

- aspiration for the diagnosis of hilar and mediastinal lymphadenopathy in patients with lung cancer. *Cancer Lett.* 2016;371(2):182-6.
7. **Tran HTT, Nguyen S, Nguyen KK, Pham DX, Nguyen UH, Le AT, et al.** Lung Cancer in Vietnam. *J Thorac Oncol.* 2021;16(9):1443-8.
8. **Yang L, Wang S, Gerber DE, Zhou Y, Xu F, Liu J, et al.** Main bronchus location is a predictor for metastasis and prognosis in lung adenocarcinoma: A large cohort analysis. *Lung Cancer.* 2018;120:22-6.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Văn Lâm^{1,2},
Đỗ Thiện Hải^{1,2}, Ngô Anh Vinh^{1,2}, Đào Hữu Nam^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (VMNTBCAT) là bệnh lý hiếm gặp, đã được báo cáo nhiều trên thế giới. Hiện nay còn ít nghiên cứu về bệnh lý này ở trẻ em tại Việt Nam. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 78 trẻ được chẩn đoán VMNTBCAT tại Bệnh viện Nhi Trung Ương trong 4 năm từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2024. Tỷ lệ trẻ nam là 57,7%, nữ là 42,3%, tuổi trung vị là 29 tháng (18-90,4). Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (92,3%), nôn, nôn vọt (62,8%), đau đầu (44,9%), cứng gáy (41%). Có 88,5% bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan (BCAT) tuyệt đối trong máu > 500 tế bào (TB)/mm³ là. Tỷ lệ %BCAT trong dịch não tủy (DNT) có trung bình là 41,6 ± 19,3%. Số lượng BCAT trong DNT trung vị là 320 (82-450) tế bào/mm³. Protein DNT tăng nhẹ, glucose DNT bình thường. Bất thường thường gặp nhất trên MRI sọ não là giãn não thất (25%), tổn thương chất trắng (23,4%), viêm màng não (21,9%). Kết quả điều trị: ra viện 91%, di chứng 12,8%, tử vong/xin về 2,6%.

Từ khóa: viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, trẻ em, nhiễm ký sinh trùng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF EOSINOPHILIC MENINGITIS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Eosinophilic meningitis is a rare disease that has been reported a lot in the world. Currently, there are few studies on this disease in children in Vietnam. A cross-sectional, retrospective study on 78 children diagnosed with eosinophilic meningitis at the National Children's Hospital in 4 years from July 2020 to June 2024. The proportion of boys was 57.7%, girls was 42.3%, the median age was 29 months (18-90.4). The most common symptoms were fever (92.3%),

vomiting, projectile vomiting (62.8%), headache (44.9%), stiff neck (41%). 88.5% of patients had absolute eosinophilia (EO) in the blood > 500 cells (TB)/mm³. The average percentage of eosinophils in cerebrospinal fluid (CSF) was 41.6 ± 19.3%. The median number of eosinophils in CSF was 320 (82-450) cells/mm³. CSF protein was slightly increased, CSF glucose was normal. The most common abnormalities on brain MRI were ventricular dilatation (25%), white matter lesions (23.4%), and meningitis (21.9%). Treatment results: 91% discharged, 12.8% with sequelae, 2.6% death/return.

Keywords: eosinophilic meningitis, children, parasitic infection, National Children's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các Y văn trên thế giới, viêm màng não tăng bạch cầu ái toan chỉ chiếm khoảng 2% các trường hợp viêm màng não, bệnh có thể gây tử vong hoặc di chứng nặng nề nếu nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.¹ Có nhiều nguyên nhân gây tăng bạch cầu ái toan trong dịch não tủy bao gồm nhiễm ký sinh trùng, lao, giang mai, vi-rút, nấm cũng như các nguyên nhân không nhiễm trùng như bệnh Hodgkin, ung thư máu, do thuốc, vaccine phòng đại, phản ứng dị ứng...²

Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (VMNTBCAT) được báo cáo lần đầu tiên ở Đài Loan vào năm 1945, sau đó ấu trùng *Angiostrongylus cantonensis* được phát hiện có trong dịch não tủy.³ Các trường hợp khác đã được ghi nhận lưu hành ở Đông Nam Á và Vành đai Thái Bình Dương (Trung Quốc, Đài Loan, Thái Lan và các quần đảo Thái Bình Dương), khách du lịch trở về từ các vùng lưu hành.^{4,5} Bệnh VMNTBCAT đã được báo cáo ở cả hai miền Nam, Bắc từ những năm 60 cho đến nay, ghi nhận tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai trong đó, *Angiostrongylus Cantonensis* là căn nguyên gây bệnh hàng đầu.⁶⁻⁸ Trên đối tượng trẻ em còn chưa được báo cáo nhiều, việc chẩn đoán

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

các tác nhân gây bệnh trước đây vẫn còn hạn chế. Tại miền Bắc hiện còn ít nghiên cứu và cụ thể là bệnh viện Nhi Trung ương chưa có nghiên cứu nào cập nhật về vấn đề này từ sau giai đoạn 2015. Vì thế, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm màng não tăng bạch cầu ái toan ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả bệnh nhân từ 1 tháng đến dưới 18 tuổi điều trị tại Trung tâm Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng:

- Lâm sàng nghi ngờ viêm màng não: sốt, đau đầu, buồn nôn và/hoặc nôn, có dấu màng não (cổ cứng, Kernig hoặc Brudzinski)

- Dịch não tủy (DNT) có ≥ 10 tế bào bạch cầu/mm³ và DNT có bạch cầu ái toan ≥ 10 tế bào/mm³ hoặc bạch cầu ái toan (BCAT) $\geq 10\%$ tổng số bạch cầu trong DNT

Tiêu chuẩn loại trừ

- Dữ liệu trong hồ sơ không đầy đủ thông tin thực hiện nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca, hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Bệnh nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 7/2020 đến tháng 6/2024.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: VMNTBCAT không phải là bệnh phổ biến vì vậy không khả thi nếu chọn số lượng lớn. Lấy mẫu thuận tiện lấy tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 78 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn đã đề ra.

Các thông số được thu thập từ bệnh án của bệnh nhân:

Đặc điểm nhân khẩu học: giới tính, tuổi (theo tháng), thời gian khởi phát triệu chứng trước khi nhập viện (ngày).

Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện: sốt, đau đầu, buồn nôn và/hoặc nôn, có dấu màng não (cổ cứng, Kernig hoặc Brudzinski), dấu hiệu thần kinh khu trú, tổn thương mắt trước khi điều trị.

Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm DNT mẫu đầu tiên BCAT trong DNT tăng (BCAT ≥ 10 tế bào/mm³ hoặc BCAT $\geq 10\%$ tổng số bạch cầu trong DNT), công thức máu, sinh hóa máu gần nhất trước hoặc cùng thời điểm chọc DNT, tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.

Kết quả điều trị: Khởi hoàn toàn: không còn các triệu chứng lâm sàng, các chỉ số cận lâm sàng cải thiện/về giá trị bình thường. Khởi có di chứng: có một hoặc nhiều di chứng thần kinh

được ghi nhận trong hồ sơ bởi bác sĩ truyền nhiễm nhi khoa. Tử vong/xin về: được chẩn đoán tử vong tại viện hoặc tình trạng bệnh quá nặng xin về để tử vong tại nhà. Chuyển viện: chuyển bệnh viện chuyên khoa hoặc tuyến dưới.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 25. Về thống kê mô tả, các biến liên tục được mô tả bằng trung bình ($\pm$ SD, độ lệch chuẩn), trung vị (IQR, tứ phân vị). Các biến danh định, nhị giá, thứ tự được phân tích và trình bày theo tần số và tỷ lệ %. Tất cả các kiểm định được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương chấp thuận ngày 17/10/2024 theo giấy chứng nhận số 3232/BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 78 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)	
Giới tính	Nam	45 (57,7%)
	Nữ	33 (42,3%)
Tuổi (tháng)		29 (18 – 90)
Ngày khởi phát trước nhập viện		10 (6 – 15,2)

