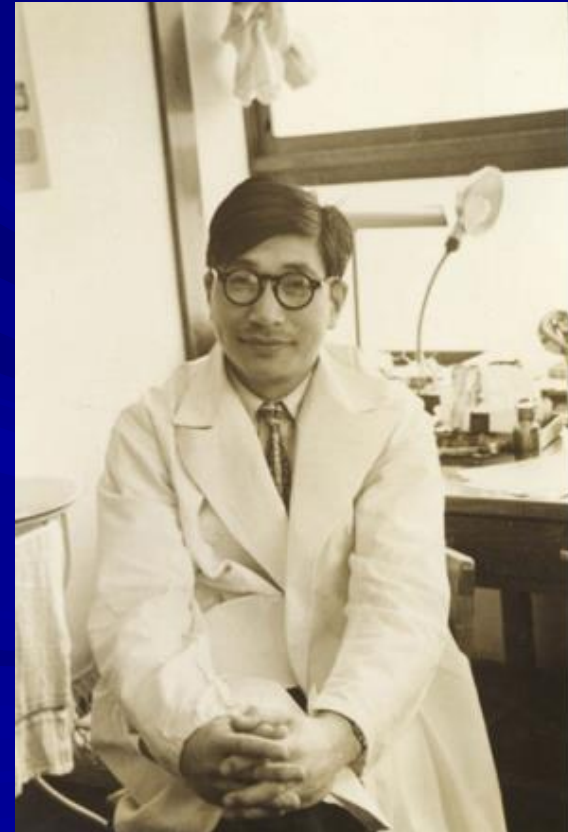


CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG TIM MẠCH TRONG BỆNH KAWASAKI Ở TRẺ EM

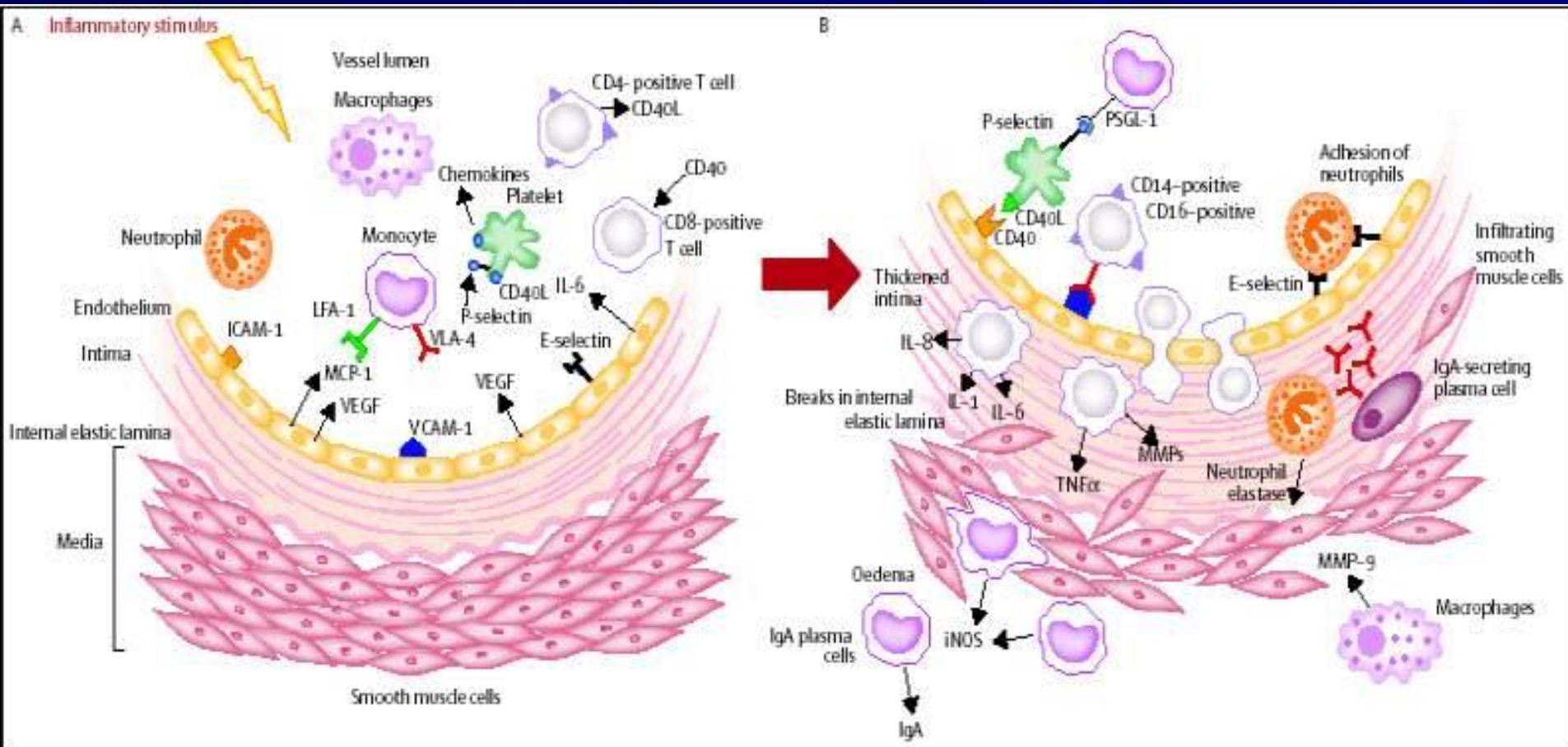
PGS.TS. PHAN HÙNG VIỆT
TRƯỞNG BỘ MÔN NHI – ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

LỊCH SỬ BỆNH KAWASAKI

- BS. Tomisaku Kawasaki công bố lần đầu 1967 ở nhật bản
- 1974 Thế giới áp dụng t/chuẩn CD của nhật.
- Ở Việt nam bệnh được công nhận năm 1997 tại Viên nhi HN
- Tổn thương tim mạch gặp từ 20-40% bệnh nhân
- Tử vong 0,4-1% do tổn thương ĐMV
- *Bệnh được xếp vào nhóm bệnh cấp cứu tim mạch ở trẻ em*



BỆNH SINH TRONG TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU



A: khởi đầu: hoạt hoá các tế bào đơn nhân, đa nhân, tiểu cầu và tế bào nội mạc, tăng tính thấm mạch máu.

