

vú xâm lấn với độ ác tính mô bệnh học độ 1 và 2 là 40/68 trường hợp (58,82%), độ 3 là 28/68 trường hợp (41,18%). Các phân nhóm hóa mô miễn dịch hay gặp theo thứ tự là Luminal A: 12,9%, Luminal Her-2+: 27,4%, bộ ba âm tính: 29,0% và Luminal B là 30,6%. Nghiên cứu của Đặng Công Thuận (2008) trên 181 BN ung thư vú tại Bệnh viện K Trung ương đã cho thấy tỷ lệ độ ác tính mô bệnh học độ 1 và 2 là 86,2%, độ 3 là 13,8%[3].

V. KẾT LUẬN

- Tự khám thấy khối u là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất với 67,65%, đau tuyến vú và chảy dịch núm vú ít gặp, chiếm 11,76% và 7,35%. Các biến đổi khác ở vú hiếm gặp, chiếm 4,41%.

- Vị trí u thường gặp ở nhóm bệnh nhân là một phần tư trên ngoài (54,41%). Dạng trung tâm và đa ổ chiếm tỷ lệ thấp với 4,41% và 2,94%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có hạch nách là 47,06% (32 trường hợp), trong đó trường hợp vừa có hạch nách vừa có hạch thượng đòn chiếm 4,41%.

- Có 4 bệnh nhân (5,88%) có triệu chứng di căn cơ quan trên lâm sàng.

- Kích thước trung bình của các khối u là $2,47 \pm 0,89$ cm, trong đó khối u có kích thước lớn nhất là 7,3 cm; khối u có kích thước nhỏ nhất là 1,2 cm.

- Các đặc điểm của tổn thương trên siêu âm chủ yếu là: khu trú (83,82%), ranh giới không rõ (77,94%), giảm âm (97,06%), cấu trúc đặc (97,06%) và xâm lấn xung quanh (77,94%) chủ yếu là dạng xâm lấn mô vú xung quanh với 28 bệnh nhân chiếm 45,59%.

- Đặc điểm tổn thương chủ yếu trên X quang chụp hình vú là tổn thương khu trú (82,35%), bờ

không rõ (80,88%), có nốt vôi hoá (67,65%) và tăng đậm độ (83,82%).

- Về phân loại mô bệnh học: UTBM ống xâm nhập chiếm đa số (72,06%), thể UTBM ống tại chỗ ít gặp (5,88%) và không gặp thể UTBM thụ tại chỗ.

- Về phân độ mô bệnh học: Thường gặp độ II (29 bệnh nhân chiếm 42,65%) và độ III (28 bệnh nhân chiếm 41,18%).

- Tỷ lệ bệnh nhân có thụ thể nội tiết âm tính (cả ER và PR đều âm tính) cao, chiếm 72,05%.

- Trong số các đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng ung thư vú giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,6%. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8,82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2021). Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action.
2. Rijo John, Hana Ross (2010). The global economic cost of cancer. Atlanta, GA: American Cancer Society and LIVESTRONG.
3. Đặng Công Thuận (2012). Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và tình trạng thụ thể nội tiết bệnh ung thư vú tại bệnh viện trường đại học y dược Huế. Tạp chí phụ sản, 10(3): 250-257.
4. Phùng Thị Huyền (2016). Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC+4T kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III có Her 2 neu dương tính, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Mai Lan (2020). Nghiên cứu tỉ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 – 2016, Luận án tiến sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
6. Donnelly. T.T. et al. (2013). Arab women's breast cancer screening practices: a literature review. Asian Pac J Cancer Prev, 14(8): 4519-28.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH KAWASAKI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Trần Thị Hải Yến^{1,2}, Phạm Văn Thức¹, Đinh Dương Tùng Anh^{1,2}

TÓM TẮT¹²

Kawasaki là bệnh sốt có phát ban cấp tính, thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi với đặc điểm viêm lan toả hệ thống mạch máu vừa và nhỏ, có thể để lại di chứng tổn thương động mạch vành nặng nề nếu không được phát hiện và điều trị sớm. **Mục tiêu:** Chúng tôi tiến

hành nghiên cứu này với mục đích giúp cải thiện việc chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và hạn chế biến chứng của bệnh Kawasaki ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu 48 ca bệnh Kawasaki được chẩn đoán tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 01/2016 đến tháng 3/2020 và rút ra một số kết luận như sau. **Kết quả:** Đa số trẻ mắc Kawasaki ở lứa tuổi 6 - 24 tháng, tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1.27/1. 100% các bệnh nhân đều có sốt, các triệu chứng khác gặp ở phần lớn các bệnh nhân. Hầu hết các triệu chứng đều xuất hiện trong tuần đầu của bệnh. 85.4% số ca bệnh Kawasaki là thể điển hình. Có 26/48 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki đã điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. 92.3% bệnh nhân được điều trị và đáp

