

- Chromatography, Chem. Pharm. Bull. 37(4), 999-1004 (1989).
6. Komatsu K, Nagayama Y, Tanaka K, Ling Y, Cai SQ, Omote T, Meselhy MR, Comparative Study of Chemical Constituents of Rhubarb from Different Origins, Chem. Pharm. Bull. 54(11): 1491-1499 (2006).
7. Li Z, Li LJ, Sun Y, Li J, Identification of natural compounds with anti-hepatitis B virus activity from *Rheum palmatum* L. ethanol extract, Chemotherapy. 53 (5): 320-6 (2007).

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC THÔNG SỐ CHỨC NĂNG HÔ HẤP VỚI MỨC ĐỘ NẶNG VÀ KIỂU HÌNH CỦA BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Phạm Thị Phương Nam*, Đồng Khắc Hưng**, Nguyễn Huy Lực**

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định các thông số thông khí phổi, thể tích tĩnh, cơ học phổi của 117 BN BPTNMT tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2016 bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. 2. Nghiên cứu mối liên quan giữa thông số này với mức độ nặng và kiểu hình của BN BPTNMT. **Phương pháp:** nghiên cứu cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi (MVV/giảm rõ nhất) và sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi và của thông số sức cản đường thở. Sự rối loạn này có tương quan với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT. Do rối loạn rõ các thông số ở nhóm D, nghiên cứu đề xuất khi MVV <35% SLT, Raw >500% SLT, RV/ TLC >60% có giá trị tiên lượng bệnh nặng. Ngoài các thông số thông dụng như VC, FEV1... thì MVV, RV, Raw có giá trị quan trọng không kém trong tiên lượng và điều trị BPTNMT. **Kết luận:** Có mối tương quan giữa sự rối loạn thông số CNHH với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT.

Từ khóa: Thăm dò chức năng hô hấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kiểu hình, mức độ nặng, đo thể tích toàn thân.

SUMMARY

CORRELATIONS BETWEEN THESE VALUES OF RESPIRATORY FUNCTIONAL EXPLORATION WITH THE SEVERITY AND TYPES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: 1. Determine the indices of respiratory functional exploration of 117 patients with COPD at 103 Hospital from Octobre 2013 to March 2016 by Body plethysmography methode. 2. Identify correlations between these indices with the severity and types of COPD. **Methods:** Prospective, cross-descriptive. **Results:** Noting the decrease of the pulmonary ventilatory indices and the increase of airway resistance of distention pulmonary indices in patients

*Bệnh viện Việt-Tiệp Hải Phòng

** Học viện quân y

Chủ trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương Nam

Email: ptpnam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.10.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 12.01.2017

with COPD. There was the correlations between these indices with stades and types of COPD. **Conclusions:** There was the disorders of respiratory functional exploratory indices and these disorders correlated with the severity and types of COPD. MVV, Raw, RV/TLC parametters are very importants in strategie of prognosis and treatment COPD.

Key words: Respiratory functional exploration, Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients, Whole body plethysmographie, Stades and Types of COPD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính-BPTNMT là bệnh lý hô hấp có tỷ lệ mắc và tử vong khá cao. Ở Hoa Kỳ hiện nay số bệnh nhân (BN) mắc BPTNMT đã lên tới 32 triệu người và là 1 trong 3 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Việt nam có tỷ lệ mắc bệnh khá cao 6,7%, đứng đầu 12 nước khu vực Đông Nam Á.

Cùng với các thông số thông khí phổi, các thông số căng giãn phổi, sức cản đường thở cũng rất quan trọng. Tác giả Agustí [4] đã nhấn mạnh vai trò của thăm dò căng giãn phổi trong việc đánh giá toàn diện BPTNMT, đó là 1 trong 3 thành phần chính đánh giá tiêu chí nặng của BPTNMT cũng với tình trạng lâm sàng và hạn chế lưu lượng, thờ ra. Đo thể tích toàn thân (Whole body plethysmographie) là một phương pháp hiện đại, cho phép thăm dò chức năng hô hấp một cách toàn diện và chính xác cao. Tại Việt Nam hiện nay, việc ứng dụng thăm dò chuyên sâu nhiều thông số chức năng hô hấp cho BN BPTNMT, đặc biệt thông số thông khí tự ý tối đa, các thể tích cận, sức cản đường thở còn chưa được áp dụng thỏa đáng. Để tìm hiểu rõ rối loạn các thông số khuếch tán phế nang mao mạch ở BN BPTNMT chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu sau: *Xác định các thông số thông khí phổi, thể tích tĩnh, cơ học phổi của 117 BN BPTNMT tại Bệnh viện quân đội 103 từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2016 bằng phương pháp đo thể tích toàn thân. Nghiên cứu mối liên quan giữa thông số này với mức độ nặng và kiểu hình của BN BPTNMT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 117 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc BPTNMT (GOLD 2013: chỉ số Geansler sau test phục hồi phế quản dưới 70%) điều trị nội trú tại BV trung ương quân đội 103 từ tháng 3/ 2015 đến hết tháng 9/2013, không có chống chỉ định thăm dò CNHH, sau đợt bùng phát và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Vật liệu nghiên cứu: Máy đo thể tích toàn thân Care Fusion được kiểm định về tính chính xác, độ ổn định, độ sai số cho phép và được chuẩn định hàng ngày.

