

rõ các thông số CNHH ở nhóm D đã đề xuất các giá trị thông số MVV <35% SLT, Raw >500% SLT, RV/ TLC >60% tiên lượng bệnh nặng. Ngoài các thông số thông khí phổi VC, FEV1 ... rất cần thiết đo MVV, thể tích tĩnh, Raw để giúp tiên lượng và điều trị tối ưu BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Khắc Bào (2015), *Khảo sát tương quan giữa các chỉ số phế thân ký với mức độ khó thở, khả năng gắng sức, chất lượng cuộc sống trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sĩ y học năm 2015.
2. Nguyễn Huy Lực (2010), "Nghiên cứu đặc điểm thông khí phổi và khí máu động mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)", *Y học thực hành*, tập 4 (712), tr. 34 – 35

3. Đặng Hùng Minh (2016) "Nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp", *Y học lâm sàng số 96* (10/2016) tr 56 – 62.
4. Agustí A., et al.(2013) "Characteristics, stability and outcomes of the 2011 GOLD COPD groups in the ECLIPSE cohort", *Eur Respir J*, vol 42, p.636-46.
5. Cao Z., et al (2006) "Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors", *Respirology*,11(2),188 – 195.
6. Chen H., et al. (2014). "Correlation of pulmonary function indexes determined by low-dose MDCT with spirometric pulmonary function tests in patients with chronic obstructive pulmonary disease", *AJR Am J Roentgenol*, vol 202 (4), pp. 711-8
7. GOLD (2013) – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention, A guide for Health Care Professionals Updated 2015.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIỂU NIÊN THỂ VIÊM ĐIỂM BẨM GÂN

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Viêm khớp tự phát thiếu niên (VKTPTN) thể bảm gân là thể ít gặp nhưng lại khó chẩn đoán. Qua nghiên cứu 12 bệnh nhân vào điều trị tại bệnh Viện nhi Trung ương từ tháng 9/2010 đến 9/2013, viêm khớp thiếu niên thể bảm gân: chỉ gặp ở trẻ trai (100%), tuổi khởi bệnh trung bình: 10,30 ± 3,27. Tổn thương khớp ở chi dưới chiếm trên 90% trong đó khớp cổ chân: 91,7%; khớp gối: 75,0%. Cận lâm sàng: thiếu máu ít gặp; các thông số liên quan phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA- B 27 (+) chiếm 75%. Diễn biến lâm sàng: 16,7% số bệnh nhân tiến triển thành viêm cột sống dính khớp.

Từ khóa: viêm khớp tự phát thiếu niên thể bảm gân

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL OF ENTHESITIS-RELATED ARTHITIS IN CHILDREN

Enthesitis-related juvenile idiopathic arthritis in children was rare and difficult to be diagnosed. Objective: to investigate the clinical and sub-clinical of enthesitis related juvenile idiopathic arthritis in children. Subject and method: 12 patients with Enthesitis-related juvenile idiopathic arthritis were treated in the Viet nam children hospital from September of 2010 to September of 2013. Results: all patients with ERJIA were males, with average age of

first presentation were 10.30 ± 3.27. 90% of the participants had joint inflammation in the lower extremities, in which knee accounted to 75% and ankle were 91.7%. Sub-clinical results: anemia was uncommon. Increase of inflammation markers such as CRP, erythrocyte sedimentation rate, C3 were found in half of the participants; HLA-B27 positive in 75% of the participants. 30% the participants developed ankylosing spondylitis. Conclusion: ERJIA was rare, mostly in males, characterized by the inflammation of joints in the low extremities, and could develop to ankylosing spondylitis in 16.7 of the cases.