B: sau đó: Xâm nhập các tế bào viêm vào thành mạch gây tổn thương lớp đệm, phá huỷ lớp đàn hồi nội mạc, lớp cơ trơn → phình giãn động mạch.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN KW ĐIỂN HÌNH (AHA) 2017

Chẩn đoán xác định khi: Sốt kéo dài ít nhất 5 ngày kết hợp với ít nhất 4 trong số 5 dấu hiệu đặc trưng dưới đây mà không nghĩ đến bệnh nào khác:

1	Viêm kết mạc hai bên không sinh mủ
2	Có ít nhất 1 trong 3 biến đổi sau của niêm mạc miệng: <i>- Môi đỏ khô hoặc rộp.</i> <i>- Lưỡi đỏ nổi gai (lưỡi đỏ như quả dâu tây).</i> <i>- Đỏ lan toả niêm mạc miệng họng.</i>
3	Có ít nhất 1 trong các biến đổi ở đầu chi: <i>- Đỏ tím da lòng bàn tay chân (trong giai đoạn cấp).</i> <i>- Phù nề mu bàn tay, bàn chân.</i> <i>- Bong da đầu ngón, ngón chân trong giai đoạn bán cấp.</i>
4	Ban đa dạng thường ở thân, nhưng không bao giờ có bóng nước
5	Sưng hạch cổ không hoá mủ, đ/kính >1,5 cm, thường ở 1 bên.

KAWASAKI THỂ KHÔNG ĐIỂN HÌNH 2017

Đánh giá trường hợp nghi ngờ bệnh Kawasaki không điển hình ¹

Trẻ sốt ≥ 5 ngày và có 2 hoặc 3 tiêu chuẩn lâm sàng ² hoặc
trẻ sốt ≥ 7 ngày mà không tìm ra nguyên nhân nào khác ³

Lượng giá bằng xét nghiệm

CRP $< 30\text{mg/L}$ và
VSS $< 40\text{ mm/giờ}$ đầu

CRP $\geq 30\text{mg/L}$ và/hoặc
VSS $\geq 40\text{ mm/giờ}$ đầu

Theo dõi lâm sàng hàng
ngày và làm lại xét
nghiệm nếu sốt vẫn còn
sau 2 ngày tiếp
Siêu âm tim kiểm tra
nếu xuất hiện bong da

Không

Có

Điều trị ⁵

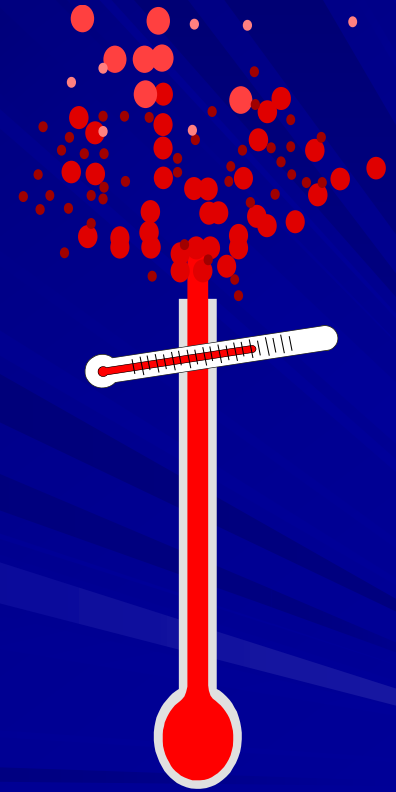
Hoặc ≥ 3 xét nghiệm (+) ⁴

1. Albumin máu $\leq 30\text{ g/l}$
2. Thiếu máu ở các mức độ
3. Tăng enzym gan.
4. Số lượng tiểu cầu sau 7 ngày $\geq 450.000/\text{mm}^3$
5. Số lượng bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$
6. Nước tiểu có > 10 bạch cầu /vi trường

Hoặc Siêu âm có tổn thương động mạch vành

SỐT

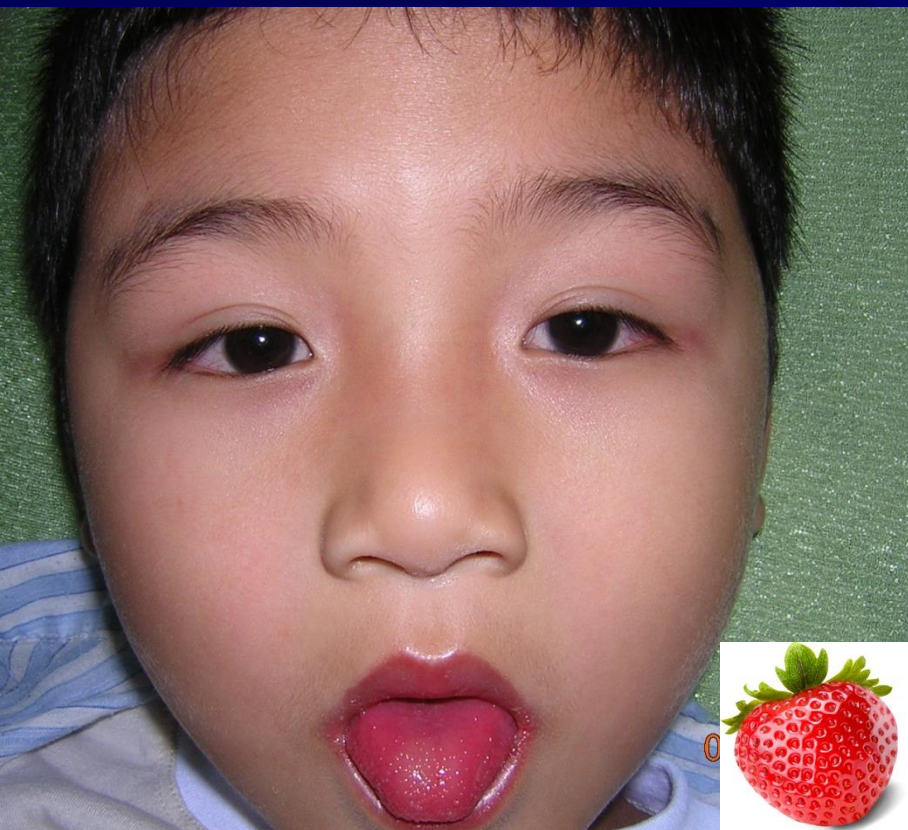
- Sốt cao 39-40⁰ ,Liên tục
- ≥ 5 ngày, Không tự hạ
- Không đáp ứng với hạ sốt thông thường và kháng sinh phổ rộng



