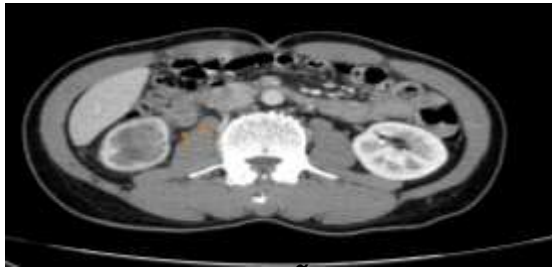


Đặc điểm hạch cạnh rốn thận gặp ở 3 BN chiếm 7,7% và cả 3 BN có GPB là ác tính sau mổ, trường hợp u lành rất hiếm gặp có hạch rốn thận. Xác định tình trạng liên quan đến hạch bạch huyết, một yếu tố tiên lượng kém, là rất quan trọng vì nó ảnh hưởng rất lớn đến khả năng sống sót lâu dài. Sự hiện diện của tình trạng liên quan đến hạch làm tăng tỷ lệ di căn xa lên 50%. Hơn nữa, những BN không liên quan đến hạch (N0) có tỷ lệ sống sót ước tính sau 5 năm lớn hơn 50%, trong khi những BN có liên quan đến hạch (N1, N2) có tỷ lệ sống sót ước tính sau 5 năm là 5–38%⁷.



Hình 3.2. Bn Nguyễn Hoài T, mã BN 23051103, u thận phải kèm hạch rốn thận
Kết quả GPB: Lymphoma

Nhóm UTT có chảy máu và hoại tử trong u gặp tỷ lệ nhiều nhất (lần lượt là 21 và 27%), đây là các dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán phân biệt với các loại u thận khác trong khi hình ảnh sẹo xơ trung tâm, vôi hóa trong khối u có tỷ lệ thấp. Theo NC của Hélénon O. và cs, vôi hóa trong u thận là hình ảnh đặc trưng nhưng không thường xuyên, điển hình là vôi hóa trung tâm và không đều (chiếm 30% UTT), khi kết hợp hình ảnh vôi hóa trong u thận với xâm lấn TM và TM chủ dưới (chiếm 7-23%) cho phép chẩn đoán UTT với bất kỳ đặc điểm bắt thuốc nào trên phim

chụp CLVT sau tiêm²

V. KẾT LUẬN

Ung thư thận thường gặp ở BN trung tuổi hoặc cao tuổi. BN thường phát hiện tình cờ khi đi khám bệnh. Trên CLVT, ung thư thận thường có đặc điểm ngấm thuốc mạnh thì ĐM, ngoài ra có thể gặp các đặc điểm khác như chảy máu, hoại tử trong khi các dấu hiệu hạch cạnh rốn thận, huyết khối tĩnh mạch thận hiếm gặp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(1)
2. Hélénon O, Eiss D, De Brito P, Merran S, Correias J-M. Comment je caractérise une masse rénale solide: proposition d'une nouvelle classification pour une approche simplifiée. Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle. 2012;93(4):254-267.
3. Thi NV. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính đa dãy và giá trị của sinh thiết kim cắt qua da trong chẩn đoán ung thư thận ở người lớn. 2018.
4. Cornelis F, Balageas P, Le Bras Y, et al. Les ablations thermiques rénales sous guidage radiologique. Journal de Radiologie diagnostique et interventionnelle. 2012;93(4):268-284.
5. Weizer AZ, Gilbert SM, Roberts WW, Hollenbeck BK, Wolf JS. Tailoring technique of laparoscopic partial nephrectomy to tumor characteristics. The Journal of urology. 2008;180(4):1273-1278.
6. Welch TJ, LeRoy AJ. Helical and electron beam CT scanning in the evaluation of renal vein involvement in patients with renal cell carcinoma. Journal of computer assisted tomography. 1997;21(3):467-471.
7. Tadayoni A, Paschall AK, Malayeri AA. Assessing lymph node status in patients with kidney cancer. Translational andrology and urology. 2018;7(5):766.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHỊ SỐT PHÁT BAN KHÔNG DO SỞI VÀ RUBELLA

