

- 4- TẠ THỊ ÁNH HOA : Bệnh tự miễn Nhi khoa . Nhà xuất bản Đà Nẵng , 7 - 55 - 1995
- 5- GLENN . J LAWLOR , Jr , MD : Rheumatic diseases . Manual of Allergy and Immunology , Thirrd Edition , 303 - 327 - 1995 .
- 6- HAYEM . F : Arthrite chronique juvénile . Pédiatrie pour le praticien A. Bourrillon , 487 - 97 - 1993 .
- 7- ROBERT SUNDEL : Inflammatory disorders , Juvenile rheumatoid arthritis . Manual of Pediatric therapeutics , 5<sup>th</sup> edition , 509 - 12 - 1994 .
- 8- FUJIKAWA , S. OKUNI , M : Clinical analysis of 570 cases with Juvenile rheumatoid arthritis ; Results of a nationwide retrospective survey in Japan . Acta Pediatrica Japonica 39 : 242 - 244 - 1997 .

## PHẢN ỨNG VIÊM TRONG BỆNH VIÊM ĐA KHỚP DẠNG THẤP TRẺ EM

Nguyễn Thị Thanh Lan \*

### TÓM TẮT

Viêm đa khớp dạng thấp trẻ em ( VDKDTTE ) là bệnh lý khớp mãn tính khá phổ biến ở trẻ em và là một nguyên nhân quan trọng gây tàn phế ở trẻ em . Nhờ tiến bộ của khoa miễn dịch học , cơ chế bệnh sinh của VDKDTTE đã sáng tỏ , tình trạng tăng đáp ứng miễn dịch được ghi nhận với tổn thương khớp và ngoài khớp là hậu quả của phản ứng viêm , kết quả của đáp ứng miễn dịch tế bào . Phân tích phản ứng viêm như lắng máu , huyết đồ , điện di đạm máu .... cho phép đánh giá mức độ của phản ứng viêm , giúp cho việc lựa chọn kháng viêm phù hợp .

### SUMMARY

#### THE ROLE OF INFLAMMATORY REACTION IN CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS

Juvenile rheumatoid arthritis ( JRA ) , the most common rheumatic disease in childhood , is one of the frequent chronic illness in children and is an important cause of disability . There is a close relationship between immune reactivity and inflammation . Laboratory studies , particularly , the acute-phase response maybe useful in the exclusion of other diseases and in the evaluation the course of disease . Analysis the inflammatory reaction help us to choose the anti-inflammatory drugs appropriated with the immunoinflammatory process in children with JRA .

### MỞ ĐẦU

Viêm đa khớp dạng thấp trẻ em ( VDKDTTE ) là bệnh lý về khớp thường gặp ở Nhi khoa với tần suất 1,2‰ , đứng hàng thứ hai sau thấp khớp cấp <sup>(1,2,3)</sup> . Do cơ chế bệnh sinh chưa rõ và chưa tìm được nguyên nhân nên nhiều khi bệnh không được chẩn đoán kịp thời và việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn , không hợp lý . Với sự phát triển của khoa miễn dịch học , phần nào cơ chế bệnh sinh của VDKDTTE dần dần được sáng tỏ , giúp cải thiện rất nhiều chất lượng chẩn đoán và điều trị . Trong hoàn cảnh Việt Nam , chúng tôi tận dụng định nghĩa của các nhà miễn dịch học để chẩn đoán và điều trị bệnh tự miễn , bao gồm cả VDKDTTE <sup>(4)</sup> . Bệnh có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh tự miễn :

- Tổn thương một hoặc nhiều cơ quan .
- Có phản ứng viêm (+) .

- Có tăng globulines miễn dịch trong máu

- Có tự kháng thể trong 1 số trường hợp ( ANA , RF ) .

- Đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng viêm và ức chế miễn dịch .

VDKDTTE được coi như một thể lâm sàng của bệnh Viêm khớp tự miễn với các đặc điểm chung sau đây :

- Bệnh không rõ nguyên nhân . Có một số giả thiết có liên quan đến sinh bệnh học của VDKDTTE như nhiễm trùng , chấn thương , kích xúc ( stress ) và tình trạng tăng đáp ứng miễn dịch <sup>(1)</sup> . Dù có thể có nguyên nhân hay không nhưng yếu tố miễn dịch vẫn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của VDKDTTE <sup>(1,3,5)</sup> .