DẤU HIỆU Ở MẮT



DẤU HIỆU Ở MẮT VÀ MIỆNG



- Trẻ nam 4 tuổi, CD KW ngày thứ 7
- Viêm kết mạc 2 bên
- Lưỡi giống dâu tây

- Trẻ trai 5 tháng, CD KW ngày thứ 5
- Rộp và nứt môi, rỉ máu

DẤU HIỆU Ở MIỆNG



- Lưỡi đỏ như dâu tây
- Rộp và nứt môi, rỉ máu

DẤU HIỆU PHÙ MU BÀN TAY VÀ BÀN CHÂN



DẤU HIỆU ĐỎ DA LÒNG BÀN TAY VÀ BÀN CHÂN



BONG DA ĐẦU CHI VÀ BÌU

Dấu hiệu này chỉ xuất hiện muộn sau 10 ngày



PHÁT BAN TOÀN THÂN



HẠCH CỔ



Sung tẩy, nề

- Thường bị 1 bên
- Kích thước ≥ 1.5 cm chắc
- Không hoá mủ
- vẹo cổ



TỒN THƯƠNG TIM MẠCH TRONG BỆNH KW

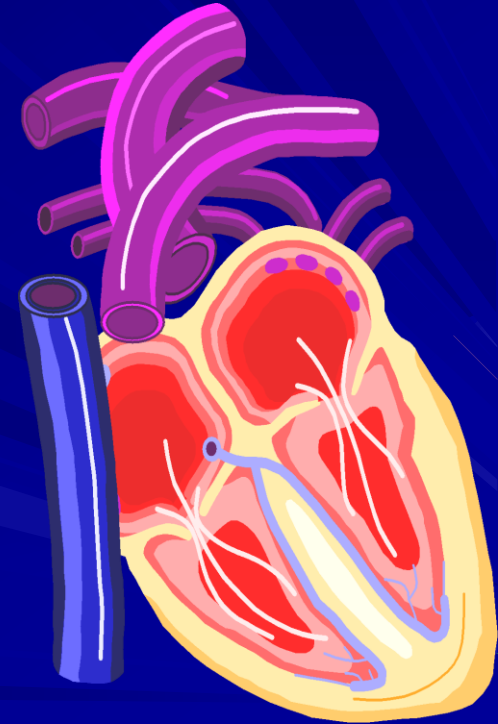
■ **Giai đoạn cấp:** trong tuần đầu

- Viêm cơ tim: 50%
- Tràn dịch nhẹ màng tim: 30%
- Hở van 2 lá: 23%

■ **Giai đoạn bán cấp:** Từ tuần thứ 2

- Tổn thương động mạch vành gấp: **20-40%**

☛ *Chú ý: hầu hết tổn thương tim mạch đều không triệu chứng lâm sàng → Chẩn đoán dựa vào CLS*



TỒN THƯƠNG TIM MẠCH

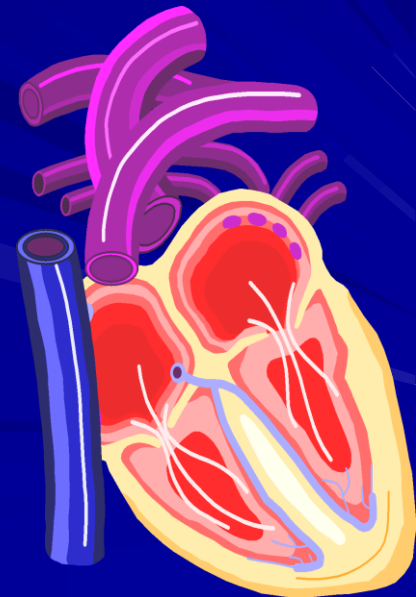
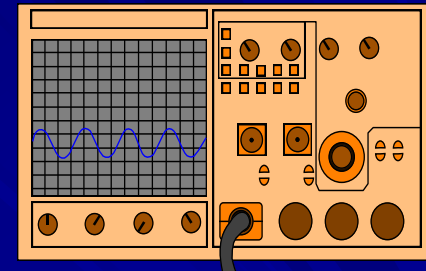
Phát hiện tổn thương dựa vào ECG và SÂ tim

■ **Giai đoạn cấp:** trong tuần đầu

- **ECG:** phát hiện viêm cơ tim với PR dài, điện thế thấp, QT dài, thay đổi ST, RLN (23-56%). Nên đánh giá ít nhất 1 lần/ tuần.
- **Siêu âm tim:** phát hiện TDMT, Hở van tim

■ **Giai đoạn bán cấp:** Từ tuần thứ 2

- **ECG:** phát hiện thiếu máu cơ tim, Nhồi máu cơ tim
- **Siêu âm tim:** phát hiện tổn thương động mạch vành



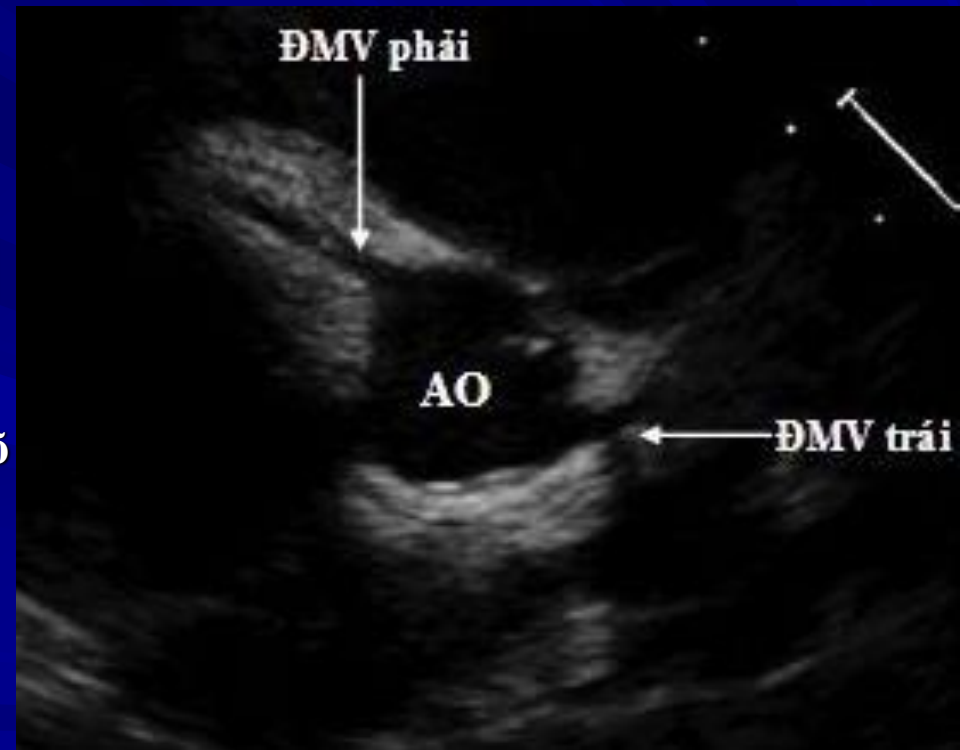
PHÂN ĐỘ NẶNG TỔN THƯƠNG ĐMV THEO SIÊU ÂM TIM

■ Tổn thương động mạch vành (Bộ Y tế nhật)

- ĐK ĐMV > 3mm ở trẻ < 5 tuổi.
- ĐK ĐMV > 4mm ở trẻ > 5 tuổi.
- ĐK trong của một đoạn >1.5 lần
đoạn kế cận.
- Lòng mạch vành có bất thường rõ
rệt.