Keywords: Enthesitis-related arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp tự phát thiếu niên (VKTPTN) là một bệnh khớp viêm mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em và lứa tuổi thiếu niên, bệnh có nhiều thể, trong đó thể bảm gân là thể ít gặp nhưng lại khó chẩn đoán [1]. Nhận biết thể viêm điểm bảm gân là quan trọng để có phương pháp điều trị thích hợp, hiệu quả, quản lý tình trạng viêm để tránh hủy khớp, tránh tàn phế, bình thường hóa quá trình phát triển và cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ mắc bệnh. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm điểm bảm gân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 12 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp tự phát thanh thiếu niên thể viêm điểm bảm gân tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 9/2010 đến 9/2013.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2016

Ngày duyệt bài: 25.01.2017

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Viêm khớp và viêm điểm bám gân hoặc viêm khớp hoặc viêm điểm bám gân với ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

(1) Bản thân hoặc gia đình đau khớp cùng chậu và hoặc viêm cột sống lưng.

(2) HLA - B27 (+), (3) Khởi bệnh ở trẻ trai > 6 tuổi, (4) Triệu chứng viêm màng bồ đào phía trước cấp tính

Tiền sử viêm cột sống dính khớp, viêm điểm bám gân liên quan viêm khớp, viêm khớp cùng chậu với bệnh viêm ruột, hội chứng Reiter hoặc viêm màng bồ đào phía trước cấp tính ở thể hệ thứ 1.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý khớp khác. Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lâm sàng****Bảng 1: Một số đặc điểm chung của các bệnh nhân thể viêm điểm bám gân**

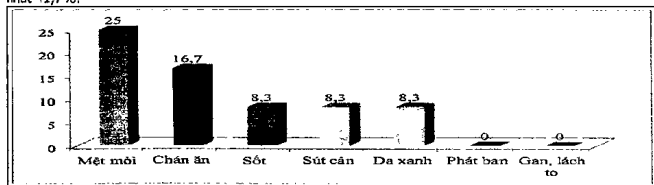
Đặc điểm	Thể viêm điểm bám gân
Giới: Nam (n, %)	12 (100%)
Tuổi khởi bệnh trung bình ($\bar{x} \pm SD$) (tuổi)	10,30 \pm 3,27
Thời gian phát hiện bệnh trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (tháng)	14,02 \pm 22,89
Tuổi tại thời điểm nghiên cứu T(0)	11,90 \pm 3,31

Nhận xét: - 100% là các trẻ trai - Tuổi khởi bệnh trung bình là: 10,30 \pm 3,27 tuổi. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 14,02 \pm 22,89 tháng.

Bảng 2. Chẩn đoán ban đầu của các bệnh nhân thể viêm điểm bám gân

Chẩn đoán ban đầu	n = 12	%	P
Đau xương phát triển	2	16,7	< 0,05
Đau khớp sau chấn thương	5	41,7	
Viêm gân	3	25,0	
Viêm khớp phản ứng	1	8,3	
Viêm khớp nhiễm khuẩn	1	8,3	
Tiền sử gia đình có viêm cột sống dính khớp	2	16,7	

Nhận xét: số bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là đau khớp sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%.

**Biểu đồ 1. Đặc điểm toàn thân thể viêm điểm bám gân**

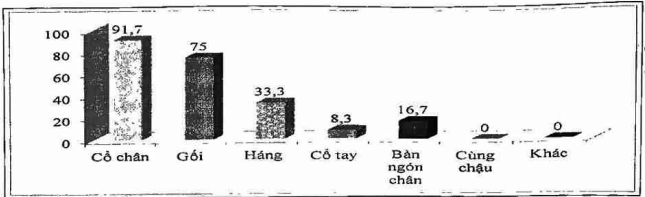
Nhận xét: 8,3% bệnh nhân có sốt, mệt mỏi 25%, chán ăn 16,7%, da xanh 8,3%.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương khớp của thể viêm điểm bám gân

Số khớp viêm	Thể viêm điểm bám gân	n = 12, (%)
Số khớp viêm trung bình ($\bar{X} \pm SD$), (min - max)		3,0 \pm 2,38 (2 - 6)
Viêm khớp chỉ dưới (n, %)		11 (91,7)
Viêm khớp đối xứng (n, %)		7 (58,3)

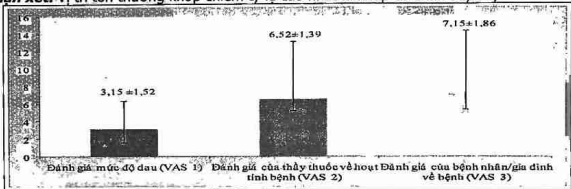
Nhận xét: - Số khớp viêm trung bình là 3,0 \pm 2,38 khớp. - Tổn thương khớp chỉ dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 91,7%.

