

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 57 bệnh nhi mắc Kawasaki

Trần Huy Duy¹, Trần Đức Tâm^{1*}, Phan Huy Thực²

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

² Sở Y tế Hải Phòng

*Tác giả liên hệ

Trần Đức Tâm

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Điện thoại: 0377192892

Email: tdtam@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 27/07/2025

Ngày phản biện: 30/07/2025

Ngày duyệt bài: 22/08/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân mắc Kawasaki tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 2019 đến 2023.

Đối tượng và phương pháp. Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh trên 57 bệnh nhân Kawasaki. **Kết quả và kết luận.** Bệnh phổ biến ở trẻ từ 6 đến 24 tháng 80,7%, trẻ nam hơn trẻ nữ (64,9% so với 35,1%). Sốt chiếm 93,0%, viêm kết mạc mắt hai bên 67,7%; môi đỏ hoặc phỏng rộp 82,5%; lưỡi đỏ, nổi gai 78,9%; ban đỏ đa dạng trên da 73,7%, viêm hạch góc hàm 71,9%; biến đổi đầu chi dạng phù nề 50%. Có 38,6% bệnh nhân được chẩn đoán trong 5 ngày đầu. Thể điển hình chiếm 86,5% và không điển hình là 13,5%. Số lượng bạch cầu, tiểu cầu, CRP đều tăng cao ở hầu hết bệnh nhân, đáng lưu ý có 82,5% trường hợp có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/L. Tổn thương động mạch vành là 17,5%, động mạch vành trái 15,8%, và động mạch vành hai bên 7,0%. Có 61,4% trường hợp ổn định hoặc khỏi bệnh; 22,8% được chuyển lên tuyến trên; 15,8% bệnh không thay đổi. Có 75,7% bệnh nhân không có biến chứng; 24,3% biến chứng giãn động mạch vành.

Từ khóa. Bệnh Kawasaki, sốt, tổn thương mạch vành, CRP, bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Clinical, paraclinical features and treatment results of patients with Kawasaki disease

ABSTRACT: Objectives. The study aimed to describe the clinical and paraclinical features and evaluate the treatment outcomes of patients with Kawasaki disease at Haiphong Children's Hospital from 2019 to 2023. **Subjects and Methods.** A case series report was conducted on 57 patients with Kawasaki disease. **Results and Conclusions.** Kawasaki disease was most common in children aged 6–24 months (80.7%) and affected more males than females (64.9% vs. 35.1%). Fever was present in 93.0% of cases, bilateral conjunctivitis in 67.7%, red or blistered lips in 82.5%, and red tongue or bumps in 78.9%. Erythema multiform was observed in 73.7%, cervical lymphadenitis in 71.9%, and edematous changes in the extremities in 50% of patients. 38.6% of patients were diagnosed within the first 5 days. The typical form accounted for 86.5% of cases, while the atypical form accounted for 13.5%. White blood cell count, platelets, and CRP were elevated in most patients; notably, 82.5% had a white blood cell count greater than 10 G/L. Coronary artery lesions were present in 17.5% of cases, with 15.8% involving the left coronary artery and 7.0% involving both coronary arteries. Treatment outcomes showed that 61.4% of cases were stable or cured, 22.8% were transferred to higher-level hospitals, and 15.8% showed no improvement. 75.7% of

cases had no complications, while 24.3% developed coronary artery dilatation.

Keywords: Kawasaki disease, fever, coronary artery lesions, C-reactive protein, Haiphong Children's Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kawasaki là bệnh sốt phát ban cấp tính, có viêm lan tỏa hệ thống mạch máu trung bình và nhỏ, trong đó quan trọng nhất là tổn thương động mạch vành (ĐMV), thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi [1], [2]. Tomisaku Kawasaki là người đầu tiên phát hiện ra bệnh Kawasaki từ năm 1967, nhưng mãi đến năm 1974 ông mới công bố bệnh bằng tiếng Anh [2]. Ngày nay Kawasaki là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch phải ở trẻ em. Tần suất mắc bệnh hàng năm ở Nhật Bản và Hàn Quốc vào khoảng 50-100 trên 100.000 trẻ dưới 4 tuổi và đỉnh cao là trên 200 trên 100.000 trẻ [2]. Cho đến nay nguyên nhân gây bệnh vẫn chưa tìm thấy nhưng điều trị bằng Immuno globulin sớm trước 10 ngày mang lại hiệu quả rõ rệt hơn trong việc giảm tỷ lệ tổn thương mạch vành so với điều trị muộn trên 10 ngày [3]. Tổn thương ĐMV và cơ tim là nguyên nhân có thể dẫn đến tử vong của trẻ trong giai đoạn cấp, bán cấp hoặc âm thầm tồn tại sẹo hóa, dày nội mạc mạch vành và tạo thuận lợi cho tiến trình xơ vữa động mạch sau này. Ở những nước phát triển, Kawasaki đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây nên bệnh tim mạch phải ở trẻ em.

Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng là bệnh viện tuyến cuối chuyên khoa Nhi của thành phố. Hiện nay bệnh viện đang tích cực đầu tư về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nguồn nhân lực để phấn đấu trở thành Trung tâm Nhi khoa của vùng Duyên Hải Bắc Bộ. Theo Trần Thị Hải Yến và CS [4] từ năm 2016-2020, có 48 ca bệnh Kawasaki được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Các nghiên cứu về vấn đề này tại Hải Phòng còn quá ít, vậy câu hỏi đặt ra là làm sao để chẩn đoán kịp thời và theo dõi các tổn thương tim mạch để tránh các biến chứng có thể xảy ra? Chính vì

vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 57 bệnh nhân mắc Kawasaki” nhằm mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Kawasaki tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ năm 2019 -2023.
2. Nhận xét kết quả điều trị những bệnh nhân trên.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân chẩn đoán xác định là bệnh Kawasaki, điều trị nội trú, ngoại trú tại khoa Tim mạch lồng ngực bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki dựa vào các tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch Mỹ [2]:

- Sốt ít nhất 5 ngày, sốt cao, không đáp ứng với kháng sinh (đây là dấu hiệu bắt buộc).

- Kèm theo 4 trong 5 triệu chứng sau:

1. Ban đỏ dạng toàn thân (không có mụn nước).
2. Viêm kết mạc hai bên không xuất tiết.
3. Biến đổi khoang miệng: Môi đỏ, lưỡi đỏ hình quả dâu tây.
4. Biến đổi đầu chi: Phù nề mu bàn tay, bàn chân, đỏ tía lòng bàn tay, bàn chân, bong da quanh móng chân, móng tay.
5. Viêm hạch cổ một hoặc hai bên, đường kính $\geq 1,5$ cm.

Nếu chỉ có 4 biểu hiện thì phải kèm theo dấu hiệu giãn hay phình ĐMV.

Tiêu chuẩn tổn thương động mạch vành [2]:

Bệnh nhân có ít nhất một trong các biểu hiện sau trên siêu âm tim:

- Giãn ĐMV khi đường kính ≥ 3 mm với trẻ 5 tuổi và = 4mm với trẻ >5 tuổi.
- Phình ĐMV khi đường kính = 3mm.

- Đường kính trong của 1 đoạn ĐMV = 1,5 lần đoạn kế cận.

- Bất thường rõ rệt lòng mạch vành, tăng sáng quanh mạch máu hoặc đường kính lòng mạch không giảm dần.

Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu, đảm bảo dùng thuốc đúng hướng dẫn và đủ thời gian.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án không đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Tim mạch lồng ngực bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ ngày 30/01/2019 đến ngày 30/3/2023.

Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh có sử dụng số liệu hồi cứu và tiến cứu.

- Hồi cứu 30/01/2019 đến 30/12/2022. Tiến cứu từ 01/01/2023 đến 30/3/2023.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân mắc Kawasaki trong thời gian nghiên cứu.

- Chọn mẫu theo phương pháp tiện ích, lấy bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu vào nghiên cứu.

Chỉ số, biến số theo nội dung nghiên cứu

Thông tin đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới

Lâm sàng, cận lâm sàng

Nhiệt độ khi vào viện, chẩn đoán khi vào viện, sốt và thời gian sốt, biểu hiện lâm sàng, các biểu hiện lâm sàng khác, thể bệnh, công thức máu, CRP.

Kết quả điều trị

Kết quả điều trị chung, biến chứng

Thu thập thông tin nghiên cứu

- Khám bệnh nhân toàn diện và làm xét nghiệm cần thiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế từ trước.