Triệu Công Doanh^{1,2}, Lê Văn Nam¹, Ngô Thu Hằng¹, Nguyễn Việt Phương¹, Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

¹Học viện Quân y

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Công Doanh

Email: dr.tcdoanhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

Đặt vấn đề/Mục tiêu: Sốt phát ban là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em do nhiều căn nguyên khác nhau gây nên. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi sốt phát ban không do sởi và rubella. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 195 bệnh nhi sốt phát ban có xét nghiệm sởi IgM và rubella IgM âm tính tại Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Kết quả:** Triệu chứng về hô hấp hay gặp nhất với 18,97%. Không có triệu chứng về tim mạch và thần kinh. 19,49% bệnh nhi có bất thường trên X quang phổi. **Kết luận:** Sốt phát

ban không do sởi và rubella có triệu chứng lâm sàng đa dạng, nhưng phần lớn là tình trạng bệnh nhẹ và trung bình. **Từ khóa:** Lâm sàng; Cận lâm sàng; Sốt phát ban không do sởi và rubella

SUMMARY

FINDING ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN NON-MEASLES AND RUBELLA RASH FEVER

Objective: Describing clinical characteristics of children with rash fever not caused by measles and rubella. **Method:** Cross-sectional study of 195 children with rash fever who tested negative for measles IgM and rubella IgM at Thai Binh Children's Hospital and Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** Respiratory symptom was the most common with 18,97%. There were no cardiovascular and neurological symptoms. 19,49% of children patients had abnormalities on chest X-ray. **Conclusion:** Rash fever not caused by measles and rubella has diverse clinical symptoms, but most of them are mild and moderate. **Keywords:** Clinical; Subclinical; Non-measles and rubella rash fever

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt phát ban là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em do nhiều căn nguyên khác nhau gây nên và có thể tạo thành dịch trong điều kiện thuận lợi. Nhiều trường hợp sốt phát ban xuất hiện thực chất do các bệnh truyền nhiễm khác nhau gây ra, từ nhiễm trùng nhẹ tự khỏi đến các bệnh truyền nhiễm nghiêm trọng.

Tỉ lệ mắc bệnh và khả năng phát triển thành dịch của sốt phát ban tùy thuộc vào từng giai đoạn của bệnh, thời điểm theo mùa trong năm và các yếu tố như lứa tuổi, giới tính. Việc chẩn đoán căn nguyên bệnh sốt phát ban trong giai đoạn sớm cần dựa vào các đặc điểm tổn thương mang tính đặc thù của từng loại bệnh, với tính chất diễn biến khác nhau, vị trí khác nhau và yếu tố dịch tễ khác nhau. Mặc dù sốt phát ban ở trẻ em rất phổ biến và đa dạng, kèm khả năng phát triển thành dịch, một số trường hợp gây ra các biến chứng nguy hiểm và biến chứng dài lâu.

Sởi và rubella là hai trong sáu bệnh sốt phát ban cổ điển cùng với sốt tinh hồng nhiệt, hội chứng bong vảy tụ cầu, ban đỏ nhiễm trùng do B19 và đào ban trẻ em, với tên gọi là bệnh thứ nhất và thứ ba hay gặp ở trẻ em. Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu về sốt phát ban do sởi và rubella, tuy nhiên chưa có nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhi sốt phát ban không do sởi và rubella. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi sốt phát ban không do sởi và rubella*" với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi mắc sốt phát ban không do sởi và rubella.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên nhóm bệnh gồm 195 bệnh nhi sốt phát ban có kết quả âm tính với sởi và Rubella IgM (Ban đỏ nhiễm trùng) tại các khoa lâm sàng bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình và bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong khoảng thời gian từ tháng 01/2021 – 01/2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Người bệnh lựa chọn vào nghiên cứu tuân theo "Tiếp cận chẩn đoán sốt phát ban trẻ em" của tác giả Sujay Manoharan K (2017) [1] gồm đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Sốt tại thời điểm đến khám hoặc có sốt trong 7 ngày gần đây

