

xốp (45,4%). Theo báo cáo của Verhage và cộng sự (2016) tại Hà Lan, nẹp chữ T được khuyến khích áp dụng trong các trường hợp mảnh gãy lớn để đảm bảo vững chắc, trong khi vít xốp vẫn là lựa chọn phổ biến ở mảnh gãy nhỏ.³

Sau phẫu thuật, đa số BN liền vết thương thì đầu (87,1%). Đánh giá kết quả X-quang sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân đạt mức tốt và rất tốt (chiếm tỷ lệ 93,5%), chỉ 6,5% ở mức trung bình và không có trường hợp nào ở mức xấu. Nhìn chung, các nghiên cứu về phẫu thuật KHX gãy mắt cá chân tại Việt Nam cũng cho kết quả điều trị khả quan, với tỷ lệ trên X-quang ở mức tốt và rất tốt dao động từ 86,5% - 100%.⁴⁻⁶ Nghiên cứu tương tự của Amal Chidda (2025), Mehdi T (2024) đều cho kết quả X-quang tốt và rất tốt trên 90%.^{8,9} Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng mạch máu, thần kinh hay hoại tử phần mềm.

Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật, chúng tôi sử dụng hệ thống thang điểm của Trafton. P.G; Bray.T.J; Simpson. L.A, kết quả điểm trung bình đạt $89,4 \pm 6,4$, trong đó, hơn một nửa số bệnh nhân (51,6%) có kết quả tốt và rất tốt. Tại Việt Nam, Vũ Trường Thịnh (2022), Đinh Xuân Chương (2022) cũng báo cáo kết quả tốt và rất tốt trên 70%. Những kết quả này nhìn chung phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi, vốn cho thấy tỷ lệ hồi phục chức năng tốt và rất tốt ở mức cao.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp KHX điều trị gãy ba mắt cá chân mang lại kết quả tốt, với tỷ lệ liền xương cao, chức năng khớp cổ chân phục hồi tốt, đau

sau mổ ở mức nhẹ hoặc không đáng kể và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chou TFA, Tzeng YH, Teng MH, et al.** Trimalleolar Fractures Treated by Open Reduction Internal Fixation Compared With Arthroscopically Assisted Reduction and Minimally Invasive Surgery. *Foot Ankle Int.* 2023;44(5):431-442.
2. **Michelson JD.** Ankle fractures resulting from rotational injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2003;11(6):403-412.
3. **Verhage SM, Boot F, Schipper IB, Hoogendoorn JM.** Open reduction and internal fixation of posterior malleolar fractures using the posterolateral approach. *Bone Jt J.* 2016;98-B(6):812-817.
4. **Đinh XC, Dương Đình T.** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín ba mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *VMJ.* 2024;544(2).
5. **Thịnh VT, Mai DNL, Triều TMLT, Sơn NT, Thủy NX.** Kết quả phẫu thuật gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, năm 2019. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2022;149(1):67-77.
6. **Vũ MH, Phan TN, Trần HT.** Kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín mắt cá chân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2022;517(1).
7. **da Silva ACB, Pontin JCB, Cortes Damasceno AP, Arrebola LS, Souza C dos R, Luzo MVM.** Epidemiological profile of patients with ankle fracture treated in a tertiary level hospital. *Acta Ortop Bras.* 32(6):e282171.
8. **Chidda A, Soares S, Tannast M, Schwab J, Seidel A.** Long-term outcomes after a trimalleolar fracture involving the posterior malleolar fragment: an 11-year follow-up. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2025;145(1):346.
9. **Teimouri M, Akbari Aghdam H, Alipoor R, Lalehzar SS.** Operative treatment results of posterior malleolar fractures in trimalleolar fractures with screw fixation and plate fixation: short-term results. *Int J Burns Trauma.* 2024;14(1):14-24.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM NÃO - MÀNG NÃO DO HERPES SIMPLEX VIRUS

Nguyễn Duy Trường¹, Đặng Quang Minh Triết¹, Huỳnh Văn Hải¹,
Nguyễn Thị Hiệp¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Trần Đăng Ninh¹

TÓM TẮT

Viêm não – màng não do Herpes Simplex Virus (HSV) là một cấp cứu thần kinh nghiêm trọng, có thể

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Trường

Email: duytruong108mch@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

để lại hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của bệnh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm não – màng não do HSV. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm não – màng não do HSV. Các dữ liệu bao gồm thông tin hành chính, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu, dịch não tủy, hình ảnh cộng hưởng từ và kết quả

điều trị được thu thập và phân tích bằng thống kê mô tả. Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,4 tuổi; 74,4% là nam giới và 64,1% đến từ nông thôn. Có 61,5% bệnh nhân có bệnh lý nền. Các triệu chứng thường gặp là sốt (89,7%), đau đầu (74,4%), rối loạn ý thức (66,7%). Các dấu hiệu của hội chứng màng não như cổ cứng và dấu hiệu Kernig không phổ biến. Xét nghiệm máu cho thấy 82,6% có tăng CRP và 57,9% có tăng procalcitonin. Dịch não tủy ghi nhận tăng tế bào lympho (74,4%), tăng protein nhẹ, glucose bình thường trong đa số trường hợp. Hình ảnh cộng hưởng từ não cho thấy 90% bệnh nhân có tổn thương viêm, chủ yếu ở thùy thái dương. Tỷ lệ tử vong là 7,7%, trong khi 76,9% hồi phục không di chứng. Kết luận: Viêm não – màng não do HSV biểu hiện với triệu chứng thần kinh cấp tính, nổi bật là rối loạn ý thức và sốt, trong khi dấu hiệu màng não không đặc trưng. MRI và dịch não tủy đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Điều trị sớm giúp cải thiện tiên lượng và làm giảm tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** herpes simplex virus, viêm não-màng não

