

SUMMARY CHARACTERISTICS OF POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS AT NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Tran Thi Hai Yen^{1*}, Le Quynh Chi²

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy

²Vietnam National Children's Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 27/10/2023 Revised: 05/01/2024 Published: 03/02/2024	The study aims to describe some clinical characteristics of pediatric patients with polyarticular juvenile idiopathic arthritis at the National Children's Hospital in 2020-2023. Descriptive research method combined retrospective and prospective on 36 patients diagnosed with juvenile idiopathic arthritis for the first time at the National Children's Hospital in the period. Research results show that the age of disease onset is different between RF+ and RF- types, the male:female ratio is 1:1.77. Cases own diagnosed time within 6 weeks - 6 months from the first symptoms counted for 58.3%. Fever is the most common symptom among systemic symptoms (38.9%). 100% of patients have symptoms of pain when moving and examining joints. Other common symptoms are limited movement (97.2%) and increase joint temperature (94.4%). The rate of symmetrical joint inflammation of RF+ and RF- is 100% and 77.4%, respectively. At the time of diagnosis, the median number of active inflammatory joints was 9 (5-60) joints. The median VAS score was 6 (4-9) assessed by doctors and 6 (4-10) assessed by family members/patients.
KEYWORDS Juvenile Idiopathic Arthritis Polyarthritis Visual Analog Scale Juvenile Arthritis Disease Activity Score Joint Pain	

ĐẶC ĐIỂM BỆNH VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIỂU NIÊN THỂ VIÊM ĐA KHỚP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Hải Yến^{1*}, Lê Quỳnh Chi²

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, ²Bệnh viện Nhi Trung ương

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 27/10/2023 Ngày hoàn thiện: 05/01/2024 Ngày đăng: 03/02/2024	Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm về lâm sàng của các bệnh nhi mắc viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm đa khớp tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn 2020-2023. Phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp thiếu niên tự phát thể viêm đa khớp lần đầu tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong giai đoạn trên. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi khởi bệnh khác nhau ở hai thể RF+ và RF-, tỷ lệ nam:nữ là 1:1,77. Các trường hợp bệnh được chẩn đoán trong khoảng 6 tuần – 6 tháng từ khi phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ 58,3%. Sốt là triệu chứng hay gặp nhất trong số các triệu chứng toàn thân (38,9%). 100% bệnh nhân có triệu chứng đau khi vận động và thăm khám khớp. Các triệu chứng khác hay gặp là giới hạn vận động (97,2%) và nóng tại khớp (94,4%). Tỷ lệ khớp viêm đối xứng của hai thể RF+ và RF- lần lượt là 100% và 77,4%. Tại thời điểm chẩn đoán, giá trị trung vị của số khớp viêm tiến triển là 9 (dao động 5-60) khớp. Điểm VAS trung vị là 6 (dao động 4-9 điểm) do bác sĩ đánh giá và 6 (dao động 4-10) do người nhà/ bệnh nhân đánh giá.
TỪ KHÓA Viêm khớp tự phát thiếu niên Viêm đa khớp Thang điểm đánh giá đau dạng nhìn Thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh JADAS Đau khớp	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.9079>

* Corresponding author. Email: haiyenedmd@gmail.com

1. Giới thiệu

“Viêm khớp tự phát thiếu niên” (Juvenile idiopathic arthritis, VKTPTN) là nhóm bệnh lý viêm khớp mãn tính hay gặp ở trẻ, điều trị kéo dài và để lại nhiều biến chứng. Bệnh không rõ căn nguyên, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng, thời gian tồn tại của viêm khớp ít nhất trên 6 tuần, và loại trừ được các căn nguyên khác gây viêm khớp mãn tính. Tỷ lệ mới mắc bệnh ước tính khoảng 0,5 – 1 ca/1000 trẻ em [1].

