

Chú thích các từ viết tắt
BN: bệnh nhân. ĐTNK: điều trị nội khoa.
CTMV: can thiệp mạch vành. NC: nghiên cứu.
TMCB: thiếu máu cục bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Vạn Phước, Trương Quang Bình**, (2006), "Lịch sử, dịch tễ học và tầm quan trọng của bệnh động mạch vành", *Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh, pp. Tr. 1-12.

2. **Nguyễn Thượng Nghĩa**, (2010), *Giá trị của một số phương pháp chẩn đoán bệnh mạch vành so sánh với chụp động mạch vành cân quang*, Luận án Tiến sĩ Y học, Khoa Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. **Allman, K. C.**, et al. (2002), "Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis", *J Am Coll Cardiol.* 39(7), pp. 1151-8.

4. **Sharir, T.**, et al. (2019), "Survival benefit of coronary revascularization after myocardial perfusion SPECT: The role of ischemia", *J Nucl Cardiol* (11-Nov), pp. 14-21.

5. **Page, B. J.**, et al. (2015), "Revascularization

of chronic hibernating myocardium stimulates myocyte proliferation and partially reverses chronic adaptations to ischemia", *J Am Coll Cardiol.* 65(7), pp. 684-97.6. **Aye, T. and Graham, R.** (2017), "Risk stratification in stable coronary artery disease", *Continuing Cardiology Education.* 3(1), pp. 37-43.

6. **Mai Hồng Sơn, Lê Ngọc Hà, Nguyễn Thanh Hương** (2016), Vai trò của 18 FDG PET/CT trong đánh giá khả năng sống của cơ tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim, *Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 15.*

7. **Acampa W., Cuocolo A., Petretta M.** et al. (2002), "Tetrofosmin imaging in the detection of myocardial viability in patients with previous myocardial infarction: comparison with sestamibi and TI-201 scintigraphy", *J Nucl Cardiol.* 9 (1), pp. 33-40.

8. **Allman K. C., Shaw L. J., Hachamovitch R.** et al. (2002), "Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis", *J Am Coll Cardiol.* 39 (7), pp. 1151-1158.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CƠN HEN CẤP CÓ NHIỄM VIRUS ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

LỮ THỊ HÒA, LÊ THỊ HỒNG HANH,
PHÙNG THỊ BÍCH THUY, TRẦN PHƯƠNG THẢO
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản là một bệnh hô hấp mạn tính phổ biến, có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi. Một khi không kiểm soát được sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng đến cuộc sống hàng ngày cũng như gây tử vong.

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cơn hen phế quản cấp có nhiễm virus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 79 bệnh nhân có cơn hen cấp trong thời gian từ 7/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 79 bệnh nhi tại khoa Miễn dịch – Dị ứng chia làm 2 độ tuổi dưới 5 tuổi và từ 5-16 tuổi. Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi nhiều hơn và trẻ nam ít hơn trẻ nữ. Triệu chứng khó thở khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,2%; tiếp đến là triệu chứng ho chiếm 70,9%; 60,8% bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm, mức độ nhẹ chỉ chiếm 11,4%. Các chỉ số cận lâm sàng cho thấy ở bệnh nhân hen phế quản CRP cao chiếm từ 43-45,2% ở cả hai nhóm tuổi, chỉ số bạch cầu tăng là 24,1% trong đó bạch cầu trung tính chiếm cao nhất với 78,5%. Tỷ lệ nhiễm virus

Chịu trách nhiệm: Lữ Thị Hòa
Email: luhoa1981@gmail.com
Ngày nhận: 22/7/2020
Ngày phân biện: 26/8/2020
Ngày duyệt bài: 14/9/2020

Rhinovirus cao nhất lên tới 93,7%, tiếp đến là Boca virus, CoVNL63 chỉ có 5,1%, thấp nhất là Cov 43 chiếm 2,5%.