• **Vị trí khớp tổn thương khớp của thể viêm điểm bám gân tại T(0)**



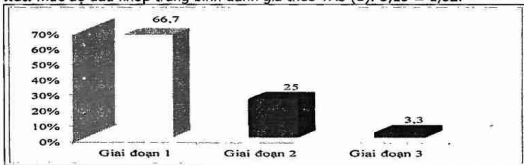
Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương tại khớp của thể viêm điểm bám gân tại T(0)

Nhận xét: Vị trí tổn thương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất là khớp cổ chân 91,7%,



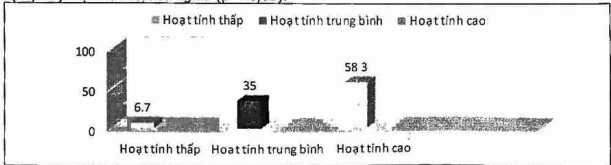
Biểu đồ 3. Đánh giá trên thang điểm VAS về mức độ đau khớp, hoạt tính bệnh của thầy thuốc, của bệnh nhân/ gia đình thể viêm điểm bám gân tại T(0)

Nhận xét: mức độ đau khớp trung bình đánh giá theo VAS (1); 3,15 ± 1,52.



Biểu đồ 4. Chức năng vận động khớp thể viêm điểm bám gân

Nhận xét: chức năng vận động khớp đánh giá theo Steinbrocker giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%). Sự khác biệt có nghĩa ($p < 0,05$).



Biểu đồ 5. Hoạt tính bệnh của bệnh nhân thể viêm điểm bám gân

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có hoạt tính bệnh mức độ cao (chiếm 58,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa với ($p < 0,05$).

3.2. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi của các đối tượng nghiên cứu tại T(0)

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân tại T(O)

Các chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hb < 100g/L	1	8,3
BC > 12 G/l	7	58,3
TC > 400 G/L	6	46,1
CRP > 10 mg/l	7	58,3
Máu lắng > 20mm/h	8	61,5
C3 > 1,6 g/l	1	8,3
C4 > 0,4 g/l, Anti CCP(+)	0	
HLA B27(+)	9	75

Nhận xét: Các thông số liên quan phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA B27(+) chiếm 75%.

3.3. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 5. Diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng

Các chỉ số	Khí vào viện	12 tháng
Tỷ lệ bệnh hoạt động	100%	75%
Hb	11,08 ± 20,01	11,05 ± 39,81
BC	10,08 ± 4,26	9,79 ± 2,92
TC	393 ± 125,39	346,82 ± 111,82
CRP	34,44 ± 30,57	12,24 ± 12,37
Máu lắng	77,15 ± 36,6	26,91 ± 15,23
C3	1,32 ± 0,29	1,05 ± 0,35
C4	0,28 ± 0,27	0,17 ± 0,22

Nhận xét: Tình trạng viêm cải thiện rõ trong quá trình điều trị thông qua các chỉ số như CRP, tốc độ máu lắng, số lượng tiểu cầu. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Thể viêm điểm bám gân chúng tôi gặp trên 12 bệnh nhân, đó đều là những bệnh nhân nam trên 6 tuổi, với tuổi khởi bệnh là 10,30 ± 3,2, thời gian phát hiện bệnh trung bình là 14,02 ± 22,89 tháng. Đây là nhóm bệnh nhân VKTPTN có thời gian phát hiện bệnh dài nhất so với các thể lâm sàng khác của bệnh. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của N. Adib với thời gian phát hiện bệnh trung bình của thể này là 8,6 tháng [2]. Tìm hiểu lý do khiến các bệnh nhân đến khám muộn chúng tôi thấy rằng ở thể bệnh này hầu hết đều gặp ở trẻ trai đang trong độ tuổi đi học. Trẻ thường tham gia các hoạt động thể thao nhiều và cha mẹ có xu hướng cho rằng lý do con đau khớp, đau các điểm bám gân có thể do ảnh hưởng của các hoạt động thể thao đó. Nghiên cứu của chúng tôi, thể bệnh này ban đầu 41,7% các trẻ được chẩn đoán là đau khớp sau chấn thương, 25% được chẩn đoán bong gân và 16,7% các trẻ được chẩn đoán đau xương phát triển.

