

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
Ở TRẺ BỆNH KAWASAKI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ
CẦN THƠ NĂM 2020-2021**

**Quách Ngọc Ngân^{1*}, Lê Hoàng Sơn¹, Trương Ngọc Phước²,
Trương Thành Nam²**

1. Bệnh viện Nhi đồng thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: quachngocngan@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh Kawasaki là một bệnh sốt cấp tính tự giới hạn, được đặc trưng bởi tình trạng viêm mạch hệ thống và chủ yếu xảy ra ở trẻ em. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành và kết quả điều trị ở trẻ mắc bệnh Kawasaki. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 51 bệnh nhi được chẩn đoán mắc bệnh Kawasaki tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 01/2020 đến 06/2021. Thu thập thông tin qua hồ sơ bệnh án với kết quả thăm khám thực thể và cận lâm sàng dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc. **Kết quả:** 74,5% trẻ mắc bệnh Kawasaki thể điển hình, trẻ trai mắc bệnh nhiều hơn trẻ gái (60,8% so với 39,2%); nhóm tuổi phổ biến là 12 tháng – 5 tuổi (58,8%). Các triệu chứng thường gặp: Sốt và viêm kết mạc mắt (100%), môi đỏ, khô nứt (98%), viêm hạch cổ > 1,5cm (51%) và hồng ban đa dạng, hồng ban phù mạch phân tán (86,3%). Phản ứng viêm toàn thân qua 60,8% trường hợp có bạch cầu $\geq 15.000/mm^3$; 92,2% có tăng CRP > 30 mg/L và 90,2% trẻ có tốc độ lắng máu giờ đầu ≥ 40 mm/giờ; Trẻ có tổn thương hình/giãn động mạch vành chiếm 31,4%. Tỷ lệ đáp ứng điều trị khi sử dụng IVIG là 92,1%; 02 ca sốc phản vệ và 02 ca truyền IVIG lần 2. **Kết luận:** Bệnh Kawasaki ở trẻ em thường gặp ở thể điển hình. Trẻ được chẩn đoán và điều trị sớm bằng IVIG mang lại hiệu quả khoẻ bệnh và phòng ngừa các biến chứng mạch vành có thể nguy hại đến sức khoẻ của trẻ nhỏ.

Từ khóa: Bệnh Kawasaki, trẻ em, kết quả điều trị.

ABSTRACT

**THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF KAWASAKI DISEASE
AND TREATMENT OUTCOMES OF CHILDREN AT
CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020-2021**

Quach Ngoc Ngan^{1*}, Le Hoang Son¹, Truong Ngoc Phuoc²,

Truong Thanh Nam²

1. Can Tho Children's Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Kawasaki is an acute self-limited febrile illness featured by systematic vasculitis and predominantly occurs in children. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of Kawasaki disease in children, its complications on coronary artery abnormality, and treatment outcomes using IVIG. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 51 children with Kawasaki disease diagnosed at Can Tho Children's Hospital. Gathered information in a pre-structured questionnaire was from medical documents with physical examination and subclinical results. **Results:** 74.5% patients with typical Kawasaki disease, male was more likely than female (60.8% compared to 39.2%, respectively); the most common age group was 12 months – 5 years old (58.8%). Kawasaki disease is characterized by fever and bilateral non-exudative conjunctivitis (100%); erythema of the lips and oral mucosa (98%), cervical lymphadenopathy (51%) and changes in extremities, rashes (86.3%). Laboratory evidence of a systematic inflammatory responses was performed through 60.8% children having number of leucocyte $\geq 15.000/mm^3$; 92.2% subjects having CRP >30 mg/L and 90.2% subjects having erythrocyte sedimentation rate in the first hour ≥ 40 mm/hour; Coronary artery aneurysms developed in 31.4% children. The rate of cured outcome using immunoglobulin (IVIG) was 92.1%; 02 cases of anaphylaxis, 02 cases needed the second time of using IVIG. **Conclusion:** The typical Kawasaki disease in children was common form. Children was diagnosed and treated using IVIG to effectively prevent coronary complications that can be harmful to children's health.

