

cũng báo cáo giá trị ADC trung bình của UTBMTH là $0,75 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$, nhỏ hơn giá trị ADC trung bình của mô tinh hoàn bình thường là $0,93 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ [8]. Tác giả Algelbally (2014) đã đưa ra ngưỡng giá trị ADC là $0,99 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ để phân biệt tổn thương u tinh hoàn lành tính và ác tính, với độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 93,3% và 87,5%, diện tích dưới đường cong là 0,96 [4]. Đa số các giá trị ADC của UTBMTH trong nghiên cứu của chúng tôi đều nằm dưới ngưỡng này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm cắt $0,96 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ có giá trị tối ưu phân biệt UTBMTH và mô tinh hoàn bình thường, với ADC $< 0,96 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$ chẩn đoán UTBMTH có độ nhạy 92,59%, độ đặc hiệu 87,04%, độ chính xác 89,81%.

Bảng 6. Giá trị ADC trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	Giá trị ADC trung bình ($\times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$)	
	UTBMTH	Tinh hoàn
Tsili (2015) [8]	0,72	1,11
Algelbally (2014) [4]	0,79	1,12
Pedersen (2018) [9]	0,74	0,93
Chúng tôi	0,71	1,15

V. KẾT LUẬN

Trên CHT, UTBMTH có các đặc điểm: đồng tín hiệu (51,85%) hoặc có tín hiệu không đồng nhất (48,15%) trên T1W; tín hiệu thấp (33,33%) hoặc không đồng nhất (66,67%) trên T2W; có xuất huyết (42,69%), có hoại tử (62,96%); bắt thuốc mạnh (100%); bắt thuốc không đồng nhất (66,67%); giá trị ADC trung bình của UTBMTH

($0,71 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$) thấp hơn giá trị ADC trung bình của tinh hoàn ($1,15 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsili AC, Argyropoulou MI, Giannakis D, Sofikitis N, Tsampoulas K. MRI in the characterization and local staging of testicular neoplasms. *AJR American journal of roentgenology*. Mar 2010;194(3): 682-9. doi:10.2214/ajr.09.3256
2. Tsili AC, Tsampoulas C, Giannakopoulos X, et al. MRI in the histologic characterization of testicular neoplasms. 2007;189(6):W331-W337.
3. Feliciani G, Mellini L, Loi E, et al. An annotated T2-weighted magnetic resonance image collection of testicular germ and non-germ cell tumors. 2021;8(1):1-6.
4. Liu R, Lei Z, Li A, Jiang Y, Ji J. Differentiation of testicular seminoma and nonseminomatous germ cell tumor on magnetic resonance imaging. 2019;98(45):e14937.
5. Algelbally AM, Tantawy HI, Yousef RR, Medicine N. Value of diffusion weighted magnetic resonance imaging in diagnosis and characterization of scrotal abnormalities. 2014; 45(3):949-958.
6. Wang W, et al. Testicular tumors: discriminative value of conventional MRI and diffusion weighted imaging. 2021;100(48):e27799.
7. Tsili AC, Sylakos A, et al. Apparent diffusion coefficient values and dynamic contrast enhancement patterns in differentiating seminomas from nonseminomatous testicular neoplasms. 2015;84(7):1219-1226.
8. Pedersen MR, Sloth Osther PJ, Nissen HD, Vedsted P, Møller H, Rafaelsen SR. Elastography and diffusion-weighted MRI in patients with testicular microlithiasis, normal testicular tissue, and testicular cancer: an observational study. 2019;60(4):535-541.

VIÊM NÃO CẤP DO SỞI KHỞI PHÁT TRƯỚC PHÁT BAN Ở NGƯỜI LỚN HẬU COVID-19: MỘT THÁCH THỨC CHẨN ĐOÁN

Lê Quốc Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Bối cảnh: Sởi ở người lớn là bệnh không phổ biến nhưng có nguy cơ diễn tiến nặng và biến chứng cao hơn so với trẻ em. Gần đây, nhiều ca bệnh sởi ở người trưởng thành tại Việt Nam xuất hiện với biểu hiện không điển hình, đặt ra thách thức trong chẩn

