

đánh giá bằng phương pháp PCR nên chưa đánh giá được hết mối liên quan giữa hai căn nguyên này. Kết quả từ nghiên cứu gợi ý có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HSV và *M. pneumoniae*, cần thêm những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai để làm rõ mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Có xu hướng đồng nhiễm *M. pneumoniae* và HSV ở các bệnh nhân EM trẻ tuổi. *M. pneumoniae* có thể góp phần vào tình trạng tái kích hoạt HSV. Các bệnh nhân EM do *M. pneumoniae* có tỷ lệ nhập viện cao hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp ở Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sokumbi O, Wetter DA.** Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *Int J Dermatol.* 2012;51(8): 889-902. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05348.x
2. **Kechichian E, Dupin N, Wetter DA, Ortonne**

N, Agbo-Godeau S, Chosidow O. Erythema multiforme. *eClinicalMedicine.* 2024;77. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102909

3. **Soares A, Sokumbi O.** Recent Updates in the Treatment of Erythema Multiforme. *Medicina (Mex).* 2021;57(9):921. doi:10.3390/medicina57090921
4. **Rani Y, Hegde S, Patil B.** Herpes associated erythema multiforme. *World J Pharm Res.* 2024; 13(21): 1277-1282. doi:10.20959/wjpr.202421-34523.
5. **Jones C.** Intimate Relationship Between Stress and Human Alpha-Herpes Virus 1 (HSV-1) Reactivation from Latency. *Curr Clin Microbiol Rep.* 2023;10(4):236-245. doi:10.1007/s40588-023-00202-9
6. **Nath P, Kabir MA, Doust SK, Ray A.** Diagnosis of Herpes Simplex Virus: Laboratory and Point-of-Care Techniques. *Infect Dis Rep.* 2021;13(2):518-539. doi:10.3390/idr13020049
7. **Lofgren D, Lenkeit C.** Mycoplasma Pneumoniae-Induced Rash and Mucositis: A Systematic Review of the Literature. *Spartan Med Res J.* 6(2):25284. doi:10.51894/001c.25284
8. **Ricles V, Ahmed S, Trautz A, Braden MM, Erickson-Parsons L, Krakowski AC.** Erythema Multiforme in a Child with Mycoplasma-Associated Infection. *J Pediatr.* 2023;257. doi:10.1016/j.jpeds.2023.02.017

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ VIÊM XƯƠNG TỦY XƯƠNG CẤP TÍNH Ở TRẺ EM

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Trần Phan Ninh^{2,3},
Trần Quang Lục^{2,4}, Đàm Thị Huế¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của cộng hưởng từ viêm xương tủy xương cấp tính ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** 123 bệnh nhi (BN) có lâm sàng nghi ngờ viêm xương tủy xương (VXTX) cấp tính, được chụp cộng hưởng từ (CHT) và được xác nhận kết quả trên phẫu thuật hoặc sinh thiết tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** có 92 bệnh nhi được chẩn đoán xác định là viêm xương tủy xương dựa trên phẫu thuật hoặc sinh thiết. Trong các trường hợp VXTX trên CHT có 88% trường hợp giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W; 77.2% trường hợp tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W; 91.3% trường hợp tăng tín hiệu trên chuỗi xung STIR; 94.6% trường hợp có ngấm thuốc

đối quang từ sau tiêm. Triệu chứng thứ phát trên CHT thường gặp nhất là áp xe trong xương chiếm 90.2% trường hợp. CHT giúp đánh giá tốt các biến chứng tại chỗ: Áp xe phần mềm và viêm khớp lân cận. **Kết luận:** Trên cộng hưởng từ, viêm xương tủy xương có hình ảnh chủ yếu giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W và STIR, ngấm thuốc dạng viền sau tiêm. Áp xe trong xương là dấu hiệu thứ phát thường gặp nhất. **Từ khóa:** Cộng hưởng từ, viêm xương tủy xương, trẻ em.