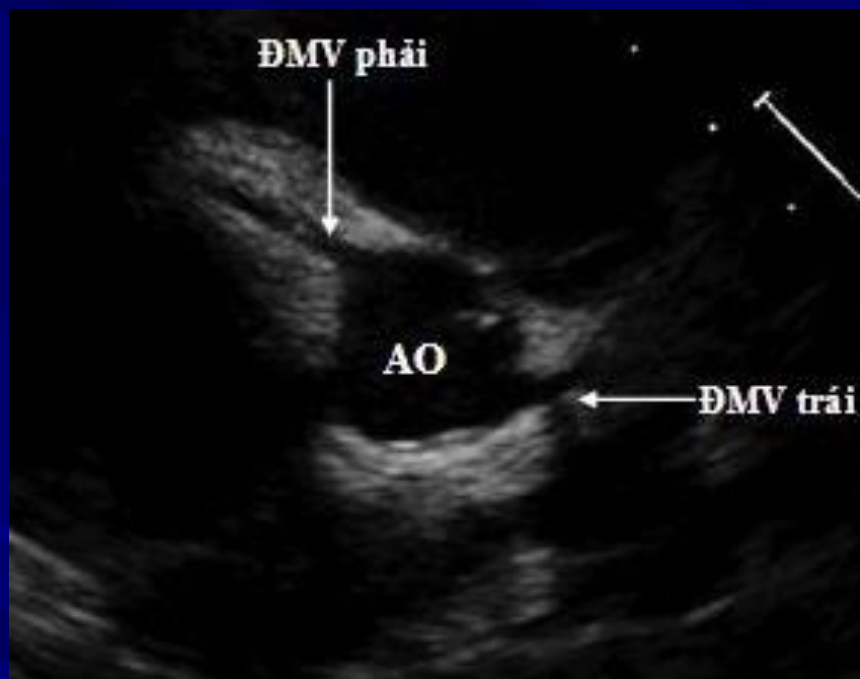
■ Mức độ:

- Nhẹ: 3-<5mm.
- Vừa: 5-8mm.
- Nặng: > 8mm.