***Về đặc điểm toàn thân của thể viêm điểm bám gân:** it xuất hiện các triệu chứng toàn thân: sốt (chiếm 8,3%), da xanh (8,3%). Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài

***Về triệu chứng tổn thương tại khớp của thể viêm điểm bám gân**

Nghiên cứu của chúng tôi đặc điểm tổn thương khớp nổi bật ở thể viêm điểm bám gân là tổn thương các khớp của chi dưới như khớp cổ chân chiếm phần lớn (91,7%), khớp gối chiếm 75,0%, ngoài ra còn gặp tổn thương ở các khớp bàn ngón chân (16,7%). Với số khớp tổn thương trung bình là 3,0 ± 2,38, mức độ đau khớp đánh giá theo VAS tương ứng là 5,15 ± 1,52.

***Về hoạt tính bệnh và chức năng vận động khớp của thể viêm điểm bám gân**

Thể bệnh này chúng tôi có 66,7% bệnh nhân có chức năng vận động khớp ở giai đoạn 1; 25% bệnh nhân có chức năng vận động khớp giai đoạn 2, chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 8,3% có chức năng vận động khớp ở giai đoạn 3. Đây là một bệnh nhân có tổn thương khớp háng cho nên chức năng vận động của trẻ đã bị giảm nhiều ngay từ khi bắt đầu bị bệnh. Mức độ hoạt động bệnh của thể viêm điểm bám gân theo chúng tôi: gần 50% (58,3%) số bệnh nhân có hoạt tính bệnh cao tại thời điểm nghiên cứu, số bệnh nhân còn lại thì có hoạt tính bệnh thuộc mức nhẹ và trung bình. Theo đánh giá của thầy thuốc về hoạt tính bệnh trên thang điểm VAS thì hoạt tính bệnh của nhóm trẻ này là 6,54 ± 1,39 điểm

4.2. Cận lâm sàng: - HLA - B 27

Tỷ lệ HLA -B 27 (+) ở thể viêm điểm bám gân chiếm 9/12 bệnh nhân (75%). HLA B 27 (+) cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của tác giả Chang - Ching Shen. Viêm khớp khởi phát ở

một trẻ trai trên 6 tuổi với HLA -B 27(+) là một gợi ý để chẩn đoán thể bệnh viêm điểm bám gân theo phân loại của ILAR sau khi đã loại trừ các thể lâm sàng khác. Điều đáng quan tâm là bệnh nhân với HLA- B 27(+) thì bệnh có xu hướng sẽ hoạt động liên tục hoặc bệnh có thể thuyên giảm nhưng sau đó lại có thể tái phát. Một số nghiên cứu gần đây đã đề cập về yếu tố tiên lượng xấu của các bệnh nhân VKTPTN với HLA-B 27(+)[4]. Hsu và cs thấy rằng bệnh nhân mang gen HLA B 27(+) thì không đạt được tình trạng lui bệnh đầu tiên khi bệnh nhân mới được chẩn đoán [5]. Prunsiid và cs cho biết bệnh nhân VKTPTN với HLA - B 27(+) có một giai đoạn tăng cao kéo dài các chỉ số viêm so với các bệnh nhân mà HLA- B 27(-) [6]. Hsin-Hui Yu cho biết tần suất (+) của HLA- B 27 thay đổi rõ rệt trên thế giới: 24% ở miền bắc Scandinavi, 4% ở Bắc Phi, 2 – 9% ở Trung Quốc...[7]. Chúng tôi có tỷ lệ bệnh không hoạt động 25% sau 12 tháng điều trị. Theo tác giả[7], các bệnh nhân có thể viêm điểm bám gân mang HLA- B27(+) thì có xu hướng bệnh hoạt động xảy ra liên tục hoặc tái phát, một điểm tiên lượng xấu hơn so với thể viêm ít khớp và viêm đa khớp, cho nên bệnh nhân cần phải được theo dõi trên khoảng thời gian dài hơn, tác giả cũng cho rằng cần thiết phải điều trị tích cực bệnh này đặc biệt là đối với HLA(+) và có tiền sử gia đình mắc bệnh.