Keywords: Kawasaki disease, children, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kawasaki là bệnh lý viêm mạch máu hệ thống ở trẻ em, được mô tả lần đầu tiên bởi bác sĩ người Nhật, Tomisku Kawasaki vào năm 1967 [10]. Bệnh thường xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm khoảng 80% trường hợp; với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và tỷ lệ bệnh cũng phân bố khác nhau giữa các chủng tộc trên thế giới [12], [13]. Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh vẫn chưa được biết rõ, Kawasaki thường chẩn đoán chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng điển hình như sốt cao liên tục trên 5 ngày, viêm kết mạc hai bên không xuất tiết, thay đổi ở môi miệng như môi đỏ, lưỡi “dâu tây”; hồng ban, phù bàn tay bàn chân, đôi khi bong da; phát ban, sưng hạch cổ một bên không tạo mủ. Bệnh được xem là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch phải ở các nước phát triển [11], [14]. Bệnh gây tổn thương các mạch máu trung bình và nhỏ, đặc biệt là động mạch vành ở 20-25% trường hợp không điều trị và <5% các trường hợp điều trị bằng immunoglobulin [14]. Vì thế, bên cạnh các biểu hiện lâm sàng, Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2017 đã bổ sung tổn thương động mạch vành qua siêu âm tim vào tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh [11].

Kawasaki là bệnh có biến chứng nguy hiểm và có thể hạn chế các biến chứng nguy hiểm này nếu bệnh nhi được chẩn đoán, điều trị sớm. Do đó, việc phát hiện các triệu chứng lâm sàng, các tổn thương mạch vành trên siêu âm tim giúp cho việc chẩn đoán và điều trị sớm, cũng như có kế hoạch theo dõi bệnh nhân lâu dài để hạn chế được các biến chứng của bệnh rất cần thiết cho các bác sĩ lâm sàng. Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Kawasaki ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2020-2021.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh Kawasaki ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán bệnh Kawasaki nhập viện điều trị tại Khoa nội tim mạch, Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 01/2020 đến 06/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhi từ 1 đến 15 tuổi được chẩn đoán bệnh Kawasaki theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2017 [11], [14].

+ **Thể điển hình:** Sốt ít nhất 5 ngày và có ít nhất 4/5 triệu chứng sau: Viêm kết mạc mắt 2 bên không xuất tiết; Thay đổi niêm mạc miệng (môi đỏ và nứt nẻ, lưỡi dâu, và/hay sung huyết niêm mạc hầu họng); Hồng ban ở da; Thay đổi đầu chi (đỏ da, phù bàn tay và bàn chân trong giai đoạn cấp, và/hoặc bong tróc da trong giai đoạn bán cấp); Hạch cổ đường kính $\geq 1,5\text{cm}$.

+ **Thể không điển hình:** sốt ≥ 5 ngày và có $\leq 3/5$ tiêu chuẩn lâm sàng; hoặc trẻ nữ nhi sốt kéo dài trên 7 ngày không giải thích được. Xét nghiệm CRP $>30\text{mg/L}$ và/hoặc máu lắng ≥ 40 mm/giờ. Chẩn đoán bệnh khi:

- Siêu âm tim có tổn thương mạch vành
- Hoặc có 3/6 tiêu chí xét nghiệm: Thiếu máu theo tuổi, bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$; Tiểu cầu $\geq 450.000/\text{mm}^3$ từ ngày 7 trở đi; Albumin $\leq 3,0\text{g/dL}$; ALT tăng; Bạch cầu niệu ≥ 10 Tế bào/quang trường

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhi xin về, không đồng ý tiếp tục điều trị; Chuyển viện không theo dõi được điều trị; Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** $n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)}{d^2}$, Với n: cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy với mức $\alpha=0,05$

($Z=1,96$); p là tỷ lệ đáp ứng với điều trị gamma globulin; theo nghiên cứu của Đỗ Nguyên Tín tại Bệnh viện Nhi đồng 1 là 88% [9], d là sai số cho phép 0,09.

