Non - anemic, mild and severe anemia were 25.7%, 33.7% and 1.0% respectively. The most common functional symptoms were reduced working capacity (17.3%), dizziness (20.0%), anorexia (14.7%). The common physical symptoms were pale skin, pale mucous membranes (80.0%), pale tongue 13.3%, hair loss 10.7%. Other symptoms were less common. The rate of increased Ferritin was 48.7%. The median Ferritin index was 365.3 (185.3 - 527.3). The rate of serum Iron reduction was 89.2%. The median serum Iron index was 4.1 (2.9 - 5.5). BMI, disease duration, Ritchie, DAS28, CRP, Iron were factors related to Hb with statistical significance ($p < 0.05$). Disease duration, CRP, iron were independently related factors with statistically significant Hb index ($p < 0.05$ to $p < 0.001$).

Conclusion: Anemia is common in RA and requires early detection, with appropriate treatment to improve the quality of life for patients.

Key words: Anemia, rheumatoid arthritis, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn, diễn biến mạn tính xen kẽ các đợt viêm cấp tính, thường gặp nhất trong các bệnh về khớp. Thiếu máu thường gặp trong viêm khớp dạng thấp: xảy ra khoảng 30% - 70%, cao hơn 3 lần so với tỷ lệ thiếu máu chung, có thể xuất hiện sớm ở những tháng đầu của bệnh. Các nghiên cứu của Peeters [1] nhận thấy tỉ lệ thiếu máu trong nhóm bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là 64%, Segal [2] là 72,8%, Smirnova [3] là 64%, van Santen [4] là 37,7%.

Thiếu máu ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Theo Kaltwasser, chất lượng sống tăng lên sau khi giải quyết tình trạng thiếu máu [5]. Nghiên cứu của Fantini [6] cho thấy giá trị hemoglobin trung bình của bệnh nhân tăng lên đáng kể sau 3 tháng điều trị epoetin, và 12 trong số 13 bệnh nhân có chất lượng sống được cải thiện. Nghiên cứu của Cojocaru cho thấy thiếu máu là yếu tố liên quan đến gia tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp [7]. Kết quả của những nghiên cứu này cho thấy rằng sự gia tăng nồng độ hemoglobin có liên quan đáng kể đến những thay đổi tích cực trong chất lượng sống cũng như tử vong ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

Nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, ngoài điều trị bệnh chính chúng ta còn đồng thời điều trị các vấn đề liên quan, đặc biệt là thiếu máu. Ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về viêm khớp dạng thấp nhưng có rất ít công trình

đề cập đến hội chứng thiếu máu trong bệnh viêm khớp dạng thấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Trung Ương Huế. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thiếu máu (tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, mức độ hoạt động bệnh, sắt, Ferritin và thuốc điều trị bệnh) ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân điều trị tại Khoa Nội Thận - Cơ Xương Khớp bệnh viện Trung Ương Huế, tuổi trên 16, được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân kèm theo bệnh lý cầu thận, hội chứng xuất huyết tiêu hóa; Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh thiếu máu tự miễn; Bệnh nhân có các bệnh lý về máu đã được chẩn đoán và điều trị; Bệnh nhân không có mất máu cấp.

Nghiên cứu được tiến hành từ 1/2019 - 7/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính dựa vào công thức tính cỡ mẫu.

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}^2 = 196$. p là tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp trong một nghiên cứu tương tự trước đó. Theo nghiên cứu của Lê Văn Sáu (2009), tiến hành trên 157 bệnh nhân VKDT, tỷ lệ thiếu máu là 73,7% [8]. d là độ chính xác của nghiên cứu. Trong đề tài này, chúng tôi chọn giá trị $d = 0,09$. Đưa vào công thức tính cỡ mẫu, $n > 91$ bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đưa vào nghiên cứu 101 bệnh nhân VKDT.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án bao gồm các thông tin về tuổi, giới, BMI, thời gian bị bệnh, thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau. Các bệnh nhân đều được đánh giá qua các thông số sau: tốc độ máu lắng, CRP, RF, X quang, số lượng hồng cầu, số lượng hồng cầu lưới ngoại vi, MCV, MCH, MCHC, RDW, Hb, ferritin và sắt huyết thanh.