- VDKDTTE thường xảy ra ở người có cơ địa đặc biệt liên quan đến hệ HLA . Thường gặp ở trẻ > 2 tuổi là lứa tuổi đã có hệ thống miễn dịch hoàn chỉnh .

\* Bác Sĩ. Bộ Môn Nhi - Trường ĐHYD Tp.Hồ Chí Minh .

Bệnh diễn tiến mãn tính với nhiều đợt cấp, tái phát; có liên quan đến phản ứng viêm mạnh gây tổn thương khớp ngày càng nặng, lan rộng ra các cơ quan ngoài khớp như phủ tạng, mạch máu, thần kinh... Do đó ngoài nguy cơ tàn phế, bệnh có thể gây tử vong nếu không điều trị kháng viêm kịp thời và đầy đủ.

Giới hạn trong phạm vi của phần trình bày này, chúng tôi muốn chứng minh: tính chất miễn dịch của bệnh VDKDTTE, nhất là vai trò của phản ứng viêm trong VDKDTTE.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

(Nghiên cứu cắt dọc, tiền cứu).

**Đối tượng nghiên cứu:** tất cả bệnh nhi tuổi từ 1 - 15, nhập viện vì đau khớp  $\geq 2$  tuần.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:** dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh viêm đa khớp dạng thấp trẻ em (hay viêm khớp mãn thiếu niên: JRA) của ARA, 1987: "Viêm khớp xảy ra ở trẻ < 16 tuổi, ít nhất trong 6 tuần lễ. Sau khi đã loại trừ các bệnh về khớp khác ở trẻ em". Tuy nhiên chúng tôi không cứng nhắc về thời gian, đối với các trường hợp viêm khớp mới khởi phát chưa đủ 6 tuần, nhưng sau khi đã cẩn thận chẩn đoán loại trừ các bệnh khớp khác, nhất là RAA, chẩn đoán VDKDTTE cũng được đặt ra để có thái độ can thiệp sớm hơn.

#### Các bước nghiên cứu:

- Lập bệnh án nghiên cứu.
- Xét nghiệm cơ bản: tìm phản ứng viêm (CTM, lắng máu, CRP); điện di đạm máu tìm tự kháng thể (ANA, RF); X quang tìm phổi, khớp; 1 số xét nghiệm khác (ECG, siêu âm, tim, khớp, chọc dịch khớp...).
- Phân lô nghiên cứu: trên cơ sở kết hợp mức độ tổn thương gây ra bởi phản ứng viêm trên khớp và cơ quan ngoài khớp với mức độ của phản ứng viêm.
- Phân tích kết quả nghiên cứu: (xem phần kết quả nghiên cứu).

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU & BÀN LUẬN

**Phân chia theo thể lâm sàng:** tổng số bệnh trong lô nghiên cứu từ 7/95 đến 1/97 là 74 cas, gồm 30 nữ

và 44 nam, tỷ lệ  $\sigma/\rho = 1,4$ ; tuổi phân bố rải rác từ 1 - 16 tuổi.

**Thể toàn thân:** 5/74 cas; chiếm 6,8%. So với số liệu y văn có thấp hơn (thông thường từ 10 - 20%) và thấp hơn nhiều so với các tác giả Nhật 54,4%. Ở thể toàn thân biểu hiện tại khớp chỉ thoáng qua, chủ yếu biểu hiện ngoài khớp nổi bật. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi 3/5 cas có kèm biểu hiện đa khớp rõ.

**Thể đa khớp:** 20/74 cas, chiếm 27%, thấp hơn tỷ lệ trong y văn là 45%, nhưng tương đương với các tác giả Nhật. Trong đó RF (+) 2/20 cas, chiếm 3% và RF (-) 18/20 cas, chiếm 24%. So với y văn RF (+) 15%, RF (-) 30%. Như vậy số cas đa khớp với RF (-) của chúng tôi so với y văn không chênh lệch nhiều. Trái lại số cas đa khớp với RF (+) của chúng tôi thấp hơn nhiều so với y văn.

RF (-) ở VDKDTTE thể đa khớp chiếm tỷ lệ cao không có ý nghĩa tiên lượng cho mức độ hoạt động của bệnh như RF (+) vì RF (-) ở máu ngoại vi nhưng cũng có thể (+) ở dịch khớp. Hơn nữa kỹ thuật Latexagglutination chỉ nhằm phát hiện các KT chống Fc của IgG thuộc nhóm IgM (RF), còn các KT chống IgG thuộc nhóm IgG thì không phát hiện được bằng kỹ thuật này, tương ứng với RF (-).