đoán sớm và xử trí kịp thời. Báo cáo này trình bày một ca bệnh sởi ở người lớn với nhiều triệu chứng không điển hình. **Ca bệnh:** Bệnh nhân nam, 45 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, từng mắc COVID-19 nhẹ vào năm 2022, khởi phát bệnh với triệu chứng mệt mỏi, sốt nhẹ và nhanh chóng xuất hiện rối loạn tri giác, co giật toàn thân và hôn mê chỉ sau hai ngày. Khám lâm sàng ban đầu chưa ghi nhận ban ngoài da, và xét nghiệm IgM sởi âm tính, gây khó khăn cho chẩn đoán. Tuy nhiên, ban đỏ và dấu Koplik xuất hiện muộn vào ngày thứ ba và RT-PCR dịch tỵ hầu dương tính với virus sởi đã xác định căn nguyên. Dịch não tủy phù hợp với viêm não do virus. Bệnh nhân được điều trị tích cực bằng corticosteroid liều cao, immunoglobulin tĩnh mạch (IVIG), vitamin A, và chăm sóc hỗ trợ toàn diện. Diễn tiến bệnh cải thiện nhanh, hồi phục hoàn toàn không

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Hùng

Email: hung64vien@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

di chứng sau 8 ngày nằm viện. **Kết luận:** Trường hợp viêm não do sởi khởi phát sớm ở người lớn này cho thấy bệnh có thể diễn tiến không điển hình, gây khó khăn cho chẩn đoán nếu không được nghĩ đến và xét nghiệm kịp thời. Diễn tiến bất thường có thể liên quan đến rối loạn miễn dịch hậu COVID-19 và khoảng trống miễn dịch ở người trưởng thành. Cần thực hiện các khảo sát huyết thanh học để đánh giá tình trạng miễn dịch cộng đồng, làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình tiêm chủng bổ sung phù hợp và hiệu quả hơn trong giai đoạn tới. **Từ khóa:** Sởi; Viêm não do sởi; Viêm não cấp; Hậu COVID-19; Viêm não nguyên phát; PCR sởi; IgM sởi

SUMMARY

ACUTE MEASLES ENCEPHALITIS PRECEDING RASH ONSET IN A POST-COVID-19 ADULT: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Background: Measles in adults is relatively uncommon but carries a higher risk of severe progression and complications compared to pediatric cases. Recently, numerous adult measles cases in Vietnam have presented with atypical manifestations, posing challenges for early diagnosis and timely management. This report describes a case of adult measles characterized by multiple atypical features. **Case Presentation:** A 45-year-old male with no significant past medical history, who had a mild COVID-19 infection in 2022, presented with fatigue and low-grade fever, followed rapidly by altered consciousness, generalized seizures, and coma within two days. Initial clinical examination revealed no rash, and measles-specific IgM serology was negative, complicating the diagnosis. However, erythematous rash and Koplik spots emerged on the third day, and RT-PCR of nasopharyngeal swab confirmed measles virus infection. Cerebrospinal fluid (CSF) analysis was consistent with viral encephalitis. The patient received intensive treatment with high-dose corticosteroids, intravenous immunoglobulin (IVIG), vitamin A, and comprehensive supportive care. Clinical condition improved rapidly, and full recovery without neurological sequelae was achieved after eight days of hospitalization. **Conclusion:** This case of early-onset measles encephalitis in an adult illustrates the potential for atypical clinical progression, which may hinder diagnosis if not promptly considered and tested. The unusual presentation could be related to post-COVID-19 immune dysregulation and an immunity gap in the adult population. Serological surveys are warranted to assess herd immunity status, providing a foundation for the development of more appropriate and effective supplemental immunization programs in the near future.

Keywords: Measles; Measles encephalitis; Acute encephalitis; Post-COVID-19; Primary viral encephalitis; Measles PCR; Measles IgM

I. GIỚI THIỆU

Sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus thuộc họ Paramyxoviridae gây ra, lây chủ yếu qua đường hô hấp, với các biểu hiện điển hình bao gồm sốt, viêm kết mạc, ho khan, hạt Koplik

và phát ban dát sẩn lan từ mặt xuống thân [1], [2], [3]. Tuy nhiên, ở người lớn, diễn tiến bệnh có thể phức tạp hơn, với nguy cơ cao hơn mắc các biến chứng nghiêm trọng, đặc biệt là ở hệ hô hấp và thần kinh [4], [5].