Kết luận: Hen phế quản trẻ em thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, các đặc điểm lâm sàng hay gặp với các triệu chứng khó thở ho, đa số bệnh nhân ở mức độ nặng. Các chỉ số về tăng bạch cầu và CRP cao chưa rõ ràng, virus thường gặp là Rhinovirus.

Từ khóa: Hen phế quản, cơn hen cấp, virus đường hô hấp, trẻ em.

SUMMARY

Background: Asthma is one of the most common chronic respiratory, which can start every age. If it is uncontrolled, it will cause serious consequences to everyday life as well as death.

Objective: To describe characteristic of clinical and subclinical features of acute asthma attack with viral infection in children at Allergy and Clinical Immunology department at Vietnam National Children's Hospital.

Setting and method: Across-sectional descriptive study was conducted on 79 patients diagnosed with asthma and Respiratory viral infections from 07/2019 to 06/2020.

Results: The Study was performed on 79 patients at Allergy and Clinical Immunology department divided into two groups (under 5 years old and from 5 to 16 years old). Symptoms of dyspnea at rest accounted for the highest percentage, accounting for 72.2%; followed by cough symptoms accounted for 70.9%. Severe asthma was 60.8%, the light level only accounts for 11.4%. Subclinical indicators showed that the high CRP accounted for 43 - 45.2% in two age groups, the leukocytes increased with 24.1%, in which the high neutrophils accounted for the highest with 78.5%. The rate of Rhinovirus infection was highest up to 93.7%, followed by Boca virus, CoVNL63 was only 5.1%, lowest was Cov 43, accounting for 2.5%.

Conclusion: Asthma in children was common in children under 5 years old. Clinical features were common with dyspnea and cough symptoms; Most of patient were severe. The indicators of leukocytosis and high CRP were not clear; the common virus was Rhinovirus.

Keywords: Asthma, acute Asthma, Respiratory viral infections, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là một bệnh mạn tính phổ biến, có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi. Một khi không kiểm soát được sẽ gây ra những hậu quả

ngghiêm trọng đến cuộc sống hàng ngày cũng như gây tử vong, tỷ lệ hen phế quản ngày càng gia tăng ở các nước, đặc biệt là ở trẻ em[1].

Từ thập niên 1970, nhiễm virus đường hô hấp được xác định là một trong các yếu tố khởi phát cơn hen cấp ở cả trẻ em và người lớn. Virus được tìm thấy khoảng 80% trong các giai đoạn khò khè của trẻ học đường và từ 50% đến 75% trong các giai đoạn khò khè cấp tính của người lớn. Một số virus đường hô hấp được tìm thấy trong giai đoạn này như Rhinovirus, virus hợp bào hô hấp, virus cúm, cúm, adenovirus, coronavirus. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng cơn hen phế quản khởi phát do virus thường nặng và mức độ bệnh trầm trọng hơn các yếu tố khác. Cho nên khi phát hiện yếu tố khởi phát cơn hen cấp là virus giúp bác sĩ lâm sàng xác định tiên lượng và điều trị ở những bệnh nhân hen phế quản có nhiễm virus[2].

Nghiên cứu tiền cứu của Hua Liao, Zifeng Yang, Chunguang Yang, và cộng sự về tác động của nhiễm virus đối với đợt cấp của hen phế quản cho thấy tỷ lệ phát hiện virus dương tính qua PCR ở bệnh nhân hen cấp tính là 34,2% (24/70) cao hơn đáng kể so với hen ổn định (12/65; 18,5%; $p = 0,038$) và số lượng bản sao virus cao hơn đáng kể ở bệnh nhân hen cấp tính so với hen ổn định. Mức độ ho ở ngày 1 và 3 ở nhóm dương tính với virus cao hơn đáng kể so với nhóm âm tính với virus (ngày 1: $p = 0,016$; ngày 3: $p = 0,004$) [3]. Các nghiên cứu ở Việt Nam cũng cho thấy vai trò của các Rhinovirus trong khởi phát hen phế quản cấp ở trẻ em, theo tác giả Lê Thị Lệ thì tỷ lệ nhiễm Rhinovirus trong cơn hen phế quản cấp là 72,6% [4]; Nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Thuý cho thấy tỷ lệ nhiễm Rhinovirus trong cơn hen cấp là 54,8%. Tỷ lệ nhiễm RV thay đổi theo từng nhóm tuổi [5].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về hen phế quản ở các lĩnh vực khác nhau. Ở Việt Nam, gần đây cũng có nhiều nghiên cứu về hen phế quản, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về liên quan virus đến cơn hen phế quản ở trẻ em. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cơn hen phế quản cấp có nhiễm virus ở trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