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Yến

Email: tthyen@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.7.2022

Ngày duyệt bài: 8.8.2022

ứng với IVIG ngay từ lần đầu, 7.7% số ca bệnh là kháng thuốc, cần điều trị IVIG liều 2. Không có trường hợp tử vong tại viện. Phần lớn các chỉ số xét nghiệm huyết học và sinh hóa nhanh chóng trở về bình thường sau điều trị IVIG; CRP và tốc độ máu lắng tăng cao và trở về bình thường chậm hơn. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn cần cải thiện công tác chẩn đoán sớm khi vẫn còn 35.5% số ca bệnh có chẩn đoán ban đầu không phải là theo dõi Kawasaki, và việc theo dõi tổn thương tim mạch sau điều trị là cần thiết.

Từ khóa: Kawasaki, động mạch vành, IVIG

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF KAWASAKI DISEASE IN HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL

Kawasaki disease is a syndrome of unknown cause that results in a fever and mainly affects children under 5 years of age that can cause severe damage to the coronary artery if left undetected and lack of early treatment. **Objectifs:** We aimed to perform this study in order to contribute to the amelioration of an early diagnosis, intime treatment and reduction of the complications of this disease. **Materials and methods:** We conducted a retrospective study of 48 Kawasaki disease cases diagnosed at Hai Phong Children's Hospital from January 2016 to March 2020 and draw the following conclusion. **Results:** Most children with Kawasaki disease were at the age of 6 - 24 months, the rate of male/female was 1.27/1. All of patients had fever while other symptoms were found in the majority of patients. Most symptoms appeared within the first week of illness. There were 26/48 Kawasaki patients diagnosed who had been treated at the Hai Phong Children's Hospital. 92.3% of patients were treated and responded to IVIG right from the first dose, 7.7% of cases were drug resistant, requiring the 2nd IVIG dose. There was no death case in our study. Most hematological and biochemical parameters quickly returned to normal after IVIG treatment while CRP and VSS greatly increased and returned to normal more slowly. **Conclusion:** Our research showed that there is still a need for improvement in early diagnosis as still 35.5% of cases had a different initial diagnosis from Kawasaki, and post-treatment cardiovascular injury monitoring is essential.

Keywords: Kawasaki, coronary artery, IVIG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kawasaki là bệnh sốt có phát ban cấp tính, thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi với đặc điểm viêm lan toả hệ thống mạch máu vừa và nhỏ. Bệnh được mô tả lần đầu tiên ở Nhật vào năm 1967 bởi bác sĩ Tomisaki Kawasaki và ở Việt Nam năm 1998. Kawasaki được xem là một bệnh nguy hiểm vì thường gây biến chứng giãn mạch vành và nếu không điều trị có thể dẫn tới tử vong.

Nguyên nhân của bệnh chưa rõ ràng nên cho

đến hiện tại chưa có biện pháp phòng ngừa. Bệnh nếu không được điều trị có 20-30% trường hợp bị tổn thương phình giãn động mạch vành, từ đó gây ra các biến chứng: tắc, hẹp, nhồi máu cơ tim và là nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân Kawasaki. Điều trị bệnh Kawasaki bằng Intravenous Immunoglobulin (IVIG) mang lại nhiều kết quả khả quan: phác đồ này có hiệu quả rõ rệt trong việc ngăn ngừa sự phát triển của chứng phình động mạch vành (ĐMV) (Shulman, 2017). Ở Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về bệnh Kawasaki, tuy nhiên tại Hải Phòng những nghiên cứu về bệnh này hiện vẫn còn rất hạn chế, gây khó khăn cho công tác chẩn đoán, tiên lượng và điều trị cho bệnh nhân. Với mục đích giúp cải thiện việc chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và hạn chế biến chứng của bệnh Kawasaki ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ được chẩn đoán Kawasaki tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2020.*