Độ tuổi trung vị là 29 tháng (18–90), nhỏ nhất là trẻ 11 tháng và lớn nhất là 166 tháng. Trẻ nam là 45 (57,7%), nữ là 33 (42,3%), tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ 1.36 lần. Thời gian khởi phát triệu chứng trước nhập viện trung vị 10 (6–15,2) ngày.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng khi vào viện

Triệu chứng lâm sàng	n (%)
Sốt	72 (92,3%)
Nôn, nôn vọt	49 (62,8%)
Đau đầu	35 (44,9%)
Cứng gáy	32 (41%)
Buồn nôn	20 (25,6%)
Vạch màng não	11 (14,1%)
Lắc trong	10 (12,8%)
Dị cảm	5 (6,4%)
Liệt dây VII	4 (5,1%)
Dấu hiệu Kernig	2 (2,6%)
Dấu hiệu Brudzinski	2 (2,6%)
Dấu hiệu tiểu não	1 (1,3%)

Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là sốt (92,3%), nôn, nôn vọt (62,8%), đau đầu (44,9%), cứng gáy (41%). Biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú lắc trong ở 19 bệnh nhân (12,8%), phù gai thị 3 bệnh nhân (3,8%), liệt

dây VII 4 bệnh nhân (5,1%), ít gặp nhất là dấu hiệu tiểu não với tỷ lệ 1,3%.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm máu của VMNTBCAT

Giá trị xét nghiệm	Giá trị trung bình ($\pm$ SD) hoặc trung vị (IQR)
Số lượng hồng cầu ($\times 10^{12}$ tế bào/L)	4,7 $\pm$ 0,5
Huyết sắc tố (g/dL)	119 $\pm$ 14
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^9$ tế bào/L)	443 $\pm$ 139
Số lượng bạch cầu ($\times 10^9$ tế bào/L)	14,9 $\pm$ 4,7
Số lượng BCAT ($\times 10^9$ tế bào/L)	2,2 $\pm$ 1,66
Tỷ lệ BCAT (%)	14,5 $\pm$ 9,7
CRP (mg/L)	3,1 (0,9 – 8,2)
Glucose (mmol/L)	5,9 $\pm$ 0,87

Có 88,5% bệnh nhân tăng số lượng BCAT tuyệt đối trong máu ngoại vi ($>0,5 \times 10^9$ tế bào/L), tỷ lệ BCAT trong máu ngoại vi có trung bình là $14,5 \pm 9,7\%$. Số lượng BCAT tuyệt đối trong máu ngoại vi trung bình là $2,2 \pm 1,66 \times 10^9$ tế bào/L. Số lượng bạch cầu trung bình $14,9 \pm 4,7 \times 10^9$ tế bào/L và CRP có trung vị là 3,1 (IQR, 0,9-8,2).

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm dịch não tủy của VMNTBCAT

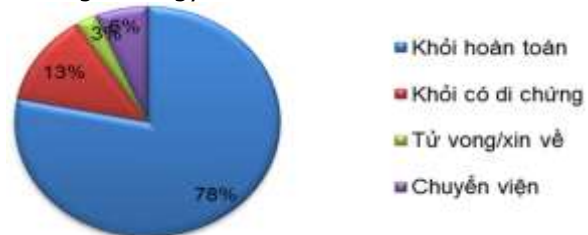
Giá trị xét nghiệm	Kết quả	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
Số lượng tế bào có nhân (tế bào/mm ³)	697 $\pm$ 456	66 – 2000
Tỷ lệ bạch cầu trung tính (%)	6,1 (3,9-10,3)	1,6 – 80,3
Tỷ lệ bạch cầu Lympho (%)	37,7 $\pm$ 18,3	3,0 – 75,6
Tỷ lệ bạch cầu ái toan (%)	41,6 $\pm$ 19,3	5,0 – 87,0
Số lượng BCAT (tế bào/mm ³)	320 (82-450)	7 – 1200
Protein (g/L)	0,62 $\pm$ 0,32	0,15 – 1,71
Glucose (mmol/L)	2,65 $\pm$ 0,89	0,86 – 5,64
Glucose DNT/máu	0,44 $\pm$ 0,19	0,14 – 0,92