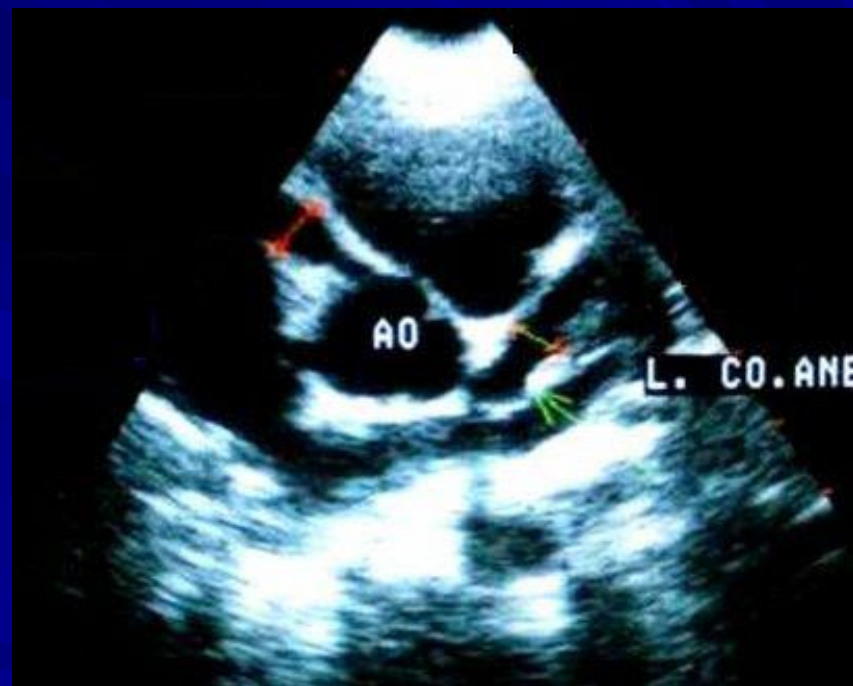


TỔN THƯƠNG ĐMV TRÊN SIÊU ÂM

Giãn động mạch vành trái và phải



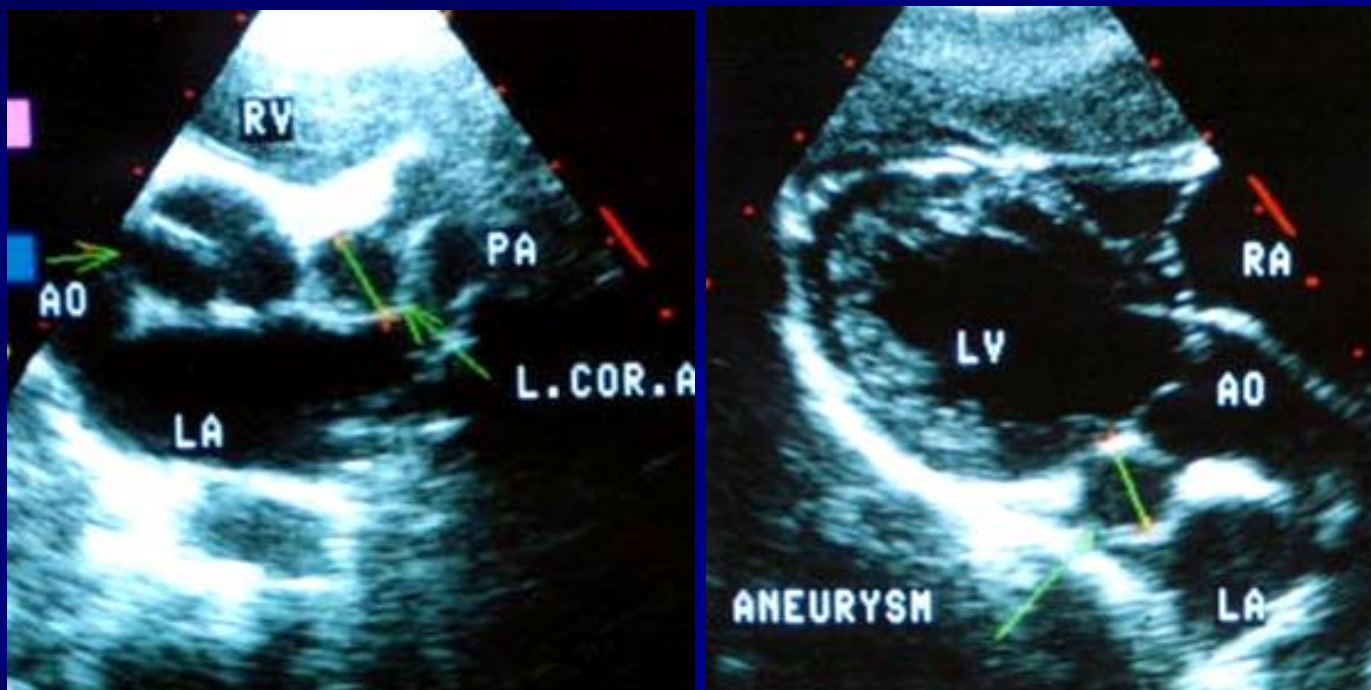
Động mạch vành bình thường



Kawasaki ngày thứ 13

TỔN THƯƠNG ĐMV TRÊN SIÊU ÂM

Phình động mạch vành trái



Kawasaki ngày thứ 19. ĐMV trái phình 12 mm

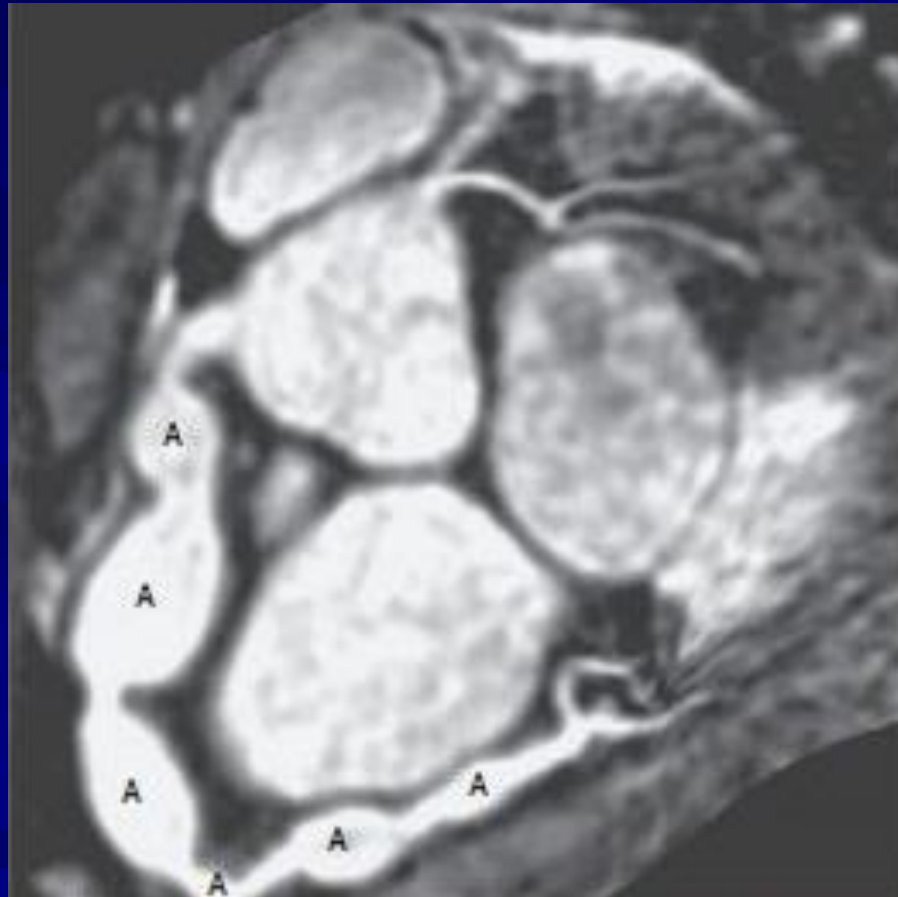
TỔN THƯƠNG ĐMV TRÊN SIÊU ÂM

Phình động mạch vành trái và phải



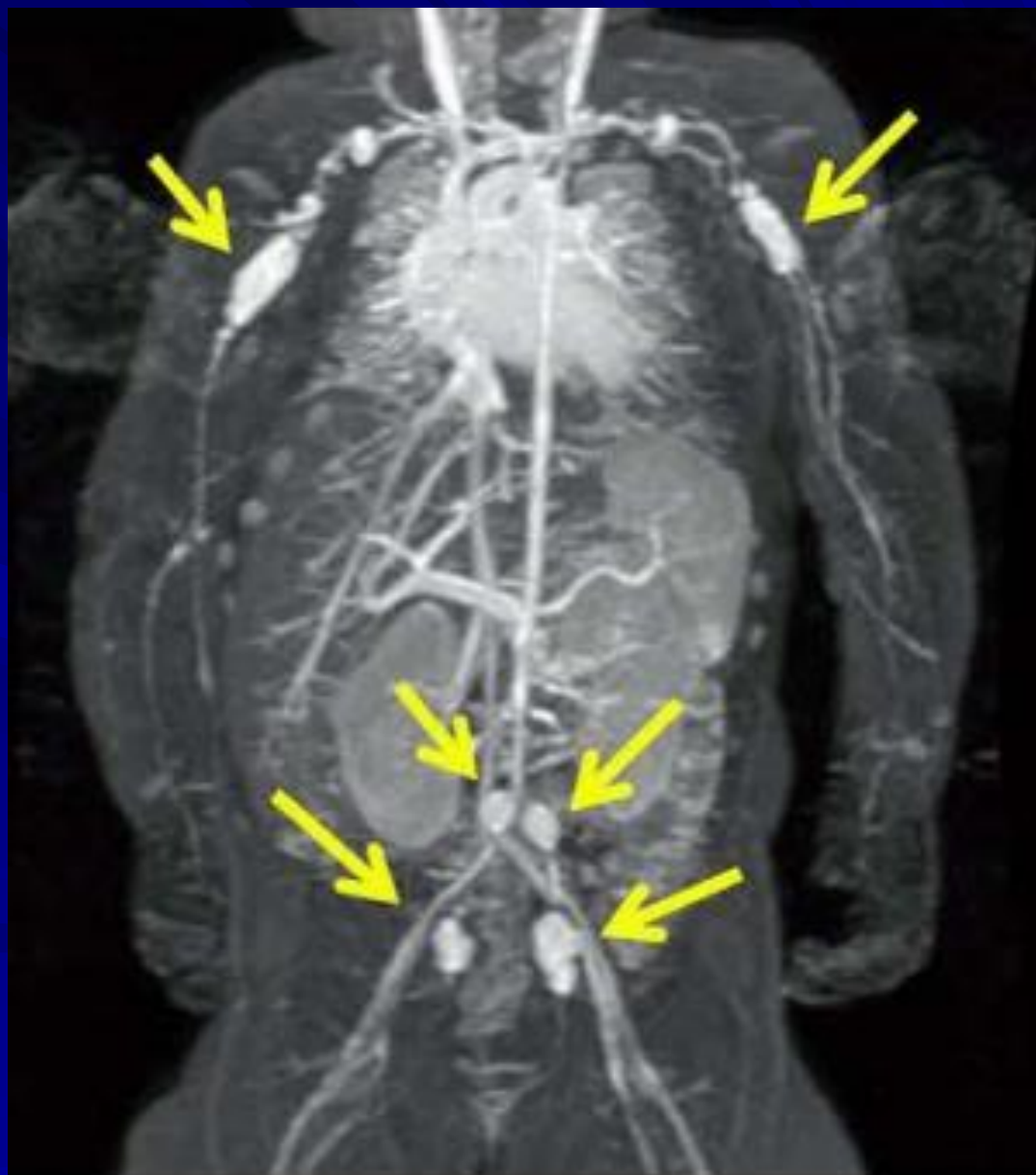
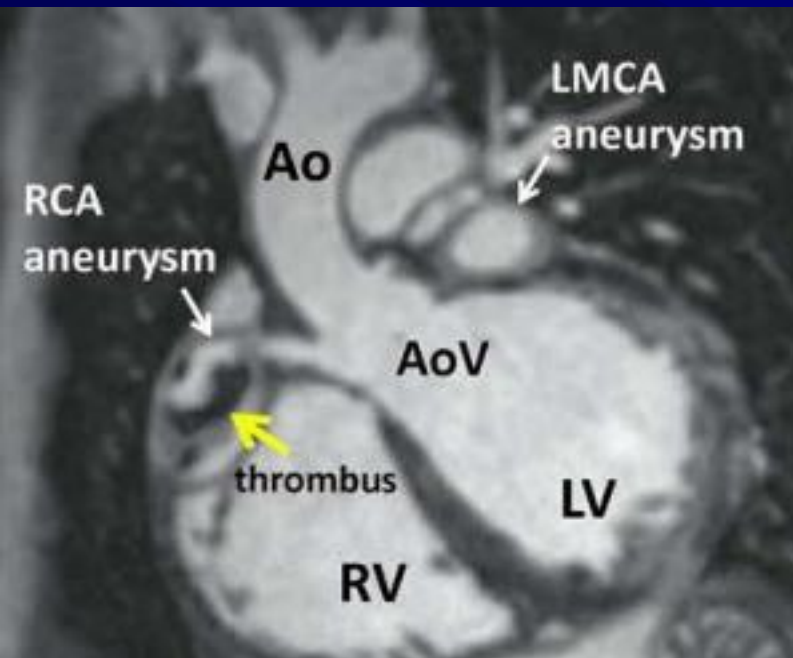
Kawasaki ngày thứ 19