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF ACUTE OSTEOMYELITIS IN PEDIATRIC

Objective: Description of magnetic resonance imaging features of acute osteomyelitis in children. **Subjects and methods:** 123 pediatric patients with clinically suspected acute osteomyelitis, underwent magnetic resonance imaging and had results confirmed by surgery or biopsy at the National Children's Hospital. **Results:** There were 92 pediatric patients with confirmed osteomyelitis based on surgery or biopsy. In the cases of osteomyelitis on MRI, 88% of cases had low signal intensity on T1W; 77.2% of cases had high signal intensity on T2W;

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh Viện Nhi Trung ương

⁴Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025

91.3% of cases had high signal intensity on STIR; 94.6% of cases had contrast enhancement after injection. The most common secondary symptom on MRI was intra-bone abscess, accounting for 90.2% of cases. MRI helps to evaluate local complications well: soft tissue abscess and adjacent arthritis. **Conclusions:** On MRI, osteomyelitis has low signal intensity on T1W, high signal intensity on T2W and STIR, and peripheral enhancement after injection. Intraosseous abscess is the most common secondary sign. **Keywords:** MRI, osteomyelitis, Paediatrics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xương tủy xương (VXTX) là bệnh lý nhiễm trùng thường gặp nhất tại hệ cơ xương khớp ở trẻ em do nhiễm vi khuẩn nhưng đôi khi có thể là do nấm, virus, hoặc hiếm gặp do ký sinh trùng¹. Trên thế giới, VXTX được xem như một vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu với tỷ lệ mắc bệnh từ 43–80/100.000 trẻ gây ra nhiều gánh nặng bệnh tật².

Sự chậm trễ trong việc chẩn đoán và điều trị sẽ làm giảm hiệu quả và kéo dài thời gian điều trị, dẫn tới nhiều biến chứng nặng nề: nhiễm khuẩn huyết, gãy xương, xương liền xấu, nguy cơ phẫu thuật³...

Các lựa chọn hình ảnh bao gồm chụp X-quang, chụp cắt lớp vi tính, xạ hình xương và cộng hưởng từ (CHT). Chụp X-quang rất quan trọng để sàng lọc bệnh nhân ban đầu và hữu ích khi có bất thường về vỏ xương, tuy nhiên chúng có độ nhạy thấp. Xạ hình xương có độ nhạy cao hơn so với chụp X-quang nhưng có độ đặc hiệu thấp và ít hữu ích hơn CHT trong việc đánh giá các bất thường về mô mềm lân cận. CHT là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất giá trị giúp phát hiện các bất thường về xương, mô mềm với độ đặc hiệu cao hơn so với chụp cắt lớp vi tính đa dãy ở những bệnh nhân còn nghi ngờ về viêm xương tủy xương². Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh CHT bệnh lý viêm xương tủy xương từ đó giúp ích chẩn đoán bệnh giai đoạn sớm và giảm biến chứng của VXTX. Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về VXTX nhưng chưa có nghiên cứu nào chi tiết và cụ thể về đặc điểm hình ảnh CHT của VXTX ở trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả được đặc điểm hình ảnh CHT trong các trường hợp được chẩn đoán VXTX cấp tính ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhi nghi ngờ trên lâm sàng là viêm xương tủy xương cấp tính đến khám tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 đáp ứng các tiêu chuẩn lựa

chọn và không có các tiêu chuẩn loại trừ.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chụp cộng hưởng từ tại Bệnh viện Nhi Trung Ương.
- Được xác nhận kết quả trên phẫu thuật hoặc sinh thiết.
- Có đầy đủ dữ liệu lưu trữ trên hệ thống PACS.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Khởi phát triệu chứng trên 2 tuần trước khi nhập viện.
- Bệnh nhân không được phẫu thuật hoặc sinh thiết.
- Tiền sử bệnh lý có vết thương xuyên thấu hay phẫu thuật trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp thu thập số liệu: hồi cứu và tiến cứu.

* Kỹ thuật chụp

- Thực hiện trên máy MRI 1.5T, hãng Siemens của Đức.
- Bệnh nhi có chỉ định chụp CHT được tư vấn và giải thích cho gia đình về kỹ thuật, các tai biến có thể xảy ra.
- Đối với những bệnh nhi không hợp tác sẽ được dùng an thần.

- Protocol: Các chuỗi xung T1W, T2W và STIR (chiều hướng tùy thuộc vị trí tổn thương), T1-FS trước tiêm và T1-FS sau tiêm thuốc đối quang từ, chụp các hướng (axial, coronal, sagittal).

* Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, vị trí tổn thương.
- Đặc điểm hình ảnh CHT:
 - + Tín hiệu trên các chuỗi xung T1W, T2W, STIR: tăng tín hiệu, giảm tín hiệu, đồng tín hiệu.
 - + Tính chất ngấm thuốc của viêm xương tủy xương trên phim chụp T1FS sau tiêm: Ngấm viền, ngấm thuốc không đều, không ngấm thuốc.
 - + Các dấu hiệu thứ phát của viêm xương tủy xương trên MRI: Áp xe trong xương, lỏng rỏ, áp xe dưới màng xương, đường xoang.
 - + Biến chứng tại chỗ của viêm xương tủy trên MRI: Áp xe phần mềm, viêm mủ khớp lân cận.