Có 91,1% bệnh nhân tăng BCAT trong DNT ngay từ lần chọc DNT thứ nhất, 5,1% bệnh nhân tăng từ lần chọc DNT thứ 2, 2,6% bệnh nhân tăng BCAT trong DNT lấy qua sonde dẫn lưu não thất. Tỷ lệ BCAT có trung bình là $41,6\% \pm 19,3\%$, số lượng BCAT trong DNT trung vị là 320 (82-450). Protein DNT tăng nhẹ, glucose DNT không giảm. Không trường hợp nào có ấu trùng trong DNT.

Trong chụp cộng hưởng từ sọ não có 82,1% (64/78) ca được chụp và bất thường phát hiện ở 57,8% (37/64) tổng số ca được chụp. Bất

thường thường gặp nhất là giãn não thất (25%) chủ yếu là mức độ nhẹ, tổn thương chất trắng không điển hình (23,4%), viêm màng não (21,9%), xuất huyết não (6,3%). Không có ca có áp xe não.

Có 5 ca được làm xét nghiệm Polymerase Chain Reaction (PCR) dịch não tủy với các căn nguyên kí sinh trùng. Trong đó 3 ca dương tính với *Angiostrongylus cantonensis*.



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung của bệnh nhân VMNTBCAT

Bệnh nhân khỏi ra viện 91% trong đó 78,2% bệnh nhân khỏi hoàn toàn, 12,8% bệnh nhân khỏi ra viện với di chứng gồm lác trong 6,6% (5/78), yếu/liệt vận động chi 5,3% (4/78) và cả lác trong và yếu 2 chi dưới 1,3% (1/78). Tử vong/xin về 2,6% (2/78) trong đó 1 bệnh nhân tử vong tại viện, 1 bệnh nhân xin dừng điều trị do tình trạng nặng. Chuyển viện chiếm 6,4% (5/78) trong đó chuyển BV Phổi Trung ương 3 ca, chuyển tuyến dưới điều trị tiếp 2 ca.

IV. BÀN LUẬN

Điểm khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi của các bệnh nhân là nhỏ nhất so với các nghiên cứu được công bố. Nghiên cứu Doãn Phúc Hải trong 5 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương có tuổi trung bình $5,67 \pm 3,49$ tuổi, nghiên cứu Nguyễn Đình Lộc tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 với tuổi trung vị 5,4 (1-9) tuổi, nghiên cứu khác của Vinayan KP ở miền Nam Ấn Độ với tuổi trung vị là 3,9 (0,8-17) tuổi. Dù vậy, trẻ ở các lứa tuổi này đang trong giai đoạn tập đi, bò, thích khám phá xung quanh, thường xuyên tiếp xúc với môi trường đất cát chứa trứng hay ấu trùng kí sinh trùng hoặc gia đình nuôi động vật như chó mèo trong khi ý thức vệ sinh lại chưa cao. Một con đường khác là thông qua tay người chăm sóc tiếp xúc với thực phẩm có chứa ấu trùng (rau sống, ốc sên...).

