

là 20,80%. Trung bình thời gian ối vỡ đến nhập viện là $79 \pm 64,77$ phút (9 đến 480 phút); trong đó tập trung nhiều là nhóm dưới 60 phút chiếm 38,17%; 34,41% trường hợp từ 60 đến 120 phút.

Đặc điểm cận lâm sàng: Lượng hồng cầu trung bình trong nghiên cứu là $34,12 \pm 1,25$ ($3,5-4,8$ triệu/mm³); sản phụ có thiếu máu (Hb dưới 11g/dl) chiếm 20,96%; lượng bạch cầu trung bình là $14,24 \pm 4,22$ ($10,3 - 23,4 \times 10^9/L$) với 23,98% trường hợp có lượng bạch cầu trên 15000/mm³.

5.2. Kết cục thai kỳ ở sản phụ có ối vỡ non trên thai non tháng. Có 65,83% ối vỡ non sử dụng đủ liều corticosteroid trước sinh.

Có 50 trường hợp trong 78 ca có ối vỡ non trên thai non tháng có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu chiếm 64,10%; sinh thường ngã âm đạo chiếm 35,90%; lý do mổ lấy thai cấp cứu là suy thai trong chuyển dạ chiếm 48,43%; vết mổ lấy thai cũ có ối vỡ là 23,51%; chuyển dạ ngưng tiến triển là 8,77%; có 5,66% trường hợp kèm ngòi mông, những trường hợp mổ lấy thai khác là do vô ối; nhiễm trùng ối.

Cân nặng trung bình của trẻ là $2213,49 \pm 324,34$ (760 gr đến 2900 gram), trong đó, tập trung nhiều là trẻ có cân nặng <2000 chiếm 45,25%; chỉ số Apgar tốt chiếm 61,51% và có 38,49% trường hợp Apgar bất thường, đây là tỷ lệ trẻ phải hồi sức sơ sinh với lý do chủ yếu là do suy hô hấp. Các trường hợp hồi sức được xử trí thở NCPAP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TPHCM**, (2022), "Sự phát triển của thai và phần phụ của thai", Bài giảng Sản phụ khoa, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, chi nhánh TPHCM, tr. 60- 66
2. **Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Hà Nội**, (2005), "Đẻ khó do nước ối và màng thai", Sản phụ khoa, tập 1, Nhà Xuất bản Y học, tr. 167- 170.
3. **Nguyễn Đức Hình**, (2003), "Nước ối", Một số vấn đề cần thiết đối với bác sĩ sản khoa, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội
4. **Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành**, (2007), "Sự thụ tinh làm tổ và phát triển của trứng", Sản phụ khoa sách đào tạo bác sĩ đa khoa, Nhà Xuất bản Y học, tr. 29- 39.
5. **Nguyễn Duy Tài, Trần Sơn Thạch**, (2006), "Xử trí ối vỡ non trên thai non tháng", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 10(1), tr. 122- 127.
6. **ACOG**, Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. Obstet Gynecol. 2020 Mar;135(3):e80-e97. doi: 10.1097/AOG.0000000000003700. PMID: 32080050.
7. **Elsa Lorthe, the EPIPAGE-2 Study group** (2021), "Cohort Profile: the Etude Epidémiologique sur les Petits Ages Gestationnels-2 (EPIPAGE-2) preterm birth cohort", International Journal of Epidemiology, Volume 50, Issue 5, Pages 1428-1429m,
8. **Goodfellow L, Care A, Curran C, et al** (2024), "Preterm prelabour rupture of membranes before 23 weeks' gestation: prospective observational study", BMJ Medicine;3:e000729. doi: 10.1136/bmjmed-2023-000729
9. **Linehan, L.A., Walsh, J., Morris, A. et al** (2016), "Neonatal and maternal outcomes following midtrimester preterm premature rupture of the membranes: a retrospective cohort study", BMC Pregnancy Childbirth 16, 25.
10. **Osaikhuwuomwan JA, Osemwenkha AP** (2014), "Maternal characteristics and timing of presentation following pre-labour rupture of membranes", Niger Med J;55(1):58-62.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ SỐ HOẠT ĐỘNG BỆNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Nguyễn Thị Lệ Thủy^{1,2}, Lê Đình Tùng², Đinh Hữu Nghị²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm khớp vẩy nến (VKVN) là một bệnh lý viêm khớp mạn tính thường xảy ra ở bệnh nhân có tổn thương vẩy nến ở da. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt với các bệnh lý khớp như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp... dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Mục

tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá các đặc điểm trên và một số yếu tố liên quan chỉ số hoạt động bệnh ở bệnh nhân VKVN. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu thực hiện trên 62 bệnh nhân chẩn đoán xác định VKVN đến khám hoặc điều trị tại bệnh viện Da liễu trung ương tháng 10/2023 đến tháng 6/2024. Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh được thu thập các thông tin về đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số DAPSA, VAS, PASI, NASI. Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm trên và mức hoạt động bệnh theo chỉ số DAPSA, VAS. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50,7; nam/nữ ~2/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là 5,8 năm. Đau là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (92,1%), tiếp đến là sưng khớp (59,6%); hạn chế vận động (48,3%) và cứng khớp (45,2%). Phần lớn trường hợp biểu hiện ở khớp ngoại vi đơn độc. Số

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Thủy

Email: 01230031@daihocyhanoi.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

khớp tổn thương trung bình là 12 khớp/bệnh nhân. Điểm DAPSA trung bình và VAS trung bình lần lượt là 25,3 và 5,4. Các xét nghiệm máu đa số trong giới hạn bình thường. Thời gian mắc bệnh dài là yếu tố làm tăng tỷ lệ DAPSA ở mức trung bình/nặng của nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Đau khớp là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất. Xét nghiệm CRP của nhóm nghiên cứu ở mức cao, trong khi các xét nghiệm máu khác thường trong giới hạn bình thường. Thời gian mắc bệnh dài làm tăng tỷ lệ bệnh hoạt động mức trung bình-nặng. **Từ khóa:** lâm sàng và cận lâm sàng, viêm khớp vẩy nến, DAPSA.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO DISEASE ACTIVITY INDEX IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Objective: Psoriatic arthritis (PSO) is a chronic inflammatory arthritis that often occurs in patients with psoriasis. The clinical and subclinical characteristics are different from joint diseases such as rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis... leading to difficulties in diagnosis and treatment. The objective of the study is to evaluate the above characteristics and some factors related to disease activity index in PSO patients. **Subjects and methods:** Cross-sectional, retrospective descriptive study conducted on 62 patients with a confirmed diagnosis of PSO who came for examination or treatment at the National Hospital of Dermatology and Venereology from October 2023 to June 2024. Patients who meet the disease selection criteria have information collected about general, clinical, paraclinical characteristics, DAPSA, VAS, PASI, NASI index. Evaluate the relationship between the above characteristics and disease activity level according to DAPSA and VAS index. **Results:** Mean age is 50,7; Male/female ratio is approximately 2/1. Mean disease duration is 5,8 years. Pain is the most common clinical symptom (92.1%), followed by joint swelling (59.6%); limited mobility (48.3%) and stiffness (45.2%). Most cases manifest in isolated peripheral joints. The average number of damaged joints is 12 joints/patient. The mean DAPSA and mean VAS scores were 25.3 and 5.4, respectively. Most blood tests are within normal limits. Long disease duration is a factor that increases the rate of moderate/severe DAPSA in the study group. **Conclusion:** Joint pain is the most common clinical symptom. The research team's CRP test was high, while other blood tests were often within normal limits. Long disease duration increases the rate of moderate-severe disease activity.

Keywords: clinical and subclinical characteristics, DAPSA, psoriatic arthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vẩy nến là tình trạng viêm khớp mạn tính với các đợt tiến triển, nếu không được điều trị sớm và tích cực sẽ dẫn đến tổn thương khớp và tàn tật vĩnh viễn. Các biến chứng do tổn thương khớp trong VKVN gây ra không chỉ dẫn đến suy giảm chức năng khớp, tăng tỷ lệ tử

vong mà còn gây tàn phế và ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân. Bên cạnh tổn thương ở da, lâm sàng VKVN là sưng đau các khớp, cứng khớp, viêm điểm bám gân, bệnh kéo dài có thể gây biến dạng mạnh khớp.¹

