

EVALUATION OF CORONARY ARTERY LESIONS ON ECHOCARDIOGRAPHY BEFORE AND AFTER IVIG TREATMENT IN KAWASAKI PATIENTS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2023-2024

Le Thi Tham*, Nguyen Van Nam, Hoang Van Toan, Dang Quynh Trang, Ho Sy Nhan

Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung Ward, Vinh City, Nghe An Province, Vietnam

Received: 07/03/2025

Revised: 29/03/2025; Accepted: 15/04/2025

ABSTRACT

Objective: Describe coronary artery lesions on echocardiography and evaluate the short-term evolution of coronary artery lesions after IVIG administration.

Methods: This cross-sectional descriptive study included 35 patients diagnosed with Kawasaki disease and treated with IVIG at the Cardiology Department, Nghệ An Maternity and Pediatric Hospital, from August 1, 2023, to July 30, 2024.

Results: In our study, the majority of cardiovascular lesions were mild coronary artery dilation. One patient could have inflammation in one or more coronary arteries at different levels. The most common location of coronary artery lesions was in the proximal segments of the left and right coronary arteries. The degree of coronary artery recovery depends heavily on the degree of dilation. In mild dilation, after 2 months of IVIG administration, most coronary arteries returned to normal. In moderate and giant dilation, it takes months or years for the coronary arteries to return to normal, and may even leave lifelong sequelae.

Conclusion: The peak period of coronary artery dilation is from day 7 to day 10, mainly in the proximal segment. The degree of coronary artery dilation has a greater impact on recovery than the location and number of affected coronary arteries.

Keywords: Kawasaki, coronary artery, IVIG.

*Corresponding author

Email: drthamle@gmail.com Phone: (+84) 944643609 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2295>

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN SIÊU ÂM TIM TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ IVIG Ở BỆNH NHÂN KAWASAKI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2023-2024

Lê Thị Thắm*, Nguyễn Văn Nam, Hoàng Văn Toàn, Đặng Quỳnh Trang, Hồ Sỹ Nhân

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, P. Hưng Dũng, Tp. Vinh, Tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/03/2025

Chỉnh sửa ngày: 29/03/2025; Ngày duyệt đăng: 15/04/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tổn thương Động mạch vành trên siêu âm tim và Đánh giá ngắn hạn diễn biến tổn thương Động mạch vành sau truyền IVIG.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 35 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki và điều trị bằng IVIG tại Khoa Tim mạch- Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/08/2023-30/07/2024.

Kết quả: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương trên cơ quan tim mạch đa số là giãn động mạch vành mức độ nhẹ. Một bệnh nhân có thể bị viêm một hoặc nhiều động mạch vành ở các mức độ khác nhau. Vị trí tổn thương động mạch vành hay gặp nhất là ở đoạn gần các động mạch vành trái và phải. Mức độ hồi phục của động mạch vành sẽ phụ thuộc nhiều vào mức độ giãn. Ở mức độ giãn nhẹ thì sau truyền IVIG 2 tháng, hầu hết động mạch vành trở về bình thường.

Kết luận: Giai đoạn giãn ĐMV nhiều nhất là từ ngày thứ 7 đến hết ngày thứ 10, chủ yếu đoạn gần. Mức độ giãn ĐMV ảnh hưởng nhiều đến khả năng phục hồi hơn là vị trí và số lượng ĐMV bị tổn thương.

Từ khóa: Kawasaki, động mạch vành, IVIG.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kawasaki ngày càng gặp nhiều ở trẻ nhỏ chủ yếu dưới 5 tuổi trên khắp thế giới và dần trở thành nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch phải ở trẻ em [1]. Bệnh thường kèm theo viêm mạch hệ thống đặc biệt là động mạch vành gây nên các giãn, phình mạch vành gặp ở 25-35% các trường hợp bệnh nhân nếu không được điều trị và khoảng 2-3% các trường hợp không được điều trị bị chết vì biến chứng viêm mạch vành. Từ khi Gammaglobulin được đưa vào điều trị, tỷ lệ biến chứng mạch vành giảm đi rõ rệt [2],[3]. Những ĐMV bị tổn thương trong giai đoạn cấp, đặc biệt là các ĐMV bị giãn với kích thước lớn thường diễn tiến đến hẹp tắc, hoặc vỡ phình trong những năm tiếp theo. Hiểu biết rõ về mức độ tổn thương của bệnh trên động mạch vành là điều cần thiết giúp cho các bác sĩ nhi khoa nâng cao nhận thức về bệnh để góp phần chẩn đoán và điều trị kịp thời, nhằm giảm biến chứng của bệnh, đồng thời có ý nghĩa tiên lượng, và hướng dẫn theo dõi điều trị lâu dài cho bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Tiêu chuẩn chọn:

+ Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định Kawasaki theo tiêu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Ủy ban Quốc gia Nhật Bản về bệnh Kawasaki [4] hoặc Hiệp hội Tim mạch bệnh Mỹ [5]

Chẩn đoán Kawasaki điển hình khi có ít nhất 5/6 triệu chứng chính.

Chẩn đoán Kawasaki không điển hình/ không đầy đủ khi không có đủ trên 5 triệu chứng chính chẩn đoán bệnh nhưng có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ Kawasaki (sau khi đã loại trừ các bệnh lý khác) và kèm theo dấu hiệu giãn ĐMV trên SA tim.

Các tiêu chuẩn lâm sàng chính:

- Sốt: Thời gian từ 5 ngày trở lên

- Viêm kết mạc mắt : Viêm kết mạc mắt không rử ở cả hai bên

*Tác giả liên hệ

Email: drthamle@gmail.com Điện thoại: (+84) 944643609 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD6.2295>

- Viêm hạch lympho: Hạch ở góc hàm, thường > 1.5cm
- Ban đỏ da: Ban đỏ đa dạng, không có nước hoặc vảy cứng.
- Biến đổi môi và khoang miệng: Môi khô đỏ nứt nẻ, lưỡi đỏ dâu tây hoặc đỏ hồng toàn bộ khoang miệng
- Biến đổi đầu chi: Giai đoạn đầu: Phù nề, đỏ cứng mu tay, chân. Giai đoạn muộn: Bong da đầu chi

+ Được điều trị bằng IVIG

+ Tái khám theo hẹn, và được làm siêu âm tim đầy đủ tại các thời điểm trước khi truyền IVIG, 1 tuần đầu sau truyền, 2 tuần sau truyền, 1 tháng và 2 tháng.

+ Được sự đồng ý và phối hợp của người nhà và bệnh nhân.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Kawasaki tự thoái triển, hoặc không được điều trị IVIG

+ Bệnh nhân không tái khám, và siêu âm tim đầy đủ theo hẹn

+ Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu

+ Kawasaki có bệnh tim từ trước

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 01/08/2023- 30/07/2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tim mạch – Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn

Quy trình nghiên cứu: Trẻ được khai thác thông tin chung, hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng và chỉ định một số xét nghiệm, làm siêu âm tim.

Siêu âm tim khảo sát tổn thương động mạch vành trong bệnh kawasaki: Được thực hiện bởi các Bác sĩ chuyên khoa Tim mạch có chứng chỉ siêu âm tim thực hiện trên máy siêu âm tim PHILIPS với đầu dò S8, S12. Thời điểm thăm dò siêu âm tim: trước truyền IVIG (lấy giá trị lớn nhất), sau truyền trong vòng 1 tuần, tại thời điểm tuần thứ 2, tháng thứ 2.

Vị trí đo kích thước ĐMV:

LMCA: Tại vị trí xuất phát của ĐMV trái

LAD: Đo ngay sau chỗ chia nhánh,

LCx: Đo ngay sau chỗ chia nhánh

RCA: tại vị trí xuất phát của ĐMV phải

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu sẽ được xử lý theo thuật toán thống kê sử dụng phần mềm thống kê Y học SPSS 25.0. $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học thông qua và sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ cho việc nâng cao chất lượng điều trị bệnh, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

35 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Kawasaki và được điều trị bằng IVIG tại bệnh viện sản Nhi từ 01/08/2023- 31/7/2024.

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố về tuổi và giới của bệnh nhân

Tuổi Giới	< 12 tháng n1 (%)	12-24 tháng n2 (%)	24 tháng n3 (%)	Tổng N (%)
Nam	11	7	6	24 (68,6%)
Nữ	3	4	4	11 (31,4%)
Tổng	14 (40%)	11 (31,4%)	10 (28,6%)	35 (100%)

Nhận xét: Tỷ lệ mắc ở trẻ nam cao hơn rõ rệt so với trẻ nữ. Tỷ lệ bệnh nhân nam/ nữ = 2,18/1.