* **Xử lý số liệu.** Số liệu được thống kê, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định Chi-square, Fisher's exact test được sử dụng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

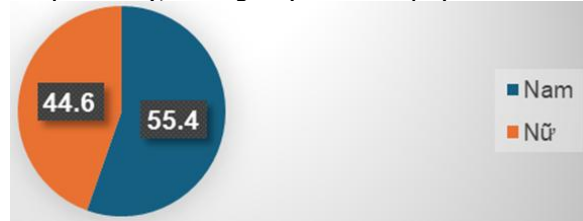
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, có 92/123 bệnh nhi được chẩn đoán xác định là viêm xương tủy xương dựa trên phẫu thuật hoặc

sinh thiết, tuổi trung bình của các BN là 73.6 ± 52.4 tháng tuổi (thấp nhất là 01 tháng và cao nhất là 176 tháng tuổi).

Bảng 1: Vị trí xương tổn thương

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Xương đòn	3
	Xương cánh tay	10
	Xương quay	2
	Xương chậu	8
	Xương đùi	30
	Xương chày	31
	Xương mác	3
	Xương bàn, ngón chân	3
	Xương cổ chân	2
	Tổng	92
		100.0

Vị trí xương tổn thương: Xương chi trên chiếm tỷ lệ 15.8%, xương chi dưới chiếm tỷ lệ 75.5% (ưu thế ở xương đùi (32.6%) và xương chày 33.6%), xương chậu chiếm tỷ lệ 8.7%.



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam và trẻ nữ ($p=0.297 > 0.05$).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Có		Không	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sốt	69	75.0	23	25.0
Sưng	76	82.6	16	17.4
Nóng	72	78.3	20	21.7
Đỏ	49	53.3	43	46.7
Đau	81	88.0	11	12.0
Hạn chế vận động	68	73.9	24	26.1

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau (88.0%) và sưng (82.6%). Triệu chứng ít gặp nhất là đỏ tại vị trí tổn thương (53.3%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh CHT của viêm xương tủy xương

Bảng 3: Đặc điểm tín hiệu trên các chuỗi xung trước tiêm

	Đồng tín hiệu	Giảm tín hiệu	Tăng tín hiệu
Chuỗi xung T1W	12%	88%	0%
Chuỗi xung T2W	22.8%	0%	77.2%
Chuỗi xung STIR	8.7%	0%	91.3%

Viêm xương tủy xương có hình ảnh chủ yếu giảm tín hiệu trên T1W (88%), tăng tín hiệu trên

T2W (77.2%) và tăng tín hiệu trên STIR (91.3%).

Bảng 4: Tính chất ngấm thuốc của viêm xương tủy xương trên phim chụp T1FS sau tiêm

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
T1FS sau tiêm	Ngấm viên	55
	Ngấm thuốc không đều	32
	Không ngấm	5
Tổng	92	100

Viêm xương tủy xương có hình ảnh ngấm thuốc trong 87 trường hợp (94.6%) trong đó hình thái ngấm viên chiếm 55 trường hợp (59.8%); Hình thái ngấm thuốc không đều chiếm 32 trường hợp (34.8%).

Bảng 5: Dấu hiệu thứ phát của viêm xương tủy xương trên MRI

Triệu chứng CHT	Có		Không	
	n	%	n	%
Áp xe trong xương	83	90.2	9	9.8
Lỗ rò	51	55.4	41	44.6
Áp xe dưới màng xương	68	73.9	24	26.1
Đường xoang	7	7.6	85	92.4

Triệu chứng thứ phát trên CHT thường gặp nhất là áp xe trong xương (90.2%), ít gặp nhất là đường xoang (7.6%).