Chẩn đoán viêm khớp vẩy nến đến nay vẫn còn là thách thức không chỉ với các bác sĩ da liễu, bác sĩ gia đình mà ngay cả với các chuyên gia về khớp. Thông thường bác sĩ chuyên khoa da liễu là người tiếp cận đầu tiên với tình trạng viêm khớp (biểu hiện lâm sàng hoặc tiềm ẩn) ở bệnh nhân vẩy nến ở da. Do đó, việc thăm khám kỹ, phát hiện và đưa ra phương án điều trị sớm của chuyên gia da liễu sẽ giảm thiểu rất nhiều tác động tiêu cực của bệnh về lâu dài.² Bên cạnh đó, tuy đã được chứng minh là một bệnh lý khớp riêng biệt với các bệnh lý viêm khớp khác như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, nhiều trường hợp các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng rất khó phân biệt giữa các bệnh khiến cho ngay cả chuyên gia về xương khớp cũng gặp khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Các xét nghiệm sâu hơn về huyết thanh học và đặc biệt là gen thường khó tiếp cận đến đa số bệnh nhân thời điểm hiện tại do giá thành cao. Như vậy, vai trò của các dấu hiệu đơn giản như lâm sàng, các xét nghiệm máu trở nên vô cùng quan trọng, không chỉ chẩn đoán bệnh mà còn đối với chẩn đoán mức độ nặng, hoặc đánh giá hiệu quả điều trị với các phương pháp điều trị hiện tại.

Nghiên cứu của Amer và cs thực hiện trên 30 bệnh nhân VKVN nhằm đánh giá mối liên quan giữa một số chỉ số xét nghiệm máu và triệu chứng lâm sàng viêm điểm bám, kết quả siêu âm. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân VKVN có chỉ số độ phân bố hồng cầu (RDW) và thể tích hồng cầu (MPV) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng, tuy vậy chỉ số bạch cầu trung tính/lympho (NLR) không có sự khác biệt. Chỉ số RDW và MPV cũng liên quan đến mức độ nặng đánh giá bởi điểm DAPSA28.³ Từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm máu ở bệnh nhân VKVN và mối liên quan giữa các đặc điểm này với mức độ hoạt động bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 62 bệnh nhân chẩn đoán viêm khớp vẩy nến khám và điều trị tại bệnh viện Da Liễu Trung ương từ tháng 10/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 18 trở lên
- Người bệnh được chẩn đoán xác định viêm khớp vẩy nến dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán

viêm khớp vảy nến

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có rối loạn tâm thần
- Người bệnh không hợp tác.
- Người mắc bệnh hệ thống, rối loạn miễn dịch

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu không ngẫu nhiên, tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào phân tích.

Các thông số thu thập trong nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh (năm), BMI, yếu tố khởi phát, tiền sử vẩy nến.
- Đặc điểm lâm sàng: các triệu chứng bao gồm: sưng, nóng, đỏ, đau, cứng khớp và hạn chế vận động; số khớp tổn thương, vị trí khớp tổn thương.
- Đặc điểm cận lâm sàng: Hồng cầu, Hct, Hb, Bạch cầu, tiểu cầu, ure, cre, axit uric, GOT, GPT, CRP.
- Các chỉ số mức độ bệnh: DAPSA, NASI, PASI, CASPAR, VAS

Xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0; biến định lượng biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, biến định tính biểu diễn dạng tỷ lệ. Mỗi liên quan giữa các biến định tính đánh giá bởi kiểm định Chi-bình phương (χ^2), hoặc Fisher's Exact Test (tần suất kỳ vọng bất kỳ ô nào <5). So sánh các trung bình/trung vị của biến định lượng bằng kiểm định Student-T test (2 trung bình, biến phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U (2 trung vị, biến phân phối không chuẩn). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: khai thác dữ liệu từ bệnh nhân được sự đồng ý từ gia đình và bệnh nhân, chỉ nhằm phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