Tuổi mắc bệnh chủ yếu là dưới 24 tháng tuổi trong đó nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là <12 tháng tuổi (40%).

Bảng 2. Các mức độ tổn thương ĐMV trên siêu âm tim tại thời điểm được chẩn đoán bệnh

Mức độ tổn thương ĐMV (Lấy giá trị cao nhất)	n	%
Không giãn	18	51,4
Giãn nhẹ	12	34,2
Giãn vừa	5	14,3
Giãn lớn/ phình	0	0
Có huyết khối ĐMV	0	0
Tổng	35	100

Nhận xét:

Có 51,4% BN được chẩn đoán KD và truyền IVIG mà không có tổn thương ĐMV trước. Có 48,6% BN có tổn thương ĐMV trước truyền.

Đa số giãn ĐMV ở mức độ nhẹ, chiếm 70,5% những trường hợp có tổn thương ĐMV. Không có trường hợp nào giãn lớn hoặc phình

Bảng 3. Các vị trí tổn thương ĐMV trên siêu âm tim tại thời điểm được chẩn đoán bệnh

Vị trí	Số BN N= 17	Tỷ lệ (%)
LMCA	14	82,3
LAD	9	52,9
RCA	9	52,9
LCx	3	17,6
Tổn thương cả 2 ĐMV	10	58,8
Tổn thương ĐMV trái đơn thuần	6	35,3
Tổn thương ĐMV Phải đơn thuần	1	5,9

Nhận xét: Vị trí tổn thương ĐMV hay gặp nhất là ở đoạn gần ĐMV trái, chiếm 82,3 %, sau đó là ĐMV phải gốc và nhánh LAD chiếm 52,9 %, ít gặp tổn thương ở nhánh mũ

Không có bệnh nhân nào có tổn thương động mạch liên thất trước, hoặc động mạch mũ mà thân chung ĐMV trái hoặc ĐMV phải đoạn gần bình thường

Có thể tổn thương 1 ĐMV đơn thuần hoặc thương nhiều vị trí cùng lúc. Đa số gặp hình thái tổn thương cả 2 ĐMV đoạn gần.

Bảng 4. Tiến triển tổn thương động mạch vành theo mức độ tổn thương sau truyền IVIG ở các thời điểm 2 tuần-1 tháng- 2 tháng

Thời gian					
Mức độ					
2 Tuần		1 Tháng		2 Tháng	
Hồi phục n (%)	Không hồi phục n (%)	Hồi phục n (%)	Không hồi phục n (%)	Hồi phục n (%)	Không hồi phục n (%)
Nhẹ (12)					
6(50%)	6 (50)	10 (83)	2 (16,7)	11 (91,7)	1 (8,3)
Vừa (5)					
0(0%)	5 (10)	1 (20)	4 (80)	4 (80)	1 (20)
Lớn/ không lỗ (0)					
0	0	0	0	0	0
Tổng					
6(35,3)	11 (64,7)	11 (64,7)	7 (35,3)	15 (88,2)	2 (11,8)

Nhận xét: Các ĐMV bị giãn càng lớn thì khả năng hồi phục càng kém

Nhóm ĐMV giãn nhẹ thì sau 2 tháng, hầu hết ĐMV trở về bình thường (91,7%)

Nhóm ĐMV giãn vừa: sau 2 tuần không có thay đổi gì, sau 1 tháng có 20% ĐMV trở về bình thường, sau 2 tháng tỉ lệ hồi phục ĐMV là 80%.

Tổn thương ĐMV sau giai đoạn cấp và bán cấp là 11,8%

Bảng 5. Tiến triển tổn thương động mạch vành theo vị trí và mức độ tổn thương sau 2 tháng

Vị trí					
ĐMV					
Mức độ tổn thương ĐMV	Hồi phục		Tồn dư		p
	n	%	n	%	
LMCA (n =14)					
Giãn nhẹ (n=12)	12	100	0	0	< 0,05
Giãn vừa (n=2)	1	50	1	50	
Giãn không lỗ (n=0)	0	0	0	0	
LAD (n=9)					
Giãn nhẹ (n=8)	7	87,5	1	12,5	< 0,05
Giãn vừa (n=1)	0	0	1	100	
Giãn không lỗ (n=0)	0	0	0	0	
LCx (n=3)					
Giãn nhẹ (n=2)	2	100	0	0	> 0,05
Giãn vừa (n=1)	1	100	0	0	
Giãn không lỗ (n=0)	0	0	0	0	
RCA (n=9)					
Giãn nhẹ (n=7)	7	100	0	0	< 0,05
Giãn vừa (n=2)	1	50	1	50	
Giãn không lỗ (n=0)	0	0	0	0	