Theo phân loại của Hiệp hội Thấp khớp học quốc tế (ILAR) cho VKTPTN, thể bệnh viêm đa khớp có yếu tố RF dương tính (RF+) và âm tính (RF-) chiếm tỷ lệ cao, kết quả điều trị thể bệnh viêm đa khớp có RF dương tính thường ít thay đổi nhất và có nhiều biểu hiện nặng, tiến triển nhanh tại khớp như bào mòn, biến dạng khớp, cong vẹo chi, bán trật khớp...; bên cạnh đó có thể gây những biến chứng nguy hiểm tới toàn thân như tắc mạch, chậm phát triển thể chất...[2]. Theo nghiên cứu phân tích tổng hợp về VKTPTN thể đa khớp của Oberle và cộng sự (2014), trẻ nữ có tỷ lệ mắc bệnh cao gấp 2 đến 4 lần so với trẻ nam, tỷ lệ này càng nghiêng về phía nữ ở những năm đầu mắc bệnh [3]. Bệnh có triệu chứng rầm rộ cả về toàn thân, lâm sàng và cận lâm sàng ở thời điểm chẩn đoán bệnh. Theo nghiên cứu của Samia Naz (2013) trong viêm khớp thiếu niên thể đa khớp, triệu chứng sốt chiếm 68,4%, sau đó là phát ban (4,5%), gan to (3,8%), lách to (1,5%), hạch to (3,8%) [4]. Kai Liang Teh và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 251 bệnh nhân cho thấy tuổi khởi phát bệnh là 9,4 tuổi (dao động từ 5,9-12,7 tuổi) [5]. Số khớp viêm tiến triển trung bình tại thời điểm chẩn đoán theo nghiên cứu của Greenwald (2013) là $16 \pm 13,4$ khớp [6]. Tại Việt Nam, theo Lê Quỳnh Chi và cộng sự (2015) cho thấy cả hai thể viêm đa khớp RF +/RF – đều có tỷ lệ mắc bệnh của trẻ nữ cao hơn trẻ nam (chiếm 65%), trên 80% số bệnh nhân của thể viêm đa khớp RF+ và viêm đa khớp RF- đều có mức độ hoạt động bệnh cao [7]. Theo tác giả Đặng Thị Thuý Nga (2020), số khớp viêm tiến triển trung bình là $5,97 \pm 0,45$ khớp ở nhóm bệnh viêm đa khớp kháng trị và $7,40 \pm 1,94$ khớp ở nhóm không kháng trị [8]. VAS (Visual Analog Scale) là thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh chung của bác sĩ và người nhà/bệnh nhân đánh giá trên thang 10 điểm với mức độ đau tăng dần. Theo nghiên cứu của Semanur Ozdel và cộng sự (2023) cho thấy tại thời điểm chẩn đoán, điểm VAS trung vị ở người nhà và bệnh nhân đánh giá đều là 7 điểm (trên thang 10) dành cho thể RF+ [9].

Bệnh viện Nhi Trung ương tiếp cận và quản lý nhiều bệnh nhân VKTPTN thể viêm đa khớp hàng năm. Tuy nhiên, giai đoạn 2020-2023 là giai đoạn đặc biệt có sự xuất hiện của dịch bệnh COVID-19 ảnh hưởng tới nhiều phương diện của xã hội nói chung và trong việc điều trị bệnh lý VKTPTN nói riêng. Câu hỏi đặt ra là liệu đặc điểm của bệnh trong giai đoạn này có gì thay đổi so với các giai đoạn trước đó không? Ngoài ra, chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm của nhóm đối tượng trên trong thời gian này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm bệnh viêm khớp tự phát thiếu niên thể viêm đa khớp tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2020-2023.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhi được chẩn đoán VKTPTN thể đa khớp lần đầu theo tiêu chuẩn của ILAR 2001.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh nhân dưới 16 tuổi đến khám và điều trị tại khoa Miễn dịch dị ứng khớp Bệnh viện Nhi Trung ương, được chẩn đoán xác định là VKTPTN thể đa khớp theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học quốc tế (ILAR, 2001) [10].