**Thể ít khớp:** 49/74 cas, chiếm 66,2% cao hơn so với y văn (35 - 40%). Có 8/49 cas có RF (+), nhưng phản ứng viêm không mạnh và bệnh ở dạng không hoạt động. Trong khi đó 4 cas có ANA (+) / RF (-) thì 2 cas (50%) có biến chứng viêm mống mắt thể mi. Như vậy với thể ít khớp, ANA (+) có giá trị tiên lượng về nguy cơ viêm mống mắt thể mi, cũng như tính hoạt động của bệnh hơn RF

Thể LS khởi phát	Số trường hợp		
	Nam	Nữ	Tổng cộng
<b>Thể toàn thân :</b>			5 / 74 - 6,8%
. Đa khớp	1	2	3
. Ít khớp		2	2
<b>Thể ít khớp :</b>			49 / 74 - 66,2%
. RF (+)	4	4	8
. RF (-)	26	11	37
. ANA (+) / RF (-)		2	4
ANA (+) có VMMTM	2		
<b>Thể đa khớp :</b>			20 / 74 - 27%
. RF (+) kèm ANA (+)	1	1	2
. RF (-)	12	6	18

**Yếu tố dạng thấp (RF) : ý nghĩa chẩn đoán và tiên lượng trong VĐKDTTE :**

• RF(+) trong nghiên cứu của chúng tôi : 10 / 74 cas , chiếm 13,5% ( thể ít khớp /RF(+) = 8 cas và thể đa khớp / RF(+) kèm ANA (+) = 2 cas ) . Không có trường hợp nào RF(+) ở thể toàn thân, phù hợp với nhận định của y văn <sup>(1)</sup>. Sự vắng mặt RF ở các thể khởi phát cấp tính nhưng lại xuất hiện với tần suất cao hơn ở thể hoạt động , có diễn tiến liên tục với tổn thương khớp nặng , hiện diện nốt thấp , hủy xương sớm hoặc chức năng khớp kém, cho thấy RF có thể là kết quả hơn là yếu tố tham gia vào sự khởi phát bệnh <sup>(1)</sup>. Tỷ lệ RF(+) thường tăng với tuổi và thời gian diễn tiến của bệnh <sup>(1)</sup>.

• RF(+) có thể gặp trong 1 số bệnh tạo keo khác , nên không có tính chuyên biệt cho bệnh và thường không có giá trị chẩn đoán VĐKDTTE ở giai đoạn khởi phát , nhưng sự hiện diện của RF ( KT kháng IgG thuộc nhóm IgM ) cũng nói lên bản chất tăng đáp ứng miễn dịch <sup>(1,5)</sup>.

• Ghi nhận 6 / 10 cas VĐKDTTE có RF(+) có kèm tổn thương xương , có thể có liên quan đến sự lắng đọng phức hợp RF-IgG ở khớp <sup>(1,5)</sup>.

**Kháng thể kháng nhân :** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 / 74 cas ANA(+), chiếm 10,8% . Tập trung nhiều ở thể ít khớp , trong đó 50% có biến chứng viêm mống mắt mặc dù phản ứng viêm không tăng và chưa có xáo trộn trên điện di đạm . Đối với thể ít khớp , test ANA(+) quan trọng trong chẩn đoán sớm VĐKDTTE hơn RF(+) và cũng quan trọng để

tiên lượng biến chứng viêm mống mắt thể mi <sup>(1,5)</sup>. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 6/8 cas ANA(+) có kèm phản ứng viêm mạnh và nằm trong thể đa khớp lan tỏa và toàn thân với tăng gamma globuline (# IgG) . Điều này chứng tỏ ANA(+) còn nói lên có tình trạng tăng đáp ứng miễn dịch mạnh với hiện tượng viêm lan tỏa <sup>(5)</sup>.

**Phản ứng viêm :** phân biệt làm 2 phần :

• Phản ứng viêm ở máu ngoại vi thể hiện qua CTM , lắng máu , CRP , điện di đạm ...

• Phản ứng viêm ở tổ chức thể hiện bằng sốt , tổn thương tại khớp và ngoài khớp .