Cỡ mẫu tính được cho nghiên cứu này là 51 đối tượng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Thuận tiện không xác suất.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng: Tuổi, giới.

+ Đặc điểm lâm sàng: Tình trạng sốt, thay đổi ở niêm mạc miệng, viêm kết mạc mắt, hồng ban ở da, thay đổi ở đầu chi, sưng hạch cổ, thể bệnh Kawasaki; thời gian khởi phát bệnh và điều trị.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu, Hemoglobin (thiếu máu theo tuổi), CRP, tiểu cầu, Albumin, ALT, bạch cầu niệu, siêu âm tim khảo sát động mạch vành đánh giá theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA) 2017.

* Thiếu máu được đánh giá khi [4]: Hemoglobin $<9,5\text{g/dl}$ ở trẻ 2-5 tháng; Hemoglobin $<11\text{g/dl}$ ở trẻ 6 tháng-6 tuổi; Hemoglobin $<11,5\text{g/dl}$ ở trẻ >6 tuổi.

+ Kết quả điều trị: Đáp ứng hết sốt sau 36 giờ truyền gamma globulin, không sốc phản vệ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc được ghi chép thông tin liên quan dựa trên hồ sơ bệnh án nội trú của bệnh nhi. Các biểu hiện lâm sàng được thăm khám trực tiếp; Các kết quả cận lâm sàng được thực hiện tại khoa xét nghiệm hoá sinh và chẩn đoán hình ảnh lưu trữ trong bệnh án.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Đối tượng tham gia nghiên cứu tự nguyện sau khi được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

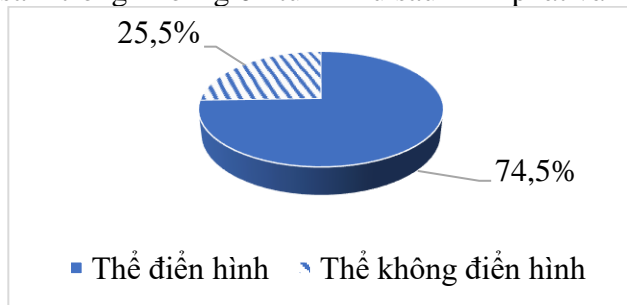
Tổng số 51 bệnh nhi được điều tra, với tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (60,8% so với 39,2%). Phần lớn trẻ mắc bệnh Kawasaki phân bố ở nhóm tuổi 12 tháng – 5 tuổi (58,8%); tiếp đến là nhóm dưới 12 tháng tuổi (39,2%) và chỉ có 2,0% trẻ trên 5 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng là $18,9 \pm 16,3$ tháng tuổi.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp và có giá trị chẩn đoán Kawasaki

Triệu chứng	Tần số	Tỉ lệ (%)	Thời gian xuất hiện (ngày)	Thời gian biến mất (ngày)
1. Sốt cao liên tục ≥ 5 ngày	51	100		
2. Viêm kết mạc mắt 2 bên không xuất tiết	51	100	$4,3 \pm 1,1$	$9,0 \pm 1,2$
3. Thay đổi niêm mạc miệng				
Môi đỏ, khô, nứt	50	98,0	$4,5 \pm 0,9$	$9,7 \pm 1,1$
Lưỡi dâu	38	74,5	$4,6 \pm 0,9$	$9,7 \pm 1,3$
Hồng ban lan tỏa ở hầu họng	28	54,9	$4,6 \pm 1,0$	$9,4 \pm 1,1$
4. Hồng ban đa dạng ở da	44	86,3	$4,1 \pm 1,3$	$8,8 \pm 1,5$
5. Thay đổi ở đầu chi				
Hồng ban và phù ở lòng bàn tay, lòng bàn chân	34	66,7	$5,7 \pm 1,1$	$9,5 \pm 1,3$
Bong tróc da đầu chi ở giai đoạn bán cấp	11	21,6	$9,8 \pm 3,4$	$10,5 \pm 0,7$
6. Viêm hạch cổ một bên $> 1,5$ cm	26	51,0	$5,1 \pm 1,0$	$10,1 \pm 2,6$