Thăm dò chức năng hô hấp: Tất cả các đối tượng đều được ghi tên, tuổi, chiều cao, cân nặng bằng thước và cân bàn. Đối tượng được nghỉ ít nhất 15 phút và không dùng các chất kích thích, thống nhất đo ở tư thế ngồi. BN được đo thông khí phổi, test phục hồi phế quản, thể tích

phổi tĩnh, sức cản đường thở. Sau mỗi lần đo nghỉ 5 phút và thực hiện lại phép đo 3 lần. Kết quả được lấy giữa 2 lần đo tốt nhất chênh nhau không quá 10%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả kết hợp tiền cứu

Các số liệu được xử lý bằng SPSS 16.0 tính mean, tính hệ số tương quan.

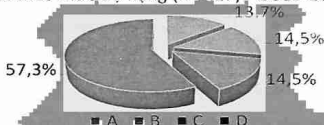
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của bệnh nhân BPTNMT nghiên cứu.**

- Giới: chủ yếu nam giới (98,3%), tuổi trung bình: 65,7 ± 6,6 (50 – 80 tuổi).

- Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) trung bình là 19,13 ± 2,65.

- Mức độ nặng BPTNMT

Phân bố BN theo mức độ nặng (n =117) - GOLD 2013



Hình 3.1. Phân bố BN BPTNMT theo mức độ nặng của bệnh.

- Kiểu hình BPTNMT:

Kiểu hình DLT cấp thượng / suyễn

57

Tỷ lệ

48,7%

Kiểu hình KPT ưu thế / VPQM ưu thế

86

73,5%

21,5%

0%

50%

100%

Hình 3.2. Kiểu hình bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu

3.2. Các thông số chức năng hô hấp của BN nghiên cứu

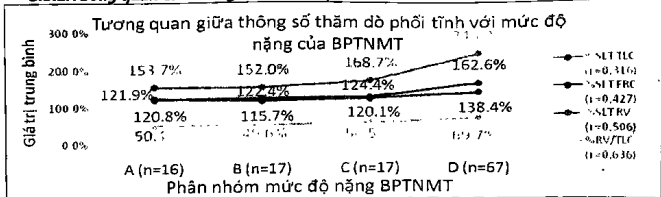
Bảng 3.1. Các thông số CNHH của BN BPTNMT trong nghiên cứu.

Thăm dò CNHH	Thông số	mean ± SD	Đơn vị	Đạt tỷ lệ %SLT
Thông khí phổi	VC	2,36 ± 0,71	lít	84,3 ± 24,3
	FEV1	1,19 ± 0,59	lít	52,3 ± 23,6
	MVV	43,5 ± 22,5	lít	39,4 ± 19,6
Thăm dò phổi tĩnh	TLC	6,44 ± 1,41	lít	130,2 ± 26,0
	FRC	4,74 ± 1,50	lít	145,5 ± 42,0
	RV	4,08 ± 1,55	lít	206,8 ± 77
	RV/ TLC	0,62 ± 0,13		
Cơ học phổi	Raw	8,0 ± 4,31	cmH2O/lít/giây	581,6 ± 347,9

Nhận xét: Có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi và gia tăng các thông số thăm dò phổi tĩnh, cơ học phổi ở BN BPTNMT

3.3. Mối tương quan thông số CNHH với mức độ nặng và kiểu hình của BN BPTNMT

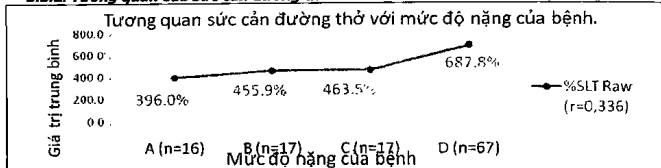
3.3.1. Tương quan của thông số thăm dò phổi tĩnh.



Hình 3.3a. Tương quan giữa thông số căng giãn phổi với phân nhóm toàn diện.