2. *Nhận xét kết quả điều trị của những trẻ nói trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Gồm 48 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2020 và được chẩn đoán bệnh Kawasaki dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Kawasaki của hội Tim mạch học Hoa Kỳ - AHA. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: bệnh nhân sốt ≥ 5 ngày tìm được nguyên nhân gây sốt hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

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

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Kawasaki của hội Tim mạch học Hoa Kỳ - AHA (Newburger et al., 2004):

• Thể điển hình: bệnh nhân có ít nhất 5/6 triệu chứng lâm sàng sau:

Sốt ≥ 5 ngày kèm theo ít nhất 4/5 triệu chứng sau đây:

○ Biến đổi ở niêm mạc khoang miệng: môi đỏ sẫm, nứt, rỉ máu; lưỡi đỏ, nổi gai (lưỡi dâu tây); đỏ lan tỏa niêm mạc hầu họng;

○ Biến đổi ở đầu chi: giai đoạn cấp: đỏ da lòng bàn tay – chân, phù nề mu bàn tay – chân; giai đoạn bán cấp: bong đầu ngón tay, ngón chân vào tuần thứ 2 và 3;

○ Hồng ban đa dạng, chủ yếu ở thân mình, nhưng không bao giờ có bong nước;

○ Hạch góc hàm hoặc dưới cằm đường kính từ

1.5 cm không hóa mủ, thường ở một bên;

○Viêm đỏ kết mạc mắt 2 bên, không có đờ
•Thể không điển hình: chỉ có sốt ≥ 5 ngày kết hợp với $< 4/5$ dấu hiệu trên kèm tổn thương động mạch vành trên siêu âm là đủ chẩn đoán.

Kết quả siêu âm dương tính trong bệnh Kawasaki theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA-2004): Đánh giá đường kính trong của động mạch vành so với diện tích da của cơ thể và sử dụng điểm cắt Z – score để xác định mức độ tổn thương động mạch vành:

○Đường kính trong ĐMV $\geq + 2.5$ SD giá trị bình thường theo diện tích da;

○Đường kính trong của 1 đoạn gấp 1.5 lần đoạn kế cận;

○Bất thường rõ rệt lòng ĐMV, tăng sáng quanh mạch và ĐK lòng mạch vành mất thuôn.

Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki.

Nghiên cứu trên 48 trường hợp trẻ được chẩn đoán bệnh Kawasaki, chúng tôi nhận thấy bệnh này thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 6 – 24 tháng (75%), tuổi trung bình của các bệnh nhân là 14 ± 1.4 tháng. Theo kết quả của bảng 1, có 31/48 (64.5%) số bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ là Kawasaki khi nhập viện tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ (35.5%) số bệnh nhân có các chẩn đoán ban đầu khác như: trạng thái nhiễm khuẩn, sốt phát ban, sốt cần tìm nguyên nhân, dị ứng nhiễm trùng, trong đó trạng thái nhiễm khuẩn là thường gặp nhất (20.8%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Đặc tính	n	%
Tuổi (trung bình: 14 ± 1.4 tháng)	< 6 tháng	7	14.6%
	6 tháng – ≤ 24 tháng	36	75%
	> 24 tháng	5	10.4%
Giới	Nam	27	56%

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng và kết quả siêu âm tim tại thời điểm chẩn đoán xác định bệnh

Biểu hiện lâm sàng và siêu âm tim	Số ngày tồn tại triệu chứng (ngày)	n	%	
Sốt cao liên tục ≥ 5 ngày	6.1 ± 1.0	48	100%	
Viêm đỏ kết mạc 2 bên	5.0 ± 1.8	44	91.7%	
Biến đổi khoang miệng	Môi đỏ hoặc rộp rỉ máu	5.3 ± 1.6	45	93.8%
	Lưỡi đỏ, nổi gai	5.1 ± 1.8	41	85.4%
	Đỏ lan tỏa niêm mạc miệng	6.1 ± 1.5	8	16.7%

	Nữ	21	44%
Chẩn đoán ban đầu trước khi chẩn đoán xác định Kawasaki	Theo dõi Kawasaki	31	64.5%
	Trạng thái nhiễm khuẩn	10	20.8%
	Viêm họng	3	6.3%
	Dị ứng nhiễm trùng	2	4.2%
	Sốt phát ban	1	2.1%
	Viêm hạch góc hàm	1	2.1%

Nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng và kết quả siêu âm tim tại thời điểm chẩn đoán xác định bệnh, chúng tôi nhận thấy triệu chứng sốt cao liên tục ít nhất 5 ngày gặp ở 100% bệnh nhân. Đặc điểm của sốt trong bệnh Kawasaki thường gặp là sốt cao trên 39°C (81.2%) và không có trường hợp nào chỉ sốt nhẹ. Triệu chứng viêm kết mạc hai bên cũng gặp trong 91.7% các trường hợp. Đặc điểm mắt đỏ trong bệnh Kawasaki là mắt đỏ và đều 2 bên, đặc biệt là không bao giờ có ghèn (mủ), điều này giúp chẩn đoán phân biệt với bệnh lý viêm kết mạc mắt thông thường. Triệu chứng biến đổi khoang miệng gặp trong 93.8% các trường hợp và cũng là đặc điểm khá đặc trưng cho bệnh Kawasaki. Thời gian các triệu chứng của bệnh tồn tại thường từ 3 – 7 ngày, trong đó triệu chứng sốt thường kéo dài nhất (trung bình kéo dài 6.1 ± 1 ngày) và đỏ da lòng bàn tay – chân kéo dài ngắn nhất (trung bình là 3.3 ± 1.5 ngày). Các triệu chứng biến đổi đầu chi và ban ít gặp hơn.

Siêu âm tim phát hiện được 12 trường hợp Kawasaki có tổn thương giãn động mạch vành ở 12/48 (25%) số ca bệnh, trong đó thường gặp nhất là tổn thương ở động mạch vành trái (14.7%). Trong số các trường hợp có tổn thương ĐMV thì phần lớn có tổn thương ĐMV trái chiếm 58.3%, tổn thương ĐMV phải chiếm 16.7% và tổn thương ĐMV hai bên chiếm 25%. Với những biểu hiện lâm sàng và kết quả siêu âm tim phát hiện tổn thương động mạch vành nói trên, có 85.4% số bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki thể điển hình và 14.6% số bệnh nhân còn lại được chẩn đoán Kawasaki thể không điển hình (Bảng 2).

Biến đổi đầu chi	Phù nề bàn tay, chân	4.2 ± 1.8	31	64.6%
	Đỏ da lòng bàn tay – chân	3.3 ± 1.5	9	18.8%
Ban đỏ đa dạng		4.5 ± 1.6	43	89.6%
Sưng hạch góc hàm (Đường kính > 1.5 cm)		5.2 ± 1.9	45	93.8%
Phân loại sốt		Sốt vừa (38 – 39 ^o C)	9	18.8%
		Sốt cao (> 39 ^o C)	39	81.2%
Tổn thương động mạch vành trên siêu âm tim		ĐMV trái	7	14.7%
		ĐMV phải	2	4.2%
		Hai bên	3	6.3%
		Không phát hiện	34	74.8%
Chẩn đoán thể bệnh		Thể điển hình	41	85.4%
		Thể không điển hình	7	14.6%

Nghiên cứu các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân Kawasaki cho thấy số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao ở đa số các trường hợp. C-reactive protein (CRP) cũng tăng rất cao ở hầu hết các bệnh nhân (91.7%). Tốc độ máu lắng của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tăng cả ở giờ thứ 1 và giờ thứ 2. Tổng phân tích tế bào máu và hóa sinh máu được kiểm tra lại vào ngày thứ 3 sau điều trị bằng IVIG liều đầu tiên. Trong nghiên cứu này, chỉ có 26/48 ca bệnh Kawasaki tiếp nhận điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng sau

khi được chẩn đoán Kawasaki (22 trường hợp còn lại được chuyển điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương). Những chỉ số xét nghiệm cho thấy điều trị Kawasaki bằng phác đồ truyền IVIG làm giảm rõ rệt phản ứng viêm, tuy nhiên chưa cho thấy sự cải thiện của triệu chứng thiếu máu. Có 56.3% bệnh nhân Kawasaki nhập viện có biểu hiện thiếu máu, thể hiện ở lượng Hemoglobin giảm. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận kết quả về sự tăng Alanine transaminase (ALT) gặp ở 63.5% số bệnh nhân được làm xét nghiệm khi nhập viện.