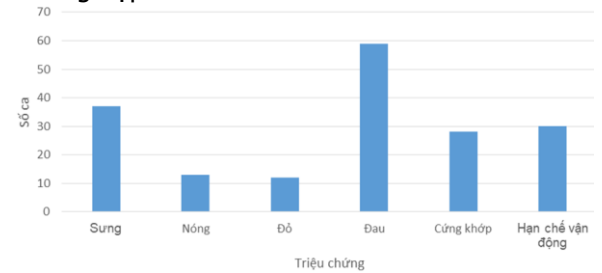
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		n	Tỷ lệ
Tuổi	<30	6	9,7
	30-60	40	64,5
	>60	16	25,8
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	50,7±15,2 (24-85)	
Giới	Nam	42	67,7
	Nữ	20	32,3
BMI	<18 (gầy)	4	6,5
	18-23 (trung bình)	30	48,4
	>23 (thừa cân trở lên)	28	45,2
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	22,7 ± 2,8 (16,1-28,7)	
Thời gian mắc bệnh (PSO)		5,8±7,2	
$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)		(0,3-39)	

Tiền sử vẩy nến	Kèm tổn thương ngoài khớp	TT tại khớp trước	47	75,8
		Đồng thời	8	12,9
		TT tại khớp sau	7	11,3
		Chỉ có PSO	0	0
Yếu tố khởi phát	Có		26	41,9
	Không		36	58,1
	Tổng		62	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,7. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Đa số bệnh nhân có BMI mức trung bình-thừa cân trở lên. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,8 năm. Đa số bệnh nhân có tổn thương tại da trước (75%). Yếu tố khởi phát ở 41% trường hợp.



Biểu đồ 1. Phân bố triệu chứng lâm sàng tại khớp

Nhận xét: Đau là triệu chứng thường gặp nhất (59/62 trường hợp). Các triệu chứng như sưng, cứng khớp và hạn chế vận động gặp ở ~1/2 nhóm bệnh nhân. Nóng và đỏ khớp ghi nhận với tần suất thấp hơn.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	n	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
PASI	62	10,9 ± 12,1	0	86
NASI	62	33,0 ± 31,4	0	136
Số khớp tổn thương	57	12,2 ± 12,9	1	65
CASPAR	62	4,4 ± 0,6	3	5
VAS	59	5,4 ± 2,3	1	9
DAPSA	60	25,3 ± 17,8	0,6	81,8
CRP	61	1,43 ± 4,3	0,02	30,57
Ure	44	5,1 ± 1,8	2	10,5
Cre	54	77,6 ± 23,2	38,7	154,5
Uric	10	386,1 ± 103,5	233,0	594,0
GOT	55	26,9 ± 9,9	10,7	62,0
GPT	54	25,1 ± 17,6	4,0	96,9
HC	54	4,7 ± 0,8	3,5	9,6
Hb	54	136,7 ± 14,7	101,0	169,0
Hct	54	0,41 ± 0,04	0,33	0,48
BC	54	8,4 ± 3,0	3,3	18,7
TC	54	306,2 ± 101,1	31,4	598,0

Nhận xét: Điểm PASI trung bình là 10,9; NASI trung bình là 33. Đa số bệnh nhân tổn thương khớp ngoại vi đơn độc. Số khớp tổn thương trung bình là 12 khớp/bệnh nhân. Điểm

hoạt động bệnh (DAPSA) trung bình ở mức cao:25,3. Mức đau khớp trung bình của nhóm nghiên cứu ở mức cao (5,4). Các xét nghiệm sinh hóa trung bình trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Tương quan một số đặc điểm và mức hoạt động bệnh

Đặc điểm	n	DAPSA		VAS	
		r	p	r	p
Thời gian mắc	62	0.318	0.015	0,207	0,122
PASI	62	0,110	0,404	0,152	0,250
NASI	62	0,266	0,040	0,210	0,111
Ure	44	0.365	0.016	0,171	0,278
Cre	54	0.096	0.494	-0,012	0,930
CRP	61	-0,080	0,546	0,133	0,321
Uric	10	0.177	0.625	0,059	0,870
GOT	55	0.184	0.183	0,119	0,395
GPT	54	0.08	0.568	0,047	0,740
HC	54	-0.183	0.189	-0,152	0,282
Hb	54	-0.135	0.336	-0,387	0,005
Hct	54	-0.134	0.338	-0,383	0,005
BC	54	0.265	0.055	-0,065	0,645
TC	54	0.092	0.514	0,014	0,920

Nhận xét: Thời gian mắc và ure có tương quan thuận trung bình với điểm DAPSA, điểm NASI có tương quan thuận mức yếu. Hb và Hct có tương quan nghịch mức trung bình với chỉ số đau VAS.