Bảng 6: Biến chứng tại chỗ của viêm xương tủy trên MRI

Biến chứng tại chỗ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Áp xe phần mềm	49	55.3
Viêm mủ khớp lân cận	35	38.0

Trên cộng hưởng từ, bệnh nhân VXTX có biến chứng áp xe phần mềm gặp trong 49 trường hợp (55.3%); viêm mủ khớp lân cận trong 35 trường hợp (38.0%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,6 tháng (6,1 tuổi). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Schallert, E. K (2015) là 7,1 tuổi⁴ và trong nghiên cứu của Popescu, B (2020) là 10 tuổi⁵. Như vậy, tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu này thấp hơn so với các tác giả trước đây. Tỷ lệ nam:nữ = 1.25:1, nam chiếm 55.4% bệnh nhân, nữ chiếm 44.6% bệnh nhân. Cũng tương đồng với nghiên cứu của Bogdan, P. (2020) Popescu, B (2020)⁵ với kết quả nghiên cứu có ưu thế nhẹ ở nam với tỷ lệ nam:nữ = 1.23:1.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau (88.0%), tiếp theo là sưng (82.6%). Tương đồng với nghiên cứu của Manz, N. (2018) với triệu chứng thường gặp nhất là đau (98%) và sưng nề/đỏ (78%)⁶. Và nghiên cứu của Dartnell,

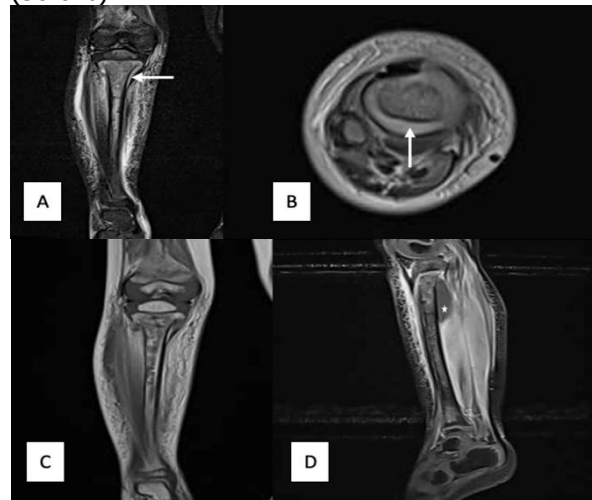
J, (2012) với triệu chứng thường gặp nhất là đau (81.1%), theo sau là triệu chứng tại chỗ (70%)⁷. Vì những bệnh lý còn lại như viêm, áp xe phần mềm lân cận, u xương cũng có những triệu chứng tương tự. Như vậy các triệu chứng cơ năng và thực thể không đặc hiệu cho viêm xương tủy xương, vẫn gặp trong các bệnh lý nhiễm trùng cơ, xương khớp khác, thậm chí u xương.

Vị trí thường gặp nhất của VXTX cấp tính là ở xương chày (33.6%), tiếp theo là xương đùi (32.6%). Ưu thế các xương chi dưới (75.5%) và xương dài (89.1%). Tương đồng với nghiên cứu của Peltola, H. (2010)⁸: xương đùi (27%), xương chày (24%), xương chậu (15%), xương gót chân (11%) và xương mác (10%) và nghiên cứu của Popescu, B (2020)⁵ với VXTX gặp nhiều nhất ở xương đùi (37,2%) và xương chày (32%); ưu thế ở xương dài chi dưới (79.3%). Điều này có thể lý giải theo diện cấp máu của cơ thể, theo chiều trọng lực máu có xu hướng ứ đọng ở phần thấp nhiều và lâu hơn, dễ tạo điều kiện cho vi khuẩn theo đường máu lắng đọng, gây bệnh trong tủy xương.

Viêm xương tủy xương cấp tính trên chuỗi xung T1W có hình ảnh giảm tín hiệu trong 88% trường hợp, đồng tín hiệu trong 12% trường hợp; trên chuỗi xung T2W có hình ảnh tăng tín hiệu trong 77,2% trường hợp, đồng tín hiệu trong 22,8% trường hợp; trên chuỗi xung STIR có hình ảnh tăng tín hiệu trong 91,3% trường hợp, đồng tín hiệu trong 8,7% trường hợp; Phù tủy xương là đặc điểm sớm nhất của VXTX cấp tính được thấy trên MRI và có thể được phát hiện sớm nhất là 1 đến 2 ngày sau khi nhiễm trùng bắt đầu. Tủy xương bình thường tăng tín hiệu trên T1W do mỡ trong tủy xương. Trong viêm tủy xương cấp tính, tủy xương bị sung huyết bởi dịch và mủ, tạo ra hình ảnh giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W và STIR^{2,9}. So sánh với tín hiệu tủy xương ở xương liền kề hoặc đối diện để phát hiện phù nề. Sau tiêm thuốc đối quang từ có 94.6% trường hợp ngấm thuốc, trong đó 59,8% trường hợp ngấm thuốc viên biểu hiện rõ ràng của hình ảnh áp xe trong xương, 34,8% trường hợp ngấm thuốc không đều, biểu hiện hình ảnh của phù tủy và những ổ áp xe nhỏ trong xương. Áp xe trong xương và dưới màng xương sẽ giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W và STIR. Một viên mỏng tín hiệu trung gian trên T1W được nhìn thấy xung quanh áp xe, biểu thị mô hạt tăng sinh mạch. Trên hình ảnh FS-T1 sau khi tiêm thuốc đối quang từ, mô hạt ngoại vi sẽ ngấm thuốc dạng viên xung quanh trong khi khoang chứa mủ trung tâm không ngấm thuốc.