79 bệnh nhi có cơn hen phế quản cấp từ 1 đến 16 tuổi theo GINA 2018 điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Các bệnh nhi đủ tiêu chuẩn được tiến hành khai thác tiền sử, bệnh sử,

khám lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán nhiễm virus bằng phương pháp test nhanh hoặc PCR đa mồi.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 06 năm 2020 tại Khoa Miễn dịch Bệnh viện Nhi Trung ương.

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

4. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hóa và được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học cơ bản.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 79 bệnh nhi, kết quả về đặc điểm đối tượng nghiên cứu được mô tả ở bảng 3.1. Nhóm bệnh nhi được chia thành 2 nhóm với độ tuổi dưới 5 tuổi và từ 5-16 tuổi dựa trên phác đồ điều trị thuốc của trẻ. Tỷ lệ nam ít hơn nữ tương ứng với 37 và 42 bệnh nhi và nhóm bệnh nhi dưới 5 tuổi cao hơn nhóm từ 5-16 tuổi.

Các yếu tố nghi ngờ làm khởi phát cơn hen cho thấy cơn hen được khởi phát trên bệnh nhi sau nhiễm khuẩn hô hấp (44,3%), tiếp sau là sự thay đổi thời tiết (39,2%) các yếu tố khác không có nhiều ảnh hưởng nhiều.

Bảng 10: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi		Trẻ <5 tuổi		Trẻ 5-16 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Giới</i>								
Nam	23	46,0	14	48,3	37	46,8		
Nữ	27	54,0	15	51,7	42	53,2		
Tổng	50	63,3	29	36,7	79	100,0		
<i>Yếu tố nghi ngờ làm khởi phát cơn hen</i>								
Thay đổi thời tiết	16	43,2	15	35,7	31	39,2		
Người mùi khói	1	2,7	4	9,5	5	6,3		
Ăn thức ăn lạ	1	2,7	2	4,8	3	3,8		
Thay đổi cảm xúc	1	2,7	2	4,8	3	3,8		
Khi gắng sức	5	13,5	9	21,4	14	17,7		
Sau Nhiễm khuẩn hô hấp cấp	18	48,6	17	40,5	35	44,3		
Tiếp xúc với lông súc vật	4	10,8	3	7,1	7	8,9		

2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu được mô tả ở bảng 3.2. Kết quả cho thấy, triệu chứng khó thở khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,2%; tiếp đến là triệu chứng ho chiếm 70,9%, khò khè chiếm 60,8%, co kéo cơ hô hấp chiếm 43,0% và thấp nhất là triệu chứng khó thở khi nói, khóc (6,3%). Trong đó, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các triệu chứng ho, khò khè, tức ngực giữa nhóm tuổi dưới 5 tuổi và từ 5 tuổi trở lên. Trong đó, ho: ở nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (91,9%), khò khè: ở nhóm dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (86,5%), tức ngực: hay gặp ở nhóm từ 5 đến 16 tuổi (61,9%). Tỷ lệ có rale rít cao nhất chiếm 77,2%, thấp nhất là rale ẩm chiếm 16,5%. Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng ở các nhóm tuổi ($p>0,05$). Co kéo cơ hô hấp: ở nhóm dưới 5 tuổi gặp nhiều hơn (67,7%)