Quy trình kỹ thuật xét nghiệm tế bào máu [9]: Các chỉ số tế bào máu phản ánh trực tiếp hoặc gián tiếp tình trạng sinh lý hoặc một số bệnh lý của cơ thể, có khả năng cung cấp những bằng chứng sớm nhất về các thay đổi tình trạng sức khỏe và tiến triển bệnh lý. Chỉ định: xét nghiệm cơ bản (không có chống chỉ định).

Dụng cụ: Máy đếm tế bào tự động theo nguyên lý trở kháng và laser.

Mẫu bệnh phẩm: 2ml máu ngoại vi chống đông bằng EDTA.

Tỷ lệ thiếu máu tính theo chỉ số Hb theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới [10].

Bảng 1: Mức độ thiếu máu theo Tổ chức Y Tế Thế giới

Mức độ thiếu máu \ Giới	Giới	
	Nữ giới (> 15 tuổi)	Nam giới (> 15 tuổi)
Không thiếu máu	≥ 120	≥ 130
Thiếu máu nhẹ	110 - 119	110 - 129
Thiếu máu vừa	80 - 109	80 - 109
Thiếu máu nặng	< 80	< 80

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu nghiên cứu thu thập được từ kết quả nghiên cứu sẽ được quản lý và xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS version 16.0 và Medcalc, tính các tỷ lệ như sau: Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Tính tỷ lệ %. Kiểm định khi bình phương để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa khi so sánh

các số liệu thu được. Lấy mức $\alpha = 0,05$; khi $p < 0,05$ là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai tỷ lệ hoặc hai số trung bình.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài không vi phạm đạo đức nghiên cứu và y học. Các phương pháp xét nghiệm và biện pháp điều trị thực hiện vì quyền lợi bệnh nhân. Các xét nghiệm, điều trị thực hiện theo đúng các chỉ định trong khuyến cáo hoặc hướng dẫn, phác đồ.

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng hội chứng thiếu máu

Bảng 2: Mức độ thiếu máu ở nhóm nghiên cứu

Mức độ thiếu máu	n	%
Không thiếu máu	26	25,7
Nhẹ	34	33,7
Vừa	40	39,6
Nặng	1	1,0

Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân VKDT chiếm đa số (74,3%). Thiếu máu mức độ vừa chiếm đa số (39,6%).

Bảng 3: Đặc điểm triệu chứng cơ năng hội chứng thiếu máu

Triệu chứng cơ năng	n	%
Tổng	75	100%
Ủ tai	4	5,3
Hoa mắt, chóng mặt	15	20,0
Ngất	1	1,3
Nhức đầu	10	13,3
Giảm trí nhớ	1	1,3
Mất ngủ hoặc ngủ gà	7	9,3
Tê tay chân	2	2,7
Giảm sút sức lao động	13	17,3
Hồi hộp đánh trống ngực	7	9,3
Khó thở	1	1,3
Đau vùng trước tim	0	0
Chán ăn	11	14,7
Đầy bụng	3	4,0
Đi lỏng	6	8,0
Táo bón	7	9,3

Đặc điểm của hội chứng thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Triệu chứng thường gặp nhất là giảm sức lao động, hoa mắt, chóng mặt.

Bảng 4: Đặc điểm triệu chứng thực thể hội chứng thiếu máu

Triệu chứng thực thể	n	%
Da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt	60	80,0
Vàng da, niêm mạc	0	0
Xạm da, niêm mạc	0	0
Lưỡi nhạt màu	10	13,3
Gai lưỡi mòn hoặc mất	6	8,0
Tóc rụng	8	10,7
Móng tay giòn dễ gãy	4	5,3

Thường gặp triệu chứng da xanh, niêm mạc nhợt màu (80,0%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng hội chứng thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 5: Nồng độ Ferritin huyết thanh ở nhóm thiếu máu

Nồng độ Ferritin huyết thanh (ng/ml)	n	%
Tăng	19	48,7
Bình thường	20	51,3
Tổng số	39	100,0
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	365,3 (185,3 - 527,3)	

Tỷ lệ gần một nửa bệnh nhân thiếu máu tăng Ferritin (48,7%).