- Hồng ban rải rác toàn thân dạng phẳng (đường kính < 1 cm) hoặc dạng dát sần (đường kính < 0,5 cm)

- Không có chẩn đoán xác định được nguyên nhân gây sốt phát ban

- Đồng ý tham gia nghiên cứu dưới sự cho phép của bố mẹ hoặc người giám hộ

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được chẩn đoán xác định hoặc xét nghiệm khẳng định tình trạng phát ban do các căn nguyên vi rút thường gặp, như có xét nghiệm kháng thể dương tính với sởi, Rubella, kháng nguyên NS1 và/hoặc

- Người bệnh được chẩn đoán nguyên nhân sốt gây sốt phát ban do các bệnh lý truyền nhiễm và không truyền nhiễm khác như: Sốt mò hoặc sốt do Rickettsia, bệnh tay chân miệng (cẩn lâm sàng hoặc xét nghiệm kháng thể dương tính với Enterovirus 71), do căn nguyên mạch máu (bệnh Kawasaki,...), do bệnh lý hệ thống (Lupus ban đỏ, viêm khớp tự phát thiếu niên,...), hoặc do dị ứng.

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Thông tin chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, tiền sử bệnh, tiền sử tiếp xúc

- Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng sốt, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

2.3. Xử lý số liệu: - Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Excel, rồi xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến định tính được thể hiện dưới dạng số lượng (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Thống kê mô tả được sử dụng để đánh giá tỉ lệ các triệu chứng, so sánh các tỉ lệ theo thuật toán Chi-square. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê khi kiểm định.

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Đề tài được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Thái

Bình và Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (n)
Tuổi		
<5	135	69,23
6-10 tuổi	46	23,59
>10 tuổi	14	7,18
	X±SD: 4,34±3,273; Min-Max: 1-14	
Giới		
Nam	121	62,05
Nữ	74	37,95

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 4,34, nhóm tuổi nhỏ hơn 5 chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 69,23%. Tỉ lệ nam cao hơn nữ với 62,05% và 37,95%

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử tiếp xúc và bệnh nền của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm NC (n=195)	Tiếp xúc	12	6,15
	Không tiếp xúc	183	93,85
	Bệnh nền	0	0
	Không bệnh nền	195	100

Nhận xét: Có 12 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,15% được phát hiện có tiếp xúc với nguồn lây là người bệnh sốt phát ban. Không có trường hợp người bệnh sốt phát ban có bệnh nền được phát hiện trong nghiên cứu

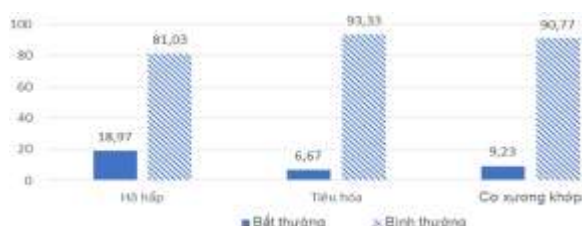
Bảng 3.3. Đặc điểm sốt của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Sốt rất cao	0	0
Sốt cao	4	2,05
Sốt vừa	72	36,92
Sốt nhẹ	119	61,03
Sốt cơn	99	50,77
Sốt liên tục	62	31,79
Sốt đột ngột	12	6,15
Sốt dao động	22	11,28

Nhận xét: Có 100% bệnh nhi thuộc nhóm nghiên cứu có sốt, không có trường hợp có sốt rất cao trong đối tượng nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân có sốt nhẹ chiếm tỉ lệ nhiều nhất với tỉ lệ 61,03%.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa giới tính và đặc điểm lâm sàng

Giới tính Lâm sàng	Nam (n=121)		Nữ (n=74)		p	OR
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %		
Bất thường hô hấp	23	19,01	14	18,92	0,988	1,006