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng	Trẻ <5 tuổi		Trẻ 5-16 tuổi		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
Ho	34	91,9	22	52,4	56	70,9	<0,001
Khò khè	32	86,5	16	38,1	48	60,8	<0,001
Cò cừ	6	16,2	14	33,3	20	25,3	>0,05
Tức ngực	5	13,5	26	61,9	31	39,2	<0,001

Khó thở							
Khi vận động	7	18,9	10	23,8	17	21,5	>0,05
Khi nói, khóc	2	5,4	3	7,1	5	6,3	
Khi nghỉ	28	75,7	29	69,0	57	72,2	
Co kéo cơ hô hấp	25	67,7	9	21,4	34	43,0	<0,001
Rale rít	27	73,0	34	81,0	61	77,2	>0,05
Rale rày	20	54,1	22	52,4	42	53,2	>0,05
Rale ẩm	9	24,3	4	9,5	13	16,5	>0,05

Về triệu chứng thực thể nghiên cứu chia thành ba mức độ: nhẹ, trung bình và nặng trong đó nhóm bệnh nhi ở mức độ nặng chiếm 60,8%, trung bình là 27,8% và nhẹ chỉ chiếm 11,4%; chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi về mức độ nặng của hen phế quản ($p>0,05$) (bảng 3)

Bảng 3. Mức độ nặng của hen phế quản

Triệu chứng	Trẻ <5 tuổi		Trẻ 5-16 tuổi		Tổng		P
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	3	8,1	6	14,3	9	11,4	>0,05
Trung bình	9	24,3	13	31,0	22	27,8	
Nặng	25	67,6	23	54,8	48	60,8	

3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

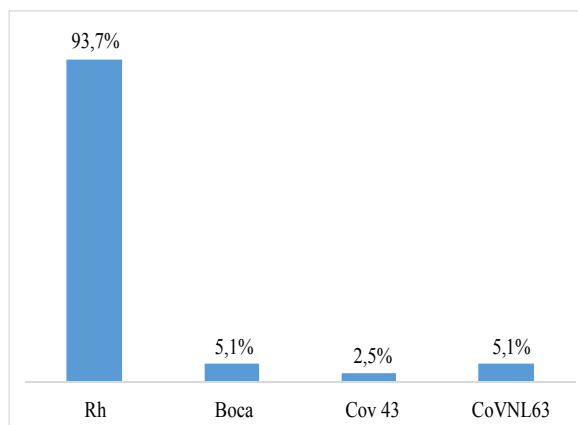
Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu được mô tả ở bảng 4. Kết quả cho thấy, tỷ lệ tăng bạch cầu là 24,1%; trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu trung tính cao nhất (78,5%), tiếp đến là tăng bạch cầu ưa acid chiếm 70,9%, thấp nhất là tăng bạch cầu lympho chiếm 20,3%. Tỷ lệ CRP tăng là 43,0% trong đó ở nhóm từ 5 đến 16 tuổi chiếm 45,2% cao hơn so với nhóm dưới 5 tuổi (40,5%) tuy nhiên sự khác biệt chưa rõ ràng với $p>0,05$.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Cận lâm sàng	Trẻ <5 tuổi		Trẻ 5-16 tuổi		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bạch cầu tăng	7	18,9	12	28,6	19	24,1	>0,05
Lympho	10	27,0	6	14,3	16	20,3	>0,05
Bạch cầu trung tính	29	78,4	33	78,6	62	78,5	>0,05
Bạch cầu ưa acid	24	64,9	32	76,2	56	70,9	>0,05
CRP tăng	15	40,5	19	45,2	34	43,0	>0,05

4. Phân bố tỷ lệ nhiễm virus của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật realtime PCR đa môi trường chẩn đoán các loại virus: Rhinovirus, Bocavirus, và nhóm Coronavirus gồm các subtype: CoV OC43, CoV NL63 và CoV 229E được mô tả ở đồ thị 3.1. Kết quả cho thấy, tỷ lệ nhiễm virus Rhinovirus cao nhất lên tới 93,7%, tiếp đến là Boca virus, CoVNL63 chỉ có 5,1%, thấp nhất là Cov 43 chiếm 2,5%.