\* **Sốt :** sốt là hậu quả của phản ứng viêm ở tổ chức , có liên quan đến sự giải phóng các chất gây sốt nội sinh từ sự phá hủy BCDNTT và phá hủy đạm của tổ chức dưới tác động của IL<sub>1</sub> . Trẻ chỉ sốt khi có sự hiện diện của chất này và triệu chứng sốt nói lên tình trạng viêm nặng ở tổ chức cần được chống viêm tích cực <sup>(1,2,5)</sup>.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45 / 74 cas VĐKDTTE có sốt kéo dài (> 15 ngày) , nhưng chỉ có 28 / 45 cas bên cạnh phản ứng viêm ở tổ chức có kèm phản ứng viêm ở máu ngoại vi . Còn 17 / 45 cas có sốt nhưng phản ứng viêm ở máu ngoại vi không tăng (có thể giai đoạn viêm cấp đã qua hoặc bệnh ở dạng không hoạt động) . Không có sự tương quan tuyến tính giữa triệu chứng sốt kéo dài ( phản ứng viêm ở tổ chức ) và phản ứng viêm ở máu ngoại vi . Do đó , tuy sốt là dấu hiệu của phản ứng viêm ở tổ chức , nhưng cần thiết phải kiểm tra phản ứng viêm ở máu ngoại vi để đánh giá chính xác mức độ nặng của phản ứng viêm giúp chỉ định kháng viêm phù hợp.

\* Triệu chứng lâm sàng do tổn thương cơ quan :

- **Tổn thương da và tổ chức dưới da** : viêm mạch máu : 2 cas , nổi cục dưới da : 2 cas ( 4/20 cas nằm trong thể đa khớp và có phản ứng viêm tăng mạnh ở máu ngoại vi , nói lên tính hoạt động của bệnh )<sup>(1)</sup> .

- **Tổn thương xương** : tập trung chủ yếu ở thể đa khớp với 16 / 20 cas đều có phản ứng viêm ở máu ngoại vi tăng mạnh . Tổn thương xương trên X quang , biểu hiện của phản ứng viêm ở tổ chức với sự hình thành u hạt viêm ở mô xương , sun gọi là " Rheumatic pannus " , cần phải chống viêm để hạn chế quá trình hủy xương do viêm<sup>(1,5)</sup> . Kháng viêm tích cực sớm và có hiệu quả là biện pháp ngăn ngừa tổn thương xương . Một số trường hợp có tổn thương xương , nhưng phản ứng viêm ở máu ngoại vi không tăng hoặc tăng nhẹ ( có thể vì ngoài đợt cấp ) , đây là tình trạng viêm mãn khu trú ở tổ chức , có chỉ định kháng viêm SAARDs .

- **Tổn thương phủ tạng và thần kinh** : gặp trong thể toàn thân :

3/5 cas có biểu hiện viêm đa khớp rõ . Các biểu hiện ngoài khớp thường gặp như gan , lách , hạch ( 5/5 cas ) ; tổn thương màng như màng phổi , màng tim ( 2/5 cas ) ; viêm cơ tim dạng Libman Sachs không gặp , thường chỉ có biểu hiện kín đáo trên ECG dưới dạng rối loạn nhịp ; viêm mạch máu ( 2/5 cas ) . Về cận lâm sàng thường có phản ứng viêm ở máu ngoại vi tăng mạnh với tăng globulines miễn dịch , nhưng không phải lúc nào cũng tìm thấy tự kháng thể<sup>(1,5)</sup> .

- **Viêm mống mắt thể mi** : Có thể xảy ra nhiều năm trước khi có biểu hiện tại khớp<sup>(1)</sup> , mặc dù phản ứng viêm ở máu ngoại vi không tăng , nhưng tổn thương ở mắt biểu hiện phản ứng viêm mạch máu khu trú<sup>(1,3)</sup> .

\* **Phản ứng viêm ở máu ngoại vi** :

- **Tăng bạch cầu máu** ( > 10.000/mm<sup>3</sup> ) : gặp 100% ở các trường hợp phản ứng viêm (+) nhưng chỉ giới hạn từ 10.000 - 20.000/mm<sup>3</sup> . Tỷ lệ ĐNTT ≥ 70% , đây mới là loại lưu hành ; tỷ lệ thực sự còn cao hơn nếu kể đến loại gắn kết ở nội mạc mạch máu<sup>(4,5)</sup> . BCĐN ái toan > 5% , gặp ở thể mãn tính ( có thể không kèm lắng máu cao ) .

• Hiện tượng tăng đáp ứng tủy xương , gặp trong thể toàn thân với biểu hiện viêm cấp và nặng với tăng tỷ lệ ĐNTT dạng band ; tăng tiểu cầu có ý nghĩa báo trước đợt bộc phát của bệnh<sup>(1)</sup> .