- Nghiên cứu kỹ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân Kawasaki và thu thập thông tin cần thiết vào mẫu bệnh án đã được thiết kế từ trước.

- Làm xét nghiệm: công thức máu, CRP, siêu âm tim.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý nhờ phần mềm SPSS 26.0.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu này, có 57 bệnh nhi được chẩn đoán Kawasaki đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được lựa chọn. Kết quả được trình bày dưới đây:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong 57 bệnh nhân, nam gặp nhiều hơn nữ (64,9% so với 35,1%), sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi của các bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 6 tháng	2	3,5
6 - 24 tháng	46	80,7
2- 5 tuổi	8	14,0
> 5 tuổi	1	1,8
Tổng	57	100

Nhận xét: Đa đa số bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki có độ tuổi từ 6 đến 24 tháng (80,7%), tiếp theo là bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 2 đến 5 tuổi (14,0%). Chỉ 1,8% số bệnh nhân có độ tuổi trên 5 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Thân nhiệt khi vào viện

Thân nhiệt	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt nhẹ	7	12,3
Sốt vừa	30	52,6
Sốt cao	20	35,1
Tổng	57	100

Nhận xét: Đại đa số bệnh nhân vào viện do sốt vừa và sốt cao ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$). Chỉ 12,3% số bệnh nhân vào viện do sốt nhẹ ($< 38,5^{\circ}\text{C}$).

Bảng 3.3. Chẩn đoán ban đầu khi nhập viện

Chẩn đoán	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Theo dõi Kawasaki	48	84,2
Tình trạng nhiễm khuẩn	17	29,8
Viêm hạch	7	12,3
Viêm họng	5	8,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi Kawasaki ở thời điểm nhập viện lên tới 84,2%. Tuy nhiên cũng có tới 29,8% số bệnh nhân được chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn hoặc viêm hạch (12,3%) và viêm họng (8,8%).

Bảng 3.4. Các biểu hiện lâm sàng

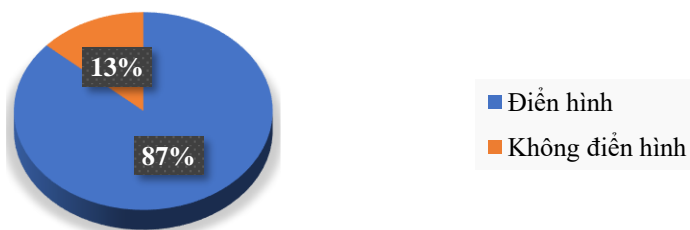
Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Môi đỏ hoặc phỏng rộp	47	82,5
Lưỡi đỏ, nổi gai	45	78,9
Đỏ lan tỏa niêm mạc miệng	12	21,1
Viêm kết mạc hai bên	38	67,0
Phù nề bàn tay, chân	30	52,6
Đỏ tím bàn tay, chân	8	14,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có môi đỏ hoặc phỏng rộp lên tới 82,5%, dấu hiệu lưỡi đỏ, nổi gai cũng gặp ở 78,9%. Bệnh nhân có tổn thương niêm mạc miệng gặp ít hơn với tỷ lệ 21,1%. Có 67% viêm kết mạc hai bên, 52,6% phù nề bàn tay, chân, 14,0% đỏ tím bàn tay, chân.

Bảng 3.5. Các biểu hiện lâm sàng khác

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ban đỏ đa dạng	42	73,7
Viêm hạch góc hàm	41	71,9
Nhịp tim nhanh	13	22,8
Quấy khóc	3	5,3
Tiêu chảy	2	3,5

Nhận xét: Có tới 73,7% số bệnh nhân có ban đỏ đa dạng trên da. Tỷ lệ viêm hạch góc hàm là 71,9%. Các dấu hiệu khác có thể gặp là nhịp tim nhanh (22,8%), quấy khóc 5,3% và tiêu chảy cấp (3,5%).



Hình 3.1. Phân bố thể bệnh (n=57)

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, 52 bệnh nhân được chẩn đoán thể bệnh, trong đó có 86,5% số bệnh nhân có thể bệnh điển hình, 13,5% số bệnh nhân có thể bệnh không điển hình.

