

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG ĐAU LAN TỎA, MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG BỆNH VÀ KHUYẾT TẬT CHỨC NĂNG TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

*Lê Ngọc Diệp<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Phương Thủy<sup>1,2</sup>, Bùi Hải Bình<sup>2</sup>*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của tình trạng đau lan tỏa ở bệnh nhân (BN) viêm khớp dạng thấp (VKDT) bằng bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire (GPQ); và khảo sát mối liên quan giữa tình trạng đau lan tỏa với mức độ hoạt động bệnh và khuyết tật chức năng (KTCN) ở nhóm BN nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 81 BN được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2010, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2025 - 3/2026. **Kết quả:** Tỷ lệ đau lan tỏa ở nhóm BN nghiên cứu khi khảo sát theo bộ câu hỏi GPQ là 17,3% (14/81 BN). Nhóm BN này trẻ tuổi hơn, có mức độ hoạt động bệnh, tỷ lệ sử dụng corticosteroid cao hơn và chỉ số đánh giá mức độ KTCN HAQ-DI cũng cao hơn. Các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Sàng lọc sớm tình trạng đau lan tỏa có ý nghĩa rất quan trọng trong đánh giá đau và định hướng điều trị để nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

**Từ khóa:** Viêm khớp dạng thấp; Đau lan tỏa; khuyết tật chức năng; Bộ câu hỏi Generalized Pain Questionnaire.

## ASSOCIATION BETWEEN GENERALIZED PAIN HYPERSENSITIVITY, DISEASE ACTIVITY, AND FUNCTIONAL DISABILITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

### Abstract

**Objectives:** To describe generalized pain hypersensitivity in the study population using the Generalized Pain Questionnaire (GPQ) and to investigate its association with disease activity and functional disability. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to the ACR/EULAR 2010 criteria who were receiving treatment at the Centre for Rheumatology, Bach Mai Hospital, from November 2025 to March 2026.

---

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

\*Tác giả liên hệ: Lê Ngọc Diệp (ngocdiep0625@gmail.com)

Ngày nhận bài: 10/5/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 10/7/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i9.2142>

**Results:** The prevalence of generalized pain hypersensitivity among the study participants, as assessed using the GPQ, was 17.3% (14/81 patients). This group of patients was younger, exhibited higher disease activity, required more frequent corticosteroid use, and had higher Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) scores. All associations were statistically significant. **Conclusion:** Early screening for generalized pain hypersensitivity is very important in pain assessment and treatment orientation to improve patients' quality of life.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis; Generalized pain; Functional disability; Generalized Pain Questionnaire.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là bệnh lý viêm khớp mạn tính thường gặp ở Việt Nam, đặc trưng bởi tình trạng viêm các khớp có tính chất đối xứng hai bên kèm theo đau khớp kéo dài. Đau là triệu chứng gây ảnh hưởng đáng kể, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, có thể tồn tại ngay cả khi các chỉ số viêm như CRP và tốc độ máu lắng đã cải thiện. Đau thường được phân chia thành đau thụ thể, đau do thần kinh ngoại biên và đau do nhạy cảm hóa trung ương [1]. Trong VKDT, đau thụ thể do viêm là cơ chế chủ yếu, ngược lại, đau thần kinh hiếm gặp. Tuy nhiên, tăng nhạy cảm đau lan tỏa (hay đau lan tỏa) là kiểu đau khá thường gặp, đặc trưng bởi tình trạng đau lan rộng, không khu trú rõ, thường đi kèm với các triệu chứng như mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, nhạy cảm quá mức với kích thích và các rối loạn cảm xúc do liên quan đến sự nhạy cảm của hệ thần kinh trung ương