TỖN THƯƠNG ĐM V TRÊN MRI



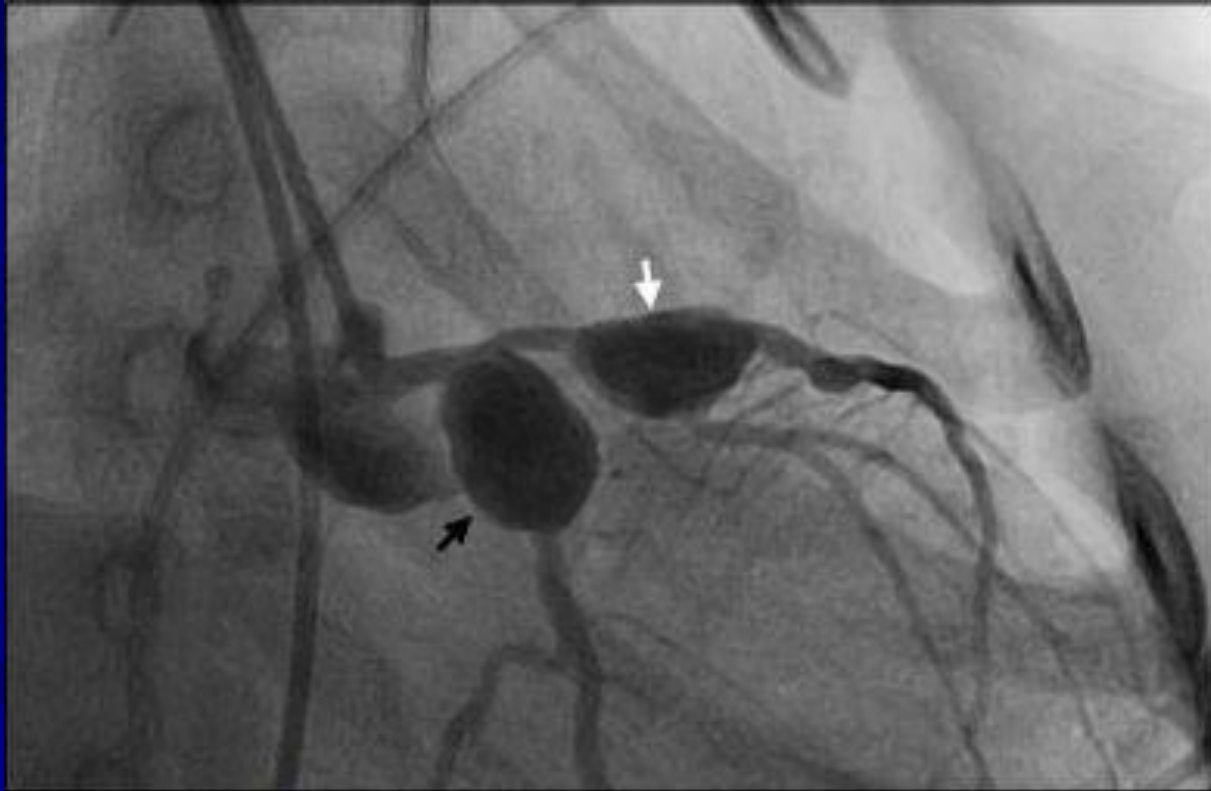
Phình động mạch vành phải ở trẻ trai 8 tuổi dưới MRI