Biểu đồ 3. Phân bố tỷ lệ nhiễm virus của bệnh nhi

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Hen phế quản là một bệnh lý mang tính toàn cầu. Khi không kiểm soát được sẽ gây ra những giới hạn nghiêm trọng đến cuộc sống hàng ngày cũng như gây ra tử vong. Tỷ lệ mắc bệnh hen phế quản ngày càng gia tăng ở các nước, đủ mọi lứa tuổi và đặc biệt là ở trẻ em. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tuổi từ 5 đến 16 tuổi chiếm 53,2% còn lại 46,8% là nhóm tuổi dưới 5 tuổi. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy nhóm tuổi mắc hen chủ yếu ở trẻ em. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Hanh năm 2011 cho thấy có 53/73 bệnh nhi dưới 5 tuổi, còn lại là 20/73 bệnh nhi từ 5 đến 10 tuổi [6].

Có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá trình khởi phát và biểu hiện của hen phế quản. Có những yếu tố vừa gây hen phế quản, vừa gây đợt bùng phát hen phế quản tuy nhiên cơ chế ảnh hưởng đến quá trình phát triển và biểu hiện của hen phế quản thì phức tạp và có sự tương tác lẫn nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố khởi phát cơn hen chủ yếu là sau nhiễm khuẩn hô hấp cấp chiếm 44,3%, tiếp đến là thay đổi thời tiết (39,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp các nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Hanh, Phạm Lê Tuấn và cộng sự [6], [7]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy nhiễm trùng đường hô hấp có liên quan đến bệnh thờ khò khè ở mọi lứa tuổi và cũng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển và mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn [8].

2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong kết quả nghiên cứu, triệu chứng khó thở khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,2%; tiếp đến là triệu chứng ho chiếm 70,9%, khò khè chiếm 60,8% và thấp nhất là triệu chứng khó thở khi nói, khóc (6,3%). Trong đó, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các triệu chứng ho, khò khè, co kéo cơ hô hấp ở nhóm dưới 5 tuổi thường gặp nhiều hơn so với nhóm từ 5 đến 16 tuổi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; Bên cạnh đó biểu hiện tức ngực ở nhóm tuổi từ 5 tuổi đến 16 tuổi lại cao hơn so với nhóm tuổi dưới 5 tuổi. Có thể thấy các triệu chứng lâm sàng của hen phế quản trong đợt cấp rất đa dạng, phong phú và thay đổi theo từng cá thể và từng thời điểm. Kết quả khi nghe phổi cho thấy tỷ lệ có rale rít cao nhất chiếm 77,2%, thấp nhất là rale ẩm chiếm 16,5%. Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê giữa các triệu chứng ở các nhóm tuổi ($p > 0,05$). Co kéo cơ hô hấp chiếm 43,0%, tỷ lệ có co kéo cơ hô hấp hay gặp ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi (67,7%) trong khi đó ở nhóm từ 5 đến 16 tuổi chỉ có 21,4% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đa số bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm 60,8%, mức độ nhẹ chỉ chiếm 11,4%; chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi về mức độ nặng của hen phế quản ($p > 0,05$). Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng cơn hen phế quản khởi phát do virus thường nặng và mức độ bệnh trầm trọng hơn các yếu tố khác.