Sốt là triệu chứng thường gặp nhất, tương đồng với các nghiên cứu trước đây, cụ thể là 96% Doãn Phúc Hải, 86,8% của Nguyễn Đình Lộc và 92% của Vinayan KP. Triệu chứng lâm sàng thường gặp tiếp theo lần lượt là nôn, đau đầu, cứng gáy (41%) khá tương tự với nghiên cứu Hồ Thị Hoài Thu (70%, 96%, 26%), Doãn

Phúc Hải (76%, 52%, 84%). Theo tác giả Jill Weatherhead và Rojelio Mejia các triệu chứng lâm sàng của VMNTBCAT thường là kết quả của phản ứng miễn dịch của vật chủ đối với sự di cư của ấu trùng hoặc cái chết của ấu trùng trong mô thần kinh, gây ra thâm nhiễm bạch cầu ái toan và phản ứng u hạt ở màng não và nhu mô thần kinh (hành tủy, cầu não hoặc tiểu não). Thâm nhiễm viêm gây viêm não màng não và tăng áp lực nội sọ.¹² Tổn thương thần kinh khu trú lác trong ở 19 bệnh nhân (12,8%), phù gai thị ở 3 bệnh nhân (3,8%) trong khi nghiên cứu của Hồ Thị Hoài Thu (7% nhìn mờ)¹¹, nghiên cứu của Vinayan KP lác mắt 16%, phù gai thị chiếm 20%. Theo các tác giả, nguyên nhân viêm thần kinh thị thứ phát có thể do các phản ứng dị ứng với ký sinh trùng hoặc các sản phẩm của ký sinh trùng tiết ra.

Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng nhẹ và 88,5% tăng số lượng BCAT tuyệt đối trong máu ngoại vi, tương tự với nghiên cứu của Hồ Thị Hoài Thu 85,2%. Tỷ lệ BCAT trong máu ngoại vi có trung bình tăng cao hơn so với Nguyễn Đình Lộc 11,28%, Hồ Thị Hoài Thu 10,4%. Như vậy việc tăng BCAT trong máu ngoại vi về số lượng hoặc tỉ lệ cũng là dấu hiệu gợi ý VMNTBCAT. Tuy nhiên vẫn có 11,5% bệnh nhân không tăng BCAT trong máu do đó vẫn nên dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tể gợi ý kết hợp kết quả DNT để chẩn đoán VMNTBCAT.

Tỉ lệ BCAT và số lượng tuyệt đối BCAT trong DNT tăng cao, kết quả này cao hơn nhiều so với Hồ Thị Hoài Thu (13%, 62 tế bào/mm³), tương đồng với Vinayan KP (36,4%), Nguyễn Đình Lộc (37%). Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do thời điểm chọc dò DNT khác nhau vì bệnh viện Nhi Trung ương là bệnh viện tuyến cuối của miền Bắc trong đó có nhóm bệnh nhân đã điều trị tại các bệnh viện tuyến dưới hoặc nhóm bệnh nhân trực tiếp nhập viện hoặc do các triệu chứng lâm sàng viêm màng não không điển hình dẫn đến chọc DNT muộn hơn. Protein DNT tăng nhẹ, glucose trong DNT không giảm, tỉ lệ glucose DNT/máu không giảm, tương tự như nghiên cứu Hồ Thị Hoài Thu (0,53), Nguyễn Đình Lộc (0,41). Kết quả sinh hóa DNT phù hợp với căn nguyên VMNTBCAT thường gặp nhất do ký sinh trùng.

Kết quả PCR dịch não tủy với các căn nguyên kí sinh trùng với 3 ca dương tính (60%, 3/5) *Angiostrongylus cantonensis*. VMNTBCAT do *A.cantonensis* ở trẻ em ít được báo cáo hơn so với người lớn chủ yếu được báo cáo dưới dạng ca bệnh. Kết quả tương tự như một nghiên cứu ở người lớn VMNTBCAT gây ra do *A.cantonensis* của Phạm Thị Mến tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới

chiếm 60%, Trần Quang Vịnh tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương 66%.