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.6. Kết quả công thức máu

Chỉ số	Trung bình \pm SD	Min	Max
Bạch cầu (G/L)	16,6 \pm 6,04	4,79	38,3
Bạch cầu đa nhân (G/L)	10,4 \pm 5,4	1,55	22,5
Hồng cầu (T/L)	4,2 \pm 0,4	3,22	5,05
Hemoglobin (g/L)	106,3 \pm 10,5	83,6	131
Tiểu cầu (G/L)	352,6 \pm 93,2	75	567

Nhận xét: Giá trị trung bình của bạch cầu là 16,6 \pm 6,04 G/L tăng cao hơn rất nhiều so với giá trị bình thường. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận giá trị trung bình của tiểu cầu tăng cao (352,6 \pm 93,2 G/L). Trong khi giá trị trung bình của hồng cầu và hemoglobin trong giá trị bình thường.



Hình 3.2. Phân bố bệnh nhân theo CRP (n=57)

Nhận xét: Nếu lấy ngưỡng > 30 mg/L, kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 84% số bệnh nhân có tăng chỉ số này.

Bảng 3.7. Tổng thương ĐMV trên siêu âm

Vị trí tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương ĐMV	10	17,5
ĐMV trái	9	15,8
ĐMV 2 bên	4	7,0
Thân chung ĐMV	1	1,8

Nhận xét: Ở thời điểm trước điều trị có 17,5% số bệnh nhân có tổn thương ĐMV trên siêu âm, trong đó tổn thương ĐMV trái là 9 bệnh nhân (15,8%), tổn thương ĐMV 2 bên chiếm 7,0%, chỉ có 1 bệnh nhân có vị trí tổn thương tại thân chung ĐMV.

Kết quả điều trị

Bảng 3.8. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ổn định - Khỏi bệnh	35	61,4
Chuyển viện lên tuyến trên	13	22,8
Không thay đổi	9	15,8

Nhận xét: Bảng 3.12. cho thấy trong số 57 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki, 35 bệnh nhân (61,4%) được điều trị ổn định hoặc khỏi bệnh. Có 22,8% số bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên để tiếp tục điều trị tuy nhiên cũng có 9 bệnh nhân (15,8%) có tình trạng bệnh không thay đổi.



Hình 3.3. Tỷ lệ biến chứng (n=57)

Nhận xét: Trong số 37 bệnh nhân đủ điều kiện để đánh giá biến chứng, chúng tôi ghi nhận có 28 bệnh nhân (75,7%) không có biến chứng. Trong khi đó, có 9 bệnh nhân có biến chứng giãn ĐMV (24,3%). Không ghi nhận các biến chứng khác như nhồi máu cơ tim hoặc suy tim.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Một số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bệnh Kawasaki là tình trạng viêm mạch máu toàn thân gây bệnh ở trẻ em dưới 5 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki có độ tuổi từ 6 đến 24 tháng (80,7%), tiếp theo là bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 2 đến 5 tuổi (14,0%). Chỉ 1,8% số bệnh nhân có độ tuổi trên 5 tuổi (bảng 3.1). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Một nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến thực hiện trên 48 bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 3 năm 2020 cho thấy có tới 75% số bệnh nhân có độ tuổi từ 6 tháng đến 24 tháng tuổi. Trẻ trên 24 tháng chỉ gặp ở 10,4% số bệnh nhân [4]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy bệnh nhân nam gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ (64,9% so với 35,1%), tỷ lệ nam/nữ là 1,85/1; sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi là đồng nhất với Trần

Thị Hải Yến, tỷ lệ bệnh nhân nam là 56% so với 44% là nữ [4]. Tại Nhật Bản, theo Nakamura, tỷ lệ nam/nữ là 1,31/1 [5], trong khi đó, theo một báo cáo được thực hiện tại Đài Loan, tỷ lệ này là 1,62/1 [6].

Bảng 3.2 cho thấy đại đa số bệnh nhân vào viện do sốt vừa và sốt cao ($\geq 38,5^\circ\text{C}$). Chỉ có 12,3% số bệnh nhân vào viện do sốt nhẹ ($< 38,5^\circ\text{C}$). Kết quả này cho thấy, 100% số bệnh nhân Kawasaki đều có sốt. Y văn đều ghi nhận dấu hiệu sốt cao là triệu chứng hay gặp nhất của Kawasaki. Thường sốt cao trên $38,5^\circ\text{C}$ và ít đáp ứng với thuốc hạ sốt. Sốt có thể liên tục hoặc ngắt quãng. Theo Trần Thị Hải Yến sốt trong bệnh Kawasaki thường gặp là sốt cao trên 39°C (81,2%), không gặp trường hợp nào sốt nhẹ đơn thuần [4].

Bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi Kawasaki ở thời điểm nhập viện lên tới 84,2%. Tuy nhiên cũng có tới 29,8% số bệnh nhân được chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn hoặc viêm hạch (12,3%) và viêm họng (8,8%). Nguyên nhân của tình trạng chẩn đoán nhầm các bệnh lý khác như

tình trạng nhiễm khuẩn, viêm họng hoặc viêm hạch là do bệnh cảnh lâm sàng của Kawasaki đa dạng, ở một số trường hợp có biểu hiện không điển hình hoặc triệu chứng rất giống các bệnh lý khác. Tương tự, theo báo cáo của Trần Thị Hải Yến, có tới 35,5% số bệnh nhân không được chẩn đoán Kawasaki ở thời điểm nhập viện [4].

Hai phần ba số bệnh nhân có viêm kết mạc mắt hai bên (67.7%). Đặc điểm mắt đỏ trong bệnh Kawasaki là mắt đỏ và đều hai bên, không rỉ mủ. Đặc điểm này giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý viêm kết mạc mắt thông thường. Theo Hiệp hội tim Hoa Kỳ, 89% số bệnh nhân Kawasaki có viêm kết mạc hai bên [7].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có môi đỏ hoặc phỏng rộp lên tới 82,5%; dấu hiệu lưỡi đỏ, nổi gai cũng gặp ở 78,9%. Bệnh nhân có tổn thương niêm mạc miệng gặp ít hơn với tỷ lệ 21,1% (bảng 3.4). Kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hải Yến cho thấy có 93,8% số bệnh nhân có biến đổi khoang miệng, đồng thời đây là các dấu hiệu đặc trưng của Kawasaki.

Trên 50% số bệnh nhân có biến đổi đầu chi dạng phù nề bàn tay, chân. Trong khi tình trạng đỏ tím bàn tay, chân gặp ở 14,0% số bệnh nhân (hình 3.5). Các thay đổi ở các chi thường là biểu hiện ở giai đoạn muộn của bệnh. Trẻ thường bị phù nề mu bàn tay, bàn chân kèm theo ban đỏ lan tỏa trong lòng bàn tay, chân. Ở giai đoạn muộn, bệnh thường đặc trưng bởi sự bong vảy dạng mảng, tấm và bắt đầu ở vùng quanh các nếp gấp móng tay. Theo Đặng Hải Vân, bong da quanh móng tay, móng chân là dấu hiệu có giá trị nhưng thường xuất hiện muộn ở tuần thứ 2 của bệnh [2].

Bảng 3.5 cho thấy, có tới 73,7% số bệnh nhân có ban đỏ đa dạng trên da. Tỷ lệ viêm hạch góc hàm là 71,9%. Các dấu hiệu khác có thể gặp là nhịp tim nhanh (22,8%), quấy khóc

5,3% và tiêu chảy cấp (3,5%). Viêm hạch cổ là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân Kawasaki.

Đặc điểm cận lâm sàng

Giá trị trung bình của bạch cầu là $16,6 \pm 6,04$ G/L tăng cao hơn rất nhiều so với giá trị bình thường. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận giá trị trung bình của tiểu cầu tăng cao ($352,6 \pm 93,2$ G/L). Trong khi giá trị trung bình của hồng cầu và hemoglobin trong giá trị bình thường (bảng 3.6).

Kết quả xét nghiệm sinh hóa cho thấy yếu tố viêm CRP tăng cao ở hầu hết bệnh nhân, giá trị trung bình của CRP là $75,1 \pm 41,4$ mg/L. Nếu lấy ngưỡng > 30 mg/L, kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 84% số bệnh nhân có tăng chỉ số này (hình 3.2). Kết quả nghiên cứu cho thấy yếu tố viêm CRP tăng cao ở hầu hết các bệnh nhân. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều khẳng định tăng CRP là yếu tố rất có giá trị trong chẩn đoán Kawasaki. Theo Đặng Hải Vân, giá trị trung bình của CRP là $83,6 \pm 68,9$ mg/L [3]. Kết quả của Trần Thị Hải Yến, có tới 91,7% số bệnh nhân có tăng CRP, trong đó giá trị trung bình của CRP tăng lên tới $90,6 \pm 14,0$ mg/L [4].