Theo phân loại kinh điển, viêm não do sởi bao gồm bốn thể chính: (1) viêm não cấp do virus sởi (Acute Measles Encephalitis-AME), xảy ra trong vòng vài ngày đầu sau khởi phát sốt; (2) viêm não tủy sau nhiễm sởi (Acute Disseminated Encephalomyelitis -ADEM), thường gặp ở trẻ em và liên quan cơ chế tự miễn; (3) viêm não do sởi ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (Measles Inclusion Body Encephalitis – MIBE); và (4) viêm não xơ hóa bán cấp tiến triển (Subacute Sclerosing Panencephalitis – SSPE), khởi phát sau nhiều năm nhiễm sởi. Trong các thể trên, AME là hiếm gặp nhất nhưng thường rất nghiêm trọng, tỷ lệ tử vong lên tới 10–15%, và khoảng 25% người sống sót để lại di chứng thần kinh lâu dài [4], [5], [2], [6].

Đại dịch COVID-19 đã ảnh hưởng sâu sắc đến miễn dịch cộng đồng, không chỉ làm gián đoạn chương trình tiêm chủng mà còn có thể gây rối loạn miễn dịch kéo dài [7]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận hiện tượng suy giảm tế bào T và hoạt hóa vi mô thần kinh sau nhiễm SARS-CoV-2 [8], từ đó làm tăng nguy cơ mắc và diễn tiến nặng của một số bệnh nhiễm trùng virus, bao gồm cả sởi.

Trong bối cảnh đó, chúng tôi trình bày một trường hợp viêm não cấp do sởi ở người lớn với biểu hiện thần kinh khởi phát sớm và không điển hình, xảy ra trên nền tiền sử COVID-19. Trường hợp này làm nổi bật các thách thức trong chẩn đoán và mở ra nhiều giả thuyết liên quan đến thay đổi miễn dịch hậu COVID-19 và chiến lược tiêm chủng cho người trưởng thành.

II. MÔ TẢ CA BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam, 45 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không bệnh nền, không sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. BN từng mắc COVID-19 thể nhẹ vào năm 2022.

Diễn biến lâm sàng theo ngày:

Ngày 0 (19/03/2025): đột ngột thấy mệt mỏi kèm sốt nhẹ, tự uống paracetamol, vẫn tiếp tục làm việc, sinh hoạt bình thường.

Ngày 1 (20/03/2025): khoảng 17: 00, người nhà thấy BN thỉnh thoảng nói lảm nhảm một mình – một hiện tượng chưa từng xuất hiện trước đây. Tiếp tục tự điều trị bằng paracetamol tại nhà.

Ngày 2 (21/03/2025): khoảng 16:00, BN lừ đừ, có lúc không trả lời hoặc trả lời sai các câu

hỏi và đi lại không rõ mục đích, đưa BN nhập bệnh viện Vinmec lúc 17h30. Khám: không sốt, sinh hiệu ổn, bú rút, không hợp tác trong thăm khám, không dấu màng não, không yếu liệt khu trú, các cơ quan khác bình thường. Kết quả xét nghiệm: Lymphocyte < 1 G/L, CRP=128 mg/L, CT não bình thường (bảng 2), dịch não tủy (DNT) phù hợp viêm não do virus (bảng 1). Được chẩn đoán viêm não-màng não và chuyển khoa Hồi sức tích cực (ICU), thở oxy qua cannula mũi 3 l/phút, điều trị Vancomycin, Ceftriaxone, và Acyclovir đường tĩnh mạch. Trong đêm xuất hiện những cơn co giật toàn thân, Midazolam và Propofol được sử dụng để kiểm soát.

Ngày 3 (22/03/2025): chuyển bệnh viện Chợ Rẫy lúc 17h39 do bệnh không cải thiện. Khám: Glasgow 9 điểm (E2 V2 M5), sốt cao 39,5°C, thở nhanh 26 lần/phút, SpO₂ 97% (khí phòng), không liệt khu trú hay dấu màng não. Phát hiện ban đỏ dát sẩn lốm đốm ở vùng trán-má hai bên, và vài hạt Koplik ở niêm mạc má hai bên. Chẩn đoán "Theo dõi sởi biến chứng viêm não cấp" nên được truyền tĩnh mạch methylprednisolon 0,5g, globulin miễn dịch (IVIG) 0,4 g/kg, và uống vitamin A 200.000 IU. Midazolam truyền tĩnh mạch duy trì để kiểm soát cơn co giật.