Nhận xét: Mức độ tổn thương ĐMV ảnh hưởng nhiều đến khả năng hồi phục sau này hơn là vị trí tổn thương của từng động mạch. Sự khác biệt được ghi nhận ở cả ba động mạch LMCA, LAD và RCA (p<0,05).

4. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 35 Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bằng IVIG tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 01/08/2023- 30/07/2024, cho thấy một số đặc điểm sau:

4.1. Đặc điểm của nhóm Bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Bệnh gặp ở cả 2 giới nhưng thường gặp ở trẻ nam hơn. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,18/1. Kết quả Bảng 2. cho thấy, tuổi mắc bệnh chủ yếu dưới 5 tuổi, đặc biệt là dưới 2 tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình $21,2 \pm 14,9$ tháng, (trung vị: 7 tháng). Tuổi mắc bệnh thấp nhất là 4 tháng tuổi, tuổi lớn nhất là 62 tháng tuổi. trong đó nhóm tuổi ≤ 12 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (34,3%), tuổi mắc bệnh từ 12-24 tháng (28,6%). Kết quả này tương tự với tác giả Lương Thu Hương [6], với kết quả nhóm tuổi hay gặp nhất là <12 tháng tuổi, chiếm đến 46.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Kawasaki thể điển hình chiếm tỉ lệ 68,5%. Kết quả này tương tự với tác giả Quach Ngọc Ngân là 74,5%, Lương Thu Hương là 79,8%, Hồ Sỹ Hà là 89,6%. Các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng cho thấy thể điển hình chiếm tỉ lệ phần lớn. Thể không điển hình chiếm tỉ lệ thấp hơn nhiều nhưng lại là thách thức với các bác sĩ lâm sàng vì có thể gây chẩn đoán và điều trị muộn dẫn đến biến chứng tim mạch nặng nề.

Đa số BN được truyền trước 10 ngày, chiếm 94,3%. Hầu hết bệnh nhân đáp ứng tốt với truyền IVIG lần 1. Tỷ lệ bệnh nhân kháng truyền của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Diệp với tỷ lệ kháng truyền là 19%. Theo Đặng Thị Hải Vân tỷ lệ kháng truyền là 15%, Lương Thu Hương là 25,3%, Kết quả của chúng tôi thấp hơn một phần do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, ngoài ra có thể là do đa số bệnh nhân được truyền trong khoảng thời gian từ 7-10 ngày nên đáp ứng tốt với truyền IVIG.

4.2. Đặc điểm tổn thương động mạch vành khi được chẩn đoán

Để chẩn đoán xác định biến chứng tổn thương ĐMV cần làm siêu âm tim ở nhiều thời điểm khác nhau. Siêu âm tim cần được làm sớm ngay khi nghi ngờ bệnh nhân bị Kawasaki. Ngày siêu âm tim phát hiện tổn thương ĐMV trung bình: 7,29 ngày. sớm nhất là ngày thứ 4 đã xuất hiện tổn thương ĐMV, muộn nhất là ngày thứ 10. Tất cả các BN nghiên cứu đều xuất hiện giãn ĐMV trước 10 ngày. Sau 10 ngày không có BN nào bắt đầu xuất hiện giãn ĐMV. Trong đó giai đoạn giãn nhiều nhất là từ ngày thứ 7 đến hết ngày thứ 10, chiếm 64,8%. Điều này cũng phần nào lý giải thời điểm truyền IVIG tốt nhất là từ ngày thứ 7-> 10 của bệnh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy ngay cả khi được truyền IVIG thì tổn thương mới của ĐMV vẫn có thể xuất hiện.

