

# HUYẾT THANH CHẨN ĐOÁN CYTOMEGALOVIRUS Ở CÁC BỆNH NHÂN HỒNG BAN ĐA DẠNG, HỘI CHỨNG STEVENS-JOHNSON VÀ HOẠI TỬ THƯƠNG BÌ NHIỄM ĐỘC

Trần Thị Huyền<sup>1,2</sup>, Phạm Thị Minh Phương<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 54 bệnh nhân hồng ban đa dạng (erythema multiforme-EM), 30 bệnh nhân hội chứng Stevens-Johnson (Stevens-Johnson syndrome-SJS)/hoại tử thương bì nhiễm độc (toxic epidermal necrolysis-TEN) và 30 người khỏe mạnh nhằm xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với cytomegalovirus (CMV) và mối liên quan của virus này với một số đặc điểm lâm sàng. Kết quả cho thấy, tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính ở nhóm SJS/TEN, nhóm EM và nhóm khỏe mạnh lần lượt là 3,33% và 100%; 1,85% và 100%; 10% và 100%; sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm EM, không có sự khác nhau về tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính giữa nhóm có thương tổn da lan tỏa và nhóm có thương tổn đầu cực, khu trú; giữa nhóm có thương tổn niêm mạc và nhóm không có thương tổn niêm mạc. Ở nhóm SJS/TEN và EM, không có sự khác nhau về tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV-IgM và CMV-IgG giữa nhóm không rõ nguyên nhân và nhóm có thuốc nghi ngờ gây bệnh. **Từ khóa:** Cytomegalovirus, hoại tử thương bì nhiễm độc, hội chứng Steven-Johnson, hồng ban đa dạng

## SUMMARY

### SEROLOGICAL DIAGNOSIS OF CYTOMEGALOVIRUS IN PATIENTS WITH ERYTHEMA MULTIFORME, STEVENS- JOHNSON SYNDROME, AND TOXIC EPIDERMAL NECROLYSIS

A cross-sectional descriptive study was conducted on 54 patients with erythema multiforme (EM), 30 patients with Stevens-Johnson syndrome (SJS)/toxic epidermal necrolysis (TEN), and 30 healthy individuals to determine the seropositivity rates for cytomegalovirus (CMV) and its association with certain clinical features. The results showed that the rates of CMV-IgM and CMV-IgG positivity were 3.33% and 100% in the SJS/TEN group, 1.85% and 100% in the EM group, and 10% and 100% in the healthy group, respectively. The differences among the groups were not statistically significant. Within the EM group, there were no differences in CMV-IgM and CMV-IgG positivity rates between patients with diffuse skin lesions and those with acral, localized lesions, nor between patients with mucosal involvement and those

without mucosal involvement. Similarly, in the SJS/TEN and EM groups, there were no differences in CMV-IgM and CMV-IgG seropositivity rates between patients with unknown causes and those with suspected drug-induced disease. **Keywords:** Cytomegalovirus, erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồng ban đa dạng (erythema multiforme-EM) là một hội chứng về da-niêm mạc đặc trưng bởi các hình bia bản điển hình và/hoặc không điển hình. Bệnh được chia thành thể nhẹ (không có thương tổn niêm mạc, chỉ có thương tổn da và môi) và thể nặng (có thương tổn niêm mạc). Hội chứng Stevens-Johnson (Stevens-Johnson syndrome-SJS) và hoại tử thương bì nhiễm độc (toxic epidermal necrolysis-TEN) là những phản ứng da-niêm mạc nặng, chủ yếu do thuốc, có nguy cơ gây tử vong cao nếu không được điều trị tích cực. Ngày nay, EM được xem như là một bệnh riêng biệt, tách khỏi nhóm SJS/TEN, với các đặc điểm lâm sàng, dịch tễ học và sinh bệnh học đặc thù. Bệnh lành tính nhưng có thể hay tái phát, có thể có biến chứng, nhất là ở mắt (viêm kết mạc, loét giác mạc, mất biểu mô giác mạc). Hầu hết các ca thường liên quan tới nhiễm trùng, nhất là herpes simplex virus (HSV), nguyên nhân do thuốc ít gặp. Ngoài ra, các tác nhân vi sinh vật khác có thể có liên quan tới EM là *Mycoplasma pneumoniae*, *Histoplasma capsulatum* và *Parapoxvirus*.