Nhận xét: Những triệu chứng thường gặp nhất của trẻ mắc bệnh Kawasaki là viêm kết mạc mắt (100%), môi đỏ, khô nứt (98%), viêm hạch cổ $> 1,5$ cm (51%) và hồng ban đa dạng ở da (86,3%). 100% trẻ có sốt cao liên tục trên 5 ngày. Thời gian xuất hiện các biểu hiện của bệnh Kawasaki trong khoảng 01 tuần đầu sau khởi phát và kéo dài trên 9 ngày.



Biểu đồ 1: Thể bệnh Kawasaki ở bệnh nhi

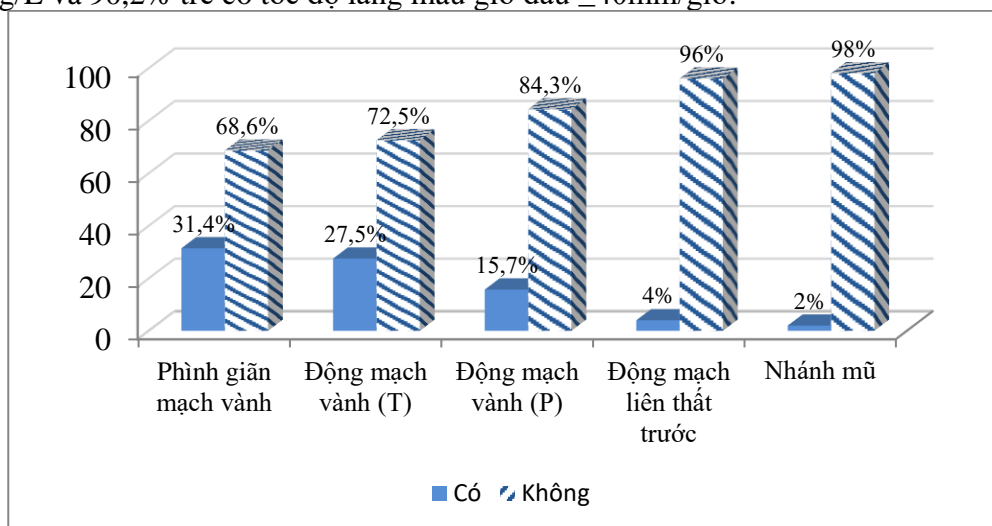
Nhận xét: 74,5% trẻ mắc bệnh Kawasaki thể điển hình và 25,5% thể không điển hình.

Bảng 2. Các kết quả xét nghiệm vào thời điểm chẩn đoán xác định bệnh Kawasaki

Triệu chứng (n = 51)	Tần số	Tỉ lệ (%)	TB \pm ĐLC
Thiếu máu theo tuổi (nồng độ Hb (g/L))	29	56,9	$102,5 \pm 11,7$
Bạch cầu máu $\geq 15.000/mm^3$ ($\times 10^3/mm^3$)	31	60,8	$17,1 \pm 6,2$

Triệu chứng (n = 51)	Tần số	Tỉ lệ (%)	TB ± ĐLC
Tiểu cầu $\geq 450.000/\text{mm}^3$ sau ngày thứ 7	19	37,3	447,3 ± 178,8
Albumin $\leq 3,0$ (g/dL)	11	21,6	34,2 ± 5,1
ALT > 40 UI/L	27	52,9	88,0 ± 11,8
Bạch cầu niệu ≥ 10 (BC/vi trường)	17	33,3	26,6 ± 7,3
CRP > 30 mg/L	47	92,2	93,1 ± 63,6
Tốc độ lắng máu giờ đầu ≥ 40 mm/giờ	46	90,2	78,7 ± 27,0

Nhận xét: Hầu hết đối tượng có kết quả xét nghiệm gia tăng tình trạng đáp ứng viêm toàn thân của cơ thể với 60,8% trường hợp có bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$; 92,2% có tăng CRP >30mg/L và 90,2% trẻ có tốc độ lắng máu giờ đầu $\geq 40\text{mm/giờ}$.