- Trẻ đồng ý và được người đại diện hợp pháp (cha/mẹ, người chăm sóc) đồng ý cho phép tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ hoặc người đại diện hợp pháp của trẻ (cha/mẹ, người chăm sóc) không đồng ý, cho phép tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Miễn dịch - Dị ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 10 năm 2023.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.
- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ.
- Cách chọn mẫu: Chọn tất cả những trẻ đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi thu thập được 36 trẻ.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- * Biến số nghiên cứu:
 - Thông tin chung: Tuổi khởi bệnh (là tuổi của bệnh nhân khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên), giới tính.
 - Thời gian phát hiện bệnh: Tính từ thời điểm bắt đầu xuất hiện triệu chứng đến thời điểm bệnh được chẩn đoán.
 - Triệu chứng toàn thân: Sốt, phát ban, gan/ lách/ hạch to, viêm màng thanh dịch.
 - Triệu chứng tổn thương tại khớp:
 - + Số khớp viêm tại thời điểm nghiên cứu: Khớp viêm được xác định là khớp sưng (không phải do biến dạng của khớp) hay tràn dịch hoặc có ≥ 2 dấu hiệu sau: giới hạn vận động, đau khi thăm khám, đau khi vận động, tăng nóng ở khớp.
 - + Đánh giá mức độ đau khớp theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale).
 - Yếu tố dạng thấp RF:
 - + Âm tính: nếu RF < 14 IU/ml
 - + Dương tính: nếu RF ≥ 14 IU/ml.
- * Các chỉ số
 - Tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm đa khớp thể RF+ và RF- theo giới tính, tuổi khởi bệnh, thời gian phát hiện bệnh, triệu chứng tại khớp và triệu chứng toàn thân, số khớp viêm tiến triển.
 - Điểm VAS 1 và VAS 2 đánh giá mức độ hoạt động bệnh tại thời điểm chẩn đoán.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu được thu thập bằng cách:
 - Tra cứu hồ sơ bệnh án tại bệnh viện đối với các bệnh án hồi cứu; đánh giá bệnh nhân và tham khảo bệnh án tại phòng khám, khoa điều trị vào thời điểm chẩn đoán đối với các bệnh án tiến cứu.
 - Phỏng vấn cha/mẹ/người chăm sóc bệnh nhân.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm vi tính SPSS 18.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nhi Trung ương; các số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, được sự chấp thuận của bệnh viện. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

3. Kết quả và bàn luận

Đặc điểm dịch tễ học của 36 đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1, đặc điểm lâm sàng của bệnh được trình bày trong các bảng 2, 3, 4, 5.

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm chung về nhóm tuổi, giới tính của các bệnh nhân viêm đa khớp thể RF+ và RF- được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi, giới tính của các bệnh nhân viêm đa khớp

Đặc điểm		Chung (SL, %)	RF + (SL, %)	RF – (SL, %)	p
Tuổi	≤ 5 (n, %)	13 (36,1%)	3 (60%)	10 (32,3%)	0,239
	> 5 (n, %)	23 (63,9%)	2 (40%)	21 (67,7%)	
Giới tính	Nam (n, %)	13 (36,1%)	1 (20%)	12 (38,7%)	0,395
	Nữ (n, %)	23 (63,9%)	4 (80%)	19 (61,3%)	

*** Nhận xét:** Theo nghiên cứu của chúng tôi, đa số trẻ viêm đa khớp RF – khởi phát bệnh sau 5 tuổi; thể viêm đa khớp RF + có 60% (3/5 tổng số trường hợp) khởi phát bệnh trước 5 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi khởi bệnh có ý nghĩa thống kê giữa hai thể bệnh RF+ và RF- ($p>0,05$). Kết quả này khác với kết quả của tác giả Lê Quỳnh Chi và cộng sự (2015), có thể do số lượng bệnh nhân viêm đa khớp RF+ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn [7].

Bệnh gặp ở cả hai giới, tỷ lệ nam:nữ chung của đối tượng nghiên cứu là 1:1,77. Kết quả tương đồng với kết quả của tác giả Lê Quỳnh Chi (2015) là 1:1,87 [7]; cũng như tác giả Đặng Thị Thuý Nga (2020) là 1:2,5 [8]. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới tính giữa hai thể RF+ và RF- ($p>0,05$).

Phân bố thời gian phát hiện bệnh của các đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Phân bố thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh	Thể viêm đa khớp		RF +		RF -		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 6 tuần	1	20	8	25,8	9	25		
6 tuần - 6 tháng	3	60	18	58,1	21	58,3		
> 6 tháng	1	20	5	16,1	6	16,7		
Tổng	5	100	31	86,1	36	100		

*** Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân VKTPTN thể viêm đa khớp RF+ và RF - có thời gian phát hiện bệnh từ 6 tuần – 6 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng bệnh đầu tiên (chiếm 58,3% tổng số ca bệnh). Các trường hợp chẩn đoán bệnh muộn hơn 6 tháng chiếm 16,7% phụ thuộc nhiều nguyên nhân, trong đó phần lớn từ thái độ kém tích cực của người nhà bệnh nhân trong phát hiện và điều trị bệnh. Các trường hợp có thời gian phát hiện bệnh sớm hơn 6 tuần chiếm 25% tổng số ca bệnh, phụ thuộc vào bệnh nhân đến khám ở giai đoạn sớm, khám đúng chuyên khoa, tiếp cận chẩn đoán đúng theo đúng tính chất bệnh.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Các triệu chứng toàn thân tại thời điểm chẩn đoán bệnh của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm toàn thân tại thời điểm chẩn đoán bệnh