Ở Việt Nam, đã có nghiên cứu về mối liên quan giữa kháng nguyên bạch cầu người (human leukocyte antigen, HLA) với SJS/TEN do một số thuốc nhất định, ví dụ, giữa HLA-B\*15:02 với SJS/TEN do carbamazepin.<sup>1</sup> Có khoảng 20% trường hợp SJS/TEN không rõ nguyên nhân. Một số vi sinh vật được xem là nguyên nhân gây SJS/TEN, ví dụ, SJS/TEN xảy ra sau khi tiêm vaccin thủy đậu, sởi, nhiễm *Mycoplasma pneumoniae*, virus dengue, liên quan tới tái hoạt cytomegalovirus (CMV).<sup>2</sup> Nhiễm CMV khá thường gặp trong quần thể dân cư nói chung. Hầu hết người lớn đều từng nhiễm CMV mà không có các triệu chứng lâm sàng. Biểu hiện da của nhiễm CMV vốn hiếm và không đặc hiệu, được báo cáo ở các bệnh nhân AIDS, u ác tính, bỏng và giảm miễn dịch sau ghép cơ quan, có thể đa dạng như mụn nước, loét da, viêm da mủ (pyoderma),

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh 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: 11.4.2025

hồng ban nút, sẩn ngứa, ban xuất huyết, sẩn và mảng sùi, viêm da đầu cực. Phản ứng dạng mào đay và ban dạng sởi (morbilliform) được báo cáo ở bệnh nhân có miễn dịch bình thường nhưng sau ghép tim và ở bệnh nhân đái tháo đường.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV trong EM, SJS/TEN và mối liên quan của virus này với một số đặc điểm lâm sàng của EM và SJS/TEN.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân EM và SJS/TEN điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 3/2018 tới tháng 05/2024.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Nhóm EM.** Tiêu chuẩn chẩn đoán: Các bệnh nhân có khởi phát bệnh cấp tính, sau dùng thuốc và/hoặc sau nhiễm trùng hoặc không rõ yếu tố thúc đẩy bệnh. Có thương tổn da là các hình bia bắn điển hình và/hoặc không điển hình, phân bố ở các đầu cực hoặc lan tỏa. Các hình bia bắn điển hình bao gồm ít nhất ba thành phần đồng tâm: (1) một hình tròn trung tâm sẩn màu hoặc mụn nước, bóng nước; (2) tiếp theo là một vòng thâm nhiễm màu nhạt; và (3) ngoài cùng là vòng ban đỏ. Một số chỉ hiển thị hai vòng (hình bia bắn không điển hình, gờ cao so với mặt da). Có tổn thương các niêm mạc kèm theo hoặc không. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định EM; độ tuổi bất kỳ; cả nam và nữ; bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có ký vào bản chấp thuận.

### Nhóm SJS/TEN

**Tiêu chuẩn chẩn đoán.** Dựa theo các đặc điểm lâm sàng: bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc nghi ngờ gây dị ứng hoặc không, thời gian từ khi dùng thuốc tới khi khởi phát phù hợp; có các tiền triệu (sốt, mệt mỏi, viêm long đường hô hấp trên); có thương tổn da và/hoặc niêm mạc điển hình: loét, hoại tử các niêm mạc, các dát thâm màu, hoại tử, bóng nước bùng nhùng trên da, dễ vỡ, tạo thành các vết trợt rộng.

Chẩn đoán SJS, TEN hay overlap SJS/TEN dựa theo phân loại của Bastuji-Garin như sau<sup>3</sup>: 1) SJS với thương tổn hoại tử thượng bì (bong nước, trợt da) dưới 10% diện tích cơ thể, các dát đỏ, ngứa, hình bia bắn không điển hình bằng phẳng với da lành; 2) Overlap SJS/TEN khi diện tích hoại tử thượng bì từ 10-30% với các dát đỏ, ngứa, hình bia bắn không điển hình bằng phẳng với da lành; 3) TEN với diện tích hoại tử thượng bì trên 30% diện tích cơ thể.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân

được chẩn đoán xác định SJS/TEN; độ tuổi bất kỳ; cả nam và nữ; bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có ký vào bản chấp thuận.