Biểu đồ 2: Tồn thương mạch vành ở bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki

Nhận xét: Tồn thương giãn/phình mạch vành ở bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki chiếm 31,4%; trong đó động mạch vành (T) chiếm 27,5%, động mạch vành (P) chiếm 15,7%; động mạch liên thất trước 4% và nhánh mũ 2%.

3.2. Kết quả điều trị bệnh Kawasaki ở bệnh nhi

Bảng 3. Đặc điểm điều trị bệnh Kawasaki ở bệnh nhi

Điều trị bệnh Kawasaki		Tần số	Tỉ lệ (%)
Liều IVIG lần 1 (g/Kg)		51	100
Biến chứng khi truyền IVIG	Không	49	96,1
	Sốc phản vệ	2	3,9
Liều dùng Aspirin (mg/Kg/ngày)	80 – 100	32	62,7
	30 – 50	19	37,3
Thời gian hết sốt sau truyền IVIG	<12 h	35	71,4
	12 – 36 h	12	24,5
	> 36 h	2	4,1
Truyền IVIG lần 2	Có	2	4,1
	Không	47	95,9
Kết quả đáp ứng điều trị *	Có	47	92,1
	Không	4	7,9

Điều trị bệnh Kawasaki	Tần số	Tỉ lệ (%)
Thời gian chẩn đoán bệnh Kawasaki sau nhập viện (ngày)	6,1 ± 1,2	
Thời gian được điều trị IVIG (ngày)	7,0 ± 1,3	
Thời gian từ khi chẩn đoán đến lúc điều trị (ngày)	1,0 ± 0,9	
Thời gian nằm viện (ngày)	10,1 ± 3,8	

(*) 2 ca sốc phản vệ và 2 ca phải truyền IVIG lần 2

Nhận xét: Trong 51 trẻ mắc bệnh Kawasaki được điều trị, 92,1% trường hợp đạt hiệu quả điều trị, 2 trẻ bị sốc phản vệ sau truyền IVIG và 2 ca phải truyền IVIG lần 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki

Trong nghiên cứu của chúng tôi thể Kawasaki điển hình tỷ lệ nam/nữ: 1,5/1, phù hợp theo y văn và các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ nam/nữ là từ 1,5 đến 1,7/1. Tại Nhật tỷ lệ nam/nữ: 1,4/1, ở Mỹ là 1,5/1. Tại Việt Nam, nam vẫn chiếm ưu thế: 2,6/1 theo Đỗ Nguyên Tín (2001-2002), theo Đoàn Tấn Huy Tâm (2003-2005): 1,3/1, theo Nguyễn Thị Ly Ly (2012-2017) là 1,9/1 [3], [7], [9].

Tuổi khởi phát bệnh trung bình trong nghiên cứu này là 18,9 tháng, dưới 5 tuổi chiếm 98%; dưới 12 tháng chiếm 39,2%. Bệnh Kawasaki thường gặp ở trẻ nhỏ, lứa tuổi dưới 5 chiếm khoảng 80% trường hợp; Tuy nhiên, độ tuổi hay gặp cũng khác nhau theo mỗi quốc gia và theo từng tác giả. Tại Nhật Bản, lứa tuổi hay gặp là 9-11 tháng tuổi trong khi tại Mỹ và Canada là 18-24 tháng và tỷ lệ trẻ dưới 12 tháng gặp từ 13-33% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có 51 bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2021, với đa số trẻ biểu hiện thể điển hình (74,5%). Kết quả này cũng tương đồng so với thống kê về tỷ lệ thể mắc Kawasaki điển hình ở trẻ nhỏ trong các nghiên cứu của Nguyễn Thị Ly Ly tại Bệnh viện Nhi Đồng Nai (2012-2016) là 76,6% và tác giả Nguyễn Huỳnh Phương Thùy tại Bệnh viện Nhi đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh (2020) là 67,9% [3], [8]. Tuy nhiên, một số báo cáo khác trên thế giới ghi nhận tỷ lệ thể Kawasaki không điển hình có xu hướng gia tăng dao động từ 15-36,3% [14]. Điều này liên quan đến việc được phổ biến rộng rãi tiêu chuẩn chẩn đoán Kawasaki thể không điển hình của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ theo từng bước tiếp cận cụ thể, kết hợp tiêu chuẩn xét nghiệm cận lâm sàng và trên siêu âm ở các bệnh nhân sốt kéo dài kèm tiêu chuẩn lâm sàng chưa rõ ràng, góp phần làm tăng chẩn đoán tỷ lệ thể không điển hình [8].

Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh Kawasaki xuất hiện điển hình ở các đối tượng bệnh nhi nghiên cứu, bao gồm 100% trẻ có biểu hiện sốt và viêm kết mạc mắt hai bên, tiếp đến là dấu hiệu môi đỏ, khô nứt (98%), hồng ban đa dạng ở da (86,3%) và viêm hạch cổ >1,5cm (51%). Theo y văn và các nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ các đặc điểm lâm sàng tương đồng như môi đỏ, lưỡi dâu (80-90%), ban da (90%), kết mạc mắt đỏ 80-90%; Tuy nhiên, hạch cổ thấy ít hơn tỷ lệ 19-38,6%, thay đổi ở chi 21-44,3% [8].

Về cận lâm sàng, kết quả các xét nghiệm trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác [3], [8]; Trong đó, cho thấy sự gia tăng tình trạng đáp ứng viêm toàn thân của cơ thể trẻ mắc bệnh Kawasaki với 60,8% trường hợp có bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$; 92,2% có tăng CRP >30mg/L và 90,2% trẻ có tốc độ lắng máu giờ đầu $\geq 40\text{mm}/\text{giờ}$.

Tổn thương động mạch vành gặp khoảng 20-25% trường hợp theo các nghiên cứu nước ngoài; Các báo cáo trong nước ghi nhận tỷ lệ này cao hơn, như Nguyễn Duy Nam Anh

là 37,5%; theo Hồ Sĩ Hà là 39,2%; theo Đỗ Nguyên Tín là 27,5% [1], [6], [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương phình giãn mạch vành xuất hiện ở 31,4% các trường hợp cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả; Trong đó, đa phần vị trí ở động mạch vành (T) với tỷ lệ 27,5% và động mạch vành (P) là 15,7%. Phân bố này cũng tương tự nghiên cứu của Đoàn Tấn Huy Tâm và phù hợp với y văn với tỷ lệ tổn thương động mạch vành (T) là cao nhất, kế đến là động mạch vành (P) và các nhánh khác [7]. Những trường hợp giãn nặng có nguy cơ nhồi máu cơ tim cao, có thể gây hạ huyết áp, rối loạn nhịp và đột tử [2].

4.2. Kết quả điều trị bệnh Kawasaki ở bệnh nhi

Trong số 51 trẻ mắc bệnh Kawasaki, 02 trẻ có biểu hiện sốc phản vệ khi truyền IVIG lần đầu (4,1%) và 02 trường hợp phải truyền IVIG lần thứ hai (4,1%). Tỷ lệ đáp ứng sau truyền IVIG chiếm 92,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Nguyên Tín 88%, Hồ Sĩ Hà 90%; Trần Công Bảo Phụng là 94% [5], [6], [9]. Các nghiên cứu ở Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ không đáp ứng IVIG lần đầu từ 10-20% [27]. Một số yếu tố liên quan đến kháng gamma globulin được ghi nhận ở trẻ trai, điều trị IVIG lần đầu trước ngày thứ 7 của bệnh, AST tăng, Hct giảm dưới 31,2%, CRP trên 99,5% [5]. Các trường hợp sốc phản vệ trong nghiên cứu của chúng tôi được xử trí khẩn, kịp thời theo phác đồ của Bộ Y tế; bệnh nhi an toàn, sau đó ổn định và ra viện không ghi nhận di chứng.

