

huyết ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường. 2021;(46):96-106. doi:10.47122/vjde.2021.46.9.

7. **Nguyễn Văn Thuyền và Nguyễn Anh Tuấn.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở người bệnh cấp cứu có hạ đường

huyết. VMJ. 2023; 521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4114

8. **Akirov A, Diker-Cohen T, Masri-Iraqi H, Shimon I.** Diabetes, hypoglycemia, and mortality in hospitalized patients. Diabetes Metab Res Rev. 2018;34(5):e2999. doi:10.1002/dmrr.2999.

THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CẢI THIỆN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VIÊM MÀNG NÃO DO ENTEROVIRUS Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG (2024–2025)

Bùi Thị Hương¹, Nguyễn Văn Lâm^{2,3},
Đào Hữu Nam^{2,3}, Trần Minh Điển^{2,3}

TÓM TẮT

Viêm màng não do Enterovirus (VMN-EV) là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm màng não virus ở trẻ em, thường khó phân biệt với viêm màng não do vi khuẩn tại thời điểm nhập viện, dẫn đến sử dụng kháng sinh không cần thiết. Nghiên cứu này nhằm: Mô tả thực trạng chẩn đoán, điều trị và đề xuất một số biện pháp cải thiện điều trị viêm màng não do EV tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu (1/2024–4/2025) và tiến cứu (5–10/2025) trên trẻ từ 1 tháng đến 18 tuổi, chẩn đoán xác định VMN-EV bằng PCR dịch não tủy (DNT). **Kết quả:** 500 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $4,6 \pm 1,2$; nhóm 2–6 tuổi (43,4%). Nam (57,4%). Triệu chứng thường gặp: đau đầu (71,6%), sốt (66,0%), nôn (42,8%). Chỉ 27,4% bệnh nhân được chọc DNT tại tuyến dưới, trong đó 48,9% được làm PCR, 57,5% bệnh nhân dùng kháng sinh, chủ yếu ở nhóm không chọc DNT (75,8% so với 8,8%, $p=0,02$). Tuổi <6 tháng, sốt cao, DNT >100 bạch cầu/mm³ và CRP >10 mg/L liên quan đến tăng nguy cơ dùng kháng sinh, trong khi PCR <24h giúp giảm tỷ lệ này. Tỷ lệ khỏi hoàn toàn (99,6%), không khác biệt giữa nhóm dùng và không dùng kháng sinh. **Kết luận:** VMN-EV ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ chọc DNT và làm PCR tại tuyến dưới còn thấp, góp phần làm tăng lạm dụng kháng sinh. Chọc DNT sớm và làm PCR DNT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, quản lý kháng sinh hợp lý và tối ưu hóa điều trị.

Từ khóa: Enterovirus, viêm màng não, trẻ em

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOLUTIONS TO IMPROVE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Hậu

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

ENTEROVIRUS MENINGITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL (2024–2025)

Enteroviral meningitis (EVM) is the most common cause of viral meningitis in children, but it is often difficult to differentiate from bacterial meningitis at the time of admission, leading to unnecessary antibiotic use. This study aimed to: Describe the current status of diagnosis, treatment and propose some measures to improve the treatment of meningitis caused by EV at the National Children's Hospital in 2024-2025.

Methods: We conducted a combined retrospective (January 2024 to April 2025) and prospective (May to October 2025) descriptive study on children aged 1 month to 18 years diagnosed with EVM confirmed by cerebrospinal fluid (CSF) polymerase chain reaction (PCR). **Results:** A total of 500 patients were included. The mean age was 4.6 ± 1.2 years, with aged 2–6 years (43.4%). Male (57.4%). The median time from symptom onset to admission was 1.4 days. The main reasons for hospitalization were headache (71.6%), fever (66.0%), and vomiting (42.8%). At lower-Local hospitals, only 27.4% underwent lumbar puncture and 48.9% of those received CSF PCR testing. Antibiotics were administered to 57.5%, with significantly higher rates in those without lumbar puncture (75.8% vs. 8.8%, $p=0.02$). Multivariate analysis showed that age <6 months, high fever, CSF WBC >100 cells/mm³, and CRP >10 mg/L were associated with higher likelihood of antibiotic prescription, whereas PCR performed within 24h reduced antibiotic use. Treatment outcomes were excellent: 99.6% recovered completely, with no significant difference between groups receiving antibiotics and those not receiving antibiotics ($p=0.92$). **Conclusion:** Pediatric EVM in Vietnam predominantly affects children aged 1–6 years and presents with non-specific symptoms. Lumbar puncture and PCR testing at lower-level hospitals contributes to high rates of unnecessary antibiotic administration. Early CSF PCR testing is crucial to confirm diagnosis, guide antibiotics stewardship, and optimize patient management.