### Tiêu chuẩn loại trừ cho cả hai nhóm:

Bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết (có procalcitonin máu >2 ng/ml và/hoặc cấy máu dương tính); bị suy giảm miễn dịch.

### Nhóm chứng khỏe mạnh

Có 30 người khỏe mạnh (healthy controls-HCs) làm nhóm chứng. Đây là các nhân viên y tế và các đối tượng tới kiểm tra sức khỏe. Những người này không có tiền sử dị ứng thuốc, không bị các bệnh nhiễm khuẩn, dị ứng (viêm mũi xoang, mào đay, viêm kết mạc mùa xuân, hen phế quản) hay các bệnh nội, ngoại khoa khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Các đối tượng được chọn vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian. Cỡ mẫu thuận lợi, gồm 54 bệnh nhân EM, 30 bệnh nhân SJS/TEN và 30 người khỏe mạnh. Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo bệnh án nghiên cứu.

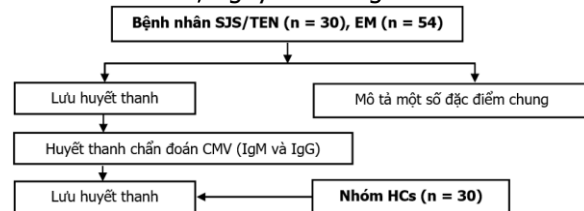
**Lưu huyết thanh:** Thực hiện sau khi có sự đồng thuận của người bệnh hoặc của người đại diện hợp pháp, ký vào bản chấp thuận. Mỗi bệnh nhân EM, SJS/TEN và người khỏe mạnh được lấy 04 ml máu để tách huyết thanh, lấy vào ống không có chất chống đông. Các mẫu máu được đặt ở nhiệt độ phòng 10-20 phút, sau đó ly tâm 20 phút với tốc độ 2000-3000 vòng/phút, tách chiết huyết thanh và bảo quản ở nhiệt độ -80°C trước khi làm xét nghiệm vi sinh vật.

**Huyết thanh chẩn đoán CMV.** Đây là xét nghiệm miễn dịch hai bước để phát hiện định tính kháng thể IgM, IgG trong huyết thanh và huyết tương người sử dụng công nghệ vi hạt hóa phát quang. Mẫu, dung dịch pha loãng xét nghiệm, lysate virus CMV (chủng AD169) và kháng nguyên CMV tái tổ hợp phủ trên vi hạt thuận từ được kết hợp lại và ủ. Kháng thể IgM, IgG kháng virus CMV hiện diện trong mẫu sẽ gắn kết với virus CMV lysate (chủng AD169) và kháng nguyên tái tổ hợp CMV phủ trên bề mặt vi hạt. Hỗn hợp hình thành được rửa. Sau đó, chất kết hợp kháng IgM, IgG người cố đánh dấu acridinium được cho vào để tạo hỗn hợp phản ứng và ủ. Thực hiện thêm một quá trình rửa, sau đó cho dung dịch Pre-Trigger và Trigger vào hỗn hợp phản ứng. Kết quả của phản ứng hóa phát quang được tính bằng đơn vị ánh sáng tương đối (relative light unit, RLU). Có sự tỉ lệ thuận giữa lượng kháng thể kháng CMV IgM, IgG trong mẫu và RLU được bộ phận quang học trong hệ thống

phát hiện. Kháng thể kháng CMV IgM, IgG trong mẫu được xác định bằng cách so sánh RLU hóa phát quang trong phản ứng với RLU ngưỡng phát hiện đã xác định từ đường cong hiệu chuẩn hoạt hóa. Bộ kit làm xét nghiệm: Abbott Ireland Diagnostics Division Finisklin Business Park Sligo Ireland +353-71-9171712.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được kiểm tra và chuẩn hóa trước khi nhập. Phần mềm SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) được sử dụng để phân tích số liệu. Test Chi-square và Fisher's exact được sử dụng để so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh, Bệnh viện Đa khoa Trung ương theo quyết định số 55/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 13 tháng 11 năm 2023.



**Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu**

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của nhóm SJS/TEN là 49,5 (nam 46,7%; nữ 53,3%), của nhóm EM là 30 (nam 42,6%; nữ 57,4%), của nhóm khỏe mạnh là 27,5 (nam 50%; nữ 50%). Trong nhóm SJS/TEN, có 36,67% bệnh nhân không rõ thuốc gây dị ứng, tỷ lệ này trong nhóm EM là 79,63%. Tỷ lệ bệnh nhân có sốt trong nhóm SJS/TEN là 63,33%; trong nhóm EM là 16,67%. Tỷ lệ có thương tổn niêm mạc trong nhóm SJS/TEN là 93,33%, trong nhóm EM là 24,07%. Trong nhóm EM, tỷ lệ có thương tổn da lan tỏa là 88,9%; tỷ lệ có thương tổn khu trú ở các đầu cực, gồm cả niêm mạc là 11,1%.

**Bảng 1. So sánh tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV của ba nhóm**

| Kháng thể | Nhóm SJS/TEN (n=30) |      | Nhóm EM (n=54) |      | Nhóm HCs (n=30) |     |
|-----------|---------------------|------|----------------|------|-----------------|-----|
|           | n                   | %    | n              | %    | n               | %   |
| CMV-IgM   | 1                   | 3,33 | 1              | 1,85 | 3               | 10  |
| CMV-IgG   | 30                  | 100  | 54             | 100  | 30              | 100 |

Tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính ở nhóm SJS/TEN, nhóm EM và nhóm HCs lần lượt là 3,33% và 100%; 1,85% và 100%; 10% và 100%; sự khác biệt giữa các

nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (Fisher's exact test) (Bảng 1).

**Bảng 2. So sánh tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV theo tuổi**

| Nhóm     | Kháng thể | Nhóm tuổi trẻ hơn* |      | Nhóm tuổi cao hơn* |       | p <sup>†</sup> |
|----------|-----------|--------------------|------|--------------------|-------|----------------|
|          |           | n                  | %    | n                  | %     |                |
| SJS/TEN  | n         | 15                 |      | 15                 |       |                |
|          | CMV-IgM   | 0                  | 0    | 1                  | 6,67  | 1              |
|          | CMV-IgG   | 15                 | 100  | 15                 | 100   | 1              |
| EM       | n         | 25                 |      | 29                 |       |                |
|          | CMV-IgM   | 1                  | 4    | 0                  | 0     | 0,463          |
|          | CMV-IgG   | 25                 | 100  | 29                 | 100   | 1              |
| Nhóm HCs | n         | 15                 |      | 15                 |       |                |
|          | CMV-IgM   | 1                  | 6,67 | 2                  | 13,33 | 1              |
|          | CMV-IgG   | 15                 | 100  | 15                 | 100   | 1              |

\* So sánh giữa hai nhóm tuổi: <50 tuổi và ≥50 tuổi đối với nhóm bệnh nhân SJS/TEN, <30 tuổi và ≥30 tuổi đối với nhóm bệnh nhân EM và nhóm chứng khỏe mạnh.

<sup>†</sup>Fisher's exact test

Không có sự khác nhau về tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính ở các nhóm theo nhóm tuổi (Bảng 2).

**Bảng 3. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV ở nhóm EM theo phân bố thương tổn**

| Kháng thể | Lan tỏa (n=48) |      | Đầu cực, khu trú (n=6) |     | p* |
|-----------|----------------|------|------------------------|-----|----|
|           | n              | %    | n                      | %   |    |
| CMV-IgM   | 1              | 2,08 | 0                      | 0   | 1  |
| CMV-IgG   | 48             | 100  | 6                      | 100 | 1  |

\* Fisher's exact test

Trong nhóm EM, không có sự khác nhau về tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính ở các nhóm theo thương tổn lan tỏa hay thương tổn đầu cực, khu trú (Bảng 3).