Bảng 1: Kết quả xét nghiệm máu, dịch phết ty hầu và dịch não tủy

Xét nghiệm	21/03	22/03	23/03	24/03	25/03
WBC (G/L)	8.6	6.23	5.85	5.39	4.95
NEU (%)	84.5	75.1	72.1	72.1	74.2
LYM (%)	12	14.7	19	13.5	12.3
PLT (G/L)	140	127	107	107	126
CRP (mg/L)	128	98.4	137.4	53.9	26.2
Procalcitonin (ng/mL)	0.4	0.2			
PT (giây)		11.4		10.8	10.3
INR		1.09		1.03	0.98
ALT (U/L)	47.0	27.0	43		
AST (U/L)	40.0	55.0	90	97	
Creatinin (mg/dL)	1.2	1.3	1.0	0.8	
Na ⁺ (mmol/L)	131.0	130.0	131	134	131
K ⁺ (mmol/L)	4.3	4.0	4.5	3.9	3.9
C3 (tế bào/ μ L)				475	
C4 (tế bào/ μ L)				132	
C8 (tế bào/ μ L)				311	
IgM sởi		Am tính	Am tính		Dương tính
RT-PCR sởi ty hầu			Dương tính		
PCR cúm AH/HSV					
PCR Legionella					
Dịch não tủy					
Bạch cầu (tb/mm ³)	8		7		
Thành phần bạch cầu	Đa số Lym.		Đa số Lym.		
Protein (mg/dL)	76		84.1		
Glucose (mg/dL)	71		70		
PCR lao			Am tính		
Soi – Nhuộm Gram	Am tính		Am tính		

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm hình ảnh học và điện não đồ

Thời điểm	X-Quang phổi	CT scan não	MRI não	Điện não đồ
21/03	Bình thường	Bình thường		
22/03	Tổn thương 1/3 giữa phổi phải			
23/03	Tổn thương 1/3 phổi phải và 1/3 dưới phổi trái			Sóng chậm lan tỏa hai bán cầu
24/03	Thâm nhiễm nhẹ rải rác 2 phổi		Bình thường	
25/03	Bình thường			

Ngày 4 (23/03/2025): tri giác dần cải thiện, bớt co giật. Tối: BN thực hiện được một số y lệnh đơn giản, hết co giật. Ban đỏ lan xuống ngực, các hạt Koplik mờ dần, sốt nhẹ 37,5–

38,5°C. RT-PCR sởi dịch hầu họng dương tính. Chẩn đoán xác định viêm não cấp và viêm phổi do virus sởi.

Ngày 5 (24/03/2025): BN tỉnh hơn, nhận

biết người thân, thực hiện y lệnh chậm, hết sốt, ngưng oxy, ngưng corticoid. Xét nghiệm IgM sởi lần 3 dương tính (bảng 1).

Ngày 6 (25/03/2025): BN tỉnh táo hoàn toàn, tiếp xúc tốt, không dấu hiệu thần kinh khu trú, ban đỏ lặn hết. Ngưng IVIG và chuyển khoa điều trị theo yêu cầu.

Ngày 7–9 (26–28/03/2025): BN hồi phục hoàn toàn, xét nghiệm trở về bình thường (bảng 1,2), xuất viện ngày 28/03 trong tình trạng sức khỏe tốt, sinh hoạt độc lập.

III. BÀN LUẬN

Trường hợp bệnh sởi ở người lớn này có nhiều đặc điểm không điển hình, đặt ra những vấn đề cần được thảo luận và phân tích sâu hơn. Chúng tôi sẽ lần lượt phân tích các khía cạnh quan trọng của ca bệnh, đối chiếu với những dữ liệu y văn đã công bố nhằm làm rõ diễn tiến, cơ chế bệnh sinh và rút ra kinh nghiệm thực tiễn cho công tác chẩn đoán và điều trị.