Triệu chứng toàn thân	Thể viêm đa khớp		RF +		RF -		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sốt	2	40	12	38,7	14	38,9		
Sụt cân	1	20	7	22,6	8	22,2		
Phát ban	0	0	2	6,5	2	5,6		
Gan/ lách/ hạch to/ viêm thanh mạc	0	0	4	11,1	4	11,1		

*** Nhận xét:** Sốt là triệu chứng thường gặp trong số các triệu chứng toàn thân, chiếm gần 2/5 các trường hợp bệnh (38,9%), với thể viêm đa khớp RF+ là 40%, RF- là 38,7%, đặc điểm này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Quỳnh Chi và cộng sự (2015) [7]. Các triệu chứng toàn thân như sụt cân gặp ở 22,2% trường hợp. Các triệu chứng gan, lách, hạch to hoặc viêm thanh mạc (bao gồm viêm, tràn dịch màng tim, màng bụng, màng phổi) và phát ban là ít gặp hơn với tỉ lệ gặp trong các trường hợp theo thứ tự là 4% và 2%. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Lê Quỳnh Chi (2015) là trên 50% số bệnh nhân VKTPTN thể đa khớp có biểu hiện toàn thân bao gồm sốt [7]. Tuy nhiên có sự tương đồng với nghiên cứu của Samia Naz, trong viêm khớp thiếu niên thể đa khớp sốt chiếm 68,4%, tiếp đến là phát ban (4,5%), gan to (3,8%), lách to (1,5%), hạch to (3,8%) [4].

Các triệu chứng tại khớp của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán được trình bày tại bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm khớp viêm tại thời điểm chẩn đoán

Triệu chứng	Thể viêm đa khớp RF +		RF -		Chung		p
	n	%	N	%	n	%	
Giới hạn vận động khớp	5	100	30	96,8	35	97,2	0,861
Đau khi vận động	5	100	31	100	36	100	
Đau khi thăm khám	5	100	31	100	36	100	
Sưng khớp	4	80	30	96,8	34	94,4	0,262
Nóng khớp	5	100	30	96,8	35	97,2	0,861
Đôi xứng	5	100	24	77,4	29	80,6	0,006

*** Nhận xét:** 100% các trường hợp có triệu chứng đau khi vận động và thăm khám các khớp. Các triệu chứng giới hạn vận động và nóng tại khớp chiếm 97,2% trường hợp, nhiều hơn so với triệu chứng sưng khớp đơn thuần (chiếm 94,4%).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất xuất hiện các triệu chứng giới hạn vận động tại khớp, sưng khớp và nóng khớp giữa hai thể bệnh viêm đa khớp RF- và RF+ ($p > 0,05$).

Trong y văn, tình trạng khớp viêm đối xứng có liên quan tới sự xuất hiện của yếu tố RF trong huyết thanh [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm này: Có sự khác biệt ở tỷ lệ khớp viêm đối xứng, trong đó 100% các trường hợp RF + viêm các khớp đối xứng, gặp nhiều hơn các trường hợp RF- (77,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p = 0,006 < 0,01$).

Tỷ lệ thường gặp vị trí khớp viêm của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán bệnh được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5. Vị trí khớp viêm của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán bệnh

Vị trí	Thể viêm đa khớp	
	n	%
Khớp thái dương hàm	1	2,8
Khớp cột sống cổ	1	2,8
Khớp vai	2	5,6
Khớp khuỷu	12	33,3
Khớp cổ tay	17	47,2
Khớp bàn ngón tay	13	36,1
Khớp liên đốt ngón tay	15	41,7
Khớp háng	26	72,2
Khớp gối	36	100
Khớp cổ chân	29	80,6
Khớp bàn ngón chân	7	19,4
Khớp liên đốt ngón chân	7	19,4

*** Nhận xét:** Vị trí khớp viêm thường gặp nhất là khớp gối (100%), theo sau là khớp cổ chân và khớp háng, chiếm lần lượt 80,6% và 72,2% các trường hợp. Các vị trí khớp viêm có tỷ lệ gặp nhiều hơn là các khớp cổ tay (47,2%), khớp bàn ngón chân (36,1%), khớp khuỷu tay và bàn ngón tay (đều chiếm 33,3%).