**Bảng 4. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV của nhóm EM theo thương tổn niêm mạc**

| Kháng thể | Có thương tổn niêm mạc (n=13) |     | Không có thương tổn niêm mạc (n=41) |      | p* |
|-----------|-------------------------------|-----|-------------------------------------|------|----|
|           | n                             | %   | n                                   | %    |    |
| CMV-IgM   | 0                             | 0   | 1                                   | 2,44 | 1  |
| CMV-IgG   | 13                            | 100 | 41                                  | 100  | 1  |

\* Fisher's exact test

Trong nhóm EM, không có sự khác nhau về tỷ lệ CMV-IgM dương tính và CMV-IgG dương tính ở các nhóm có hay không có thương tổn niêm mạc (Bảng 4).

**Bảng 5. Tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV theo nhóm nguyên nhân**

| Nhóm | Kháng thể | Không rõ |   | Có thuốc nghi ngờ |   | p* |
|------|-----------|----------|---|-------------------|---|----|
|      |           | n        | % | n                 | % |    |

|                |         |    |      |    |     |        |
|----------------|---------|----|------|----|-----|--------|
| <b>SJS/TEN</b> | n       | 11 |      | 19 |     |        |
|                | CMV-IgM | 1  | 9,09 | 0  | 0   | 0,3667 |
|                | CMV-IgG | 11 | 100  | 19 | 100 | 1      |
| <b>EM</b>      | n       | 43 |      | 11 |     |        |
|                | CMV-IgM | 1  | 2,33 | 0  | 0   | 1      |
|                | CMV-IgG | 43 | 100  | 11 | 100 | 1      |

\* Fisher's exact test

Ở nhóm SJS/TEN và EM, không có sự khác nhau về tỷ lệ huyết thanh dương tính với CMV-IgM và CMV-IgG giữa nhóm không rõ nguyên nhân và nhóm có thuốc nghi ngờ (Bảng 5).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm SJS/TEN, tỷ lệ huyết thanh IgM dương tính với CMV là 3,33% (một bệnh nhân, nữ, 54 tuổi, chẩn đoán SJS, có sốt, không rõ nguyên nhân do thuốc); trong nhóm EM, tỷ lệ huyết thanh IgM dương tính với CMV là 1,85% (một bệnh nhân, nam, 3 tuổi, có sốt, không rõ nguyên nhân gây EM); trong nhóm khỏe mạnh, tỷ lệ huyết thanh IgM dương tính với CMV là 10%.

CMV gây bệnh ở người (human CMV-hCMV) còn được gọi là human herpesvirus 5 (HHV5), là một thành viên của họ virus herpes. Giống các loài virus herpes khác, hCMV có khả năng tiềm ẩn dai dẳng suốt đời trong cơ thể người nhiễm. Nhiễm hCMV có tính toàn cầu, tỷ lệ người lớn có kháng thể IgG với hCMV khoảng 60% ở các nước phát triển và hơn 90% ở các nước đang phát triển. Nhiễm hCMV phổ biến hơn ở những nhóm người có điều kiện kinh tế-xã hội thấp, người nhập cư, không phải da trắng. Tuyến nước bọt và nước tiểu của trẻ em là nguồn chính của virus. Ngoài ra, virus có thể lây qua đường quan hệ tình dục, truyền máu toàn phần và ghép tạng.<sup>4</sup>

Sau nhiễm CMV tiên phát, thường ở trẻ nhỏ và thanh thiếu niên, virus tiềm ẩn trong cơ thể, có thể tái hoạt khi gặp điều kiện thuận lợi. EM có sốt có thể có nguyên nhân do CMV, không những ở người giảm miễn dịch mà còn ở người không suy giảm miễn dịch. Huyết thanh CMV-IgM và CMV-IgG dương tính có thể được phát hiện không chỉ ở giai đoạn nhiễm tiên phát mà còn ở giai đoạn nhiễm sau đó. Do đó, kết quả xét nghiệm có thể phản ánh ba khả năng: nhiễm tiên phát, nhiễm lại và sự tái hoạt của CMV sau giai đoạn tiềm ẩn. CMV có thể gây hội chứng tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, mà trong đó, bệnh nhân có thể có thêm thương tổn gan, bất thường công thức bạch cầu, gan to, lách to, xảy ra sau khi dùng amoxicillin hoặc ampicillin.<sup>5</sup>