• **Hồng cầu** : thường thiếu máu nhẹ với Hb ≥ 10g/dl và đẳng bào , nhược sắc . Thiếu máu nặng với Hb = 7 - 10g/dl gặp ở thể nhiều khớp , toàn thân với quá trình viêm mãn khó khống chế . Erythropoietine bị ức chế khi có nhiều cytokines của phản ứng viêm<sup>(1,5)</sup> . Tình trạng thiếu máu này cải thiện tốt với điều trị Steroids .

- **Lắng máu** : tăng gần như 100% > 20mm giờ đầu ; các trường hợp viêm cấp > 50mm và viêm nặng > 100mm giờ đầu . Được đo vào giai đoạn khởi phát , kiểm tra trong quá trình điều trị và theo dõi bệnh . Có 28/74 cas có lắng máu tăng từ trung bình đến nặng gồm : 17/20 cas thể đa khớp ; 6/49 cas thể ít khớp và 5/5 cas thể toàn thân . Lắng máu thường tăng ở thể đa khớp và toàn thân , còn thể ít khớp phản ứng viêm thường khu trú ở khớp nên ít ảnh hưởng đến lắng máu và công thức bạch cầu .

Lắng máu là một trong những đáp ứng của phản ứng viêm cấp do tăng sản xuất fibrinogen . Trong nhóm bệnh viêm mãn tính , lắng máu là dấu hiệu trung thành của phản ứng viêm , có thể tăng trước khi xuất hiện các triệu chứng viêm trên lâm sàng . Do đó lắng máu có giá trị trong đánh giá sớm mức độ phản ứng viêm , giúp chọn thuốc kháng viêm phù hợp , giúp đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi bệnh<sup>(1,5)</sup> .

- **CRP ( C reactive protein )** : đây là 1 protein được gan sản xuất ra trong đáp ứng viêm cấp , trung thành hơn trong đánh giá phản ứng viêm nhưng thường tăng chậm hơn lắng máu và có thể chỉ tăng nhiều khi có phản ứng viêm nặng và kéo dài ở tổ chức<sup>(5)</sup> . Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp có CRP (+) đều có lắng máu tăng từ trung bình đến mạnh . Bên cạnh có 1 số trường hợp có tăng lắng máu nhưng CRP (-) , có thể đây là giai đoạn sớm của phản ứng viêm cấp . Do đó lắng máu có giá trị phát hiện sớm và đánh giá độ nặng của phản ứng viêm cấp hơn CRP .

- **Điện di đạm máu** : kết quả ghi nhận trong lô nghiên cứu của chúng tôi như sau :

• Đạm máu thấp và Albumine giảm < 50% gặp trong thể toàn thân nặng và thể đa khớp hoạt động với diễn tiến liên tục và nặng . Thường kèm tỷ số A/G < 1 .

• **Tăng γ globuline ( > 20% )** : 30/74 cas , trong đó 28/30 cas ngoài tăng γ globuline còn tăng phản ứng viêm ở máu ngoại vi , gồm : 17/20 cas thể đa khớp ; 7/49 cas thể ít khớp và 4/5 cas thể toàn thân .

. Ở VĐKDTTE thể ít khớp thường ít có xáo trộn điện di đậm. Tuy nhiên, những trường hợp lắng máu không cao nhưng điện di đậm có tăng  $\gamma$  hoặc  $\alpha_2$  globulines thường kèm chức năng khớp kém hoặc có tổn thương xương trên X quang, chứng tỏ bệnh không tự giới hạn, phản ứng viêm mãn vẫn tiếp diễn cần chỉ định SAARDS để ngăn diễn tiến phá hủy xương<sup>(1)</sup>.

. Tăng  $\alpha_2$  ( $> 10\%$ ): 13/74 cas, trong đó 3 cas.  $\alpha_2$  tăng nhưng  $\gamma$  globuline bình thường và lắng máu cao; 4 cas tăng cả  $\alpha_2$  và  $\gamma$  globuline kèm lắng máu và 6 cas tăng  $\alpha_2$  và  $\beta$  globuline nhưng lắng máu bình thường.

+ Các trường hợp có tăng cả  $\alpha_2$  và  $\beta$  globuline kèm lắng máu cao, chứng tỏ đang đợt viêm cấp với tăng globulines miễn dịch lưu hành IgG, IgA và IgM thường gặp trong VĐKDTTE.