TỖN THƯƠNG ĐM TRÊN MRI



DI CHỨNG CỦA TỔN THƯƠNG ĐMV

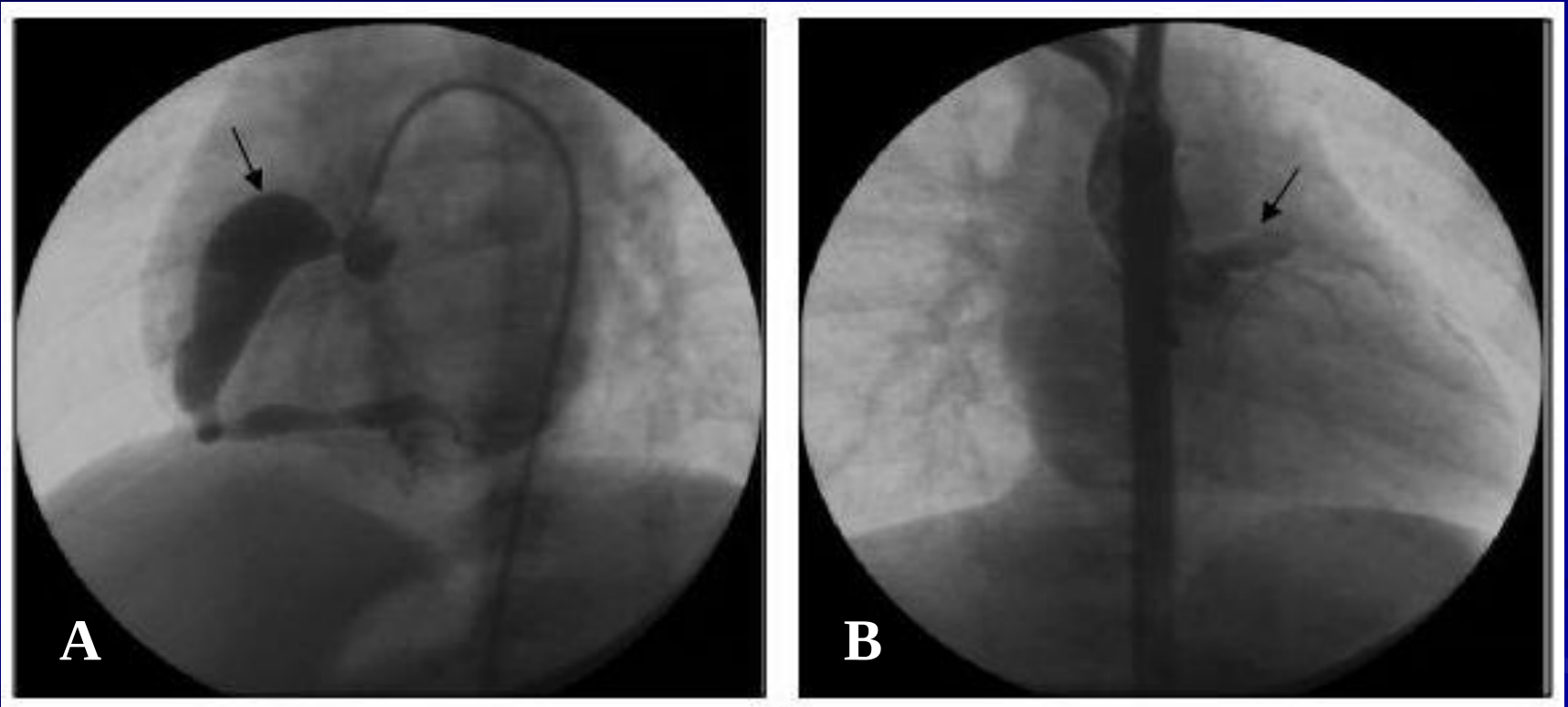
Phình động mạch vành trái



Phình khổng lồ động mạch vành trái

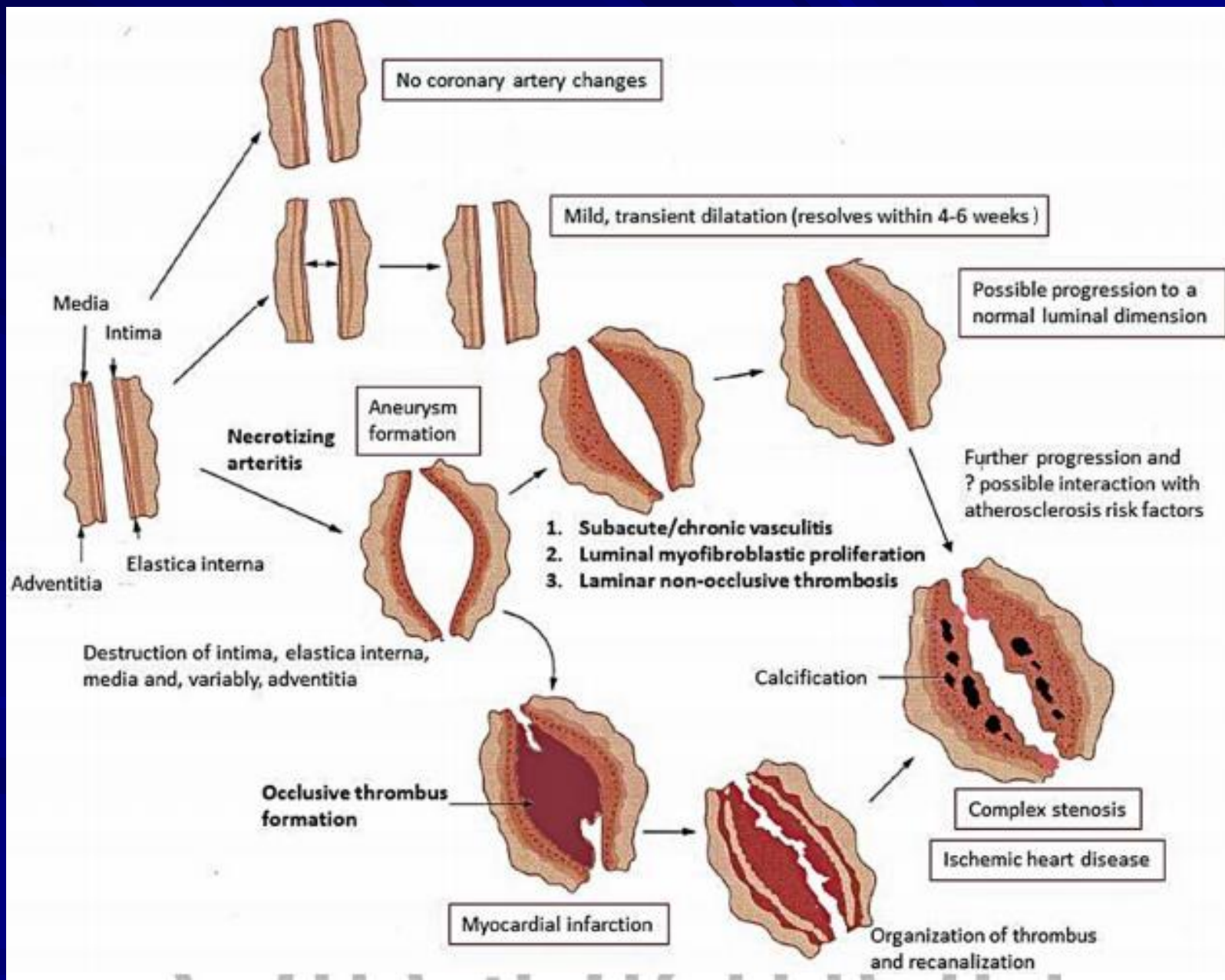
DI CHỨNG CỦA TỔN THƯƠNG ĐMV

Phình động mạch vành



Phình động mạch vành khổng lồ ở trẻ trai 3,5 tháng tuổi
A. ĐMV phải đk. 19 mm. B. ĐMV trái đk. 9 mm