Theo Seishima, CMV có thể liên quan tới bệnh nguyên của EM. Tất cả 5 bệnh nhân EM trong chùm bệnh của tác giả đều có sốt và đau họng. Các hình bia bắn phân bố chủ yếu ở các

đầu cực. Các thương tổn da biến mất sau khi khởi phát một tuần. Kháng thể CMV-IgM giảm một cách có ý nghĩa sau 2-3 tháng. Kháng thể IgG dương tính ở 3 bệnh nhân và âm tính ở 2 bệnh nhân tại thời điểm thăm khám ban đầu.<sup>5</sup>

Petrosino báo cáo về một bệnh nhi nam 7 tuổi bị EM. Trước khi có thương tổn da, trẻ có sốt và đau họng, sau đó xuất hiện các hình bia bắn ở tai, mặt. Huyết thanh chẩn đoán Mycoplasma pneumoniae, HSV, adenovirus, Epstein-Barr virus đều âm tính nhưng huyết thanh chẩn đoán CMV-IgM dương tính (23,6 U/ml; giá trị bình thường là 0-18 U/ml), trong khi đó, kháng thể IgG trong giới hạn bình thường (< 5 U/ml; giá trị bình thường là 0-12 U/ml). Bốn tuần sau đó, lượng kháng thể IgG tăng (190 U/ml) trong khi lượng kháng thể IgM trở về bình thường.<sup>6</sup>

Carducci báo cáo về một bệnh nhân nữ, 32 tuổi bị EM sau khi uống terbinafin điều trị nấm móng. Huyết thanh chẩn đoán CMV dương tính (cả IgM và IgG). Huyết thanh chẩn đoán viêm gan C và kháng thể kháng nhân cũng tăng.<sup>7</sup> Tương tác giữa virus và thuốc có thể gây ra phản ứng EM do thuốc. Có một số ca lâm sàng về mối liên quan với nhiễm CMV ở các bệnh nhân SJS/TEN: SJS liên quan tới CMV ở một bệnh nhi bị u màng não thất, sự tái hoạt CMV ở một bệnh nhân SJS/TEN,<sup>2</sup> viêm dạ dày do CMV mất protein ở một bệnh nhân SJS, viêm phổi nặng do một số vi sinh vật, trong đó có CMV, ở một bệnh nhân SJS.<sup>8</sup> Chưa có nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn về mối liên quan giữa SJS/TEN với nhiễm CMV.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ CMV-IgM dương tính không có sự khác nhau giữa các nhóm SJS/TEN, EM và nhóm khỏe mạnh, không có mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng.

#### 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.

Chúng tôi xin cam kết không có sự xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen DV, Chu HC, Nguyen DV, et al.** HLA-B\*1502 and carbamazepine-induced severe cutaneous adverse drug reactions in Vietnamese. Asia Pac Allergy. 2015;5(2):68-77. doi:10.5415/apallergy.2015.5.2.68
2. **Tagajdid MR, Doblali T, Elannaz H, Hammi S, Belfequih B, Mrani S.** Reactivation of cytomegalovirus in a patient with stevens-johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis. Iran J Med