Các thông số thăm dò phổi tĩnh đều tương quan với mức độ nặng của bệnh trong đó tỷ lệ RV/TLC cho mỗi tương quan thuận cao nhất ($r = 0,636$).

3.3.2. Tương quan của sức cản đường thở.



Hình 3.3b. Tương quan giữa sức cản đường thở với mức độ nặng của bệnh.

Sức cản đường thở cho mỗi tương quan mức độ thuận yếu với mức độ nặng của BPTNMT ($r = 0,336$ với $p < 0,05$).

Trên các hình 3.3 a,b,c thấy sự rối loạn rõ ở nhóm D theo mức độ nặng của bệnh. Nhóm D có $MVV = 28,5 \pm 8,7$ %SLT, $T, Raw = 687,8 \pm 328,5$ %SLT, $RV/TLC = 69,7 \pm 12,0$ %. Điều này gợi ý điểm cut-off nhóm D với tiêu chí sau:

Bảng 3.2. Các giá trị thông số CNHH giúp tiên lượng bệnh.

Thông số CNHH	Điểm cut-off nhóm D	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự báo (+) (%)	Giá trị dự báo (-) (%)
Thông khí phổi	$MVV \leq 35$ %SLT	83,6	80	84,8	78,4
Sức cản	$Raw \geq 500$ %SLT	68,7	61,8	74,2	61,8
Căng giãn phổi	$RV/TLC \geq 0,6$	86,6	74	81,7	80,4

3.3.3. Kiểu hình ưu thế khí phế thũng và ưu thế viêm phế quản mạn.

Bảng 3.3. Liên quan giữa CNHH của kiểu hình KPT và VPQM ưu thế.

Thông số CNHH	KPT ưu thế (n=92)	VPQM ưu thế (n=34)	P	Đợt cấp thường xuyên (n=57)	Ít đợt cấp (n=60)	P
VC	84,1 ± 24,6	84,9 ± 23,6	>0,05	88,8 ± 24,9	80,0 ± 22,7	>0,05
FEV1	48,7 ± 24,1	60,1 ± 21,5	<0,05	59,0 ± 25,1	49,9 ± 19,4	<0,05
MVV	37,0 ± 20,1	46,3 ± 16,6	<0,05	45,6 ± 20,8	35,4 ± 19,2	<0,05
TLC	137,4 ± 24,2	110,3 ± 19,9	<0,05	123,7 ± 19,9	137,2 ± 30,1	<0,05
FRC	155,9 ± 38,9	116,4 ± 36,5	<0,05	134,6 ± 32,1	157,0 ± 48,6	<0,05
RV	224,7 ± 71,2	156,9 ± 71,2	<0,05	182,8 ± 61,6	231,2 ± 83,4	<0,05
RV/TLC	64,7 ± 12,2	54,3 ± 14,4	<0,05	58,3 ± 12,3	66,2 ± 14,5	<0,05
Raw	622,5 ± 362,7	468,1 ± 277,9	>0,05	634,1 ± 334,8	524,2 ± 343,4	>0,05

Nhóm BN BPTNMT ưu thế KPT và đợt cấp thường xuyên đều sụt giảm rõ về tỷ lệ %SLT FEV1, MVV và tăng mạnh các thông số thăm dò phổi tĩnh, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu.

Bệnh nhân thuộc nhóm D (nhóm nhiều triệu chứng nhiều nguy cơ) là nhiều nhất 54,8%. Nghiên cứu này giống nhiều tác giả [1],[2] cũng cho thấy BN BPTNMT nhóm D hay gặp nhất. Như vậy BN BPTNMT thường nhập viện ở giai đoạn muộn, từ đó đặt ra vấn đề, việc theo dõi chức năng hô hấp toàn diện góp phần quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị bệnh.

BN BPTNMT kiểu hình KPT ưu thế chiếm tỷ lệ cao nhất 73%. BN có đợt cấp thường xuyên cũng hay gặp 47,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự của Nguyễn Huy Lực [2] cho tỷ lệ BN BPTNMT kiểu hình ưu thế KPT chiếm tỷ lệ lớn hơn VPQM, 58% so với 42%, của Đặng Hùng Minh [3] (2016) cho 47,8% BN BPTNMT có đợt cấp thường xuyên.