Triệu chứng nổi ban sởi và dấu Koplik xuất hiện muộn, đồng thời là điểm không điển hình: Theo mô tả kinh điển, dấu Koplik thường xuất hiện trước ban da 1–4 ngày và biến mất khi ban lan rộng [2], [3]. Dù hiếm gặp, hiện tượng này đã từng được báo cáo ở người lớn có dấu Koplik xuất hiện muộn sau phát ban [2], [3]. Điều này có thể phản ánh giai đoạn tiền triệu bị rút ngắn do đáp ứng miễn dịch mạnh, khiến các giai đoạn lâm sàng chồng lấn lên nhau.

Thời điểm khởi phát viêm não trong ca bệnh này là một đặc điểm nổi bật và không điển hình: Các triệu chứng thần kinh xuất hiện chỉ một ngày sau khi sốt bắt đầu, khi BN chưa có bất kỳ dấu hiệu điển hình nào của sởi. Diễn tiến này khác với hầu hết các trường hợp viêm não cấp do sởi đã được ghi nhận, trong đó triệu chứng thần kinh thường xuất hiện vài ngày sau khi nổi ban [4], [5], [6]. Việc khởi phát sớm với sốt và rối loạn tri giác đơn độc đã khiến chẩn đoán ban đầu gặp nhiều khó khăn và tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm trong bệnh viện. Chỉ đến ngày thứ hai, khi ban đỏ và dấu Koplik xuất hiện, sởi mới được nghĩ tới và xác định bằng RT-PCR. Diễn tiến này đặt ra nghi vấn về cơ chế bệnh sinh trong bối cảnh BN có thể đã bị thay đổi miễn dịch hậu COVID-19.

Viêm não cấp ở bệnh nhân này là AME, ADEM hay phối hợp? Triệu chứng thần kinh khởi phát sớm trong những ngày đầu bệnh giúp loại trừ các thể viêm não muộn như MIBE và SSPE. Mặc dù ADEM thường xảy ra sau giai đoạn cấp của sởi, đã có trường hợp hiếm khởi phát sớm hoặc phối hợp AME–ADEM trong giai đoạn

cấp [5], [9]. Tuy nhiên, ở BN này, nhiều yếu tố nghiêng về chẩn đoán AME: dịch não tủy và EEG phù hợp với viêm não virus; MRI não không ghi nhận tổn thương chất trắng lan tỏa như trong ADEM [9]; và đặc biệt là tốc độ hồi phục tri giác nhanh, không để lại di chứng. Diễn tiến một pha, đáp ứng điều trị tốt củng cố chẩn đoán viêm não cấp do virus sởi trong giai đoạn virus huyết.

Cơ chế bệnh sinh: Diễn tiến lâm sàng không điển hình trong ca bệnh này – bao gồm sự khởi phát sớm của viêm não cấp, triệu chứng thần kinh xuất hiện trước ban da, và sự chồng lấn bất thường giữa các giai đoạn tiền triệu – có thể được lý giải bởi một cơ chế bệnh sinh phối hợp, dựa trên đặc điểm sinh học của virus sởi kết hợp với rối loạn miễn dịch kéo dài sau nhiễm SARS-CoV-2.

Sau khi xâm nhập qua đường hô hấp, virus sởi thường nhân lên tại biểu mô đường hô hấp và các hạch lympho vùng, sau đó nhanh chóng gây virus huyết (viremia). Trong giai đoạn này, virus có khả năng xâm nhập hệ thần kinh trung ương bằng nhiều cơ chế khác nhau: trực tiếp qua hàng rào máu–não, hoặc gián tiếp qua các tế bào miễn dịch bị nhiễm [5]. Ở BN này, các triệu chứng thần kinh xuất hiện chỉ 1-2 ngày sau khi sốt khởi phát, phù hợp với AME hơn [6], [9].

Tình trạng tổn thương sớm hệ thần kinh trung ương này có thể trở nên trầm trọng hơn trong bối cảnh rối loạn miễn dịch hậu COVID-19. Nghiên cứu của Fernández-Castañeda et al. (2022) cho thấy ngay cả những trường hợp COVID-19 nhẹ cũng có thể để lại hậu quả lâu dài đối với hệ thần kinh: hoạt hóa vi mô thần kinh (microglial activation), rối loạn tế bào oligodendrocyte và mất ổn định myelin [8]. Những rối loạn miễn dịch hậu COVID-19 có thể kéo dài nhiều tháng đến nhiều năm sau nhiễm [10], làm suy giảm hàng rào máu–não và khiến não dễ bị tổn thương hơn trước các tác nhân virus khác.