[2]. Bộ câu hỏi đau lan tỏa GPQ do tác giả van Bommel phát triển là công cụ sàng lọc tình trạng này, đã được ứng dụng trong nhiều nghiên cứu với độ nhạy 82,7% và độ đặc hiệu 77,2% [3]. Việc nhận diện sớm tình trạng đau lan tỏa có thể giúp bác sĩ tiếp cận điều trị đau một cách toàn diện hơn thông qua phối hợp các biện pháp như phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, hỗ trợ tâm lý và các thuốc điều hòa đau thần kinh trung ương, từ đó góp phần kiểm soát triệu chứng đau, hạn chế tình trạng không tuân thủ điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đau lan tỏa ở BN VKDT còn nhiều hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm của tình trạng đau lan tỏa ở BN VKDT bằng bộ câu hỏi GPQ; và khảo sát mối liên quan giữa tình trạng đau lan tỏa với mức độ hoạt động bệnh và KTCN ở nhóm BN nghiên cứu.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 81 BN VKDT được điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 11/2025 - 3/2026.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2010 [4], điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có các bệnh mạn tính nặng, bệnh tâm thần kinh (sa sút trí tuệ, khuyết tật trí tuệ, tâm thần phân liệt tiến triển, Alzheimer...), dùng opioid liều cao hoặc thuốc ảnh hưởng đến nhận thức đau hoặc khả năng giao tiếp; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

\* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện.

\* *Tiến hành nghiên cứu*: Mỗi đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án thống nhất:

Hỏi bệnh: Thời gian chẩn đoán bệnh, thuốc đang điều trị.

Đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số DAS28-CRP<sup>5</sup> và tình trạng KTCN theo bảng câu hỏi chỉ số khuyết tật HAQ-DI<sup>6</sup>. Trong đó, HAQ-DI gồm 20 câu hỏi thuộc 8 hạng mục, mỗi hạng mục chấm điểm từ 0 (không khó khăn) đến 3

(không thực hiện được), và điểm HAQ-DI được xác định bằng trung bình điểm cao nhất của 8 hạng mục, dao động từ 0 (không khuyết tật) đến 3 (khuyết tật hoàn toàn) [7].

Đánh giá đau lan tỏa theo bộ câu hỏi GPQ gồm 7 câu hỏi trên thang đánh giá Likert (0 - 4 điểm), khảo sát các biểu hiện tăng cảm nhận đau và đau lan tỏa như đau khi chạm nhẹ, ma sát, thay đổi nhiệt độ, đau kéo dài, đau xuất hiện muộn, đau dữ dội bất thường và đau lan sang vùng khác. Tổng 0 - 28 điểm, ngưỡng cắt: Không đau lan tỏa khi GPQ dưới 11 điểm; có đau lan tỏa khi GPQ  $\geq 11$  điểm.

\* *Xử lý số liệu*: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm, và được so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher. Biến định lượng được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Mô tả mối liên quan bằng mô hình hồi quy logistic đơn biến. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số 36/BM-HĐĐĐ, ngày 08/01/2026 (thu thập dữ liệu từ 11/2025 - 8/2026) và được sự tự nguyện hợp tác của BN. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Bạch Mai cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu và chịu hoàn toàn trách nhiệm nếu có vấn đề xảy ra.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