Bảng 4. Mô liên quan một số đặc điểm và mức hoạt động bệnh

Đặc điểm		DAPSA ≤14	DAPSA >14	p
Tuổi	<30	1 (16,7)	5 (83,3)	0,089
	30-60	13 (32,5)	27 (67,5)	
	>60	1 (6,3)	15 (93,8)	
	X ± SD	45,4±12,9	52,5±15,6	0,091
Giới	Nam	10 (23,8)	32 (76,2)	1,00
	Nữ	5 (25,0)	15 (75,0)	
BMI	<18	0 (0)	4 (100,0)	0,519
	18-23	9 (30,0)	21 (70,0)	
	>23	6 (21,4)	22 (78,6)	
	X ± SD	22,9 ± 2,2	22,7 ± 2,9	0,817
Tiền sử vảy nến	TT tại khớp trước	13 (27,7)	34 (72,3)	0,686
	Đồng thời	1 (12,5)	7 (87,5)	
	TT tại khớp sau	1 (14,3)	6 (85,7)	
Yếu tố khởi phát	Có	5 (19,2)	21 (80,8)	0,438
	Không	10 (27,8)	26 (72,2)	
Thời gian mắc		2,6 ± 2,7	6,7 ± 7,9	0,004
PASI		8,8 ± 8,3	11,9 ± 13,1	0,417
NASI		33,4±26,3	38,5±32,6	0,60
CRP*		28,7	31,7	0,569

CASPAR	4,4 ± 0,5	4,3 ± 0,6	0,826
Ure	4,4 ± 1,1	5,3 ± 1,9	0,139
Cre	76,1±22,1	78,2 ± 23,8	0,777
GOT	24,9 ± 5,3	27,6 ± 10,9	0,412
GPT	20,2 ± 9,3	26,5 ± 19,1	0,296
HC	4,7 ± 0,5	4,7 ± 0,9	0,880
Hb	135,3±16,2	137,2±14,3	0,688
Hct	0,41±0,05	0,40 ± 0,04	0,652
BC	8,8 ± 3,1	8,3 ± 3,1	0,571
TC	332,0±90,6	298,1±103,9	0,296

*Test Mann Whitney-U cho biến định lượng không phân phối chuẩn

Nhận xét: Thời gian mắc có mối liên quan với mức hoạt động bệnh. Thời gian mắc trung bình của nhóm bệnh hoạt động yếu là 2,6; thấp hơn so với nhóm bệnh hoạt động mạnh là 6,7; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,004<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhóm nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận độ tuổi 30-60 chiếm đa số. Độ tuổi trung bình là 50. Kết quả nghiên cứu tương đồng với các tác giả Nguyễn Thị Quỳnh,¹ Ngô Minh Vinh,² A.B.Gottlieb.⁴ Tuổi trung niên thường được ghi nhận với tỷ lệ cao trong các nghiên cứu, do bệnh nhân đến khám và điều trị thường có thời gian phát triển bệnh dài và điều trị trước đó, mặt khác PSO khởi phát sau vảy nến ở da, do đó tổn thương khớp thường gặp ở độ tuổi này. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn, kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Thị Quỳnh (62,5%) và A.B.Gottlieb (58,3%).^{1,4} Ngược lại, Ngô Minh Vinh ghi nhận tỷ lệ nam/nữ ~1/2. Tuy tỷ lệ lưu hành của bệnh ở 2 giới được thống kê tương đương, nam giới có xu hướng mắc bệnh ở mức độ nặng hơn,⁵ điều này có thể giải thích tần suất nam giới cao hơn trong các nghiên cứu do đối tượng này thường cần điều trị tại viện do mức độ bệnh nặng hơn. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có BMI ở mức trung bình-thừa cân trở lên (93,5%). Thời gian mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu tương đối dài (> 5 năm), kết quả tương đồng với A.B.Gottlieb (6,4 năm), Nguyễn Thu Hương (5,1 năm),⁶ và cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh (3,17 năm), Ngô Minh Vinh (3,5 năm).