Bên cạnh đó, virus sởi vẫn tiếp tục nhân lên và lan rộng ra toàn thân. Ở người có trí nhớ miễn dịch không đầy đủ với sởi – chẳng hạn do chỉ từng tiêm một liều vaccine trong thời kỳ tiêm chủng chưa hoàn chỉnh – virus sởi có thể kích hoạt một đáp ứng miễn dịch dịch thể và tế bào mạnh mẽ, nhưng không đủ hiệu quả để loại trừ virus sớm. Chính đáp ứng quá mức này có thể rút ngắn giai đoạn tiền triệu, làm xuất hiện đồng thời các dấu hiệu điển hình như ban đỏ và dấu Koplik – một hiện tượng hiếm gặp nhưng đã từng được Steichen & Dautheville (2009) ghi nhận ở người lớn [3].

Ngoài ra, trạng thái “mệt mỏi miễn dịch” hậu

COVID-19 – bao gồm giảm số lượng và chức năng tế bào T CD4+ và CD8+ – cũng được ghi nhận là yếu tố liên quan đến sự nặng nề của các biến chứng thần kinh trong sởi ở người lớn [6].

Tổng hợp lại, cơ chế bệnh sinh trong ca bệnh này có thể được mô tả như một mô hình “hai cú đánh”: Cú đánh đầu tiên: COVID-19 tạo nên nền miễn dịch rối loạn và hàng rào thần kinh suy yếu kéo dài. Cú đánh thứ hai: Virus sởi xâm nhập nhanh chóng, gây viêm não cấp ngay trong giai đoạn virus huyết và kích hoạt đáp ứng miễn dịch chồng lấn.

Vai trò của corticosteroid và IVIG trong điều trị: BN trong ca này được điều trị sớm bằng corticosteroid liều cao ngăn ngày kết hợp với immunoglobulin tĩnh mạch (IVIG). Chỉ sau 72 giờ, tình trạng rối loạn tri giác cải thiện đáng kể và BN hồi phục hoàn toàn sau 8 ngày mà không để lại di chứng. Tuy chưa thể định lượng chính xác mức độ đóng góp riêng biệt của từng thuốc, chúng tôi cho rằng lựa chọn phối hợp này là hợp lý và phù hợp với diễn tiến lâm sàng của bệnh.

Corticosteroid đóng vai trò kiểm soát viêm thần kinh và giảm phù não bằng cách ức chế cytokine tiền viêm [6]. Trong khi đó, IVIG giúp điều hòa miễn dịch, trung hòa virus và ức chế hoạt hóa vi mô thần kinh – một cơ chế được cho là liên quan đến tổn thương não hậu sởi hoặc hậu COVID-19. Đã có nhiều báo cáo cho thấy các BN viêm não do sởi tiến triển nặng được điều trị với dexamethasone, IVIG hay thậm chí cả thay huyết tương và cho kết quả lâm sàng khả quan [6], [9].

Một yếu tố bổ sung quan trọng là sau khi truyền IVIG, BN vẫn xuất hiện chuyển dương IgM sởi (ngày 24/3), cho thấy IVIG không làm cản trở khả năng hình thành kháng thể chủ động. IVIG trong trường hợp này có thể đã giúp trung hòa virus còn lưu hành, từ đó hỗ trợ kiểm soát viêm và rút ngắn tiến triển bệnh.

Tóm lại, mặc dù chưa có thử nghiệm lâm sàng đối chứng rõ ràng cho hiệu quả của corticosteroid hoặc IVIG trong viêm não do sởi, những bằng chứng lâm sàng hiện tại cho thấy liệu pháp phối hợp này có thể mang lại lợi ích đáng kể, đặc biệt ở những BN có diễn tiến nhanh hoặc rối loạn miễn dịch nền như hậu COVID-19.