## 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 81).

| Đặc điểm                                                    | Số lượng (n)          | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------|
| Tuổi (năm)                                                  |                       |           |
| ≤ 44                                                        | 11                    | 13,6      |
| 45 - 59                                                     | 33                    | 40,7      |
| ≥ 60                                                        | 37                    | 45,7      |
| $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)                                | 57,5 ± 12,8 (20 - 81) |           |
| Giới tính                                                   |                       |           |
| Nữ                                                          | 62                    | 76,5      |
| Nam                                                         | 19                    | 23,5      |
| Nghề nghiệp                                                 |                       |           |
| Lao động chân tay                                           | 48                    | 59,3      |
| Lao động trí óc                                             | 33                    | 40,7      |
| Triệu chứng thực thể ( $\bar{X} \pm SD$ )                   |                       |           |
| Số khớp đau                                                 | 3,1 ± 3,3 (0 - 20)    |           |
| Số khớp sưng                                                | 1,2 ± 1,6 (0 - 10)    |           |
| Thời gian mắc bệnh (năm) ( $\bar{X} \pm SD$ )               | 8,4 ± 5,8 (0,8 - 32)  |           |
| Mức độ đau khớp theo thang điểm VAS ( $\bar{X} \pm SD$ )    | 2,8 ± 1,9 (0 - 6)     |           |
| Đau ít (VAS ≤ 3)                                            | 49                    | 60,5      |
| Đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6)                                       | 32                    | 39,5      |
| Đau nhiều (VAS ≥ 7)                                         | 0                     | 0         |
| Mức độ hoạt động bệnh theo DAS28 - CRP ( $\bar{X} \pm SD$ ) | 3,0 ± 1,1 (1,1 - 5,8) |           |
| Không hoạt động (DAS28 < 2,6)                               | 33                    | 40,7      |
| Thấp (2,6 ≤ DAS28 < 3,2)                                    | 13                    | 16,0      |
| Trung bình (3,2 ≤ DAS28 < 5,1)                              | 30                    | 37,0      |
| Cao (DAS28 ≥ 5,1)                                           | 5                     | 6,2       |
| Chỉ số khuyết tật HAQ - DI ( $\bar{X} \pm SD$ )             | 0,5 ± 0,6 (0 - 2,1)   |           |

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 57,5 ± 12,8, đa số là nữ giới (tỷ lệ nữ/nam ≈ 3,26/1) và nghề nghiệp lao động chân tay chiếm 59,3%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 8,4 ± 5,8 năm. Số khớp đau và sưng trung bình lần lượt là 3,1 ± 3,3 và 1,2 ± 1,6 khớp. Phần lớn BN có mức độ đau khớp nhẹ (60,5%), với VAS trung bình 2,8 ± 1,9 và hoạt động bệnh ở mức thấp hoặc trung bình. Chỉ số khuyết tật HAQ-DI trung bình là 0,5 ± 0,6.

**Bảng 2.** Sử dụng thuốc điều trị ở đối tượng nghiên cứu (n = 81).

| Thuốc sử dụng*                          | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------------|--------------|-----------|
| Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) | 10           | 12,3      |
| Corticosteroid                          | 49           | 60,5      |
| DMARDs kinh điển                        | 73           | 90,1      |
| DMARDs sinh học                         | 53           | 65,4      |

(\*: Một BN có thể sử dụng kết hợp nhiều nhóm thuốc)

Thuốc được chỉ định nhiều nhất là DMARDs kinh điển (90,1%). Corticosteroid cũng được sử dụng phổ biến (60,5%) trong nhóm BN nghiên cứu.

## 2. Đặc điểm đau lan tỏa theo bộ câu hỏi GPQ và một số yếu tố liên quan

**Bảng 3.** Đau lan tỏa theo bộ câu hỏi GPQ (n = 81).

| Tiêu chí                                                                                                | Kết quả, $\bar{X} \pm SD$ (Min - Max) | n (%)     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| Tỷ lệ đau lan tỏa (n = 81)                                                                              | $5,5 \pm 5,1$ (0 - 18)                | -         |
| Có đau lan tỏa (GPQ $\geq 11$ )                                                                         | $3,64 \pm 3,16$ (0 - 10)              | 14 (17,3) |
| Không đau lan tỏa (GPQ < 11)                                                                            | $14,50 \pm 2,14$ (11 - 18)            | 67 (82,7) |
| Đặc điểm triệu chứng ở nhóm BN có đau lan tỏa (n = 14)                                                  |                                       |           |
| Đau dù chỉ chạm nhẹ vào da (từ một cái vỗ nhẹ vào lưng hoặc bắt tay)                                    |                                       | 12 (85,7) |
| Đau khi có ma sát trên da (từ quần áo hoặc gió)                                                         |                                       | 9 (64,3)  |
| Đau do nhiệt nóng hoặc lạnh mà hầu hết mọi người sẽ không cảm thấy đau (do nước lạnh hoặc cầm vật lạnh) |                                       | 13 (92,9) |
| Đau kéo dài sau khi dừng kích thích                                                                     |                                       | 14 (100)  |
| Đau chỉ xuất hiện sau một thời gian (sau vài giờ sau hoặc ngày hôm sau, sau khi hoạt động như đi bộ)    |                                       | 14 (100)  |
| Đau dữ dội, bất thường (đau dữ dội kèm theo buồn nôn hoặc hợt hơi)                                      |                                       | 6 (42,9)  |
| Đau lan sang các vùng khác của cơ thể (tay lan đến nách khi cầm đồ vật)                                 |                                       | 9 (64,3)  |