Bảng 6: Nồng độ sắt huyết thanh ở nhóm thiếu máu

Nồng độ sắt huyết thanh ($\mu\text{mol/l}$)	n	%
---	---	---

Giảm	33	89,2
Nồng độ sắt huyết thanh ($\mu\text{mol/l}$)	n	%
Bình thường	4	10,8
Tăng	0	0
Tổng số	37	100,0
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	4,1 (2,9 - 5,5)	

Tỷ lệ giảm sắt huyết thanh chiếm đa số (89,2%).

Bảng 7: Đặc điểm các chỉ số huyết học

Chỉ số		n	%
Hb (g/dL)	> 13		
	13 - 11		
	8 - 10,9		
	< 8		
	$\bar{X} \pm \text{SD}$	11,29 $\pm$ 1,57	
MCV (fL)	< 80	15	14,9
	80 - 100	81	80,2
	> 100	5	5,0
	$\bar{X} \pm \text{SD}$	87,07 $\pm$ 8,12	
MCH	Thiếu máu	42	41,6
	Không thiếu máu	59	58,4
	$\bar{X} \pm \text{SD}$	28,45 $\pm$ 2,97	
MCHC	Thiếu máu	2	2,0
	Không thiếu máu	99	98,0
	$\bar{X} \pm \text{SD}$	32,52 $\pm$ 1,35	

Tỷ lệ thiếu máu theo Hb là 74,3%, theo Hct là 76,2%, theo hồng cầu là 60,4%. Hồng cầu nhỏ là 14,9%, hồng cầu to là 5,0%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến hội chứng thiếu máu trong bệnh VKDT

Bảng 8: Hồi quy đơn biến giữa chỉ số Hb và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Yếu tố	B	t	p
Tuổi	- 0,006	- 0,465	> 0,05
BMI	0,189	3,419	< 0,01
Thời gian mắc bệnh	- 0,070	- 2,789	< 0,01
Richie	- 0,046	- 2,411	< 0,05
DAS28	- 0,385	- 3,909	< 0,001

Yếu tố	B	t	p
CRP	- 0,011	- 4,266	< 0,001
RF	- 0,003	- 1,946	> 0,05
Anti-CCP	0,001	0,279	> 0,05
Sắt	0,171	5,834	< 0,001
Ferritin	- 0,001	- 1,628	> 0,05

Các yếu tố BMI, thời gian mắc bệnh, Richie, DAS28, CRP, sắt là những yếu tố liên quan với Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố này chúng tôi đưa vào hồi quy đa biến

Bảng 9: Hồi quy đa biến giữa thiếu máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Yếu tố	B	t	p
Hằng số	9,27	5,83	< 0,001
BMI	0,12	1,91	> 0,05
Thời gian mắc bệnh	- 0,08	- 2,72	< 0,01
Richie	0,01	0,51	> 0,05
DAS28	- 0,05	- 0,27	> 0,05
CRP	- 0,01	- 2,36	< 0,05
Sắt	0,11	3,51	< 0,001

Theo kết quả hồi quy đa biến, thời gian mắc bệnh, CRP, sắt là các yếu tố liên quan độc lập với chỉ số Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ đến $p < 0,001$).

Phương trình hồi quy: $Hb = - 0,08 \times \text{thời gian mắc bệnh} - 0,01 \times \text{CRP} + 0,11 \times \text{sắt huyết thanh} + 9,27$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Thiếu máu mức độ vừa chiếm đa số (39,6%). Không thiếu máu là 25,7%, thiếu máu nhẹ là 33,7%, thiếu máu nặng là 1,0%. Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Sáu (2009) cho thấy ở bệnh nhân VKDT, tỷ lệ thiếu máu là 73,7% [8].

Năm 2004, Wilson [11] đã xem xét 19 bài báo được xuất bản kể từ Tháng 1 năm 1966 và ước tính tỷ lệ thiếu máu ở RA ở mức từ 33% đến 60%, và tình trạng thiếu máu có tương quan tích cực với các triệu chứng của RA. Trong nghiên cứu cũng đã nhận thấy thiếu máu ở những người bình thường chỉ là 4,4%, trong khi thiếu máu ở Bệnh nhân RA là 47%. Và tần suất không thiếu máu, thiếu máu nhẹ, thiếu máu từ nhẹ đến nặng là 47%, 38% và 15%.