Khoảng trống miễn dịch ở người sinh trước 1990 – vấn đề cần khảo sát dịch tễ học: Trường hợp này một lần nữa nhấn mạnh khoảng trống miễn dịch ở người trưởng thành Việt Nam – đặc biệt nhóm sinh trước 1990, khi chương trình tiêm chủng chưa toàn diện. BN sinh năm 1980, tức là trong giai đoạn vaccine sởi chỉ mới được triển khai ở quy mô nhỏ và chưa áp

dụng tiêm nhắc. Theo lịch sử tiêm chủng tại Việt Nam, từ năm 1981 đến 2001, trẻ em chỉ được tiêm một liều sởi vào lúc 9 tháng tuổi. Do đó, BN nhiều khả năng chỉ được tiêm một liều vaccine duy nhất khi còn nhỏ và không còn đủ miễn dịch bảo vệ ở tuổi trưởng thành.

Các nghiên cứu huyết thanh học tại Việt Nam và khu vực Đông Nam Á cũng cho thấy nhiều người trong nhóm tuổi trung niên hiện nay không có đủ kháng thể bảo vệ với sởi. Trong bối cảnh tỷ lệ tiêm chủng giảm sau đại dịch COVID-19, cần sớm triển khai khảo sát miễn dịch cộng đồng, đánh giá hiệu quả của các chiến dịch tiêm chủng trước đây, đồng thời xem xét việc tiêm nhắc lại cho người lớn chưa có bằng chứng miễn dịch rõ ràng. Đây là biện pháp có thể giúp ngăn ngừa biến chứng nặng và kiểm soát nguy cơ dịch sởi bùng phát trong tương lai gần.

IV. HẠN CHẾ CỦA BÁO CÁO

Do đây là một báo cáo ca bệnh đơn lẻ, chúng tôi không thể xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố như tiền sử COVID-19, khoảng trống miễn dịch và diễn tiến lâm sàng bất thường. Ngoài ra, việc áp dụng corticosteroid và IVIG được thực hiện đồng thời nên không thể phân biệt hiệu quả riêng rẽ của từng biện pháp. BN không được xét nghiệm miễn dịch đặc hiệu nên chưa thể xác định rõ nền miễn dịch cơ bản. Các giả thuyết về cơ chế bệnh sinh cần được kiểm chứng thêm bằng các nghiên cứu dịch tễ học và miễn dịch học quy mô lớn.

V. KẾT LUẬN

Trường hợp viêm não do sởi khởi phát sớm ở người lớn này cho thấy bệnh có thể diễn tiến không điển hình, gây khó khăn cho chẩn đoán nếu không được nghĩ đến và xét nghiệm kịp thời. Diễn tiến bất thường có thể liên quan đến rối loạn miễn dịch hậu COVID-19 và khoảng trống miễn dịch ở người trưởng thành. Từ đó, cần thực hiện các khảo sát huyết thanh học để đánh giá tình trạng miễn dịch cộng đồng, làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình tiêm chủng bổ sung phù hợp và hiệu quả hơn trong giai đoạn tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế Việt Nam**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sởi.” Accessed: Apr. 20, 2025. [Online]. Available: <https://thuvienphapluat.vn/chinh-sach-phap-luat-moi/vn/ho-tro-phap-luat/chinh-sach-moi/81617/tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-benh-soi-tu-ngay-26-3-2025>
2. **CDC**, “Clinical Overview of Measles,” Measles (Rubeola). Accessed: Apr. 20, 2025. [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/measles/hcp/clinical-overview/index.html>