3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Kết quả xét nghiệm máu cho thấy, tỷ lệ bạch cầu tăng là 24,1%; trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu trung tính cao nhất (78,5%), tiếp đến là tăng bạch cầu ưa acid chiếm 70,9%, thấp nhất là tăng bạch cầu lympho chiếm 20,3%. Điều này cũng phù hợp bởi yếu tố khởi phát của hen phế quản chủ yếu là sau nhiễm khuẩn hô hấp cấp. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diệu Thúy cho thấy tỷ lệ trẻ em hen có nhiễm virus đường hô hấp có bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao hơn đáng kể so với trẻ em bị hen nhưng không nhiễm virus đường hô hấp [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ CRP tăng là 43,0% trong đó ở nhóm từ 5 đến 16 tuổi chiếm 45,2% cao hơn so với nhóm dưới 5 tuổi (40,5%) tuy nhiên sự khác biệt chưa rõ ràng với $p > 0,05$. Một số nghiên cứu đã ghi nhận mối liên quan tích cực giữa nồng độ hs-CRP và bệnh hen suyễn, suy hô hấp và tăng phản ứng phế quản hiện tại [10], [11]. Theo nghiên cứu của Haroon Ur Rashid và cộng sự tiến hành trên 60 bệnh nhân hen phế quản và 40 người khỏe mạnh cho thấy CRP cao hơn đáng kể ($p < 0,000$) ở bệnh nhân hen so với nhóm chứng. Ở bệnh nhân hen có đợt kịch phát, hs-CRP huyết thanh cao hơn đáng kể so với bệnh nhân hen được kiểm soát một phần và không được kiểm soát ($p < 0,006$) và đối tượng chứng ($p < 0,0001$); Tăng nồng độ protein phản ứng hs-C trong huyết thanh được đo bằng các xét nghiệm độ nhạy cao có thể liên quan đến tắc nghẽn luồng khí trong cơn hen cấp và có thể hữu ích như một dấu hiệu nhạy cảm và một công cụ chẩn đoán để phát hiện và theo dõi tình trạng viêm đường thở ở bệnh nhân hen cấp tính. Thậm chí, hs-CRP có thể được coi là một dấu hiệu đại diện cho tình trạng viêm đường thở ở hen phế quản. [12]. Theo nghiên cứu của Mahmoud Monadi và cộng sự trên 120 bệnh nhân và 115 đối tượng

chứng cho thấy CRP huyết thanh ở bệnh nhân hen phế quản tăng theo mức độ nghiêm trọng của bệnh, đồng thời kết luận rằng CRP có thể hữu ích trong việc dự đoán kiểm soát hen phế quản và đáp ứng với điều trị [13].

4. Phân bố tỷ lệ nhiễm virus của đối tượng nghiên cứu

Nhiễm virus đường hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây khởi phát cơn hen cấp. Rhinovirus và virus cúm là nguyên nhân phổ biến gây khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em [14]. Sự phát triển của bệnh hen suyễn liên quan đến các loại virus này có những cơ chế riêng biệt, nhưng nói chung, nhiễm virus đường hô hấp là một yếu tố nguy cơ của bệnh hen suyễn cơ địa sau này [15]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm virus Rhinovirus cao nhất lên tới 93,7%, tiếp đến là Bocavirus, CoVNL63 chỉ có 5,1%, thấp nhất là Cov 43 chiếm 2,5%. Nghiên cứu của Lê Thị Lệ Thảo năm 2011 về vai trò của Rhinovirus trong khởi phát hen phế quản cấp ở trẻ em. Nghiên cứu được thực hiện trên 146 bệnh nhi hen phế quản điều trị nội trú tại Khoa Miễn dịch - Dị ứng Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm Rhinovirus trong cơn hen phế quản cấp là 72,6%. Nhóm trẻ hen phế quản nhiễm virus hô hấp có biểu hiện lâm sàng không khác biệt nhóm không nhiễm virus, nhưng triệu chứng khô khè gặp nhiều hơn. Bệnh nhi hen phế quản nhiễm virus có nguy cơ mắc cơn hen cấp mức độ nặng cao gấp 5 lần nhóm không nhiễm Rhinovirus [16]. Rhinovirus có mặt ở khắp nơi và thường chỉ gây ra các triệu chứng nhẹ ở đường hô hấp trên. Tuy nhiên, đặc biệt ở trẻ em và thanh thiếu niên hen, Rhinovirus là nguyên nhân của hầu hết các đợt cấp. Khả năng thúc đẩy đợt cấp của Rhinovirus thường đòi hỏi sự hiện diện đồng thời của việc tiếp xúc với chất gây dị ứng bên ngoài [17].