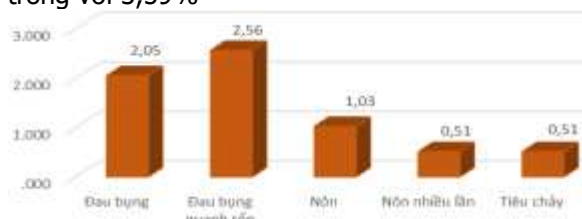
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: triệu chứng về hô hấp là triệu chứng hay gặp nhất với 18,97%. Không có trường hợp nào có biểu hiện về tim mạch và thần kinh được phát hiện trong nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng hô hấp của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Bình thường		158	81,03
Có bất thường	Đau họng	1	0.51
	Ho đờm đục, ral ẩm	1	0.51
	Ho có đờm trong	7	3.59
	Ho đờm trong, ral ẩm	3	1.54
	Ho đờm trong, khô khè, ral rít, ral ngáy	1	0.51
	Ho đờm, ral ẩm, khàn tiếng	1	0.51
	Ho đờm, ral ngáy	1	0.51
	Ho khan	11	5.64
	Ho khan, ral ẩm	1	0.51
	Ho thúng thảng	3	1.54
	Ho, đau họng	3	1.54
	Ho, ral ẩm	1	0.51
	Ho, ral rít, ral ngáy	1	0.51
	Khó thở	1	0.51
Ral rít, ral ngáy	1	0.51	

Nhận xét: Ho khan là triệu chứng thường gặp nhất với 5,64% tiếp là dấu hiệu ho có đờm trong với 3,59%



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm triệu chứng tiêu hóa ở nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Triệu chứng tiêu hóa tiêu chảy, nôn nhiều lần, ít gặp hơn so với các triệu chứng khác với tỉ lệ 0,51%.

Không bất thường hô hấp	98	80,99	60	81,08	0,931	(0,481÷2,104)
Đau mỗi khớp	11	9,09	7	9,46		0,957
Không đau mỗi khớp	110	90,91	67	90,64		(0,354÷2,589)
Bất thường tiêu hóa	9	7,44	4	5,41	0,581	1,406
Không bất thường tiêu hóa	112	92,56	70	94,59		(0,417÷4,740)

Nhận xét: Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa bệnh nhân nam và nữ với $p > 0,05$

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.6. Đặc điểm huyết học của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	Trung vị
Hồng cầu(T/L)	4,64±0,55	3,33-6,40	4,60
Huyết sắc tố (g/L)	118,64±13,06	85-161	118
Hematocrit(%)	0,361±0,039	0,260-0,506	0,362
Bạch cầu(G/L)	7,13±2,71	3,24-15,67	6,54
Tiểu cầu(G/L)	322,94±85,29	98-501	330

Nhận xét: Các chỉ số trung bình của công thức máu đều trong giới hạn bình thường. Số lượng hồng cầu trung bình là $4,64 \pm 0,55$ T/L với trung vị là 4,60. Số lượng bạch cầu trung bình là $7,13 \pm 2,71$ G/L với trung vị là 6,54

Bảng 3.7. Đặc điểm cận lâm sàng về chỉ số sinh hóa của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	Trung vị
Ure (mmol/L)	4,21 ± 1,40	1,74- 9,36	3,87
Cre (mmol /L)	56,83± 16,91	25,40-99,30	53,30
Protein (g/L)	69,32 ± 7,25	37,30-86	69,40
Albumin (g/L)	42,63 ± 6,01	30,40-71,70	41,40
Glucose (mmol/L)	5,49 ± 0,84	3,37- 8,58	5,40
GOT (UI/L)	35,38± 12,50	12,20-87,40	33,40
GPT(UI/L)	28,81 ± 18,01	8,50-115	24,40
Bilirubin TP (μmol/L)	12,95 ± 5,53	6,50-40,20	11
Bilirubin TT (μmol/L)	5,26 ± 2,82	2,40-21	4,50