DIỄN TIẾN TỔN THƯƠNG ĐM V



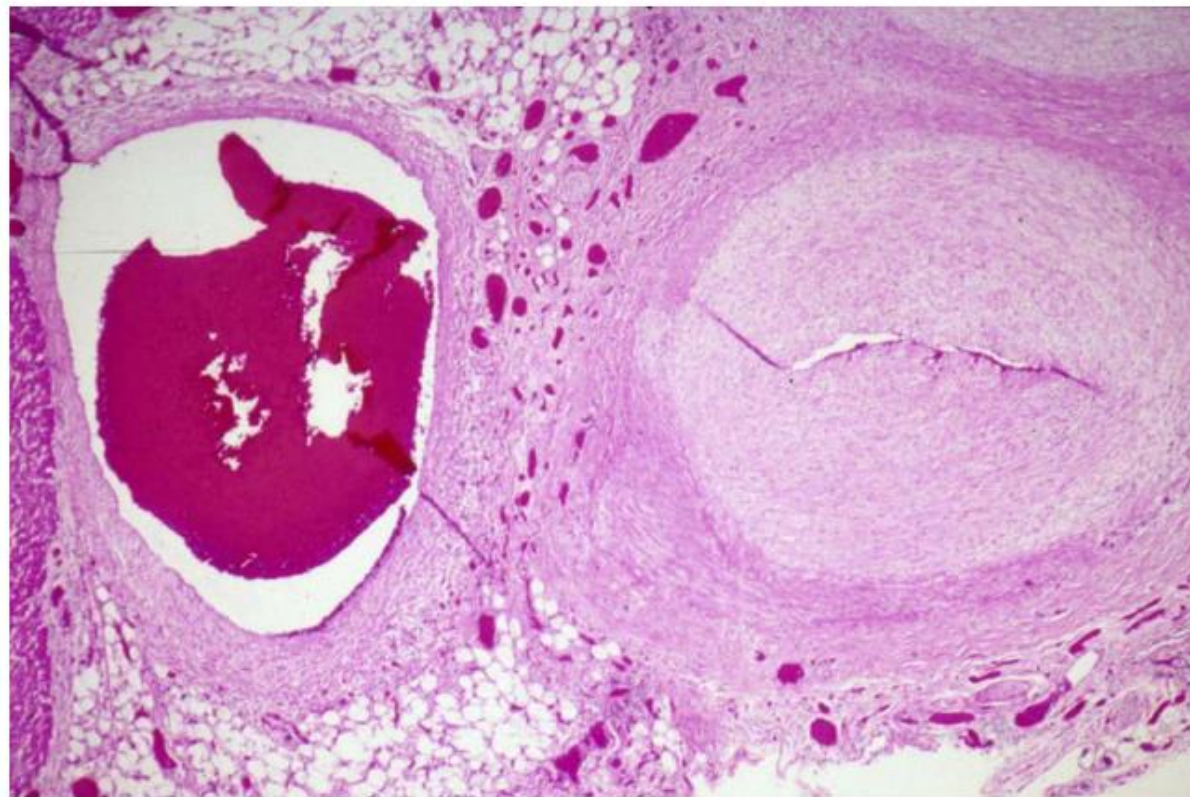


Figure 1. Epicardial coronary artery (right) and epicardial vein (left) from a 19-month-old child who died 10 months after Kawasaki disease onset.

The epicardial vein contains blood and shows mild thickening of the wall, while the coronary artery shows almost complete occlusion by luminal myofibroblastic proliferation with a fine slit-like lumen.

TỶ LỆ THƯƠNG ĐM V TRONG BỆNH KW

Báo cáo	Năm	Tỷ lệ thương ĐM V	
		Giãn	Phình
Nhật bản ¹	2008-2009	8,5%	1,45%
Hàn quốc ²	2006-2008	16,4%	2,1%
Trung quốc ³	2004-2006	20,6%	
Pháp ⁴	2009	18%	
Ý ⁵	2002	24%	
TpHCM	2009	26%	
Chúng tôi	2010	40%	

1. JSC. Circ J. 2010;74:1989–2020.

2. Park Y, et al. 2011;53:36–9.

3. Du Z, et al. Pediatr Infect Dis J.

2007;26:449–51.

4. Heuclin T, et al. J Pediatr.2009; 155:695–9.

5. Falcini F, et al. Clin Exp

Rheumatol. 2002;20:421–6.

TỶ THƯƠNG ĐM V Ở NHÓM BỆNH NHÂN CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ CAO

Báo cáo	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kobayshi (2012)	248	26,0
Iwashima (2011)	108	27,8
Sano (2007)	112	23,2

Sano T. Eur J Pediatr (2007); 166:131–137.

Kobayashi T, et al. Lancet 2012; 379: 1613–20

TỶ THƯƠNG ĐM V LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ KHÁNG VỚI Gamaglobulin miễn dịch tĩnh mạch (IVIG)

Báo cáo	Năm	Tổn thương ĐM V	
		Đáp ứng IVIG	Kháng IVIG
Sano	2007	5 %	71 %
Kobayshi	2006	5%	43%
Mori	2004	17,3%	40,9%
Durongpisitkul	2003	9%	21%
Han	2000	27%	43%

Sano T. Eur J Pediatr (2007); 166:131–137.

Mori M, et al. Mod Rheumatol. 2004;14(1):43-7.

ĐIỀU TRỊ ĐẶC HIỆU

ĐIỀU TRỊ DỰA THEO YẾU TỐ NGUY CƠ KHÁNG IVIG

- Nếu yếu tố nguy cơ kháng thấp chỉ cần điều trị **IVIG** liều 2g/kg/lần là đủ.
- Nếu yếu tố nguy cơ kháng cao thì dùng ngay **IVIG** liều 2g/kg/lần + **Prednisolone 2mg/kg** trong 3 tuần.

TRƯỜNG HỢP KHÁNG IVIG

- Methyl Prednisolone liều 30mg/kg/ngày truyền tĩnh mạch 2-3 giờ x 3 ngày.
 - ☞ *Chỉ cải thiện lâm sàng nhưng không giảm biến chứng tim mạch.*
- Sử dụng Infliximab (Remicade) 5 mg / kg thay thế cho truyền IVIG liều thứ hai hoặc đề kháng Methyl Prednisolone
- Cyclosporine có thể được dùng ở những bệnh nhân bị KD đề kháng với cả Infliximab hoặc MP
- Thay huyết tương áp dụng cho trường hợp kháng IVIG cũng cho thấy có hiệu quả và phòng được giãn ĐMV.



CẢM ƠN CÁC BẠN ĐÃ LẮNG NGHE