Tỷ lệ có đau lan tỏa ở BN VKDT theo bộ câu hỏi GPQ là 17,3% (14/81 BN). Nhóm BN đau lan tỏa có điểm GPQ trung bình cao hơn rõ rệt so với nhóm không đau ( $14,50 \pm 2,14$  so với  $3,64 \pm 3,16$ ). Trong đó, tất cả các BN có đau lan tỏa đều có biểu hiện đau kéo dài và đau xuất hiện muộn (100%). Ngược lại, đau dữ dội bất thường là biểu hiện ít gặp.

**Bảng 4.** Một số yếu tố liên quan đến tình trạng đau lan tỏa ở BN VKDT.

| Tiêu chí           | GPQ < 11, n (%) | GPQ ≥ 11, n (%) | OR (95% CI)           | p                  |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| Tuổi ≤ 44          | 8 (72,7)        | 3 (27,3)        | 13,50 (1,24 - 147,23) | 0,011 <sup>c</sup> |
| Tuổi 45 - 59       | 23 (69,7)       | 10 (30,3)       | 15,65 (1,88 - 130,55) | 0,033 <sup>c</sup> |
| Tuổi ≥ 60          | 36 (97,3)       | 1 (2,7)         | 1 (tham chiếu)        |                    |
| Giới nữ            | 50 (80,6)       | 12 (19,4)       | 2,04 (0,41 - 10,05)   | 0,501 <sup>b</sup> |
| Lao động trí óc    | 26 (78,8)       | 7 (21,2)        | 1,58 (0,50 - 5,02)    | 0,438 <sup>a</sup> |
| Thời gian mắc bệnh | 7,0 (6)         | 9,5 (8,5)       | 1,08 (0,98 - 1,18)    | 0,119 <sup>c</sup> |
| DAS28 < 2,6        | 31 (93,9)       | 2 (6,1)         | 1 (tham chiếu)        |                    |
| DAS28 ≥ 2,6        | 36 (75)         | 12 (25)         | 5,17 (1,07 - 24,89)   | 0,036 <sup>b</sup> |
| HAQ-DI             | 0,20 (0,8)      | 1,15 (1,0)      | 7,86 (2,46 - 25,13)   | 0,001 <sup>c</sup> |
| NSAIDs             | 9 (90)          | 1 (10)          | 2,02 (0,24 - 17,35)   | 1,000 <sup>b</sup> |
| Corticosteroid     | 37 (75,5)       | 12 (24,5)       | 4,85 (1,01 - 23,26)   | 0,034 <sup>a</sup> |
| DMARDs kinh điển   | 60 (82,2)       | 13 (17,8)       | 0,66 (0,08 - 5,83)    | 1,000 <sup>b</sup> |
| DMARDs sinh học    | 45 (84,9)       | 8 (15,1)        | 1,53 (0,47 - 4,97)    | 0,542 <sup>b</sup> |

(<sup>a</sup>Kiểm định Chi-square; <sup>b</sup>Kiểm định Fisher; <sup>c</sup>Hồi quy Logistic; Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung vị (IQR) hoặc n (%))

Tình trạng đau lan tỏa phổ biến hơn ở nhóm BN < 60 tuổi. Nhóm BN có hoạt động bệnh (DAS28 ≥ 2,6) có nguy cơ xuất hiện tình trạng đau lan tỏa cao gấp 5,17 lần so với nhóm không hoạt động (95%CI: 1,07 - 24,89; p = 0,036). Điểm đánh giá KTCN HAQ-DI cao cũng liên quan chặt chẽ với tình trạng này (OR = 7,86; 95%CI: 2,46 - 25,13; p = 0,001). Ngoài ra, nhóm sử dụng corticosteroid có nguy cơ xuất hiện đau cao gấp 4,85 lần so với nhóm không sử dụng (95%CI: 1,01 - 23,26; p = 0,034). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng đau lan tỏa với giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và việc sử dụng NSAIDs, DMARDs kinh điển và DMARDs sinh học.

### BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam ≈ 3,26/1 và độ tuổi trung bình là 57,5 ± 12,8 tuổi, phù hợp với đặc điểm bệnh thường gặp ở nữ giới và độ tuổi trung niên. Bệnh có tính chất viêm mạn tính với thời gian mắc trung bình là 8,4 năm. Số khớp đau và sưng trung bình là

3,1 ± 3,3 và 1,2 ± 1,6; phù hợp với phần lớn BN có đau khớp mức độ nhẹ (60,5%). Về điều trị, BN chủ yếu dùng các thuốc cơ bản như DMARDs kinh điển và DMARDs sinh học, cho thấy chiến lược điều trị theo khuyến cáo hiện nay. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng corticosteroid và thuốc chống viêm giảm đau không

steroid (NSAIDs) vẫn còn cao, lần lượt là 12,3% và 60,5%, phản ánh nhu cầu kiểm soát đau của BN mặc dù hoạt động bệnh ở mức thấp.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ BN VKDT có đau lan tỏa theo GPQ là 17,3% với điểm trung bình là  $5,5 \pm 5,1$ , cho thấy đau lan tỏa là biểu hiện tương đối phổ biến ở BN VKDT. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Van Bommel và CS (2019) với điểm GPQ trung bình ở nhóm VKDT là  $6,6 \pm 5,1$  [3]. Sự tương đồng cho thấy mức độ đau lan tỏa ở BN VKDT có xu hướng dao động trong khoảng trung bình, thấp hơn so với các bệnh lý tăng nhạy cảm hóa trung ương điển hình như đau xơ cơ ( $15,8 \pm 5,1$ ) [3]. Kết quả này góp phần khẳng định bộ câu hỏi GPQ có khả năng phân biệt giữa đau thụ thể và đau do nhạy cảm hóa trung ương.

Trong nghiên cứu, nhóm BN có đau lan tỏa là những BN trẻ tuổi hơn, có mức độ hoạt động bệnh cao hơn, sử dụng corticosteroid nhiều hơn và chỉ số đánh giá mức độ khuyết tật HAQ-DI cũng cao hơn. Trong VKDT, các thụ thể cảm thụ đau có thể bị thay đổi chức năng trong quá trình viêm. Các kích thích cảm giác như áp lực nhẹ hoặc vận động trong phạm vi sinh lý của khớp cũng có thể gây ra đáp ứng của hệ thần kinh mạnh hơn nhiều so với mức bình thường. Các cytokine tiền viêm như IL-6, IL-8 và TNF- $\alpha$  được giải phóng và tăng cao trong giai đoạn tiến triển của bệnh, có thể đóng vai trò quan trọng trong quá trình xử lý tín hiệu cảm thụ đau của hệ thần kinh trung ương [8]. Trong một số nghiên