3. O. Steichen and S. Dautheville, "Koplik spots in early measles," CMAJ, vol. 180, no. 5, pp. 583–583, 2009, doi: 10.1503/cmaj.080724.
4. T. Fisher D. L., Defres, S., & Solomon, "Measles-induced encephalitis," QJM Int. J. Med., vol. 108, no. 3, pp. 177–182, 2015, [Online]. Available: <https://academic.oup.com/qjmed/article/108/3/177/1606747>
5. D. E. Griffin, "Measles virus and the nervous system," Handbook of Clinical Neurology, vol. 123, pp. 577–590, 2014. doi: 10.1016/B978-0-444-53488-0.00027-4.
6. Fox A., Hung, T. M., Wertheim, H., et al. "Acute measles encephalitis in partially vaccinated adults," PLoS ONE, vol. 8, no. 8, p. e71671, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0071671.
7. WHO, "Western Pacific countries at risk of measles outbreaks due to immunization and surveillance gaps." Accessed: Apr. 20, 2025. [Online]. Available: <https://www.who.int/westernpacific/news/item/01-03-2024-western-pacific-countries-at-risk-of-measles-outbreaks-due-to-immunization-and-surveillance-gaps>
8. Fernández-Castañeda A., et al. "Mild respiratory COVID can cause multi-lineage neural cell and myelin dysregulation," Cell, vol. 185, no. 14, pp. 2452–2468.e16, 2022, doi: 10.1016/j.cell.2022.06.008.
9. Mutoh Y., Kobayashi, T., Yoshida, M., et al. "Severe measles encephalitis and acute disseminated encephalomyelitis in an immunocompetent young adult," Intern. Med., vol. 60, no. 12, pp. 1925–1931, 2021, doi: 10.2169/internalmedicine.6804-20.
10. Phetsouphanh C., Darley, D., Wilson, D., et al. "Immunological dysfunction persists for 8 months following initial mild-to-moderate SARS - CoV-2 infection," Nat. Immunol., vol. 23, no. 2, pp. 210–216, 2022, doi: 10.1038/s41590-021-01113-x.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA KÍCH THƯỚC KHE KHỚP TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ TRIỆU CHỨNG ĐAU KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM Ở BỆNH NHÂN TMD

Nguyễn Thu Hằng¹, Nguyễn Văn Quang¹,
Khiếu Thanh Tùng¹, Nguyễn Thị Như Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa kích thước khe khớp trên phim MRI và tình trạng đau khớp thái dương hàm ở bệnh nhân TMD. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 50 bệnh nhân TMD người Việt Nam. Kích thước khe khớp trước, trên và sau được đo trên MRI tư thế ngậm hàm. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm theo tình trạng đau khớp. Phân tích thống kê gồm kiểm định t-test và hồi quy tuyến tính đa biến. **Kết quả:** Nhóm có đau khớp có khe khớp trước nhỏ hơn đáng kể so với nhóm không đau ($p = 0,005$). Đau khớp là yếu tố độc lập liên quan đến sự thu hẹp khe khớp trước ($\beta = -0,238$; $p = 0,002$). Tuổi ≥ 30 có liên quan và là yếu tố ảnh hưởng độc lập ảnh hưởng đến sự giảm kích thước khe khớp trên ($p = 0,009$). **Kết luận:** Đau khớp có liên quan đến sự thu hẹp khe khớp trước trên phim MRI. Kết quả này cho thấy MRI có thể hỗ trợ đánh giá định lượng tổn thương liên quan đến đau trong bệnh lý TMD. **Từ khóa:** Rối loạn khớp thái dương hàm; Khe khớp; Cộng hưởng từ.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN TEMPOROMANDIBULAR JOINT SPACE DIMENSIONS ON MRI AND

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quang

Email: nguyenvanquang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN IN PATIENTS WITH TMD

Objective: This study aimed to evaluate the association between joint space dimensions on magnetic resonance imaging (MRI) and temporomandibular joint (TMJ) pain in patients with temporomandibular disorders (TMD). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 50 Vietnamese patients diagnosed with TMD. Joint space dimensions (anterior, superior, and posterior) were obtained from MRI imaging. Patients were classified into two groups based on the presence or absence of TMJ pain. Independent t-tests and multivariate linear regression were used for statistic analysis. **Results:** The anterior joint space was significantly narrower in patients with TMJ pain compared to those without pain ($p = 0.005$). Multivariate analysis confirmed TMJ pain as an independent factor associated with reduced anterior joint space ($\beta = -0.238$; $p = 0.002$). Patients aged ≥ 30 had narrower superior joint spaces ($p = 0.009$), and age remained an independent factor associated with reduced joint space dimensions after adjusting with other confounding factors. **Conclusion:** TMJ pain is independently associated with reduced anterior joint space on MRI. These findings support the role of quantitative imaging in assessing TMJ structural changes related to TMD.

Keywords: Temporomandibular disorders; Joint space; Magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) là một nhóm các tình trạng ảnh hưởng đến khớp thái dương hàm, cơ nhai và các cấu trúc lân cận,