Nhận xét: Sinh hóa máu của đối tượng nghiên cứu có chỉ số trung bình trong giới hạn bình thường. Giá trị glucose trung bình là $5,49 \pm 0,84$ mmol/L với trung vị là 5,40. Chức năng thận Cre có giá trung bình là $56,83 \pm 16,91$ mmol/L với trung vị là 53,30. Giá trị trung bình của enzyme GPT là $28,81 \pm 18,01$ UI/L với trung vị là 24,40. Enzyme GOT có giá trị cao nhất là 87,40 UI/L với trung vị là 33,40 và trung bình là $35,38 \pm 12,50$ UI/L



Biểu đồ 3.3. Đặc điểm siêu âm ổ bụng của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: 9,74% bệnh nhi có bất thường trên siêu âm ổ bụng, trong đó hình ảnh quai ruột nhiều hơi thường gặp nhất với 5,64% và có 0,51% trường hợp có quai ruột giãn nhẹ



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm X quang tim phổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Triệu chứng nhánh phế huyết quản tăng đậm và dày thành phế quản là hai triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất được 8,72% và 6,67% trong 38/195 trường hợp có bất thường trên X quang phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 195 bệnh nhân sốt phát ban, tuổi trung bình của nhóm

bệnh là $4,34 \pm 3,273$ tuổi, trong đó cao nhất là 14 tuổi và thấp nhất là 1 tuổi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Thakur Srishty và cs tại Ấn Độ trong một nghiên cứu cắt ngang quan sát tại bệnh viện ở bệnh nhi với tình trạng sốt và phát ban được đưa vào nghiên cứu từ năm 2020 đến năm 2021 với tuổi trung bình trong nghiên cứu là $4,2 \pm 3,3$ [2].

Phần lớn đối tượng nghiên cứu ở nhóm bệnh là nam giới (62,05%) tỉ lệ nam/nữ là 1,63. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về bệnh nhi sốt phát ban trước đây. Tác giả Bùi Vũ Huy nghiên cứu về bệnh nhi phát ban dạng sởi tiến hành tại bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm 2009-2010 cho kết quả tỉ lệ nam chiếm ưu thế cao 71,57% [3]. Do đó có thể nói tỉ lệ nam cao hơn nữ trong các nghiên cứu về sốt phát ban.

Tìm hiểu về tiền sử tiếp xúc với tác nhân gây bệnh qua khai thác gia đình chỉ có ở 12 trường hợp (6,15%), còn lại không có tiền sử tiếp xúc hoặc không rõ ràng. Kết quả này tương tự với một số các nghiên cứu được công bố trước đây. Luận văn thạc sĩ của Trần Thị Trang Anh về tất cả bệnh nhi có biểu hiện sốt và phát ban được điều trị nội trú tại khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương có 50 trường hợp (6,2%) có tiền sử tiếp xúc [4]. Như vậy các nghiên cứu đều chỉ ra rằng có yếu tố tiếp xúc với tác nhân gây bệnh trong bệnh lý sốt phát ban.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhi có tình trạng sốt nhẹ (61,03%) và sốt vừa (36,92%), còn tỉ lệ sốt cao chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,05%). Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Yadav Anukriti trong nghiên cứu về nguyên nhân gây sốt phát ban tại Ấn Độ phần lớn các trường hợp có kết quả sốt không cao với 85,86% [5]. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn một số kết quả nghiên cứu trong nước trước đây về sốt phát ban ở trẻ. Nghiên cứu khác của tác giả Vũ Thị Minh Phượng về tình trạng sốt phát ban dạng sởi điều trị nội trú tại khoa truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2013-2014 có tỉ lệ sốt cao cũng vượt trội, có tới 92,8% bệnh nhân sốt cao [6]. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương là tuyến cuối nơi chủ yếu tập trung bệnh nhân nặng cần điều trị nội trú từ các tỉnh khác chuyển về nên tỉ lệ bệnh nhi sốt cao nhiều hơn so với kết quả nghiên cứu của luận án khi mẫu được chọn tại hai địa phương là Nghệ An và Thái Bình.