Nghiên cứu của Möller và cộng sự [12] cho kết quả Hb trung bình ghi nhận ở nhóm thiếu máu là

$11,1 \pm 1,1$ g/dl, thấp hơn so với Hb trung bình ở nhóm không thiếu máu là $13,6 \pm 1,7$.

Nghiên cứu của Voulgari và cộng sự [13] cho kết quả nồng độ Hemoglobin trung bình ở nhóm bệnh nhân thiếu máu là $10,8 \pm 1,4$ g/dl, thấp hơn so với nhóm không thiếu máu là $13,2 \pm 1,0$ g/dl.

Ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thì các triệu chứng toàn thân như mệt mỏi, kém ăn rất hay gặp điều này cho thấy đây là bệnh toàn thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Còn các dấu hiệu và triệu chứng chỉ điểm thiếu máu như da xanh, niêm mạc nhợt; cũng như các dấu hiệu về thần kinh: hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu, ù tai thường hay gặp ở những bệnh nhân bị thiếu máu.

Kết quả của chúng tôi cho thấy: Triệu chứng thường gặp nhất là giảm sức lao động (17,3%), hoa mắt, chóng mặt (20,0%), chán ăn (14,7%). Các triệu chứng thực thể thường gặp là da xanh, niêm mạc nhợt màu (80,0%). Lưỡi nhợt màu 13,3%, tóc rụng

10,7%. Các triệu chứng khác ít gặp hơn. Phải chăng ở các bệnh nhân VKDT, do tổn thương ở khớp nhiều nên họ suy giảm sức lao động và có thể không phải có nguyên nhân chủ yếu là do thiếu máu.

Điều trị thiếu máu là một trong những vấn đề hết sức quan trọng để điều trị các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân VKDT. Theo Pope, ngoài thiếu máu, cần điều trị thêm các bệnh lý đái tháo đường, suy giáp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...[14].

Kết quả của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ tăng Ferritin là 48,7%. Trung vị chỉ số Ferritin là 365,3 (185,3 - 527,3). Tỷ lệ giảm sắt huyết thanh là 89,2%. Trung vị chỉ số sắt huyết thanh là 4,1 (2,9 - 5,5).

Nghiên cứu của Dwivedi và cộng sự [15] cho kết quả: Nồng độ sắt giảm đáng kể ($p < 0,0001$) ở bệnh nhân VKDT so với nhóm chứng.

Kết quả cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu theo Hb là 74,3%, theo Hct là 76,2%, theo chỉ số hồng cầu là 60,4%. Thể tích hồng cầu nhỏ là 14,9%, hồng cầu bình thường là 80,2%, hồng cầu to là 5,0%. Trung bình chỉ số Hb là $11,29 \pm 1,57$, Hct là $35,20 \pm 7,37$, hồng cầu là $4,00 \pm 0,54$, MCV là $87,07 \pm 8,12$.

Nghiên cứu của Chen và cộng sự [16] cho kết quả tỉ lệ thiếu máu ở bệnh nhân VKDT là 47%.

Nghiên cứu của Demirag và cộng sự [17] cho kết quả 47,5% bệnh nhân VKDT thiếu máu. Có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về nồng độ Hb trung bình giữa nhóm thiếu máu ($11,1 \pm 1$) so với nhóm không thiếu máu ($13,7 \pm 1$) ($p < 0,0001$). Nghiên cứu của Doyle và cộng sự [18] cho kết quả 40 - 48 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thiếu máu. Nghiên cứu của Reema và cộng sự [19]. Thiếu máu xảy ra ở 58,9% bệnh nhân. Nghiên cứu của Atabonkeng và cộng sự [20] cho kết quả: Có sự khác biệt đáng kể về giá trị Hb trung bình ở nhóm RA và nhóm không RA. Nghiên cứu của Arul [21] cho kết quả: Có 75% bệnh nhân VKDT có thiếu máu. Mức hemoglobin trung bình ở bệnh nhân là $10,67 \pm 1,83$. Nghiên cứu của Khalaf và cộng sự [22] cho kết quả: Tỷ lệ thiếu máu là 66,7 %. Nghiên cứu của Dwivedi và cộng sự [15] cho kết quả mức độ hemoglobin giảm đáng kể ($p < 0,001$) ở bệnh nhân VKDT so với nhóm đối chứng. Nghiên cứu cũng đưa ra kết luận việc đánh giá hemoglobin máu có thể hữu ích trong việc ngăn ngừa bệnh thiếu máu bệnh nhân VKDT. Nghiên cứu của Furst và cộng