Trong số 92 bệnh nhi VXTX cấp tính, triệu chứng thứ phát trên CHT bao gồm: áp xe trong xương có tỷ lệ cao nhất (83 bệnh nhân có tương đương 90,2%); Triệu chứng lở rò gặp ở 51 bệnh nhân (55,4%); Triệu chứng áp xe dưới màng xương gặp ở 68 bệnh nhân (73,9%); Triệu chứng CHT ít gặp nhất nhất là đường xoang, chỉ 7 bệnh nhân (7,6%). Bởi vì ở trẻ em, viêm xương tủy xương chủ yếu có cơ chế bệnh sinh do nhiễm khuẩn theo đường máu, hình thành ổ viêm đầu tiên ở tủy xương rồi tạo thành ổ áp xe trong xương sau đó phá vỡ vỏ xương tạo thành lỗ rò, áp xe dưới màng xương, tiếp tục lan ra xung quanh tạo ổ áp xe ở phần mềm hoặc biến chứng viêm khớp lân cận⁶. Hầu hết trẻ em trong nghiên cứu được đưa đến viện khám ở giai đoạn khá sớm (thời gian khoảng 6 ngày) và ở những bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật (có ổ áp xe trong xương và dưới màng xương). Vì vậy các triệu chứng hình ảnh phù tủy xương, áp xe trong xương và dưới màng xương có tỷ lệ cao hơn hẳn.

Ngoài ra, trên CHT giúp đánh giá khá chính xác các biến chứng tại chỗ của VXTX: áp xe phần mềm gặp trong 49 trường hợp (53.3%), viêm mủ khớp lân cận gặp trong 35 trường hợp (38.0%).



Hình 1. Trẻ nam, 3 tuổi, viêm xương tủy xương chày phải cấp tính

(A) Hình STIR coronal: tăng tín hiệu lan toả tủy xương xương chày phải, có áp xe dưới màng xương (mũi tên trắng), thâm nhiễm viêm tăng tín hiệu tổ chức cơ và mô dưới da vùng cẳng chân; (B) Hình T2W axial: áp xe dưới màng xương (mũi tên trắng); (C) Hình T1W coronal: tổn thương xương giảm tín hiệu trên T1W; (D) Hình T1FS sau tiêm Gadolinium: tủy xương ngấm thuốc không đều, có áp xe phần mềm cạnh xương chày (dấu sao).

V. KẾT LUẬN

- Viêm xương tủy xương là bệnh lý nhiễm trùng cơ xương khớp hay gặp nhất ở trẻ em (74,8% trong nhóm bệnh nhân nghi ngờ).

- Tuổi trung bình là 73.6 ± 52.4 tháng tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1.