Keywords: Enterovirus, meningitis, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não do virus là tình trạng viêm ở

màng não và màng tủy do virus gây ra. Viêm màng não do virus là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm màng não. Trên lâm sàng bệnh thường khởi phát cấp tính với hội chứng màng não cấp và gây rối loạn chức năng hệ thần kinh trung ương với nhiều mức độ khác nhau [1].

Viêm màng não do virus còn được gọi là viêm màng não nước trong hay viêm màng não vô khuẩn (vì dịch não tủy trong và nuôi cấy không mọc vi khuẩn). Tuy nhiên viêm màng não nước trong còn gặp do một số vi sinh vật khác không phải virus như kí sinh trùng, nấm, thuốc hoặc hóa chất hoặc viêm màng não mủ mất đầu, nhưng các loại này hiếm gặp nên khi nói viêm màng não nước trong thường ám chỉ viêm màng não do virus [2], [3].

Hiện nay, ở nước ta đã có một số công trình nghiên cứu về viêm màng não ở bệnh nhi do EV, tuy nhiên có một thực tế là phần lớn các trường hợp viêm màng não ở bệnh nhi do EV được chuyển từ tuyến dưới lên Bệnh viện Nhi Trung ương thì chẩn đoán xác định nguyên nhân đã khá muộn, khiến cho kéo dài thời gian nằm viện cũng như phải sử dụng kháng sinh không cần thiết làm tăng chi phí điều trị, mặt khác ảnh hưởng không nhỏ cho cả gia đình bệnh nhân cũng như tăng gánh nặng, quá tải cho Bệnh viện. Do đó đòi hỏi phải có nghiên cứu sâu hơn nhằm đưa ra giải pháp cho vấn đề bức thiết trên. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: *Mô tả thực trạng chẩn đoán, điều trị và đề xuất một số biện pháp cải thiện điều trị viêm màng não do EV tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2024-2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhi được chuyển lên từ tuyến dưới
- Các trường hợp bệnh nhi làm xét nghiệm PCR EV dịch não tủy tại tuyến dưới hoặc tại Bệnh viện Nhi Trung ương xác định nguyên nhân viêm màng não do EV.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhi nhập Bệnh viện Nhi Trung ương chưa qua tuyến dưới
- Bệnh nhi không được làm xét nghiệm PCR xác định nguyên nhân viêm màng não do EV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Bệnh viện Nhi Trung ương

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2024 đến tháng 10/2025.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Chọn mẫu thuận tiện
- Cỡ mẫu: lấy toàn bộ hồ sơ bệnh nhi đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu gồm 500 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn.

Bảng 1: Các biến số và các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

Biến số	Định nghĩa
Đặc điểm chung	
Tuổi	Biến danh mục (01 tháng đến dưới 02 tuổi; 2-6; 6-10; 10-18)
Giới	Biến nhị phân: Nam/Nữ
Thời gian điều trị ở tuyến dưới	Biến rời rạc: tính theo ngày
Lý do vào viện	Biến danh mục: Sốt; đau đầu; nôn;...
Chọc dịch não tủy tuyến dưới	Biến nhị phân: Có/không
Xét nghiệm PCR tuyến dưới	Biến nhị phân: Có/không
Thời điểm XN PCR	Biến nhị phân: <24h; ≥24h
CRP	Biến danh mục: <3; 3-<10; 10-<100; ≥100 mg/l
Số lượng tế bào dịch não tủy	Biến danh mục: <5; 5-<100; 100-<1000; ≥1000
Kết quả điều trị	
Kết quả điều trị	Biến danh mục: Khỏi; di chứng; tử vong
Điều trị kháng sinh	Biến nhị phân: Có/không
Loại kháng sinh	Biến danh mục: Cepalosporin; aminoglycosid; carbapenem; Phối hợp đa kháng sinh
Ngày sử dụng kháng sinh	Biến nhị phân: Có/Không

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để nhập và xử lý số liệu.