Về đặc điểm tổn thương khớp, triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất với 59/62 trường hợp, tiếp đến là sưng khớp (37/62); cứng khớp (28/62) và hạn chế vận động (30/62). Đau là triệu chứng mang tính chất cấp tính, làm chất lượng sống người bệnh suy giảm nghiêm trọng, do đó đa số trường hợp đến viện điều trị đều có triệu chứng này, trong khi đó các triệu chứng

nóng, đỏ có tần suất thấp hơn, một phần do đa số bệnh nhân thuộc diện đang điều trị chứ không phải khám lần đầu, do đó các triệu chứng này ít gặp hơn. Số khớp tổn thương trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là 12, bệnh nhân có số khớp tổn thương nhiều nhất là 65. Điểm VAS và DAPSA lần lượt là 5,4 và 25,3. Mức hoạt động bệnh của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu ở mức cao, kết quả tương đồng với nghiên cứu A.B.Gottlieb (điểm VAS (thang 100) là 58,8 và DAPSA28-CRP là 4,7), nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương (VAS:4,7; DAPSA:25,53);^{4,6} và cao hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh (DAPSA \leq 14 điểm chiếm 53,12%),¹ Ngô Minh Vinh (VAS 30/100). Có thể thời gian mắc bệnh dài và tỷ lệ nam giới cao hơn trong nghiên cứu chúng tôi góp phần giải thích tỷ lệ bệnh nhân mức độ nặng trong nghiên cứu cao hơn.

Về đặc điểm một số xét nghiệm máu, CRP trung bình trong nghiên cứu là 1,43; đa số trường hợp CRP > 0,5 mg/l. các xét nghiệm công thức và sinh hóa đều trong giới hạn bình thường. Nghiên cứu gần đây hiện đang tập trung vào việc khám phá các dấu ấn sinh học đơn giản đóng vai trò quan trọng trong việc sàng lọc và theo dõi bệnh lý vẩy nến. Những dấu hiệu sinh học này có thể nâng cao độ tin cậy trong chẩn đoán, đóng vai trò là chỉ số tiên lượng, tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ lâm sàng trong việc lựa chọn các phương án điều trị và hỗ trợ theo dõi sự tiến triển của bệnh. Các thông số tế bào máu hoàn chỉnh (CBC) đã trở thành một công cụ có giá trị và tiết kiệm chi phí để đánh giá tình trạng viêm toàn thân trong các bệnh thấp khớp khác nhau.⁷ Nghiên cứu của Balevi và cs cho thấy, có mối liên quan giữa chỉ số phân bố kích thước hồng cầu (RDW), tỷ bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho (NLR) và tỷ tiểu cầu/BC lympho (PLR) với điểm PASI trong vẩy nến thông thường. Tuy vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa ghi nhận bất kỳ mối liên quan nào giữa các xét nghiệm máu đối với điểm DAPSA hoặc VAS.⁷

Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố và mức độ hoạt động của bệnh thể hiện ở bảng 3 và bảng 4. Thời gian mắc bệnh và ure có mối tương quan thuận mức trung bình với điểm DAPSA, trong khi điểm NASI có mối tương quan thuận yếu. Bên cạnh đó, huyết sắc tố (Hb) và hematocrit (Hct) có mối tương quan nghịch mức trung bình với điểm VAS. Bảng 4 ghi nhận, thời gian mắc bệnh dài là yếu tố làm tăng tỷ lệ mức độ hoạt động trung bình-nặng. Thời gian mắc bệnh dài là yếu tố tiên lượng kém đến đáp ứng