V. KẾT LUẬN

Qua hơn 1 năm theo dõi bệnh nhi mắc bệnh Kawasaki tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, nhận thấy bệnh Kawasaki biểu hiện đa phần ở thể điển hình về dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng; đối tượng nam nhiều hơn nữ và nhóm trẻ dưới 5 tuổi. Tổn thương phình giãn động mạch vành xuất hiện ở 31,4% trường hợp mắc Kawasaki, chủ yếu là động mạch vành (T). Việc sử dụng IVIG đem lại kết quả 92,1% đáp ứng với điều trị. Vì vậy, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cần được thực hiện nhằm giảm thiểu nguy cơ tử vong từ các biến chứng tim mạch ở trẻ mắc bệnh Kawasaki.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Nam Anh (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và tổn thương tim mạch trong bệnh Kawasaki, *Kỷ yếu hội nghị khoa học Nhi khoa toàn quốc 2018*.
2. Nguyễn Thị Mai Lan (2006), Đặc điểm tổn thương tim mạch trên bệnh nhân Kawasaki giai đoạn cấp từ 2/2005 – 2/2006, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Thị Ly Ly (2018), Đặc điểm bệnh Kawasaki điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai: So sánh Kawasaki thể hoàn toàn và không hoàn toàn, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 22(4), tr.70-78.
4. Lâm Thị Mỹ (2006), "Xếp loại các bệnh thiếu máu ở trẻ em", *Nhi khoa chương trình đại học*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr.183-187.
5. Trần Công Bảo Phụng, Vũ Minh Phúc (2011), "Yếu tố liên quan kháng gamma globulin ở bệnh nhi Kawasaki", *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 15(1), tr.274-280.
6. Hồ Sĩ Hà, Lê Nam Trà, Nguyễn Thị Thúy Hồng (2004), Lâm sàng và tổn thương tim mạch trong bệnh Kawasaki gặp tại Bệnh viện Nhi trung ương, *Tạp chí Y học thực hành*, số 495, tr.200-304.
7. Đoàn Tấn Huy Tâm, Đỗ Nguyên Tín, Hoàng Trọng Kim (2006), Nghiên cứu bệnh Kawasaki ở trẻ dưới 12 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng 1 và 2 thành phố Hồ Chí Minh; *Nhi khoa*,

tập 14 số đặc biệt, tr.209-215.

8. Nguyễn Huỳnh Phương Thùy (2020), Bệnh Kawasaki thể không điển hình ở trẻ em. *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
9. Đỗ Nguyên Tín, Vũ Minh Phúc, Hoàng Trọng Kim (2003), "Hiệu quả của Gamma globulin truyền tĩnh mạch trong điều trị bệnh Kawasaki trẻ em", *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 7(7), tr.99-105.
10. Dietz S.M., VanStijn D, D Burgner, *et al.* (2017), Dissecting Kawasaki disease: a state-of-the-art review, *Eur J Pediatr*, 176, pp.995-1009.
11. McCrindle B. W, Rowley A. H, Newburger J. W, *et al.* (2017), Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association, *Circulation*, 135(12), pp.e927-e999.
12. Patel Rupal M., PharmD, MD Stanford T. Shulman (2015), Review Article Kawasaki disease: a comprehensive review of treatment options, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 40, pp.620-625.
13. Rowley Anne H., T. Shulman Standford (2018), The Epidemiology and Pathogenesis of Kawasaki Disease, *Frontiers in pediatrics*, 6, pp.1-4.
14. Son Mary Beth F, Newburger Jane W. (2019), Kawasaki Disease, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 21th ed, Elsevier, pp.5370-5394.

(Ngày nhận bài: 24/6/2021 - Ngày duyệt đăng: 21/8/2021)