KẾT LUẬN

Hen phế quản trẻ em thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi với các triệu chứng khó thở khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,2%; tiếp đến là triệu chứng ho chiếm 70,9%. Đa số bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm 60,8%. Các chỉ số về tăng bạch cầu và CRP cao chưa rõ ràng. Tỷ lệ nhiễm virus Rhinovirus cao nhất lên tới 93,7%, tiếp đến là Bocavirus, CoVNL63 chỉ có 5,1%, thấp nhất là Cov 43 chiếm 2,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội đồng khoa học GINA** (2019). *Sổ tay hướng dẫn xử trí và dự phòng hen phế quản*, Sổ

tay hướng dẫn dành cho cán bộ y tế cập nhật 2019.

2. **William W Busse, Robert F Lemanske and James E Gern** (2010). Role of viral respiratory infections in asthma and asthma exacerbations. *Lancet*, 376(9743), 826-834.

3. **Hua Liao, Zifeng Yang and Chunguang Yang et al** (2016). Impact of viral infection on acute exacerbation of asthma in out-patient clinics: a prospective study. *Journal of Thoracic Disease*, 8(3), 505-512.

4. **Lê Thị Lệ Thảo** (2011). *Nghiên cứu vai trò của Rhinovirus trong khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Nguyễn Thị Diệu Thuý** (2017). *Nghiên cứu vai trò của Rhinovirus trong khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em và sự đáp ứng miễn dịch trong máu ngoại vi đối với Rhinovirus*, Hà Nội.

6. **Lê Thị Hồng Hanh** (2011). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò nhiễm vi rút hô hấp trong đợt bùng phát hen phế quản ở trẻ em*, Luận Án Tiến sỹ, Học viện Quân Y, Hà Nội.

7. **Phạm Lê Tuấn** (2003). Một số kết quả nghiên cứu đặc điểm dịch tễ hen phế quản trẻ em lứa tuổi học đường ở Nội, Ngoại thành Hà Nội. *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học - Hội nghị khoa học chuyên ngành Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng*, Hà Nội 95-101.

8. **Tuomas Jartti and Jame E. Gern** (2018). Role of viral infection in the development and exacerbation of asthma in children. *Clinical reviews in allergy and immunology*, 805-906.

9. **Thuy Nguyen-Thi-Dieu, Huong Le-Thi-Thu, Huong Le-Thi-Minh et al** (2018). Study of Clinical Characteristics and Cytokine Profiles of Asthmatic Children with Rhinovirus Infection during Acute Asthma Exacerbation at National Hospital of Pediatrics. *Can Respir J*.

10. **Kony S, Zureik M and Driss F et al** (2004). Association of Bronchial Hyperresponsiveness and Lung Function with C-Reactive Protein (CRP): A Population Based Study *Thorax*, 59, 892-896.

11. **Jousilahti P, Salomaa V and Hakala K et al** (2002). The Association of Sensitive Inflammation Markers with Bronchial Asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.*, 89, 381-385.

12. **Haroon Ur Rashid, Rezaul Karim Chowdhury and Ehsanul Huq et al** (2018). A Study on Highly Sensitive C-Reactive Protein (Hs-CRP) in Patients with Bronchial Asthma. *Delta Med Col J*, 6(2), 62-67.