cứu, quá trình điều trị VKDT với thuốc kháng TNF- $\alpha$  có thể làm giảm nhanh hoạt động cảm thụ đau ở não và xảy ra sớm hơn so với khi đạt được hiệu quả chống viêm tại khớp ở BN VKDT [9]. Các neuropeptide được tổng hợp tại các neuron của hạch rễ sau và hạch thần kinh tự chủ, sau đó được vận chuyển tới các tận cùng thần kinh ngoại vi. Các tận cùng thần kinh ngoại vi khi bị nhạy cảm hóa đặc biệt dễ giải phóng các chất này. Ngược lại, nhiều yếu tố hoạt tính sinh học khác cũng được giải phóng, như cytokine, prostaglandin, NO và CO, những chất có khả năng tác động ngược trở lại lên các tận cùng và sợi thần kinh. Trong điều kiện sinh lý bình thường, quá trình tổng hợp, vận chuyển và giải phóng các neuropeptide được điều hòa chặt chẽ. Tuy nhiên, tình trạng viêm mạn tính trong VKDT đã làm thay đổi quá trình xử lý các neuropeptide, dẫn đến sự biến đổi chức năng và cấu trúc của hệ thần kinh chi phối, thay đổi sự điều hòa của hệ thần kinh - mạch máu và chức năng miễn dịch. Kết quả dẫn đến hiện tượng tăng nhạy cảm đau của hệ thống thần kinh trung ương, khuếch đại các phản ứng viêm, cũng như hoạt hóa trục dưới đồi - tuyến yên - tuyến thượng thận và các đáp ứng nội tiết thần kinh [10].

### **KẾT LUẬN**

Trong nghiên cứu, tình trạng đau lan tỏa được ghi nhận ở 17,3% BN VKDT. Nhóm BN này trẻ tuổi hơn, có mức độ hoạt động bệnh cao hơn, tỷ lệ sử dụng corticosteroid cao hơn và chỉ số mức độ khuyết tật HAQ-DI cũng cao hơn. Do đó,

việc sàng lọc sớm tình trạng đau lan tỏa có ý nghĩa rất quan trọng trong việc đánh giá đau và định hướng điều trị, nhằm nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn một số hạn chế như cỡ mẫu chưa lớn và được thực hiện tại một trung tâm duy nhất nên tính đại diện cho quần thể BN VKDT còn hạn chế. Tình trạng đau lan tỏa được đánh giá chủ yếu dựa trên bộ câu hỏi GPQ, phụ thuộc vào tính chủ quan của người bệnh; đồng thời, bộ công cụ này chưa được chuẩn hóa và thẩm định đầy đủ bằng tiếng Việt.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smart KM, Blake C, Staines A, et al. The discriminative validity of “nociceptive,” “peripheral neuropathic,” and “central sensitization” as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *Clin J Pain*. 2011;27(8):655-63. doi:10.1097/AJP.0b013e318215f16a
2. Meeus M, Vervisch S, De Clerck LS, et al. Central sensitization in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum*. 2012;41(4):556-67. doi:10.1016/j.semarthrit.2011.08.001
3. Van Bommel PF, Voshaar MAO, Klooster PM ten, et al. Development and preliminary evaluation of a short self-report measure of generalized pain hypersensitivity. *J Pain Res*. 2019;12:395-404. doi:10.2147/JPR.S182287
4. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology*. 2012;51(suppl\_6):5-9. doi:10.1093/rheumatology/kes279
5. Wells G, Becker JC, Teng J, et al. Validation of the 28-joint Disease Activity Score (DAS28) and European League Against Rheumatism response criteria based on C-reactive protein against disease progression in patients with rheumatoid arthritis, and comparison with the DAS28 based on erythrocyte sedimentation rate. *Ann Rheum Dis*. 2009; 68(6):954-60. doi:10.1136/ard.2007.084459
6. The Health Assessment Questionnaire (HAQ) Disability Index (DI) of the Clinical Health Assessment Questionnaire (Version 96.4).
7. Bruce B, Fries JF. The stanford health assessment questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:20. doi:10.1186/1477-7525-1-20
8. Khot S, Tackley G, Choy E. How to distinguish non-inflammatory from inflammatory pain in RA? *Curr Rheumatol Rep*. 2024;26(12):403-13. doi:10.1007/s11926-024-01159-4
9. Walsh DA, McWilliams DF. Mechanisms, impact and management of pain in rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10(10):581-92. doi:10.1038/nrrheum.2014.64
10. Choy EHS, Calabrese LH. Neuroendocrine and neurophysiological effects of interleukin 6 in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Oxf Engl*. 2018; 57(11):1885-95. doi:10.1093/rheumatology/kex391