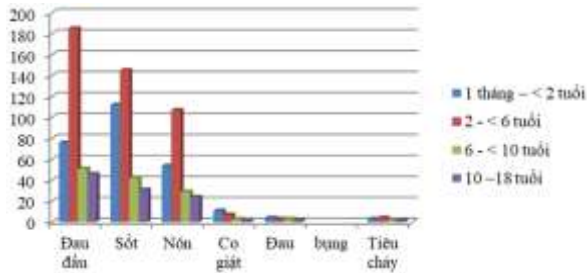
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Trung ương (số 424/BVNTW HĐĐĐ: CS/PSHN/DC/25/09) chấp nhận và thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Thời gian điều trị ở tuyến dưới ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus

Thời gian điều trị ở tuyến dưới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trung bình (ngày)	1,75±0,6	
Ngày <3	325	73,4
Ngày 3-5	218	24,2
Trên >5 ngày	12	2,4
Tổng	500	100

Thời gian điều trị ở tuyến dưới đa số < 3 ngày chiếm 73,4%, trung bình là 1,75±0,6 ngày.

**Biểu đồ 1: Lý do vào viện**

Lý do vào viện hay gặp nhất là đau đầu; sốt và nôn chiếm tỷ lệ lần lượt là 71,6%, 66% và 42,8%. Trong đó tỷ lệ gặp ở nhóm tuổi 2-6 là cao nhất

Bảng 3. Chọc dịch não tủy ở tuyến dưới ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus

Chọc dịch não tủy	Số lượng (n)			Tỷ lệ (%)	
	Xét nghiệm PCR	Có	Không		
Có		67	70	48,9	27,4
Không		363		62,6	
Tổng		500		100	

Tỷ lệ được chọc dịch não tủy ở tuyến dưới là 27,4%, trong đó chỉ có 48,9% được xét nghiệm PCR.

Bảng 4. Sử dụng kháng sinh từ tuyến dưới ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus

Chọc dịch não tủy	Sử dụng kháng sinh				p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Có	12	8,8	125	91,2	0,02
Không	275	75,8	88	24,2	
Tổng	287	57,5	213	42,6	

Tỷ lệ dùng kháng sinh ở nhóm có chọc dịch não tủy chỉ chiếm 8,8% ít hơn so với tỷ lệ dùng kháng sinh ở nhóm không được chọc dịch não tủy ở tuyến dưới là 75%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến chỉ định sử dụng kháng sinh

Yếu tố liên quan	Sử dụng kháng sinh		p
	Có	Không	
Tuổi (≤ 6 tuổi)	Có 254(66%)	131(34%)	0,041
	Không 33(28,7%)	82(71,3%)	
Sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$	Có 227(91,9%)	20(8,1%)	0,025
	Không 60(23,7%)	193(76,3%)	
Tế bào dịch não tủy $> 100/\text{mm}^3$	Có 236(87,4%)	34(12,6%)	0,03
	Không 51(22,2%)	179(77,8%)	
Làm XN PCR trước 24h	Có 20(9,3%)	196(90,7%)	0,014
	Không 267(94%)	17(6%)	
CRP > 10	Có 131(94,9%)	7(5,1%)	0,042

	Không	156(43,15)	206(56,9%)	
Protein DNT $> 0,45\text{g/l}$	Có	125(71%)	51(29%)	0,1
	Không	162(50%)	162(50%)	
Hình ảnh tổn thương hệ thần kinh trên CĐHA	Có	115(87,1%)	17(12,9%)	0,1
	Không	172(46,7%)	196(53,3%)	

Các yếu tố: Tuổi (≤ 6 tuổi); Sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$; Tế bào dịch não tủy $> 100/\text{mm}^3$; Làm XN PCR trước 24h; CRP > 10 có liên quan mật thiết đến việc tăng tỷ lệ sử dụng kháng sinh.

Các yếu tố: Protein DNT $> 0,45\text{g/l}$; Hình ảnh tổn thương hệ thần kinh trên CĐHA không liên quan đến việc sử dụng kháng sinh.

Bảng 6. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus

Yếu tố liên quan	Sử dụng kháng sinh Hệ số hồi quy	p
Tuổi (< 6 tháng tuổi)	0,042	0,024
Sốt cao	0,05	0,031
Tế bào dịch não tủy > 100	0,025	0,045
XN PCR trước 24h	-0,34	0,001
CRP > 10	0,036	0,01

Các yếu tố tuổi < 6 tháng; sốt cao; tế bào dịch não tủy > 100 ; CRP > 10 là yếu tố làm tăng chỉ định sử dụng kháng sinh. Xét nghiệm PCR trước 24h làm giảm chỉ định sử dụng kháng sinh.