Tổn thương trên cơ quan tim mạch chủ yếu là tổn thương ĐMV với tỉ lệ 48,6%. Đa số tổn thương này đều là giãn ĐMV mức độ nhẹ (70,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lương Thu Hương là 41,9% có tổn thương ĐMV trước truyền IVIG [3], Phan Hùng Việt và cộng sự là 37,5% tổn thương ĐMV trong tổng số 32 bệnh nhân. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Mạnh Tuấn là 32,6%, trong đó giãn phình ĐMV chiếm 5%, của tác giả Đặng Thị Hải Vân là 29,6%, Đỗ

Nguyên Tín là 27,5%. Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy tổn thương ĐMV trong bệnh Kawasaki chiếm 30-35 % tùy nghiên cứu [8].

Một BN có thể bị viêm một hoặc nhiều ĐMV ở các mức độ khác nhau. Vị trí tổn thương ĐMV hay gặp nhất là ở đoạn gần ĐMV trái, chiếm 82,3 %, sau đó là ĐMV phải gốc và nhánh LAD chiếm 52,9 %, ít gặp tổn thương ở nhánh mũ. Không có bệnh nhân nào có tổn thương động mạch liên thất trước, hoặc động mạch mũ mà thân chung ĐMV trái hoặc ĐMV phải đoạn gần bình thường. Có thể tổn thương 1 ĐMV đơn thuần hoặc thương nhiều vị trí cùng lúc. Đa số gặp hình thái tổn thương cả 2 ĐMV đoạn gần (58,8%). Như vậy, LCx ít gặp tổn thương nhất, tỷ lệ tổn thương chỉ bằng khoảng 1/3 so với 3 ĐMV còn lại. Điều này cũng tương tự như đánh giá của Lương Thu Hương, tỷ lệ tổn thương LCx chỉ khoảng 3% so với tổn thương 3 ĐMV còn lại 8-11%. Phải chăng do động mạch này khó đánh giá nên bỏ sót trên SA hay thực sự ít bị tổn thương vì là nhánh ĐM phụ, ít chịu ảnh hưởng áp lực huyết động. May mắn rằng, siêu âm tim cũng chủ yếu đánh giá được vị trí ĐMV đoạn gần, còn để khảo sát ĐMV đoạn xa thì phải sử dụng các kỹ thuật khó hơn như: MSCT, siêu âm trong lòng mạch,...

4.3. Diễn biến tổn thương ĐMV trước và sau truyền IVIG ở các thời điểm hẹn tái khám

Đường kính ĐMV tổn thương là yếu tố quan trọng, liên quan mật thiết nhất với sự hồi phục ĐMV sau này. Chúng tôi nhận thấy, các ĐMV bị giãn nhẹ hồi phục tốt hơn hẳn so với ĐMV bị giãn vừa và giãn không lồ. Tỷ lệ hồi phục sau 2 tháng của các ĐMV bị giãn mức độ nhẹ đạt đến 91,7%, trong khi tỷ lệ này chỉ là 80% ở nhóm giãn vừa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào bị giãn lớn hay giãn không lồ nên không đánh giá được tiến triển ĐMV ở nhóm này. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lương Thu Hương tỷ lệ hồi phục của các ĐMV bị giãn mức độ nhẹ đạt đến 84,6%, trong khi tỷ lệ này chỉ là 62,8% và chỉ đạt 17,6% với các ĐMV giãn vừa và giãn không lồ lần lượt theo thứ tự. Theo nghiên cứu của Lương Thu Hương thứ tự ảnh hưởng được xếp theo mức độ ảnh hưởng là ĐK động mạch, thời gian tiến triển và vị trí ĐM. Đường kính động mạch là yếu tố quan trọng nhất quyết định khả năng hồi phục các ĐMV sau này, nhưng thời gian tiến triển mới là yếu tố chính xác nhất, khẳng định việc có hay không có di chứng và mức độ hẹp tắc ĐMV ở các BN mắc bệnh Kawasaki.

Về Tiến triển tổn thương động mạch vành theo vị trí, chúng tôi thấy sự hồi phục tốt nhất ở nhóm giãn nhẹ của đoạn gần ĐMV trái và ĐMV phải (hồi phục 100% sau 2 tháng, sau đó đến nhóm LAD(87,5%). Kết quả này hơi khác so với nghiên cứu của Đặng Thị Hải Vân khi thứ tự hồi phục tốt nhất theo vị trí lần lượt là: LMCA-> LAD-> RCA->LCx. Còn theo giả Lương Thu Hương, tỷ lệ hồi phục hệ ĐMV trái cao hơn ĐMV phải, trong đó tỷ lệ hồi phục LMCA là cao nhất 89,4%, tiếp đến là LCx (78,3%); LAD (68,8%). Khả năng hồi phục của RCA là