+ Vì  $\alpha_2$  đại diện 1 phần cho IgA nên nếu có tăng  $\alpha_2$  nên làm thêm điện di miễn dịch để biết thực sự có tăng IgA không vì IgA là trị số nhạy cảm nhất của tiến trình viêm miễn dịch ở VĐKDTTE<sup>(1)</sup>. Sự tăng IgA có liên quan đến tính hoạt động của bệnh cũng như sự lan tỏa của tổn thương khớp và biểu hiện toàn thân<sup>(1)</sup>.

+ IgA còn có liên quan đến hiện tượng loãng xương<sup>(1)</sup>. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi do không đo được IgA nên chúng tôi lấy  $\alpha_2$  globuline làm đại lượng so sánh; 9/13 cas VĐKDTTE có tăng  $\alpha_2$  có kèm tổn thương xương. Nhưng khi tính hệ số tương quan giữa 2 đại lượng, không ghi nhận có sự tương quan tuyến tính, có thể vì  $\alpha_2$  không thực sự đại diện cho riêng IgA, do đó nếu có tăng  $\alpha_2$  cần đo thêm IgA để có tiên lượng về hiện tượng loãng xương sớm và can thiệp điều trị kịp thời.

+ Mối liên hệ giữa  $\alpha_2$  và yếu tố dạng thấp = 10/74 cas có RF(+) có 9/10 cas có tăng  $\gamma$  globuline, chỉ 1 cas có tăng  $\alpha_2$ . Sự tăng  $\alpha_2$  chỉ nói lên có tăng IgA hoặc IgM. (Nếu là IgM thì là loại lưu hành). Còn yếu tố dạng thấp là KT IgM chống Fc của IgG, thường tìm thấy trong phức hợp RF - IgG. Sự tăng  $\alpha_2$  có liên quan đến tăng IgA hoặc IgM lưu hành, không có liên quan với RF. IgM thường đặc trưng cho bệnh và thường tăng nhiều hơn IgG hoặc IgA<sup>(1)</sup>.

Do đó, nếu chỉ dựa trên phân tích điện di đậm máu, cũng có thể đánh giá gián tiếp sự

tăng globulines miễn dịch, là một trong các biểu hiện của phản ứng viêm, có ý nghĩa tiên lượng về diễn tiến của bệnh.

## KẾT LUẬN

VĐKDTTE là một thể lâm sàng của bệnh tự miễn, tình trạng tăng đáp ứng miễn dịch, với tổn thương tại khớp và ngoài khớp là hậu quả của phản ứng viêm. VĐKDTTE cần phải được điều trị chống viêm dài ngày với các thuốc kháng viêm phù hợp với mức độ phản ứng viêm và giai đoạn tiến triển của bệnh. Đánh giá mức độ phản ứng viêm trước và trong suốt quá trình điều trị rất quan trọng. Các xét nghiệm thông thường về phản ứng viêm đủ để đánh giá tình trạng bệnh lý của VĐKDTTE. Phản ứng viêm luôn luôn là cơ sở để đánh giá hiệu quả điều trị; trong theo dõi bệnh, lắng máu thường tăng trước khi xuất hiện lại các triệu chứng lâm sàng của đợt cấp. X quang khớp luôn luôn cần thiết để biết có tổn thương xương chưa. Tuy so với MRI, nó ít nhạy cảm trong việc phát hiện sớm tổn thương viêm ở xương nhưng nó kinh tế hơn. Không phải lúc nào cũng tìm được tự kháng thể (ANA, RF), nên chẩn đoán VĐKDTTE gặp khó khăn, chậm trễ hơn người lớn. Vì có đặc điểm lâm sàng chung giống các bệnh tự miễn khác ở trẻ em nên trước một trẻ nghi ngờ VĐKDTTE nếu có phản ứng viêm (+) và tăng globulines miễn dịch, sau khi loại trừ các bệnh khớp khác ở trẻ em, chẩn đoán VĐKDTTE cũng cần được nghĩ đến không cần chờ tới 6 tuần như tiêu chuẩn ARA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- CASSIDY J. T : Juvenile rheumatoid arthritis . Textbook of Pediatric Rheumatology. Section 5 : 133 - 206 - 1995 .
- 2- HOÀNG TRỌNG KIM : Viêm đa khớp dạng thấp trẻ em . Bài giảng Nhi Khoa tập 2, trang 455 - 65 - 1996 .
- 3- NELSON : Rheumatic diseases of childhood . Textbook of Pediatrics , 15<sup>th</sup> edition , 657 - 70 - 1996 .