Bảng 3: Thay đổi của các chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân Kawasaki

Chi số xét nghiệm		Trước điều trị IVIG (n = 48)		Sau điều trị IVIG lần 1 (n = 26)	p
		%	Giá trị trung bình	Giá trị trung bình	
Số lượng bạch cầu	Tăng	87.5%	16.4 ± 1.2 G/l	12.8 ± 1.0 G/l	< 0.001
Tăng bạch cầu hạt trung tính	Tăng	60.4%	9.5 ± 1.4 G/l	8.4 ± 2.6 G/l	< 0.05
Hemoglobin	Giảm	56.3%	10.3 ± 0.19 g/dl	10.6 ± 0.23 g/dl	> 0.05
VSS giờ đầu > 50mm	Tăng	52.1%	46 ± 3 mm	32 ± 4 mm	< 0.001
CRP	Tăng	91.7%	90.6 ± 14.0 mg/l	35.4 ± 7.7 mg/l	< 0.001
ALT	Tăng	63.5%	62 ± 13.6 U/l	40 ± 7.2 U/l	< 0.001
Albumin máu	Giảm	37.5%	3.55 ± 0.09 g/dl	3.73 ± 0.08 g/dl	> 0.05

3.2. Kết quả điều trị bệnh Kawasaki. Có 26/48 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng bằng IVIG và Aspegic theo phác đồ của Bệnh viện Nhi Trung Ương. Trong số đó, 92.3% bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị IVIG liều đầu tiên, cắt sốt sau khi truyền IVIG liều đầu tiên; 7.7% trẻ tiếp tục còn sốt 3 ngày sau khi truyền IVIG liều đầu và phải truyền liều thứ hai. Không có trường hợp nào tử vong tại viện.

Bảng 4: Kết quả điều trị của các bệnh nhân sau truyền IVIG lần 1

Kết quả điều trị	n	%
Ổn định – Khỏi bệnh	24	92.3%
Kháng thuốc	2	7.7%
Tử vong	0	0%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 48 trẻ được chẩn đoán bệnh Kawasaki, chúng tôi nhận thấy bệnh chủ yếu gặp ở nhóm trẻ từ 6 tới 24 tháng tuổi, độ tuổi trung bình là 14 ± 1.4 tháng. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hồ Sỹ Hà trên 221 trẻ Hà nội mắc Kawasaki cho thấy độ tuổi trung bình mắc bệnh là 16 tháng tuổi và có 49.9% gặp ở dưới 12 tháng. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1.27/1, thấp hơn tỷ lệ này trong nghiên cứu của Hồ Sỹ Hà là 1.67/1, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ hơn so với các nghiên cứu khác (Hà, 2011). Có 35.5% số ca bệnh được chẩn đoán ban đầu mắc các bệnh khác không phải Kawasaki (phổ biến nhất là chẩn đoán trạng thái nhiễm khuẩn). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của

tác giả Nguyễn Thị Thúy Hồng (Hồng & Hà, 2005), có thể do còn thiếu các tiêu chuẩn chẩn đoán thể điển hình của bệnh Kawasaki tại thời điểm trẻ nhập viện.

Siêu âm tim phát hiện tổn thương giãn động mạch vành trên 25% số ca bệnh Kawasaki trong nghiên cứu này. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả cho thấy Hồ Sỹ Hà có khoảng 25% bệnh nhân Kawasaki có tổn thương giãn động mạch vành, và tỉ lệ này có thể được giảm xuống mức 3% - 5% khi bệnh nhân được điều trị IVIG kịp thời. Cần lưu ý, hiện nay phương pháp chụp MSCT 256 dãy cũng được khuyến cáo tiến hành kết hợp với siêu âm tim trong quá trình theo dõi đánh giá tổn thương ĐMV ở bệnh nhân Kawasaki (Singhal, Gupta, Singh, & Khandelwal, 2017).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hồng cũng cho thấy một số kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: nhiều bệnh nhân Kawasaki có sự tăng cao số lượng bạch cầu và bạch cầu hạt trung tính; chỉ số CRP tăng rất cao và tăng tốc độ máu lắng (Hồng & Hà, 2005). Một trong những yếu tố được cho là dẫn tới biểu hiện thiếu máu ở bệnh nhân Kawasaki là sự tăng lên của hepcidin gây giảm hấp thu sắt, và lượng hepcidin trong máu giảm xuống rõ rệt sau khi truyền IVIG, tuy nhiên tác dụng này chỉ giúp cải thiện triệu chứng của thiếu máu ở bệnh nhân Kawasaki sau khoảng 2 – 3 tuần kể từ khi truyền IVIG (Huang & Kuo, 2017). Trong nghiên cứu này, các xét nghiệm máu được tái lượng giá chỉ 3 ngày sau liệu truyền IVIG đầu tiên nên chưa đủ thời gian để kiểm chứng sự cải thiện có thể có của thiếu máu trên các bệnh nhân Kawasaki.