sự [23] có kết quả 16,7% bệnh nhân có mức Hb thấp. Nhiều bệnh nhân hơn ở nhóm Hb thấp có tiền sử mắc bệnh tim mạch, tiểu đường và bệnh đường tiêu hóa. Hb thấp nhóm có mức độ nghiêm trọng và hoạt động của bệnh cao hơn ($p < 0,05$) theo báo cáo của bệnh nhân và bác sĩ thấp khớp.

Bất chấp những thay đổi trong mô hình điều trị, nồng độ Hb thấp vẫn phổ biến ở bệnh nhân RA. Phân tích này cho thấy rằng mức thấp nồng độ Hb có thể liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh RA và sự hiện diện của một số bệnh đi kèm.

4.2. Các yếu tố liên quan đến hội chứng thiếu máu trong bệnh VKDT

Khi tiến hành hồi quy tuyến tính đơn biến, các yếu tố BMI, thời gian mắc bệnh, Richie, DAS28, CRP, sắt là những yếu tố liên quan với Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố này chúng tôi đưa vào hồi quy đa biến.

Theo kết quả hồi quy đa biến, thời gian mắc bệnh, CRP, sắt là các yếu tố liên quan độc lập với chỉ số Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ đến $p < 0,001$).

Phương trình hồi quy: $Hb = -0,08 \times \text{thời gian mắc bệnh} - 0,01 \times \text{CRP} + 0,11 \times \text{sắt huyết thanh} + 9,27$.

Một số nghiên cứu ngoài nước cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Theo Pereira và cộng sự [24] cho rằng thiếu máu có thể tương quan chặt chẽ hơn với các dấu hiệu khác của bệnh hoạt động, chẳng hạn như mức RF hoặc CRP, đau và khuyết tật.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu máu theo Hb là 74,3%. Thiếu máu mức độ vừa chiếm đa số (39,6%). Không thiếu máu là 25,7%, thiếu máu nhẹ là 33,7%, thiếu máu nặng là 1,0%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là giảm sức lao động (17,3%), hoa mắt, chóng mặt (20,0%), chán ăn (14,7%). Các triệu chứng thực thể thường gặp là da xanh, niêm mạc nhạt màu (80,0%). Lưỡi nhạt màu 13,3%, tóc rụng 10,7%. Các triệu chứng khác ít gặp hơn. Tỷ lệ tăng Ferritin là 48,7%. Trung vị chỉ số Ferritin là 365,3 (185,3 - 527,3). Tỷ lệ giảm sắt huyết thanh là 89,2%. Trung vị chỉ số sắt huyết thanh là 4,1 (2,9 - 5,5).