Ở thời điểm trước điều trị có 17,5% số bệnh nhân có tổn thương ĐMV trên siêu âm, trong đó tổn thương ĐMV trái là 9 bệnh nhân (15,8%), tổn thương ĐMV hai bên chiếm 7,0%, chỉ có 1 bệnh nhân có vị trí tổn thương tại thân chung ĐMV (bảng 3.7). Kết quả của chúng tôi là tương đồng với kết quả của Trần Thị Hải Yến, theo đó tỷ lệ có tổn thương ĐMV trái là 14,7%, ĐMV phải là 4,2% và ĐMV hai bên là 6,3% [4]. Có sự khác biệt không nhiều về kết quả tổn thương ĐMV trong nghiên cứu của Đặng Hải Vân, theo đó tỷ lệ có tổn thương giãn ĐMV gặp ở 22% số bệnh nhân [3] (bảng 3.7).

Kết quả điều trị

Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ khuyến cáo điều trị Kawasaki bằng phác đồ phối hợp IVIG và Aspirin [7]. IVIG lần đầu tiên được sử dụng để điều trị

bệnh Kawasaki vào những năm 1980. Từ đó đến nay liệu pháp này đã chữa khỏi cho đại đa số các trường hợp mắc Kawasaki và trở thành phác đồ chuẩn điều trị bệnh Kawasaki ở trẻ em. Phác đồ này cho hiệu quả tốt nhất khi điều trị cho những bệnh nhân có thời gian tiến triển bệnh dưới 10 ngày. Ở những bệnh nhân có thời gian tiến triển trên 10 ngày, IVIG cho thấy kém hiệu quả hơn tuy nhiên IVIG vẫn được khuyến cáo điều trị cho những bệnh nhân này [8]. Liều dùng của IVIG là 2g/kg liều duy nhất, truyền kéo dài trong vòng ít nhất 12 giờ [20].

Do có khả năng kháng viêm và kháng ngưng tập tiểu cầu, nên Aspirin được sử dụng phối hợp với IVIG để điều trị bệnh Kawasaki trong giai đoạn cấp [9]. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, liều dùng của Aspirin là 80-100 mg/kg/ngày chia là 4 lần, sau đó là 3-5 mg/kg/ngày kéo dài 6-8 tuần [16]. Một số hạn chế khi điều trị bằng Aspirin kéo dài là trẻ có nguy cơ xuất hiện hội chứng Reys. Mặt khác, liệu pháp điều trị bằng Aspirin cũng cho thấy không có khả năng giảm tỷ lệ xuất hiện biến chứng giãn ĐMV hay giảm tỷ lệ kháng IVIG [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 57 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki, 35 bệnh nhân (61.4%) được điều trị ổn định hoặc khỏi bệnh. Có 22,8% số bệnh nhân được chuyển lên tuyến trên để tiếp tục điều trị tuy nhiên cũng có 9 bệnh nhân (15,8%) có tình trạng bệnh không thay đổi (bảng 3.8). Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị ổn định – khỏi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với kết quả của Trần Thị Hải Yến, theo đó, tỷ lệ điều trị ổn định - khỏi lên tới 92,3% (4). Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân xin ra viện hoặc xin chuyển lên tuyến trên cao dẫn đến sự đánh giá không chính xác hiệu quả điều trị.

Trong số 37 bệnh nhân đủ điều kiện để đánh giá biến chứng, chúng tôi ghi nhận có 28 bệnh

nhân (75,7%) không có biến chứng. Trong khi đó, có 9 bệnh nhân có biến chứng giãn ĐMV (24,3%). Không ghi nhận các biến chứng khác như nhồi máu cơ tim hoặc suy tim (hình 3.3). Biến chứng giãn ĐMV là biến chứng thường gặp trong bệnh Kawasaki. Kết quả nghiên cứu của Đặng Hải Vân cũng cho thấy tỷ lệ biến chứng giãn ĐMV lên tới 29,8%. Theo tác giả, chẩn đoán muộn là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng giãn ĐMV [3]. Vì vậy, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời bệnh Kawasaki sẽ góp phần hạn chế sự xuất hiện các biến chứng giãn ĐMV.

KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bệnh Kawasaki phổ biến ở trẻ từ 6 đến 24 tháng (80,7%), trẻ nam hơn trẻ nữ (64,9% so với 35,1%).

Sốt (93,0%), viêm kết mạc mắt hai bên (67,7%); môi đỏ hoặc phỏng rộp (82,5%); lưỡi đỏ, nổi gai (78,9%); ban đỏ đa dạng trên da (73,7%), viêm hạch góc hàm (71,9%); biến đổi đầu chi dạng phù nề (50%) là bệnh cảnh của Kawasaki.

Có 38,6% bệnh nhân được chẩn đoán trong 5 ngày đầu. Thẻ điển hình chiếm 86,5% và không điển hình là 13,5%.

Số lượng bạch cầu, tiểu cầu, CRP đều tăng cao ở hầu hết bệnh nhân, đáng lưu ý có 82,5% trường hợp có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/L. Tổn thương động mạch vành là 17,5%, động mạch vành trái 15,8%, và động mạch vành hai bên 7,0%.

Kết quả điều trị

Có 61,4% trường hợp ổn định hoặc khỏi bệnh; 22,8% được chuyển lên tuyến trên; 15,8% bệnh không thay đổi. Có 75,7% bệnh nhân không có biến chứng; 24,3% biến chứng giãn động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Tuấn (2020), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

- đã ứng sau truyền Gammaglobulin lần đầu trong giai đoạn cấp Bệnh Kawasaki tại Khoa Tim mạch Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ từ năm 2017-2019”, Hội nghị Nhi khoa 2020.
2. Đặng Hải Vân, Lê Nam Trà, Hồ Sỹ Hà (2007), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng Bệnh Kawasaki ở trẻ em”, Tạp chí nghiên cứu Y học Phụ trương 55(6) -2007.
 3. Nguyễn Thị Thu Hiền, Đặng Thị Hải Vân (2018), “Một số yếu tố liên quan đến chẩn đoán muộn bệnh Kawasaki ở trẻ em”, Tạp chí Nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, DOI: 10.25073/jprp.v0i4.20.
 4. Thị Hải Yến Trần, Văn Thức Phạm, Dương Tùng Anh Đình (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Bệnh Kawasaki tại bệnh viện Trẻ em Hải Phòng”, Tạp Chí Y học Việt Nam, 517(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v517i2.3226>
 5. Nakamura Y, Yashiro M, Uehara R, Sadakane A, Chihara I, Aoyama Y, Kotani K, Yanagawa H. “Epidemiologic features of Kawasaki disease in Japan: results of the 2007-2008 nationwide survey”. J Epidemiol. 2010;20(4):302-7. doi: 10.2188/jea.je20090180. Epub 2010 Jun 5. PMID: 20530917; PMCID: PMC3900790.
 6. Huang WC, Huang LM, Chang IS, Chang LY, Chiang BL, Chen PJ, Wu MH, Lue HC, Lee CY; Kawasaki Disease Research Group. “Epidemiologic features of Kawasaki disease in Taiwan”, 2003-2006. Pediatrics. 2009 Mar;123(3):e401-5. doi: 10.1542/peds.2008-2187. Epub 2009 Feb 23. PMID: 19237439.
 7. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC, Shulman ST, Bolger AF, Ferrieri P, Baltimore RS, Wilson WR, Baddour LM, Levison ME, Pallasch TJ, Falace DA, Taubert KA; Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease; American Academy of Pediatrics. “Diagnosis, treatment, and 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. Circulation. 2004 Oct 26;110(17):2747-71. doi: 10.1161/01.CIR.0000145143.19711.78. PMID: 15505111.
 8. Bayers, S., Shulman, ST., Paller, AS. J Am AcadDermatol. Vol. 69. Elsevier Inc; 2013. “Kawasaki disease: Part II. Complications and treatment”; p. 513.e1-513.e8. Internet Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.06.040>
 9. Rowley AH. “The Complexities of the Diagnosis and Management of Kawasaki Disease”. Infect Dis Clin North Am. 2015; 29(3):525–37. [PubMed: 26154665].
 10. Hsieh K, Weng K, Lin C, Huang T, Lee C, Huang S. “Treatment of Acute Kawasaki Disease: Aspirin 's Role in the Febrile stage revisited”. Pediatrics. 2004; 114(6): e689–693. [PubMed: 15545617].