Bảng 7. So sánh kết quả điều trị của nhóm trẻ được sử dụng kháng sinh và không sử dụng kháng sinh ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus

Kết quả điều trị	Sử dụng kháng sinh		Tổng	p
	Có	Không		
Khỏi hoàn toàn	286 (99,7%)	212 (99,5%)	498 (99,6%)	0,92
Di chứng	1(0,3%)	1(0,5%)	2(0,4%)	
Tổng	287(100%)	213(100%)	500(100%)	

Tỷ lệ khỏi hoàn toàn ở nhóm có sử dụng kháng sinh là 99,7% không khác biệt so với nhóm không sử dụng kháng sinh là 99,5% (Với $p = 0,92 > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Thời gian nằm viện tuyến dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian điều trị trung bình của bệnh nhi viêm màng não do EV tại tuyến dưới là $1,75 \pm 0,6$ ngày, phần lớn các trường hợp nằm viện < 3 ngày (73,4%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cs. (2019) tại Bệnh viện Nhi Trung ương, trong đó thời gian nằm viện trung bình tại tuyến dưới trước

khi chuyển tuyến là $2,1 \pm 0,8$ ngày [4]. Tại Hàn Quốc, Kim et al. (2012) cũng ghi nhận đa số bệnh nhi viêm màng não do EV chỉ được điều trị ban đầu tại bệnh viện địa phương dưới 3 ngày, sau đó được chuyển đến cơ sở chuyên khoa để làm xét nghiệm PCR dịch não tủy [5].

Lý do vào viện ở tuyến dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do vào viện thường gặp nhất ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus (EV) là tam chứng màng não điển hình đau đầu (71,6%), sốt (66%) và nôn (42,8%). Theo Abzug (2014), hơn 70% bệnh nhi viêm màng não do EV nhập viện vì sốt, đau đầu và nôn, trong khi các triệu chứng tiêu hóa chỉ gặp dưới 5% [6]. Kim et al. (2012) tại Hàn Quốc cũng ghi nhận bộ ba triệu chứng đau đầu, sốt và nôn chiếm lần lượt 68%, 65% và 40% [5]. Tuy nhiên, cần chú ý nhóm trẻ nhỏ dưới 2 tuổi có biểu hiện không điển hình, dễ bỏ sót chẩn đoán sớm, do đó cần thăm khám kỹ và kết hợp xét nghiệm hỗ trợ.

Chọc dò dịch não tủy ở tuyến dưới. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhi được chọc dịch não tủy (DNT) tại tuyến dưới chỉ đạt 27,4%, trong đó chỉ có 48,9% được làm xét nghiệm PCR dịch não tủy. Kết quả tương đồng với báo cáo của Nguyễn Thị Hồng và cs. (2019) tại Việt Nam, trong đó tỷ lệ chọc DNT ở tuyến dưới chỉ đạt 30%, và số trường hợp được làm PCR còn rất thấp (<40%) [4]. Ở Hàn Quốc, nghiên cứu của Kim et al. (2012) cho thấy tỷ lệ chọc DNT ở trẻ nghi ngờ viêm màng não cao hơn (trên 60%) [5].

Liên quan giữa chỉ định sử dụng kháng sinh và chọc dịch não tủy tỷ lệ sử dụng kháng sinh ở nhóm bệnh nhi được chọc dịch não tủy (DNT) tại tuyến dưới chỉ chiếm 8,8%, thấp hơn rất nhiều so với nhóm không được chọc DNT (75,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,02$). Điều này phản ánh vai trò quan trọng của chọc DNT trong định hướng chẩn đoán và giảm thiểu việc sử dụng kháng sinh không cần thiết.

Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định sử dụng kháng sinh. Ở trẻ nhỏ, đặc biệt là dưới 6 tháng tuổi, triệu chứng viêm màng não thường không điển hình và nguy cơ bệnh nặng cao, do đó bác sĩ có xu hướng chỉ định kháng sinh sớm [7]. Tương tự, sốt cao và tình trạng tăng tế bào dịch não tủy thường khiến lâm sàng khó phân biệt với viêm màng não do vi khuẩn, nên kháng sinh thường được sử dụng theo nguyên tắc an toàn [8]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh ở bệnh nhi có sốt cao $> 39^{\circ}\text{C}$ là 91,9%, trong khi ở nhóm không có sốt cao chỉ là 23,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$). Tại Việt Nam,

Nguyễn et al. (2019) cũng ghi nhận tỷ lệ dùng kháng sinh cao (trên 60%) ở nhóm trẻ sốt cao, bất kể căn nguyên là virus hay vi khuẩn [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh ở nhóm bệnh nhi có CRP ≥ 10 mg/L là 94,9%, cao hơn rõ rệt so với nhóm có CRP < 10 mg/L (43,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042$). Điều này phản ánh thực tế lâm sàng rằng CRP tăng cao thường khiến bác sĩ nghi ngờ đến căn nguyên vi khuẩn, do đó chỉ định kháng sinh được áp dụng rộng rãi, ngay cả trong các trường hợp viêm màng não do Enterovirus. CRP tăng cao cũng là yếu tố ảnh hưởng mạnh đến quyết định điều trị. Theo Dubos et al. (2008), CRP ≥ 20 mg/L thường gợi ý căn nguyên vi khuẩn, dẫn đến việc sử dụng kháng sinh rộng rãi ngay cả khi căn nguyên thực sự là virus [10].

Ngược lại, việc làm xét nghiệm PCR dịch não tủy sớm (<24h) có tác động mạnh trong việc giảm sử dụng kháng sinh ($p = 0,001$). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Kupila et al. (2005) [8] và Tattevin et al. (2002), khi PCR được thực hiện sớm, kháng sinh không cần thiết được ngừng trong vòng 24–48 giờ [4]. Theo Kupila et al. (2005), xét nghiệm PCR dịch não tủy có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, giúp chẩn đoán nhanh Enterovirus trong vòng vài giờ, từ đó rút ngắn thời gian sử dụng kháng sinh không cần thiết. Nghiên cứu của Tattevin et al. (2002) tại Pháp cũng cho thấy khi PCR được thực hiện sớm, tỷ lệ ngừng kháng sinh trong vòng 24–48 giờ tăng đáng kể, đồng thời giảm thời gian nằm viện [8]. Tại các quốc gia châu Á, nghiên cứu của Choi et al. (2012) ở Hàn Quốc ghi nhận rằng trong số các trường hợp có kết quả PCR sớm, đa số bệnh nhi được ngừng kháng sinh trong vòng 1–2 ngày, trong khi ở nhóm không được xét nghiệm kịp thời, kháng sinh thường được duy trì trung bình 5–7 ngày. Tương tự, Nguyễn et al. (2019) tại Việt Nam báo cáo rằng PCR dịch não tủy sớm không chỉ giảm tỷ lệ dùng kháng sinh mà còn giảm chi phí điều trị và số ngày nằm viện [9].

So sánh kết quả điều trị ở nhóm trẻ được sử dụng kháng sinh và không sử dụng kháng sinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khỏi hoàn toàn ở cả hai nhóm bệnh nhi có sử dụng kháng sinh (99,7%) và không sử dụng kháng sinh (99,5%) đều rất cao, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,92 > 0,05$). Đặc biệt tỷ lệ khỏi hoàn toàn ở nhóm trẻ sử dụng kháng sinh phối hợp (98,8%) và nhóm dùng kháng sinh đơn độc (99,5%) là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,98 > 0,05$). Điều này chứng tỏ

rằng việc sử dụng kháng sinh không mang lại lợi ích rõ rệt trong cải thiện kết quả điều trị ở bệnh nhi viêm màng não do Enterovirus.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế. Theo Logan và MacMahon (2008), viêm màng não do Enterovirus là bệnh lành tính, đa số trường hợp tự khỏi trong vòng 7–10 ngày, không cần dùng kháng sinh đặc hiệu. Tương tự, Tattavin và cộng sự (2002) cho thấy tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn ở bệnh nhân viêm màng não virus không phụ thuộc vào việc có hay không dùng kháng sinh trong quá trình điều trị [8].

Việc một số bệnh nhi trong nghiên cứu vẫn được chỉ định kháng sinh chủ yếu xuất phát từ khó khăn trong phân biệt viêm màng não do vi khuẩn và do virus trong giai đoạn đầu nhập viện, đặc biệt khi có sốt cao, bạch cầu dịch não tủy tăng, hoặc CRP tăng [10]. Tuy nhiên, kết quả theo dõi sau điều trị cho thấy gần như toàn bộ bệnh nhi đều hồi phục tốt, di chứng để lại là rất hiếm (0,4%).