Phân tích triệu chứng tiêu hóa, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 13/195 (6,67%) bệnh nhi có biểu hiện bất thường về tiêu hóa. Kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu khác được công bố

trước đây. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Trần Thị Trang Anh tại Bệnh viện Nhi Trung ương về sốt phát ban trong thời gian 2017-2018 cho kết quả 18,3% bệnh nhi có biểu hiện triệu chứng về tiêu hóa [4]. Trên thế giới, tác giả Benno Kohlmaier và cộng sự nghiên cứu sốt phát ban tại 11 trung tâm cấp cứu Châu Âu, có 48% trường hợp có nôn và 16,2% có tiêu chảy [7]. Điều này có thể do trong nghiên cứu chúng tôi chọn mẫu từ bệnh nhi tại địa phương Nghệ An và Thái Bình, trong khi các nghiên cứu khác từ các bệnh viện và trung tâm lớn bệnh nhân sẽ từ các nơi tập trung về nên biểu hiện lâm sàng đa dạng hơn.

Triệu chứng cơ xương khớp, kết quả nghiên cứu cho thấy có 9,23% số bệnh nhi có biểu hiện lâm sàng bất thường về cơ xương khớp với các triệu chứng là đau mỏi cơ khớp. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Trang Anh [5] có 1,6% trường hợp biểu hiện bệnh cơ xương khớp ở 840 bệnh nhi sốt phát ban trong 2 năm tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Và nghiên cứu của tác giả A. Bouafsoun đến từ miền bắc của Tunisia liên quan đến 257 trẻ em có biểu hiện sốt phát ban với mục đích điều tra tỉ lệ nhiễm B19 trên bệnh nhi cho kết quả 3,9% trường hợp có biểu hiện đau khớp [8]. Điều này có thể lý giải do phương pháp nghiên cứu khác nhau nên dẫn tới kết quả nghiên cứu khác nhau.

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có biểu hiện về thần kinh và tim mạch, là các triệu chứng nặng như các nghiên cứu khác về sốt phát ban của các nghiên cứu khác trước đây. Nghiên cứu trong nước, tác giả Trang Anh có 0,4% bệnh nhi có biểu hiện về tim mạch và 37,7% trường hợp có biểu hiện về thần kinh [4]. Ngoài nước, nghiên cứu được công bố năm 2023 về sốt phát ban, có 4,6% bệnh nhi có biểu hiện triệu chứng thần kinh co giật [8]. Có thể giải thích do cách thức chọn mẫu khác nhau nên dẫn đến kết quả nghiên cứu khác nhau.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu, số lượng bạch cầu trung bình là 7,13, kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu đã được công bố trước đây. Trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Benno Kohlmaier và cộng sự phát hiện số lượng bạch cầu là 9,7 (6,8-14,8) [7]. Nghiên cứu của tác giả Trang Anh [5] cho thấy ở tất cả các nhóm bệnh nhi số lượng bạch cầu trung bình lớn hơn 11. Điều này có thể giải thích do mức độ biểu hiện tình trạng bệnh của các bệnh nhân ở hai nghiên cứu trên là tuyến cuối Trung ương và từ 11 trung tâm cấp

cứu tại châu Âu, nặng hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

Một số tác nhân gây sốt phát ban có thể ảnh hưởng tới chức năng gan như B19, CMV, EBV, sởi. Trong nghiên cứu, giá trị trung bình của men gan GOT $35,38 \pm 12,50$, giá trị cao nhất là 87,4; giá trị trung bình của men gan GPT $28,81 \pm 18,01$ giá trị cao nhất là 115. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu trước đây của tác giả Y Yoto khi nghiên cứu vai trò của B19 liên quan với tình trạng tổn thương gan ở bệnh nhân ban đỏ với 51/773 trường hợp có tăng men gan, đặc biệt trong đó có tăng hơn 800 IU/L ở bệnh nhân có liên quan đến B19[9]. Giải thích sự khác biệt này do cách thức chọn mẫu, tác giả Y Yoto tập trung vào chọn bệnh nhân có liên quan về gan nhiều hơn, trong khi đó trong nghiên cứu của chúng tôi chọn mẫu sốt phát ban nói chung.