Theo các tác giả trước đây, có khoảng 20% bệnh nhân Kawasaki có thể không đáp ứng với truyền IVIG lần đầu tiên (Park, Lee, Hyun, & Lee, 2013). Tỷ lệ bệnh nhân tiến triển tốt ngay sau một liệu trình IVIG trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn chưa đủ lớn. Phần lớn các chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa của bệnh nhân trở về bình thường sau khi cắt sốt. Hai chỉ số CRP và ALT thường tăng sớm và tăng kéo dài trong bệnh Kawasaki (Hào, Sơn, & Anh, 2019).

V. KẾT LUẬN

Bệnh Kawasaki thường gặp ở trẻ em lứa tuổi 6 - 24 tháng, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam/nữ: 1.27/1. 100% các bệnh nhân đều có sốt, các triệu chứng khác cũng gặp ở phần lớn các bệnh nhân. Hầu hết các triệu chứng lâm sàng đều

xuất hiện trong tuần đầu của bệnh. Siêu âm tim phát hiện tổn thương giãn động mạch vành trên 25% số ca bệnh. Có 26/48 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki đã điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trong đó có 24/26 bệnh nhân được điều trị và đáp ứng với IVIG ngay từ lần đầu. 2/26 ca bệnh kháng thuốc, cần điều trị IVIG liều thứ hai. Không có trường hợp tử vong tại viện.

Hầu hết các chỉ số xét nghiệm huyết học và sinh hóa nhanh chóng trở về bình thường sau điều trị IVIG; CRP và tốc độ máu lắng tăng cao và trở về bình thường chậm hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn cần cải thiện công tác chẩn đoán sớm khi vẫn còn 35.5% số ca bệnh có chẩn đoán ban đầu không phải là theo dõi Kawasaki, và việc theo dõi tổn thương tim mạch sau điều trị là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà, H. S. (2011).** Một số đặc điểm lâm sàng và thường tổn động mạch vành ở bệnh nhân Kawasaki tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 1(74-79).
- Hào, T. K., Sơn, N. H., & Anh, N. T. H. (2019).** Bệnh Kawasaki ở trẻ em tại Trung tâm nhi khoa BV TW Huế, nghiên cứu hồi cứu 10 năm (2009-2019). Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 12(1+2(485),156 - 160.
- Hồng, N. T. T., & Hà, H. S. (2005).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh Kawasaki ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương. (Luận văn thạc sỹ Y học), Đại học Y Hà Nội.
- Huang, Y.-H., & Kuo, H.-C. (2017).** Anemia in Kawasaki Disease: Hepcidin as a Potential Biomarker. International journal of molecular sciences, 18(4), 820. doi: 10.3390/ijms18040820
- Newburger, J. W., Takahashi, M., Gerber, M. A., Gewitz, M. H., Tani, L. Y., Burns, J. C., . . . Taubert, K. A. (2004).** Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Circulation, 110(17), 2747-2771. doi: 10.1161/01.cir.0000145143.19711.78
- Park, H. M., Lee, D. W., Hyun, M. C., & Lee, S. B. (2013).** Predictors of nonresponse to intravenous immunoglobulin therapy in Kawasaki disease. Korean journal of pediatrics, 56(2), 75-79. doi: 10.3345/kjp.2013.56.2.75
- Shulman, S. T. (2017).** Intravenous Immunoglobulin for the Treatment of Kawasaki Disease. Pediatr Ann, 46(1), e25-e28. doi: 10.3928/19382359-20161212-01
- Singhal, M., Gupta, P., Singh, S., & Khandelwal, N. (2017).** Computed tomography coronary angiography is the way forward for evaluation of children with Kawasaki disease. Global cardiology science & practice, 2017(3), e201728-e201728. doi: 10.21542/gcsp.2017.28