- Sci. 2013;38(2 Suppl):195-197.
3. **Bastuji-Garin S, Rzany B, Stern RS, Shear NH, Naldi L, Roujeau JC.** Clinical classification of cases of toxic epidermal necrolysis, Stevens-Johnson syndrome, and erythema multiforme. *Arch Dermatol.* 1993;129(1):92-96.
  4. **Griffiths P, Reeves M.** Pathogenesis of human cytomegalovirus in the immunocompromised host. *Nat Rev Microbiol.* 2021;19(12):759-773. doi:10.1038/s41579-021-00582-z
  5. **Seishima M, Oyama Z, Yamamura M.** Erythema multiforme associated with cytomegalovirus infection in nonimmunosuppressed patients. *Dermatol Basel Switz.* 2001;203(4):299-302. doi:10.1159/000051776
  6. **Petrosino MI, Attanasi M, Marcovecchio ML, et al.** Erythema multiforme syndrome associated with acute acquired cytomegalovirus infection. *Arch Med Sci AMS.* 2016;12(3):684-686. doi:10.5114/aoms.2016.59943
  7. **Carducci M, Latini A, Acierno F, Amantea A, Capitanio B, Santucci B.** Erythema multiforme during cytomegalovirus infection and oral therapy with terbinafine: a virus-drug interaction. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* 2004;18(2):201-203. doi:10.1111/j.1468-3083.2004.00806.x
  8. **Lee T, Bae YJ, Park SK, et al.** Severe pneumonia caused by combined infection with *Pneumocystis jirovecii*, parainfluenza virus type 3, cytomegalovirus, and *Aspergillus fumigatus* in a patient with Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Acta Derm Venereol.* 2010;90(6):625-629. doi:10.2340/00015555-0977

## VAI TRÒ CỦA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Lê Thuận<sup>1,2</sup>, Phan Minh Hoàng<sup>1</sup>, Lục Nguyễn Quỳnh Như<sup>1</sup>, Cao Đức Thoại<sup>1</sup>, Lê Tất Thắng<sup>1</sup>, Đỗ Thị Mỹ Phượng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Bệnh đái tháo đường týp 2 (ĐTĐ týp 2) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ mắc đang gia tăng. Mặc dù đã có các phương pháp điều trị hiệu quả như thuốc và dinh dưỡng, nhưng vai trò của hoạt động thể chất chưa được khai thác đầy đủ. Phục hồi chức năng và vật lý trị liệu có vai trò quan trọng trong việc cải thiện kiểm soát đường huyết, ngăn ngừa biến chứng và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân. Các bài tập aerobic, rèn luyện sức mạnh, và chăm sóc bàn chân đều có lợi trong việc tăng cường sức khỏe tổng thể và giảm nguy cơ biến chứng. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân tham gia chương trình vật lý trị liệu còn thấp, cần có thêm chiến lược thúc đẩy sự tham gia.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, kiểm soát đường huyết, biến chứng.

### SUMMARY

#### THE ROLE OF REHABILITATION IN THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a global health issue with an increasing prevalence. Although effective treatments such as medication and nutrition exist, the role of physical activity remains underutilized. Rehabilitation and physical therapy play a crucial role in improving blood glucose control, preventing complications, and enhancing the quality of life for patients. Aerobic exercise, strength training, and foot

care are beneficial for overall health and reducing complications. However, the participation rate in physical therapy programs is low, requiring more strategies to encourage involvement.

**Keywords:** Diabetes mellitus, rehabilitation, physical therapy, blood glucose control, complications.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường týp 2 (ĐTĐ týp 2) là một trong những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng nhất toàn cầu, với tỷ lệ mắc bệnh đang tăng nhanh chóng tại các quốc gia phát triển và đang phát triển. Theo báo cáo của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), hiện có khoảng 463 triệu người mắc đái tháo đường, trong đó 90% là đái tháo đường týp 2, và con số này dự kiến sẽ tăng lên 700 triệu vào năm 2045. Bệnh không chỉ gây ra gánh nặng kinh tế khổng lồ mà còn dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm như bệnh tim mạch, suy thận và tổn thương thần kinh.

Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị hiệu quả, bao gồm kiểm soát đường huyết bằng thuốc và thay đổi chế độ ăn uống, đã được áp dụng, tuy nhiên vai trò của hoạt động thể chất trong việc quản lý bệnh ĐTĐ týp 2 chưa được khai thác đầy đủ. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng hoạt động thể chất, đặc biệt là các chương trình tập luyện bao gồm aerobic và rèn luyện sức mạnh, có thể cải thiện đáng kể kiểm soát đường huyết, tăng cường độ nhạy insulin và giảm nguy cơ biến chứng tim mạch. Đồng thời, vật lý trị liệu có vai trò vô cùng quan trọng trong việc quản lý và ngăn ngừa các biến chứng bàn

<sup>1</sup>Bệnh viện Phục hồi chức năng-Điều trị bệnh nghề nghiệp

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025