- Vị trí thường gặp ở xương dài và chi dưới ưu thế xương đùi (32,6%), xương chày (33,6%). Trên cộng hưởng từ, viêm xương tủy xương có hình ảnh chủ yếu giảm tín hiệu trên T1W (88%), tăng tín hiệu trên T2W (77,2%) và STIR (91,3%), ngấm thuốc dạng viền sau tiêm (59,8%). Áp xe trong xương là dấu hiệu thứ phát thường gặp nhất (90,2%). Cộng hưởng từ còn giúp đánh giá các biến chứng tại chỗ: Áp xe phần mềm (53,3%) và viêm khớp lân cận (38,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter, N., Bärtil, S., Alt, V. & Rupp, M.** The Epidemiology of Osteomyelitis in Children. *Children* (Basel, Switzerland) 8, (2021) doi:10.3390/children8111000.
2. **Lee, Y. J., Sadigh, S., Mankad, K., Kapse, N. & Rajeswaran, G.** The imaging of osteomyelitis. *Quantitative imaging in medicine and surgery* 6, 184-198 (2016) doi:10.21037/qims.2016.04.01.
3. **Jha, Y. & Chaudhary, K.** Diagnosis and Treatment Modalities for Osteomyelitis. *Cureus* 14, e30713 (2022) doi:10.7759/cureus.30713.
4. **Schallert, E. K. et al.** Metaphyseal osteomyelitis in children: how often does MRI-documented joint effusion or epiphyseal extension of edema indicate coexisting septic arthritis? *Pediatric radiology* 45, 1174-1181 (2015) doi:10.1007/s00247-015-3293-0.
5. **Popescu, B., Tevanov, I., Carp, M. & Ulici, A.** Acute hematogenous osteomyelitis in pediatric patients: epidemiology and risk factors of a poor outcome. *The Journal of international medical research* 48, 300060520910889 (2020) doi:10.1177/0300060520910889.
6. **Manz, N., Krieg, A. H., Heininger, U. & Ritz, N.** Evaluation of the current use of imaging modalities and pathogen detection in children with acute osteomyelitis and septic arthritis. *European journal of pediatrics* 177, 1071-1080 (2018) doi:10.1007/s00431-018-3157-3.
7. **Dartnell, J., Ramachandran, M. & Katchburian, M.** Haematogenous acute and subacute paediatric osteomyelitis: a systematic review of the literature. *British Editorial Society of bone and joint surgery* 94, 586 - 589 (2012) doi:10.1302/0301-620X.94B5.28523.
8. **Peltola, H., Pääkkönen, M., Kallio, P. & Kallio, M. J.** Short- versus long-term antimicrobial treatment for acute hematogenous osteomyelitis of childhood: prospective, randomized trial on 131 culture-positive cases. *The Pediatric infectious disease journal* 29, 1123-1128 (2010) doi:10.1097/INF.0b013e3181f55a89.
9. **Dobaria DG & HL, Cohen.** Osteomyelitis Imaging. *Osteomyelitis Imaging*, (2023)

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG Ở CÁC TRẺ EM BỊ SẼN NGỨA (PRURIGO NODULARIS)

Trần Thị Huyền^{1,2}, Sar Sokpharuth¹

TÓM TẮT

Sẻn ngứa là bệnh da liễu hay gặp ở trẻ em, đặc trưng bởi sự xuất hiện của các sẻn nhỏ trên da, gây ngứa, các vết xước, vết thâm sau viêm. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng và nồng độ IgE huyết thanh ở các bệnh nhân sẻn ngứa trẻ em, xác định mối liên quan giữa nồng độ IgE với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 94 trẻ em mắc sẻn ngứa, từ tháng 8/2023 tới tháng 8/2024 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Định lượng IgE toàn phần trong máu được thực hiện bằng phương pháp điện hóa phát quang (ECLIA) trên máy Roche-Cobas E411. Kết quả có 62,8% bệnh nhân là

nam, 37,2% là nữ, tuổi trung bình là $7,15 \pm 4,21$ tuổi, nhỏ nhất là 1 tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Phần lớn các chỉ số cận lâm sàng đều nằm trong giới hạn bình thường. Có 26,6% bệnh nhân có bạch cầu tăng; giá trị trung bình là $8,1 \pm 1,9$ G/L. Tỷ lệ bạch cầu ái toan bình thường là 78,7%, tỷ lệ có tăng bạch cầu ái toan là 21,3%. Có 76,6% bệnh nhân có mức hemoglobin bình thường, 6,4% có hemoglobin tăng, trung bình là $13,1 \pm 1,9$ g/dL. Có 85,1% bệnh nhân có AST bình thường và 86,2% có ALT bình thường. Trung bình AST là $32,9 \pm 14,6$ IU/L; ALT là $19,4 \pm 12,3$ IU/L. Có 84,0% bệnh nhân có mức IgE cao, với giá trị trung bình là $1067,726 \pm 1466,142$ IU/ml. Không có mối tương quan giữa nồng độ IgE huyết thanh với mức độ ngứa, mức độ thương tổn và mức độ hoạt động bệnh.

Từ khóa: Sẻn ngứa, trẻ em, nồng độ IgE huyết thanh, bạch cầu ái toan, men gan.

SUMMARY

SOME PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH PRURIGO NODULARIS

Prurigo nodularis is a common dermatological condition in children, characterized by the presence of small nodules on the skin, accompanied by itching,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025