

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA VIÊM KHỚP DẠNG THẤP THANH THIẾU NIÊN

**LÊ QUỲNH CHI,
NGUYỄN THỊ NGỌC LAN, NGUYỄN THANH LIÊM**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm khớp ước tính ảnh hưởng đến 1/1000 trẻ sinh ra hằng năm và thật may mắn hầu hết viêm khớp này là những thể nhẹ. Tuy nhiên có khoảng 1/10000 trẻ có biểu hiện viêm khớp nặng, kéo dài[9]. Viêm khớp dạng thấp thanh thiếu niên(VKDTTN) là viêm khớp khá phổ biến tồn tại khoảng vài tháng đến vài năm còn gọi là viêm khớp mạn tính thanh thiếu niên

Có 3 thể lâm sàng hay gặp:

Thể viêm ít khớp: chỉ gây tổn thương dưới 5 khớp chủ yếu là những khớp lớn: khớp vai, khuỷu, gối.

Thể viêm đa khớp có tổn thương từ 5 khớp trở lên, thường gặp ở những khớp nhỏ bàn tay, bàn chân nhưng cũng có thể gặp ở những khớp lớn.

Thể viêm khớp hệ thống gây tổn thương nhiều hệ cơ quan trong cơ thể. Trẻ thường sốt cao, phát ban ngoài biểu hiện sưng đau khớp (còn gọi là bệnh Still).

Mục tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của viêm khớp dạng thấp thanh thiếu niên

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm 64 bệnh nhân VKDT được chẩn đoán trong 2 năm 2007-2008 tại bệnh viện nhi trung ương.

Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo hội khớp học Mỹ 1982, có bổ sung theo Cassidy, JT 1987.

Tuổi dưới 16 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh viêm khớp khác

2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang. Thu thập và xử lý số liệu trên máy tính theo chương trình Epi-info 6.0

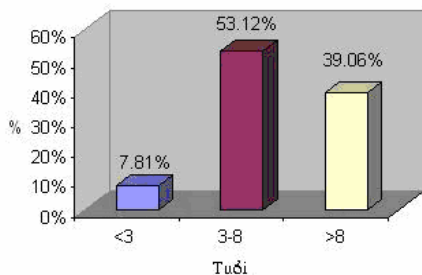
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi.

- Tuổi trung bình là $7,4 \pm 3,2$ (từ 14 tháng đến 15 tuổi)

- Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

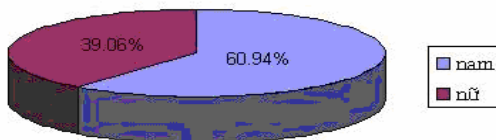
Phân bố bệnh theo nhóm tuổi



Đa số bệnh nhân tuổi từ 3- 8 tuổi.

2. Đặc điểm về giới tính.

Phân bố bệnh nhân theo giới tính



Tỷ lệ nam/ nữ là 1,56/1

3. Thời gian mắc bệnh :

- Thời gian từ khi bị bệnh đến khi có chẩn đoán trung bình là $23,48 \pm 2,3$ ngày

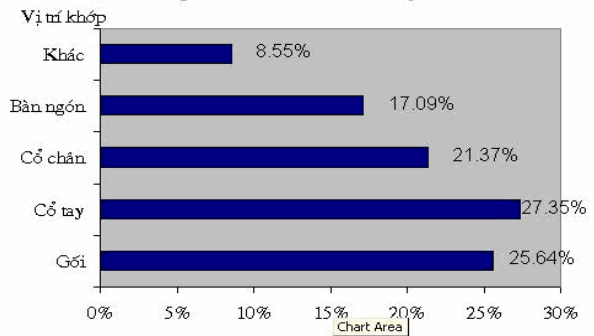
4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian	N	Tỷ lệ %
< 6 tháng	23	35,93
6- 12 tháng	29	45,31
> 6 tháng	10	15,62
Tổng	64	100

Thời gian mắc bệnh thường là dưới 6 tháng

5. Vị trí khớp viêm tại thời điểm nghiên cứu.

Vị trí khớp viêm tại thời điểm nghiên cứu



Vị trí khớp viêm gặp nhiều là khớp cổ tay, khớp gối.

6. Phân loại viêm khớp theo thể lâm sàng.

Thể lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Viêm ít khớp (≤ 4 khớp)	43	67,2
Viêm đa khớp (≥ 5 khớp)	14	21,9
Viêm khớp hệ thống	7	10,94
Tổng số	64	100

Thể viêm khớp hay gặp là viêm ít khớp : 67,2%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi.

Kết quả nghiên cứu bước đầu trên 64 bệnh nhân VKDTTN dưới 16 tuổi cho thấy tuổi hay gặp là 3-8 tuổi, tuổi trung bình $7,4 \pm 3,2$. Chúng tôi gặp 2 bệnh nhân dưới 3 tuổi, thấp nhất là 1 trẻ gái 14 tháng. Kết quả này cũng phù hợp với Yilmaz: 6,8 tuổi là tuổi trung bình trong nghiên cứu của ông [12].