4.2. Xác định các thông số CNHH ở bệnh nhân BPTNMT

Ở BN BPTNMT có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi, trong đó thông số thông khí tự ý tối đa (Maximal Voluntary Ventilation - MVV), sụt giảm rõ rệt nhất: VC = 84,3±%, FEV1 = 52,3±%, MVV = 39,4±% SLT. Như vậy để đánh giá khả năng thông khí của BN BPTNMT ngoài các thông số hay dùng như VC, FEV1... nên tiến hành đo MVV cho giá trị đánh giá thông khí hiệu quả, rõ nét. Bởi MVV không những là chỉ số phản ánh tình trạng toàn bộ hệ cơ học hô hấp mà kỹ thuật đo cũng không phức tạp nhưng lại cung cấp thông tin thông khí rõ và sớm. Mặt khác một nghiên cứu đã chỉ ra rằng nếu MVV > 60% SLT thì ít có nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật. Như vậy để điều trị BN BPTNMT bằng giảm thể tích phổi cũng rất cần tiến hành thăm dò thông khí tự ý tối đa, từ đó có thể tiên lượng bệnh và lựa chọn kỹ thuật giảm thể tích phổi như đặt van hay phẫu thuật nội soi hay mở ngực... nhằm hạn chế tối đa nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật hoặc giúp tiên lượng nguy cơ biến chứng.

Bảng 3.1 cho thấy sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi TLC = 130,2%, FRC = 145,5%, RV = 206,8% SLT, RV/ TLC = 62,8% và của thông số sức cản đường thở Raw = 581,6% SLT. Sự thay đổi đầu tiên về các thể tích phổi ở BN BPTNMT là tăng thể tích cận (RV) khi bệnh nhân nặng hơn thì RV càng tăng và làm giảm dung tích sống; FRC và TLC cũng tăng. Chen H. [6] chứng minh tổn thương khí phế thũng (thể tích phổi cuối thì hít vào) tương quan với đến mạnh với RV ($r = 0,68$) nhưng chỉ

tương quan yếu với hạn chế lưu lượng thở ra hay mức độ tắc nghẽn (FEV1) với $r = -0,013$. Tăng sức cản đường thở là 1 dấu hiệu sớm trong chẩn đoán tắc nghẽn đường thở ở BN BPTNMT, lý do được đưa ra là đối với BN BPTNMT sức cản những đường thở đường kính nhỏ hơn 2mm chiếm tới hơn 50% sức cản phổi chung, trong khi đó ở người khỏe mạnh chỉ chiếm 25% mà tắc nghẽn đường thở nhỏ lại chính là giai đoạn sớm của BPTNMT. Vì vậy mặc dù trên thực hành lâm sàng, thăm dò sức cản đường thở đường nhỏ ít được áp dụng do ít lợi ích hơn phép đo FEV1 nhưng đây là thông số có độ nhạy cao và khách quan trong chẩn đoán sớm BPTNMT.

4.3. Mối tương quan giữa thông số CNHH với độ nặng, kiểu hình BPTNMT.

Bảng 3.4 cho kết quả nhóm BN BPTNMT KPT ưu thế có sự sụt giảm rõ về tỷ lệ %SLT của thông số FEV1, MVV và tăng mạnh các thông số thăm dò căng giãn phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả trên đồng thuận với nhiều nghiên cứu: Nguyễn Huy Lực [2] đã chứng tỏ các thông số RV, TLC, FRC tăng nhiều ở BN BPTNMT thể KPT hơn nhóm ưu thế VPQ mạn. Tuy nhiên tác giả lại thấy ở nhóm BN ưu thế VPQ mạn, FEV1 lại giảm nhiều hơn so nhóm BN KPT ưu thế. Có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều BN KPT ưu thế đã đi điều trị tại nhiều nơi và hiệu quả điều trị hạn chế và họ nhập viện với nguyện vọng được giảm thể tích phổi và đây thường là những BN ở giai đoạn nặng nên đã làm gia tăng tình trạng suy giảm thông khí ở nhóm BN này.

Ở BN BPTNMT đợt cấp thường xuyên (≥ 2 đợt/năm) có sự sụt giảm mạnh về các thông số thông khí phổi và các thể tích lung tích phổi tĩnh ($p < 0,05$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Cao Z (2006) [5] cũng cho rằng nhóm BN BPTNMT mà FEV1 < 50% có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,6 lần nhóm FEV1 > 50% ($p < 0,05$). Mullerova H (2014) chứng minh nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên tăng lên cùng mức độ nghiêm trọng của tắc nghẽn đường thở (OR = 1,2 với tắc nghẽn vừa và OR = 2,4 với tắc nghẽn mức độ rất nặng).

V. KẾT LUẬN

Ở BN BPTNMT có sự sụt giảm các thông số thông khí phổi (thông khí tự ý tối đa sụt giảm mạnh nhất) và sự gia tăng các thông số thăm dò căng giãn phổi và của thông số sức cản đường thở. Sự rối loạn này có tương quan với mức độ nặng của bệnh và kiểu hình BPTNMT. Sự bề

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