điều trị cũng như mức độ hoạt động của bệnh. Thường những bệnh nhân này sẽ có đáp ứng kém với các điều trị trước đó như corticoid bôi, toàn thân hoặc các thuốc DMARD. Điểm NASI có tương quan mức yếu trong khi điểm PASI không cho thấy bất kỳ mối liên quan nào. Từ đó có thể thấy, tuy nhiều tác giả coi viêm khớp vẩy nến là một biểu hiện tại khớp của bệnh vẩy nến (trong đó có tổn thương da và móng), nhưng các bằng chứng hiện nay cho thấy PSO là một bệnh lý về khớp độc lập so với các dạng tổn thương vẩy nến khác.⁸ Chúng tôi quan sát thấy mối tương quan nghịch giữa điểm VAS và các chỉ số về tình trạng thiếu máu, tuy vậy trong y văn chưa ghi nhận mối liên quan nào giữa 2 yếu tố này trong bệnh cảnh PSO. Có thể tình trạng thiếu máu ở một số bệnh nhân gây nên tình trạng mệt mỏi nói chung dẫn đến việc đánh giá quá mức tình trạng đau thể hiện qua thang điểm VAS.

V. KẾT LUẬN

Đau khớp là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất. Xét nghiệm CRP của nhóm nghiên cứu ở mức cao, trong khi các xét nghiệm máu khác thường trong giới hạn bình thường. Thời gian mắc bệnh dài làm tăng tỷ lệ bệnh hoạt động mức trung bình-nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quỳnh NT, Liễu LT, Thủy NTP.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm các khớp ngoại vi trong bệnh viêm khớp vẩy nến. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;532(2). doi:10.51298/vmj.v532i2.7590
2. **Vinh NM, Vân BT.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị, tính an toàn và khả năng dung nạp của methotrexate trong điều trị viêm khớp vẩy nến. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online February 12, 2018. Accessed June 12, 2024. <https://tcydls108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/231>
3. **Amer AS, Al Shambaky AY, Ameen SG, Sobih AK.** Hematological indices in psoriatic enthesopathy: relation to clinical and ultrasound evaluation. Clin Rheumatol. 2024;43(6):1909-1917. doi:10.1007/s10067-024-06951-2
4. **Gottlieb AB, Merola JF, Reich K, et al.** Efficacy of secukinumab and adalimumab in patients with psoriatic arthritis and concomitant moderate-to-severe plaque psoriasis: results from EXCEED, a randomized, double-blind head-to-head monotherapy study. Br J Dermatol. 2021;185(6):1124-1134. doi:10.1111/bjd.20413
5. **Lubrano E, Scriffignano S, Fatica M, et al.** Psoriatic Arthritis in Males and Females: Differences and Similarities. Rheumatol Ther. 2023; 10(3):589-599. doi:10.1007/s40744-023-00535-3
6. **Nguyễn Thu Hương.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm khớp vẩy nến bằng secukinumab sau 12 tuần điều trị. Published online 2020.
7. **Balevi A, Olmuşçelik O, Ustuner P, Özdemir M.** Is there any Correlation between Red Cell

Distribution Width, Mean Platelet Volume Neutrophil Count, Lymphocyte Count, and Psoriasis Area Severity Index in Patients Under Treatment for Psoriasis? Acta Dermatovenol Croat ADC. 2018;26(3):199-205.

8. **FitzGerald O, Haroon M, Giles JT, Winchester R.** Concepts of pathogenesis in psoriatic arthritis: genotype determines clinical phenotype. Arthritis Res Ther. 2015;17(1):115. doi:10.1186/s13075-015-0640-3

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TIÊU CHẢY LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG SINH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Bùi Thị Dung^{1,2}, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,3}