Vị trí khớp ít gặp tổn thương nhất là khớp thái dương hàm, khớp cột sống cổ (2,8%) và khớp vai (5,6%).

Theo y văn, tổn thương khớp trong bệnh VKTPTN thể đa khớp thường là tổn thương đối xứng của các khớp lớn, ngoại biên và các khớp nhỏ [2]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi, khớp thường gặp nhất là khớp gối, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Thuý Nga và cộng sự (2020) [8].

Số khớp viêm và thang điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm chẩn đoán được trình bày tại bảng 6.

Bảng 6. Số khớp viêm và điểm đánh giá mức độ hoạt động bệnh tại thời điểm chẩn đoán

Thể viêm đa khớp	RF + Trung vị	RF – Trung vị	Chung Trung vị	p
Số khớp viêm + VAS	(min-max)	(min-max)	(min-max)	
Số khớp viêm tiến triển	18 (7-39)	7 (5-60)	9 (5-60)	0,205
VAS 1 (điểm)	8 (6-9)	6 (4-9)	6 (4-9)	0,01
VAS 2 (điểm)	8 (6-10)	6 (4-10)	6 (4-10)	0,069

*** Nhận xét:** Tại thời điểm chẩn đoán, số khớp viêm tiến triển của thể RF+ là 18 (dao động từ 7-39 khớp) và số khớp viêm tiến triển của thể RF- là 7 (dao động 5-60 khớp). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số khớp viêm của hai thể bệnh ($p>0,05$). Kết quả này khác với kết quả của tác giả Lê Quỳnh Chi (2015) [7] và tác giả Đặng Thị Thuý Nga (2020) [8], có thể do khác nhau về việc sử dụng các phiên bản khác nhau của thang điểm JADAS (Juvenile Arthritis Disease Activity Score) trong việc lựa chọn và đánh giá các khớp viêm tiến triển.

Đánh giá toàn diện về tình hình chung của bệnh dựa trên thang điểm VAS bởi bác sĩ được quy định là VAS 1, đánh giá của chính bệnh nhân hoặc gia đình được quy định là VAS 2. Thang điểm VAS được đánh giá bằng một thước đo có đánh dấu từ 0 – 10 cm. 0 cm tương ứng với 0 điểm, sức khỏe rất tốt; mức điểm cao nhất là 10 diễn tả tình trạng sức khỏe rất xấu.

Kết quả trong nghiên cứu này gần giống với kết quả của tác giả Đặng Thị Thuý Nga (2020), đa số bệnh nhân có điểm VAS 1 nằm trong mức 4-6 điểm cho cả nhóm bệnh viêm đa khớp kháng trị và không kháng trị [8].

Theo nghiên cứu của Semanur Ozdel và cộng sự (2023) trên các bệnh nhân VKTPTN thể viêm đa khớp cho thấy tại thời điểm chẩn đoán, điểm VAS trung vị ở người nhà và bệnh nhân đánh giá đều là 7 điểm (trên thang 10), trong đó điểm VAS do bác sĩ đánh giá là 7 (dao động từ 5-8) dao động nhiều hơn so với điểm VAS do bệnh nhân đánh giá (dao động 6-8), cũng tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi [9].

Có sự khác biệt về điểm VAS 1 tại thời điểm chẩn đoán giữa hai thể RF+ và RF-, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Tại thời điểm chẩn đoán bệnh, các triệu chứng toàn thân và triệu chứng lâm sàng, cơ năng thường rõ rệt và ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hằng ngày của trẻ nên được cha mẹ quan tâm, chú ý hơn. Do vậy mức độ hoạt động bệnh do bác sĩ và bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đánh giá tại thời điểm này là tương đương nhau.