thấp nhất (58,8%). Sự khác biệt này có lẽ do việc khác nhau giữa việc chọn mẫu và cỡ mẫu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ, và đa số tổn thương ở mức độ nhẹ thì các nghiên cứu trên với cỡ mẫu lớn, và tổn thương ĐMV chủ yếu ở mức độ vừa, lớn và phình. Như vậy, tuyệt đại đa số các ĐMV bị tổn thương đều có xu hướng hồi phục, thu nhỏ về kích thước. Trong đó, đường kính ĐMV là yếu tố then chốt liên quan mật thiết đến khả năng hồi phục sau này, hơn là vị trí tổn thương của từng động mạch.

Với tính ưu việt không độc hại, SA có thể lặp lại nhiều lần, giá thành rẻ, dễ thực hiện lại cho độ nhạy, đặc hiệu, giá trị tiên đoán cao trong việc phát hiện các tổn thương phình ĐMV, đặc biệt khi đánh giá ở trẻ nhỏ, tại các đoạn gần ĐMV. Đây cũng chính là lợi thế cơ bản của SA tìm ở bệnh nhân Kawasaki: Tuổi mắc bệnh nhỏ, tổn thương chủ yếu ở dạng phình, tổn thương hay gặp ở các đoạn gần ĐMV nên SA ít khi bỏ sót. Do đó, chúng tôi đã dùng SA tìm để đánh giá và theo dõi diễn biến tổn thương của 35 BN được đưa vào nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Sau khi phân tích kết quả nghiên cứu trên 35 bệnh nhân mắc bệnh Kawasaki được điều trị bằng IVIG tại bệnh viện sản Nhi từ 01/08/2023- 31/7/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Giãn ĐMV là tổn thương tim mạch hay gặp nhất. Giai đoạn giãn ĐMV nhiều nhất là từ ngày thứ 7 đến hết ngày thứ 10. Có 48,6% BN có giãn ĐMV ở thời điểm được chẩn đoán, trong đó đa số là tổn thương ở mức độ nhẹ (70,6%). Tổn thương ĐMV chủ yếu đoạn gần nên dễ chẩn đoán và theo dõi trên siêu âm tim, BN ít phải sử dụng đến các kỹ thuật cao như MSCT, chụp ĐMV xâm lấn. Mức độ giãn ĐMV ảnh hưởng nhiều đến khả năng phục hồi hơn là vị trí và số lượng ĐMV bị tổn thương. Ở nhóm giãn nhẹ, ĐMV hồi phục về bình thường sau 2 tháng là 91,7%. Ở nhóm giãn vừa tỉ lệ hồi phục sau 2 tháng là 80%. Tổn thương ĐMV tồn dư sau giai đoạn cấp và bán cấp là 11,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jane W. Newberger Masoto Takahashi, et al "Diagnosis Treatment 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", Pediatrics, 2004.
- [2] Kawasaki T, "Kawasaki disease", Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci, 82(2), 2006, pp. 59-71.
- [3] Lương Thu Hương. Đánh giá tổn thương Động mạch vành trong bệnh Kawasaki ở trẻ em. Luận văn tiến sỹ y học chuyên ngành nhi tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội, 2018.
- [4] Makino N., Nakamura Y., Yashiro M. Sano T., et al. "Epidemiological observations of Kawasaki disease in Japan, 2013–2014", Pediatrics International 60, 2018, pp. 581-587.
- [5] Liu Y. C., Lin M. T., Wang J. K., et al, "State of art acute phase management of Kawasaki disease after 2017 scientific statement from the American Heart Association", Pediatrics and Neonatology, 2018, pp. 543-552
- [6] Vũ Mạnh Tuấn, Lê Trọng Tú. Đặc điểm tổn thương động mạch vành trên siêu âm tim của bệnh nhân Kawasaki. Tạp chí nghiên cứu y học. 2020
- [7] Đặng Thị Hải Vân. Nghiên cứu một số biến đổi tim mạch trong bệnh Kawasaki ở trẻ em. Luận văn tiến sỹ y học chuyên ngành nhi tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [8] Yan F., Pan B., Sun H., et al, "Risk factor of Coronary artery abnormality in children with Kawasaki disease: A systematic review and Meta-Analysis", Frontiers in pediatrics, 2019, (374).