V. KẾT LUẬN

Viêm khớp thiếu niên thể bám gân: trẻ trai (100%), tuổi khởi bệnh trung bình: 10,30 ±

3,27. Tổn thương khớp ở chi dưới chiếm trên 90%. Cận lâm sàng: thiếu máu ít gặp; phản ứng viêm như CRP, tốc độ máu lắng, C3 đều tăng cao hơn 50%, HLA- B 27(+) chiếm 75%; tỷ lệ bệnh hoạt động giảm 75% sau 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colber RA, (2010), Classification of juvenile spondyloarthritis: Enthesitis- related arthritis and beyond. *Nat Rev Rheumatol*, 6 (8), 477 -485.
2. N. Adib et al, (2008), Association between duration of symptoms and severity of disease at first presentation to paediatric rheumatology: results from the Childhood Arthritis Prospective Study, *Rheumatology*, 47:991–995.
3. Shen CC, Yeh KW, Ou LS, et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: a community-based cohort study in Taiwan., *J Microbiol Immunol Infect*; 46(4):288-94. doi: 10.1016/j.jmli.2012.03.006. Epub 2012 Jun 21.
4. Chang-Ching Shen et al (2013), Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: A community-based cohort study in Taiwan, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 46, 288 – 294.
5. Hsu CT, Lin YT et al, (2004), Factors affecting clinical and therapeutic outcomes of patients with juvenile rheumatoid arthritis, *Scand J Rheumatol*, 33:312-7
6. Prunsiid C et al, (2007), Incidence of juvenile idiopathic arthritis in children in Estonia: a prospective population – base study, *Scand J Rheumatol*. 2007 Jan-Feb; 36(1):7-13.
7. Hsin-Hui Yu, et al, (2013), Juvenile Idiopathic Arthritis-Associated Uveitis: A Nationwide Population-Based Study in Taiwan, 8(8), 1 – 8.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VI SINH GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN SỚM VÀ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN MUỘN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Chí*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy làm tăng thời gian nằm viện, chi phí và tăng tỷ lệ tử vong, tìm hiểu căn nguyên vi sinh là rất quan trọng trong cho chiến lược điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tìm hiểu căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm và viêm phổi bệnh viện muộn ở bệnh nhân

thở máy. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** từ 9/2009 đến 8/2011 có 77 bn đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** có 30 bn viêm phổi liên quan thở máy. Căn nguyên vi sinh gây viêm phổi bệnh viện sớm gặp nhiều nhất là Acinetobacter, chiếm 40%; tiếp đến là Pseudomonas aeruginosa, chiếm 25.7%, các vi khuẩn khác là Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa và Staphylococcus aureus. Vi khuẩn gây viêm phổi muộn chủ yếu là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, đa kháng kháng sinh, tỷ lệ kháng cao đối với Ampicillin + Sulbactam, Amikacin, Ceftazidime và Ciprofloxacin. **Kết luận:** căn nguyên vi sinh chủ yếu gây viêm phổi bệnh viện liên quan thở máy là Acinetobacter và Pseudomonas aeruginosa, kháng với nhiều loại kháng sinh thường dùng hiện nay.

*Khoa Cấp cứu A 9, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chí
 Email: chinvn@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 10.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017
 Ngày duyệt bài: 26.01.2017