Thời gian điều trị trung bình $18,3 \pm 13,3$ ngày trong đó 98,7% bệnh nhân được điều trị steroid (dexamethasone hoặc prednisolone). Nhiều tác giả cho rằng việc sử dụng steroid có tác dụng làm giảm tình trạng tăng áp lực nội sọ và giảm phản ứng viêm do ký sinh trùng chết. Có 85,9% bệnh nhân điều trị thuốc chống giun sán Albendazol phối hợp Praziquantel 6,4% hoặc Ivermectin 2,6%. Việc sử dụng thuốc chống giun sán còn nhiều tranh cãi do các tác giả tin rằng phản ứng miễn dịch đối với ký sinh trùng chết có thể khiến quá trình viêm trầm trọng hơn so chúng tự chết hoặc di chuyển khỏi hệ thống thần kinh trung ương một cách tự nhiên. Trong nghiên cứu mở, ngẫu nhiên có đối chứng của Chotmongkol về Albendazol kết hợp với Prednisolone và dùng Prednisolone đơn thuần cho kết quả không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Chuyển viện 5 bệnh nhân, trong đó 3 ca chuyển Bệnh viện Phổi Trung ương với chẩn đoán theo dõi lao màng não dựa vào triệu chứng lâm sàng và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa về lao dù không bệnh nhân nào tìm thấy bằng chứng của vi khuẩn lao. Tỷ lệ tử vong/xin về là 2,6%, mặc dù trong các nghiên cứu về VMNTBCAT ở trẻ em thường nhẹ và ít di chứng trên thế giới đã có hai nghiên cứu được báo cáo với tỷ lệ tử vong trong vòng 1 tháng của Epelboin (14,5%) tại Ấn Độ Dương và Tseng (5%) tại miền Nam Đài Loan.

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan có triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm thường không đặc hiệu, chủ yếu dựa vào kết quả xét nghiệm dịch não tủy thấy tăng số lượng bạch cầu ái toan, protein tăng nhẹ, glucose bình thường. Căn nguyên do *A.cantonensis* vẫn là nguyên nhân hàng đầu. Bệnh thường khởi và ít để lại di chứng nhưng cũng có thể gây tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Taylor MG, Ankar A, Meoded A, Jarjour IT, Risen S MJ.** Eosinophilic Meningitis: Eleven-Year Experience at Texas Children's Hospital. *J Pediatr.* 2022;(251):202-208.
2. **Nguyễn Thị Khánh Linh, Đoàn Thu Trà.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Điều Trị Bệnh Nhân Viêm Màng Não Do *Angiostrongylus Cantonensis* Tại Bệnh Viện Bạch Mai. Đại học Y Hà Nội; 2021.
3. **Vinayan KP, Dudipala SC, Roy AG, Anand V.** Clinical Characteristics and Treatment Outcome of Eosinophilic Meningoencephalitis in South Indian Children: Experience From a Prospective Registry. *Pediatric Neurology.* 2023;147:9-13. doi:10.1016/

- j.pediatrneurol.2023.06.023
4. **Hồ Thị Hoài Thu, Hồ Đăng Trung Nghĩa, Trương Hữu Khanh.** Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở trẻ viêm màng não tăng bạch cầu ái toan tại khoa nhiễm Bệnh viện Nhi Đồng I. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2017;102-106.
 5. **Jill Weatherhead, Rojelio Mejia.** Eosinophilic Meningitis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatrics Infectious Diseases. Vol 1. 8th ed. Elsevier; 2019:349-355.
 6. **Doãn Phúc Hải, Phạm Nhật An.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng bệnh viêm màng não tăng bạch cầu ái toan ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương (7/2011-6/2014). Truyền nhiễm Việt Nam. số 2 (10):12-15
 7. **Phạm Thị Hải Mên, Nguyễn Trần Chính, Lê Thị Xuân.** Viêm màng não do Angiostrongylus cantonensis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới từ năm 2002 đến 2005. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2007;416-421.
 8. **Chotmongkol V, Kittimongkolma S, Niwattayakul K, Intapan PM, Thavornpitak Y.** Comparison of prednisolone plus albendazole with prednisolone alone for treatment of patients with eosinophilic meningitis. Am J Trop Med Hyg. 2009;81(3):443-445.
 9. **Epelboin L, Blondé R, Chamouine A, et al.** Angiostrongylus cantonensis Infection on Mayotte Island, Indian Ocean, 2007-2012. PLOS Neglected Tropical Diseases. 2016;10(5):e0004635. doi:10.1371/journal.pntd.0004635
 10. **Tseng YT, Tsai HC, Sy CL, et al.** Clinical manifestations of eosinophilic meningitis caused by Angiostrongylus cantonensis: 18 years' experience in a medical center in southern Taiwan. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2011;44(5):382-389. doi:10.1016/j.jmii.2011.01.034