TÓM TẮT

Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là tác dụng không mong muốn xảy ra khá phổ biến khi sử dụng kháng sinh trong vài giờ đến 8 tuần sau khi ngừng kháng sinh. Phần lớn các trường hợp tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là nhẹ và tự giới hạn, tuy nhiên một số trường hợp nặng có thể dẫn đến rối loạn nước điện giải, tăng tỷ lệ nhập viện và viêm đại tràng giả màng liên quan đến nhiễm *C.difficile*. **Mục tiêu:** Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của tiêu chảy liên quan đến kháng sinh ở trẻ em tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Nhi Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 219 bệnh nhân được chẩn đoán tiêu chảy liên quan đến kháng sinh trong thời gian điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Nhi Thái Bình từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là 5,1%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6:1. Nhóm tuổi mắc cao nhất là trẻ từ 6-24 tháng với tỷ lệ là 52,5%. Ngày trung bình xuất hiện tiêu chảy từ khi sử dụng kháng sinh là $3,1 \pm 2,1$ ngày, và 95% trẻ xuất hiện tiêu chảy trong khoảng thời gian 7 ngày từ sau khi sử dụng kháng sinh. 96,8% số trẻ đi ngoài mức độ nhẹ và vừa. 76,2% có đi ngoài phân lỏng, tỷ lệ phân nhày và nhày máu lần lượt chiếm 22,4% và 1,4%. Triệu chứng đi kèm phổ biến nhất là nôn (48,4%); ăn kém (40,4%); sốt chiếm 22,4%; 72,6% số trẻ không có biểu hiện mất nước. Xét nghiệm máu có tăng bạch cầu, tăng CRP, rối loạn điện giải Natri, Kali với tỷ lệ lần lượt là 50,1%; 35,2%; 3,6%, 2,8%. Tỷ lệ trẻ có bạch cầu và hồng cầu trong phân lần lượt là 6,8% và 1,4%; 56,6% số trẻ xét nghiệm có hạt mỡ trong phân. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ tiêu chảy liên quan đến kháng sinh trong nghiên cứu là trẻ ≤ 24 tháng tuổi, OR = 3,6 (2,4 - 5,4); thời gian nằm viện kéo dài > 7 ngày, OR = 7,6 (5,6 - 10,3); tiền sử tiêu chảy liên quan đến kháng sinh, OR = 2,7 (1,9 - 3,8) và tiền sử nhập viện trong 12 tuần, OR = 2,7 (1,9 - 3,7). **Kết luận:** Tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là thấp ở trẻ nhập viện và thường gặp ở nhóm trẻ ≤ 24 tháng tuổi. Đặc điểm lâm sàng phổ biến là tiêu chảy phân

lỏng có thể có lẫn nhày, ít khi lẫn máu, bệnh thường tự giới hạn với mức độ nhẹ, vừa và ít khi có rối loạn điện giải. Các yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh là trẻ nhỏ dưới 24 tháng, thời gian nằm viện kéo dài, tiền sử từng mắc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh và tiền sử nhập viện trong 12 tuần. **Từ khóa:** Lâm sàng, cận lâm sàng, kháng sinh, tiêu chảy liên quan đến kháng sinh, trẻ em, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR ANTIBIOTIC ASSOCIATED DIARRHEA IN CHILDREN AT THE THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL

Antibiotic-associated diarrhea (AAD) is defined as unexplained diarrhea that occurs in association with antibiotic therapy. It may occur just a few hours after antibiotic administration or up to 8 weeks after the discontinuation of antibiotics. Many cases of AAD are mild and self-limiting, but they may cause severe electrolyte/fluid imbalance, hospital readmissions and pseudomembranous colitis caused by *C.difficile*. **Aim:** To evaluate the incidence, clinical findings, and risk factors of antibiotic-associated diarrhea in hospitalized children at the Respiratory Department of Thai Binh Pediatric Hospital. **Materials and methods:** Prospective descriptive study of a series of 219 cases diagnosed antibiotic-associated diarrhea during treatment at the Respiratory Department of Thai Binh Pediatric Hospital from August 2023 until April 2024. **Results:** During hospitalization, diarrhea developed in 219 (5,1%) of the 4312 children. The boy/girl ratio is 1,6:1. The highest incidence was in children the 6 months to 24 months of age group with a rate of 52,5%. The mean onset was $3,1 \pm 2,1$ days, and 95% of children developed diarrhea within 7 days after using antibiotics. 96,8% of children had mild to moderate diarrhea. 76,2% of children had watery stools, rates of mucus and bloody stools were 22,4% and 1,4%, respectively. The most common accompanying symptom was vomiting (48,4%); poor appetite (40,4%) and fever (22,4%); 72,6% of children had no dehydration. The rates of elevated white blood cells and CRP were 50,1% and 35,2%, respectively. The prevalence of sodium and potassium electrolyte disorders was 3,6% and 2,8%, respectively. Stool analysis showed the rates of white blood cells and red blood cells were 6,8% and 1,4%, respectively; Up to 56,6% of children tested had fat

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Cao đẳng y tế Thái Bình

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024