4. Kết luận

“Viêm khớp tự phát thiếu niên” (Juvenile idiopathic arthritis) là nhóm bệnh lý viêm khớp mãn tính phổ biến, gây biến chứng và để lại di chứng lâu dài ở trẻ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh gặp ở trẻ nữ nhiều hơn trẻ nam với tỷ lệ nam:nữ là 1:1,77.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp tự phát thiếu niên đa dạng và phức tạp, nặng nề tại thời điểm chẩn đoán xác định. Bệnh gây ảnh hưởng đến nhiều khớp, trong đó vị trí khớp viêm thường gặp nhất là khớp gối (100%), theo sau là khớp cổ chân và khớp háng, chiếm lần lượt 80,6% và 72,2% các trường hợp. Thời gian chẩn đoán bệnh thường hơn 6 tuần và dưới 6 tháng từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh. Sốt là triệu chứng hay gặp nhất trong số các triệu chứng toàn thân (38,9%). 100% bệnh nhân có triệu chứng đau khi vận động và thăm khám khớp. Các triệu chứng khác hay gặp là giới hạn vận động (97,2%) và nóng tại khớp (94,4%). Tỷ lệ

khớp viêm đối xứng của hai thể RF+ và RF- lần lượt là 100% và 77,4%. Tại thời điểm chẩn đoán, giá trị trung vị của số khớp viêm tiến triển là 9 (dao động 5-60) khớp. Điểm VAS trung vị là 6 (dao động 4-9 điểm) do bác sĩ đánh giá và 6 (dao động 4-10) do người nhà/ bệnh nhân đánh giá trên tổng 10 điểm.

Các bệnh nhi nên được các bác sĩ chuyên khoa khám và theo dõi nhằm chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, tránh gây tàn phế. Cần lưu ý một số yếu tố tiên lượng xấu, đặc biệt với thể đa khớp để có quyết định điều trị tích cực, kiểm soát được phản ứng viêm, tránh hủy khớp, bảo vệ chức năng khớp.

Cần tiến hành thêm các nghiên cứu về đặc điểm của khớp viêm trên lâm sàng giúp cho việc chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán xác định sớm.

Lời cảm ơn

Tác giả xin gửi lời cảm ơn chân thành đến các thầy cô hướng dẫn, tập thể khoa Miền dịch - Dự ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương, tập thể khoa Nhi – Bệnh viện Hữu Nghị Lạc Việt, bệnh nhân và người nhà các đối tượng nghiên cứu đã giúp đỡ hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] Q. C. Le, "Juvenile Idiopathic Arthritis," In Guidelines for diagnosis and treatment of children's diseases - Vietnam National Children's Hospital, Ha Noi, 2018, pp. 347-354.
- [2] R. E. Petty, R. M. Laxer, C. B. Lindsley, and L. R. Wedderburn, *Textbook of Pediatric rheumatology*, Elsevier, chap. 17, pp. 217-227, 2016.
- [3] J. O. Edward *et al.*, "Polyarticular juvenile idiopathic arthritis – epidemiology and management approaches," *Clinical Epidemiology*, vol. 6, pp. 379-393, 2014.
- [4] A. M. S. Naz and S. Rehman, "Juvenile Rheumatoid Arthritis," *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, vol. 23, no. 6, pp. 409-412, 2013.
- [5] K. L. Teh, "Outcomes and predictors of juvenile idiopathic arthritis in Southeast Asia: a Singapore longitudinal study over a decade," *Clinical Rheumatology*, vol. 40, no. 6, pp. 2339-2349, 2020.
- [6] B. F. A. G. Greenwald, A. Zakerzadeh, R. M. Laxer, L. Spiegel, S. Tse, R. Schneider, B. Cameron, and E. D. Silverman, "Later-onset rheumatoid factor negative polyarticular juvenile idiopathic arthritis (JIA): a unique patient group?" *Clinical and Experimental Rheumatology*, vol. 31, pp. 645-652, 2013.
- [7] Q. C. Le, "Research on clinical characteristics and some biomarkers of juvenile idiopathic arthritis," Master's thesis in Medicine, Hanoi Medical University, Ha Noi, pp. 59-65, 2015.
- [8] T. T. N. Dang, "Clinical and paraclinical characteristics and results of Tocilizumab treatment in patients with refractory polyarthritis juvenile idiopathic arthritis," PhD. Thesis, Hanoi Medical University, Ha Noi, pp. 49-65, 2020.
- [9] S. Ozdel *et al.*, "How common is remission in rheumatoid factor-positive juvenile idiopathic arthritis patients? The multicenter Pediatric Rheumatology Academy (PeRA) research group experience," *Pediatric Rheumatology*, vol. 21, no. 72, 2023, doi: 10.1186/s12969-023-00860-5.
- [10] R.E. Petty *et al.*, "International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: Second revision, Edmonton, 2001," *J Rheumatol*, vol. 31, no. 2, pp. 390-392, 2001.