13. Mahmoud Monadi, Alireza Firouzjahi and Amin Hosseini et al (2016). Serum C-reactive protein in asthma and its ability in predicting asthma control, a case-control study. *Caspian J Intern Med*, 7(1), 37-42.

14. Kakumanu S (2016). Virus - induced wheezing and asthma, <UpToDate.com>.

15. Tuomas Jartti, Klaus Bønnelykke, Varpu Elenius et al (2020). Role of viruses in asthma. *Semin Immunopathol*, 42(1), 61-74.

16. Lê Thị Lệ Thảo (2011). Nghiên cứu vai trò của Rhinovirus trong khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em và sự đáp ứng miễn dịch trong máu ngoại vi đối với Rhinovirus, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

17. Joshua L Kennedy, Sarah Pham and Larry Borish (2019). Rhinovirus and Asthma Exacerbations. *Immunol Allergy Clin North Am*, 39(3), 335-344.

ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG BỆNH TRÊN NỘI SOI VỚI CALPROTECTIN, CRP, MÁU LẮNG, BẠCH CẦU Ở BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU

NGUYỄN THỊ HƯƠNG GIANG¹,
NGUYỄN THỊ VÂN HỒNG²

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Xét nghiệm nồng độ calprotectin trong phân mới được đưa vào sử dụng tại Việt Nam trong 1-2 năm gần đây nhằm góp phần chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh lý viêm ruột mạn tính bao gồm cả viêm loét đại trực tràng chảy máu (VLĐTTCM).

Mục tiêu: đánh giá mối tương quan giữa mức độ hoạt động bệnh trên nội soi với nồng độ calprotectin trong phân, với mức độ hoạt động bệnh trên lâm sàng và với một số chỉ số viêm trong máu như protein C phản ứng (CRP), máu lắng, bạch cầu. Phương pháp: Bệnh nhân đã được chẩn đoán VLĐTTCM, được nội soi đại tràng và tính điểm theo điểm Mayo nội soi, xét nghiệm calprotectin trong phân, xét nghiệm CRP, máu lắng, bạch cầu trong máu. Mức độ hoạt động bệnh trên lâm sàng được đánh giá theo điểm Mayo lâm sàng.

Kết quả: nghiên cứu trên 49 bệnh nhân VLĐTTCM có nồng độ calprotectin: 602,2 ± 403,6 mg/kg, CRP 1,2 ±

1,9 mg/dL, máu lắng 1h 27,3 ± 20,6 mm, bạch cầu 8,1 ± 3,1 G/L. Tương quan giữa mức độ hoạt động của bệnh trên nội soi với calprotectin ($r = 0,554$, $p < 0,001$) là tốt nhất, tiếp theo là với CRP ($r = 0,456$, $p < 0,001$), mức độ hoạt động trên lâm sàng ($r = 0,477$, $p < 0,001$), và máu lắng ($r = 0,352$, $p < 0,05$).

Kết luận: Calprotectin trong phân có tương quan gần nhất với hoạt động bệnh qua nội soi, theo sau là CRP, mức độ hoạt động bệnh trên lâm sàng, và máu lắng. Có thể sử dụng calprotectin như một xét nghiệm không xâm lấn để theo dõi điều trị VLĐTTCM.

Từ khóa: calprotectin trong phân, viêm loét đại trực tràng chảy máu, điểm Mayo.

SUMMARY

CORRELATION OF ENDOSCOPIC DISEASE ACTIVITY WITH FECAL CALPROTECTIN, C-REACTIVE PROTEIN, ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE, BLOOD LEUKOCYTES AND CLINICAL ACTIVITY IN ULCERATIVE COLITIS PATIENTS

Fecal calprotectin (FC) has just been introduced in Vietnam in the recent years to contribute to the diagnosis and monitoring of

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hương Giang

Email: huonggiang221280@gmail.com

Ngày nhận: 07/7/2020

Ngày phân biện: 18/8/2020

Ngày duyệt bài: 09/9/2020