Chụp XQ phổi ở bệnh nhi sốt phát ban cho thấy có 19,49% trường hợp có bất thường trên phim. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Surender Kashyap và cs nghiên cứu về tổn thương phổi tại vùng Tây Bắc Ấn Độ có 22% bệnh nhân có phát hiện tổn thương phổi[10]. Tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào có tràn dịch màng phổi như kết quả của tác giả Surender Kashyap. Điều này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu khác nhau về nhân chủng học, xã hội học nên kết quả khác nhau, cần có các nghiên cứu quy mô lớn, đa trung tâm để đánh giá vấn đề này

V. KẾT LUẬN

Sốt phát ban không do sởi và rubella có biểu

hiện lâm sàng, cận lâm sàng đa dạng. Không có trường hợp bệnh nặng trong nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sujay Manoharan, K., K. Ramasamy, and P. Heinz**, Rash with fever in children: a clinical approach. Paediatrics and Child Health, 2017. 27(4): p. 196-201.
2. **Thakur, S., et al.**, Clinico-Aetiological Profile of Children with Fever and Rash with Special Reference to Dengue. 2022. 3(3): p. 219-223.
3. **Huy, B.V.**, Đặc điểm lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm (2009-2010). Tạp chí Y học Dự phòng, XXI, 3 (121), tr45-50., 2011.
4. **Anh, T.T.T.**, Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, và căn nguyên sốt phát ban ở trẻ em. Luận văn Thạc sĩ Nhi Khoa- Đại học Y Hà Nội, 2018.
5. **Yadav, A., et al.**, A Study of Viral Causes of Fever with Rash in Children. 2023. 24(4): p. 268-272.
6. **Phượng, V.T.M.**, Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội., 2015.
7. **Kohlmaier, B., et al.**, European study confirms the combination of fever and petechial rash as an important warning sign for childhood sepsis and meningitis. Acta Paediatrica, 2023. 112(5): p. 1058-1066.
8. **Bouafsoun, A., et al.**, [Seroprevalence of human parvovirus B19 in children with fever and rash in the North of Tunisia]. Bull Soc Pathol Exot, 2016. 109(3): p. 165-71.
9. **Yoto, Y., et al.**, Thrombocytopenia induced by human parvovirus B19 infections. Eur J Haematol, 1993. 50(5): p. 255-7.
10. **Kashyap, S., et al.**, Pulmonary Manifestations in Patients With Scrub Typhus Presenting to a Tertiary Care Hospital of Northwest Himalayan Region of India. CHEST, 2012. 142(4): p. 218A.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM GIUN LƯƠN Ở BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Công Thành^{1,2}, Trần Ngọc Ánh^{1,2}
Bùi Thị Ngọc Ánh¹, Phạm Ngọc Minh¹, Đậu Quang Liêu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm giun lươn là một bệnh ký sinh trùng nhiệt đới bị lãng quên, ảnh hưởng đến một bộ phận dân số lớn trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Bệnh có thể gây ra các biến

chứng nặng và tử vong nếu chẩn đoán muộn, do đó cần nâng cao nhận thức và hiểu biết về bệnh để chẩn đoán và điều trị kịp thời. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 40 bệnh nhân nhiễm giun lươn đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2023. Bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** bệnh chủ yếu gặp ở người lớn tuổi (trung bình 63,2 tuổi) và thường đi kèm bệnh lý nền hoặc suy giảm miễn dịch. Các triệu chứng phổ biến bao gồm đau bụng (65%), tiêu chảy (47,5%), buồn nôn/nôn (35%), trong khi xét nghiệm thường ghi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Công Thành

Email: duongcongthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025