Các yếu tố BMI, thời gian mắc bệnh, Richie, DAS28, CRP, sắt là những yếu tố liên quan với Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian mắc bệnh, CRP, sắt là các yếu tố liên quan độc lập với chỉ số Hb có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ đến $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peeters H, Jongen - Lavrencic M, Raja A, et al. Course and characteristics of anaemia in patients with rheumatoid arthritis of recent onset. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1996;55(3):162-168.
2. Segal R, Baumoehl Y, Elkayam O, et al. Anemia, serum vitamin B12, and folic acid in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and systemic lupus erythematosus. *Rheumatology international*. 2004;24(1):14-19.
3. Ganna S. The relationship between hemoglobin level and disease activity in patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*. 2014;54(6):437-440.
4. Van Santen S, van Dongen - Lases EC, de Vegt F, et al. Hepcidin and hemoglobin content parameters in the diagnosis of iron deficiency in rheumatoid arthritis patients with anemia. *Arthritis & Rheumatism*. 2011;63(12):3672-3680.
5. Kaltwasser JP, Kessler U, Gottschalk R, et al. Effect of recombinant human erythropoietin and intravenous iron on anemia and disease activity in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 2001;28(11):2430-2436.
6. Fantini F, Gattinara M, Gerloni V, et al. Severe anemia associated with active systemic-onset juvenile rheumatoid arthritis successfully treated with recombinant human erythropoietin: a pilot study. *Arthritis Rheum*. 1992;35(6):724-6.
7. Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, et al. Extra - articular manifestations in rheumatoid arthritis. *Maedica*. 2010;5(4):286.
8. Sáu LV, Nghiên cứu đặc điểm của hội chứng thiếu máu và một số yếu tố liên quan trong bệnh viêm khớp dạng thấp, in *Chuyên Ngành Nội Khoa*. 2009, Đại học Y Hà Nội.
9. Tế BY, Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy laser, in *Hướng dẫn ban hành kỹ thuật chuyên ngành Huyết học - Truyền máu - Miễn dịch - Di truyền - Sinh học phân tử*. 2017. p. 1-3.
10. Organization WH, Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. 2011, World Health Organization.
11. Wilson A, Yu H-T, Goodnough LT, et al. Prevalence and outcomes of anemia in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature. *The American journal of medicine*. 2004;116(7):50-57.
12. Möller B, Scherer A, Förger F, et al. Anaemia may add information to standardised disease activity assessment to predict radiographic damage in rheumatoid arthritis: a prospective cohort study. *Annals of the rheumatic diseases*. 2014;73(4):691-696.
13. Voulgari P, Kolios G, Papadopoulos G, et al. Role of cytokines in the pathogenesis of anemia of chronic disease in rheumatoid arthritis. *Clinical Immunology*. 1999;92(2):153-160.
14. Pope JE. Management of fatigue in rheumatoid arthritis. *RMD open*. 2020;6(1):e001084.
15. Dwivedi S, Singh S, Jaiswal G. Levels of hemoglobin, ESR, iron & TIBC in rheumatoid arthritis patients compared with normal individuals. *J Med Sci Clin Res*. 2016;4(3):9802-9807.
16. Chen Y-f, Xu S-q, Xu Y-c, et al. Inflammatory anemia may be an indicator for predicting disease activity and structural damage in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2020;39(6):1737-1745.
17. Demirag MD, Haznedaroglu S, Sancak B, et al. Circulating hepcidin in the crossroads of anemia and inflammation associated with rheumatoid arthritis. *Internal medicine*. 2009;48(6):421-426.
18. Doyle MK, Rahman MU, Han C, et al. Treatment with infliximab plus methotrexate improves anemia in patients with rheumatoid arthritis independent of improvement in other clinical outcome measures a pooled analysis from three large, multicenter, double - blind, randomized clinical trials. in *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2009. Elsevier.
19. Devi T.S. SS, Reema N., et. al Prevalence of anemia in rheumatoid arthritis and its correlation with disease activity. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*. 2020;19(12):27-32.
20. Atabonkeng EP, Claire OAM, Singwe - Ngandeu M, et al. High C-reactive proteins levels, rheumatoid anemia, alpha-1 globulin deficiency, and hypergammaglobulinemia in rheumatoid arthritis patients from yaounde, Cameroon. *Biomedical and Biotechnology Research Journal (BBRJ)*. 2018;2(3):203.
21. Arul R, Study Of hematological profile in rheumatoid arthritis patients. 2009, Madurai Medical College, Madurai.
22. Khalaf W, Al-Rubaie HA, Shihab S. Studying anemia of chronic disease and iron deficiency in patients with rheumatoid arthritis by iron status and circulating hepcidin. *Hematology reports*. 2019;11(1):7708.
23. Furst D, Chang H, Greenberg J, et al. Prevalence of low hemoglobin levels and associations with other disease parameters in rheumatoid arthritis patients: evidence from the CORRONA registry. *Clin Exp Rheumatol*. 2009;27(4):560-566.
24. Pereira IC, Sousa NC, Pereira D, et al. Treatment with either leflunomide or adalimumab reduces anaemia in patients with rheumatoid arthritis. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2018;90:2161-2166.