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG BAO SAU TRÊN MẮT ĐỤC THỂ THỦY TINH CHẤN THƯƠNG BẰNG SIÊU ÂM B VÀ OCT BÁN PHẦN TRƯỚC: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Đào Thị Quỳnh Như¹, Phạm Thu Minh², Mai Quốc Tùng¹

TÓM TẮT

Rách bao sau trên mắt đục thể thủy tinh chấn thương là một tổn thương thường gặp, làm cho phẫu thuật lấy thể thủy tinh đục vỡ và đặt kính nội nhãn trở nên khó khăn và phức tạp hơn. Sau chấn thương, thể thủy tinh mất đi sự trong suốt và thường đi kèm với các tổn thương khác như rách giác mạc, đứt chân mống mắt, xuất huyết tiền phòng, dẫn đến khó đánh giá chính xác sự toàn vẹn bao sau khi khám bằng sinh hiển vi. Trong những trường hợp này, thường sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để đánh giá tình trạng bao sau thủy tinh thể trước khi phẫu thuật rất có giá trị để lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu sử dụng siêu âm B, siêu âm bán phần trước (UBM), chụp OCT bán phần trước (AS - OCT) và chụp Scheimpflug đã được sử dụng để đánh giá tình trạng bao sau thể thủy tinh sau chấn thương. Trong đó, siêu âm B và OCT bán phần trước là hai phương pháp cận lâm sàng phổ biến, nhanh chóng, dễ thực hiện.

Từ khóa: rách bao sau, đục thể thủy tinh chấn thương, AS - OCT, siêu âm B

SUMMARY

ASSESSMENT OF POSTERIOR LENS CAPSULE STATUS OF TRAUMATIC CATARACT USING B-

ULTRASONOGRAPHY AND ANTERIOR SEGMENT OCT: CASES REPORT

Posterior capsule rupture is a common injury in traumatic cataracts, complicating cataract surgery and intraocular lens implantation. Trauma leads to lens opacification and often coexists with corneal laceration, iris root rupture, and anterior chamber hemorrhage, which complicates the assessment of the posterior capsule's integrity through slit lamp examination. In these situations, imaging techniques are essential for evaluating the posterior lens capsule before surgery and selecting the appropriate surgical approach. Numerous studies globally have utilized B-ultrasound, anterior segment ultrasound (UBM), anterior segment OCT (AS - OCT), and Scheimpflug imaging to assess the posterior lens capsule post-trauma. Among these, B-scan ultrasonography and AS - OCT are favored for their rapid, noninvasive, and easy application. **Keywords:** posterior capsule rupture, traumatic cataract, AS - OCT, B-ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh thể do chấn thương là biến chứng thường gặp trong chấn thương nhãn cầu (23 - 55%)¹. Bệnh gây giảm thị lực nghiêm trọng một mắt ảnh hưởng nặng nề đến đời sống và kinh tế xã hội, đặc biệt ở trẻ em do bệnh có thể gây nhược thị². Điều trị chủ yếu là phẫu thuật lấy thể thủy tinh đục có hoặc không đặt kính nội nhãn.

Kỹ thuật phẫu thuật đục thể thủy tinh do chấn thương thường có khác biệt so với kỹ thuật phẫu thuật đục thể thủy tinh người già. Nếu bao sau của thể thủy tinh bị vỡ, không thể tiến hành

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Quỳnh Như

Email: daoquynhnhu1804@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025