Điều này gợi ý rằng, chiến lược chẩn đoán sớm và chính xác (đặc biệt nhờ xét nghiệm PCR dịch não tủy) có vai trò quan trọng trong việc giảm sử dụng kháng sinh không cần thiết, từ đó hạn chế nguy cơ kháng kháng sinh, giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

VMN-EV ở trẻ em có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ chọc DNT và làm PCR tại tuyến dưới còn thấp, góp phần làm tăng lạm dụng kháng sinh. Chọc DNT sớm và làm PCR

DNT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, quản lý kháng sinh hợp lý và tối ưu hóa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cantu R.M. and Das J.M. (2025). Viral Meningitis. StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
2. Parasuraman T, Frenia K, and Romero J (2001). Enteroviral meningitis Pharmacoeconomics. 19, 3–12.
3. Allos H. and Hasbun R. (2025). Aseptic meningitis: a foundation review. Curr Opin Infect Dis.
4. Nguyễn Thị Hồng, Trần Thị Mai Hương, and Nguyễn Văn Lâm (2019). Giá trị của xét nghiệm PCR trong chẩn đoán viêm màng não do Enterovirus ở trẻ em. Tạp chí Y học Việt Nam, 486, 45–52.
5. Kim KS, Kim KH, and Kim DS, et al (2012). Enteroviral meningitis in children: the role of cerebrospinal fluid PCR in reducing unnecessary antibiotic use. J Korean Med Sci, 27, 1352–1356.
6. Abzug M.J. (2004). Presentation, diagnosis, and management of Enterovirus infections in neonates. Paediatr Drugs, 6(1), 1–10.
7. Sáez-Llorens X. and McCracken G.H.J. (2003). Bacterial meningitis in children. Lancet Lond Engl, 361(9375), 2139–2148.
8. Tattavin P, Minjolle S, Arvieux C, et al. (2002). Usefulness of PCR testing in the diagnosis of viral meningitis: a 2-year prospective study. Clin Infect Dis, 34, 641–645.
9. Nguyen TK and Tran TH, et al (2019). Clinical characteristics and outcomes of enteroviral meningitis in Vietnamese children. J Infect Dev Ctries, 13, :617-624.
10. Simon L, Gauvin F, Amre D.K., et al. (2004). Serum procalcitonin and C-reactive protein levels as markers of bacterial infection: a systematic review and meta-analysis. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am, 39(2), 206–217.

CHỈ SỐ SAI: DẤU ẤN MỚI TRONG ĐÁNH GIÁ VIÊM LIÊN QUAN ĐẾN SUY GIẢM CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Lê Trọng Nhân¹, Lê Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng viêm mạn tính mức thấp góp phần gây đề kháng insulin, làm nặng nề thêm các biến chứng mạch máu và rối loạn chuyển hóa trên các bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Hiện nay, chỉ số viêm-miễn dịch hệ thống SII trở thành dấu ấn sinh học được nghiên cứu rộng rãi, phản ánh hiện tượng viêm mức độ thấp trong các bệnh mạn tính. Bên cạnh đó, tuổi tác cũng là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng

đến tình trạng viêm và chức năng miễn dịch, người càng lớn tuổi thì tình trạng viêm mạn tính càng cao. Chính vì vậy, nghiên cứu này kết hợp SII và tuổi để tạo nên chỉ dấu mới gọi là SAI (SII-Age Index), đồng thời khảo sát mối liên quan giữa SAI và tình trạng suy giảm chức năng thận trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 143 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đến khám từ 08/2024 đến 03/2025 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM cơ sở 2. **Kết quả:** Giá trị trung bình của chỉ số SAI là 19.9 với $\sigma = 1.8$. Chỉ số SAI có mối tương quan thuận với thời gian mắc ĐTDĐ ($r = 0.26, p < 0.05$), tương quan thuận với mức độ đậm niệu ACR ($r = 0.18, p < 0.05$), tương quan thuận với nồng độ creatinine huyết thanh ($r = 0.20, p < 0.05$) và tương quan nghịch với độ lọc cầu thận eGFR ($r = -0.52, p < 0.01$). **Kết luận:** Chỉ số

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequocluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025