2. Đặc điểm về giới.

Tỷ lệ nam/nữ ở các bệnh nhi VKDTTN của chúng tôi là 1,56/1. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Minh Phương và Nguyễn Thị Thanh Lan :1,35/1[5]. Đây cũng là một đặc điểm VKDTTN khác với người lớn, vì tỷ lệ nam/nữ ở người lớn là 1/5[3], 1/3 [7]

3. Thời gian mắc bệnh.

Nghiên cứu trên 64 trẻ VKDTTN chúng tôi thấy thời gian từ khi bị bệnh đến khi có chẩn đoán trung bình là 23,48 ngày. Chúng tôi gặp những bệnh nhi mắc bệnh ở nhóm dưới 12 tháng nhiều hơn ở nhóm trên 12 tháng. Nói chung diễn biến của viêm khớp càng kéo dài thì tỷ lệ phá hủy khớp càng cao, thậm chí gây tàn phế cho trẻ. Nhưng VKDTTN có thể khỏi hoàn toàn trong 50-70% các trường hợp. Bệnh nhi có dạng viêm nhiều khớp với RF dương tính có tiên lượng kém hơn[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 13/64 (20,31%) trẻ bị biến dạng khớp, tất cả đều diễn biến bệnh > 6 tháng.

4. Đặc điểm của vị trí khớp viêm và theo thể lâm sàng.

VKDT thường biểu hiện viêm ở nhiều khớp, có tính chất đối xứng, chủ yếu những khớp nhỏ, nhỏ, ít gặp ở khớp lớn. Theo chúng tôi tổn thương hay gặp là khớp cổ tay(27,35%), sau đó là khớp gối(25,64%), cổ chân (21,37%)

Theo Behrens nghiên cứu ở trẻ em tổn thương khớp gối (68%), cổ tay (68%), cổ chân (57%)[1]. Ở người lớn theo Đỗ Thanh Thủy nghiên cứu trên 32 bệnh nhân, tổn thương khớp cổ tay 87%, khớp ngón gần 71%, khớp bàn ngón 78%[3]. Như vậy tổn thương khớp cổ tay có thể coi

là dấu hiệu lâm sàng sớm và phổ biến của VKDT ở cả người lớn và trẻ em

Thể viêm ít khớp tiên lượng tốt nhất, thể viêm đa khớp có RF(+) tiên lượng kém hơn, trẻ bị viêm khớp hệ thống(bệnh Still) cần được kiểm tra mắt 6 tháng 1 lần[9]. Chúng tôi có 67,2% bệnh nhân thể viêm ít khớp, 21,9% thể viêm đa khớp, 10,94% thể viêm khớp hệ thống. So sánh với Yilmaz M, tỷ lệ này tương ứng là 37,2%, 34,2%, 15,3%[12]

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 64 bệnh nhân VKDTTN ở bệnh viện Nhi trung ương trong 2 năm 2007- 2008 bước đầu cho thấy bệnh gặp nhiều hơn ở trẻ 3-8 tuổi, tỷ lệ nam/nữ không có sự khác biệt, với các thể bệnh : viêm ít khớp : 67,2%, viêm đa khớp :21,9%, viêm khớp hệ thống: 10,94%. Tổn thương các khớp hay gặp là cổ tay, gối, cổ chân. Tỷ lệ teo cơ cứng khớp : 20,31%, với thời gian mắc bệnh > 6 tháng. Do đó việc chẩn đoán sớm và điều trị đặc hiệu để mang lại cuộc sống không tàn phế cho trẻ em là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Behrens EM, Beukelman. Evaluation of the presentation of systemic onset JRA.

2. Danner S,(2002). Epidemiology of JIA in Alsace, France

3. Lê Thị Hải Hà (2006). Nghiên cứu tổn thương khớp cổ tay trong bệnh VKDT trên lâm sàng, Xquang quy ước và cộng hưởng từ, luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện.

4. Merino R. Evaluation of ILAR clasification criteria for JIA in Spanish children.

5. Nguyễn Minh Phương, Nguyễn T. Thanh Lan. Tạp chí nội –nhi- y học cổ truyền.

6. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Kim Anh (2004), nghiên cứu giá trị của kháng thể anti-CCP2 trong chẩn đoán bệnh VKDT, hội nghị nội khoa toàn quốc.

7. Nguyễn Thị Thanh Mai (2006). Nghiên cứu kháng thể kháng CCP trong bệnh VKDT, luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện.

8. Pruunsild C(1998-2000). Incidence of JIA in children in Estonia.

9. Rheumatoid Arthritis Slideshow. Juvenile Rheumatoid Arthritis.

10. StabileA. (2001). Focus on JIA according to the 2001 Emdmonton revised classification from ILAR in Italia.

11. Thomson W. JIA clasified by the ILAR critetia.

12. Yilmaz M. JIA profilein Turkish children.