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH HERPES SIMPLEX VIRUS MENINGOENCEPHALITIS

Herpes Simplex Virus (HSV) meningoencephalitis is a serious neurological emergency that can result in severe consequences if not promptly diagnosed and treated. Understanding the clinical, paraclinical, and imaging characteristics of the disease plays a crucial role in diagnosis and prognosis. Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of patients with HSV meningoencephalitis. Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 39 patients suffer from HSV meningoencephalitis. Data collected included demographic information, medical history, clinical symptoms, blood tests, cerebrospinal fluid (CSF) analysis, MRI findings, and treatment outcomes. These data were analyzed using descriptive statistics. Results: The mean age of patients was 54.4 years; 74.4% of patients were male, and 64.1% of patients came from rural areas. Comorbidities were present in 61.5% of patients. Common symptoms included fever (89.7%), headache (74.4%), and altered consciousness (66.7%). Meningeal signs such as neck stiffness and Kernig's sign were uncommon. Blood tests revealed elevated CRP in 82.6% and increased procalcitonin in 57.9%. CSF analysis showed lymphocytic pleocytosis in 74.4%, mildly elevated protein, and normal glucose in most cases. Brain MRI revealed inflammatory lesions in 90% of patients, primarily in the temporal lobe. The mortality rate was 7.7%, while 76.9% recovered without sequelae. Conclusion: HSV meningoencephalitis presents with acute neurological symptoms, notably altered consciousness and fever, while meningeal signs are not typical. MRI and CSF analysis play a critical role in diagnosis. Early treatment improves prognosis and reduces mortality. **Keywords:** herpes simplex virus, meningoencephalitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não - màng não do Herpes Simplex Virus (HSV) là một trong những nguyên nhân phổ biến và nghiêm trọng gây viêm não-màng não ở người lớn với tỷ lệ tử vong có thể lên đến 70% nếu không được điều trị kịp thời [1]. HSV-1 thường gây viêm não, trong khi HSV-2 thường liên quan đến viêm màng não, đặc biệt ở người trưởng thành và bệnh nhân suy giảm miễn dịch [2]. Mặc dù điều trị với acyclovir đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong, nhưng di chứng thần kinh lâu dài vẫn thường gặp ở phần lớn bệnh nhân sống sót [3]. Chẩn đoán bệnh còn gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu như sốt, đau đầu, thay đổi tri giác, co giật [4]. Xét nghiệm dịch não tủy và hình ảnh học như MRI có vai trò quan trọng trong gợi ý chẩn đoán, tuy nhiên, không phải lúc nào cũng điển hình [5]. Bên cạnh đó, thời điểm khởi đầu điều trị kháng virus có ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng bệnh nhân [6]. Tại Việt Nam, số liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị viêm não - màng não do HSV còn hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm bệnh tại từng địa phương là cần thiết nhằm giúp cải thiện hiệu quả chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh nhân. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm não - màng não do HSV tại Bệnh viện trung ương quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Đối tượng: gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm não-màng não do HSV.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng viêm não- màng não và kết quả xét nghiệm PCR dịch não tủy dương tính với HSV.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng não do các nguyên nhân khác như lao, vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng; bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

Địa điểm: Bệnh viện TƯQĐ 108

Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2018 đến tháng 9/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Quy trình nghiên cứu: Dữ liệu được thu thập hồi cứu từ hồ sơ bệnh án bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, các chỉ số xét nghiệm (máu và dịch não tủy) và kết quả điều trị.

2.3. Xử lý số liệu: Các thông tin được nhập vào phần mềm Microsoft Excel và xử lý bằng SPSS 20.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung bình (min-max).

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của bệnh viện phê duyệt. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, tuân thủ nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung (n=39)	n (%)
Phân bố tuổi	
18-40 tuổi	10 (25,7)
41-60 tuổi	14 (35,8)
>60 tuổi	15 (38,5)

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo tháng

Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
N	5	3	4	1	3	6	4	3	3	0	5	2
%	12,8	7,7	10,3	2,6	7,7	15,4	10,3	7,7	7,7	0	12,8	5,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ca bệnh xuất hiện quanh năm, trong đó cao nhất vào tháng 6 (15,4%), hầu hết các tháng trong năm đều có ca bệnh nhập viện, riêng tháng 10 không có ca bệnh nhập viện điều trị (Bảng 3.2). Điều này cho thấy bệnh không có tính mùa rõ rệt nhưng có xu hướng tăng nhẹ vào đầu mùa hè.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (n=39)	n (%)
Sốt	35 (89,7)
Đau đầu	29 (74,4)
Buồn nôn, nôn	14 (35,9)
Co giật	10 (25,6)
Rối loạn ý thức	26 (66,7)
Dấu hiệu cổ cứng	15 (38,5)
Dấu hiệu Kernig	11 (28,2)
Triệu chứng thần kinh khu trú	10 (25,6)

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất được ghi nhận là sốt (89,7%), đau đầu (74,4%), rối loạn ý thức (66,7%). Dấu hiệu cổ cứng và kernig chiếm tỷ lệ thấp (38,5% và 28,2%) cho thấy hội chứng màng não không phải là dấu hiệu điển hình trong viêm não-màng não do HSV.

Tình trạng rối loạn ý thức gặp ở 26/39 trường hợp (66,7%) cho thấy sự ảnh hưởng đáng kể lên hệ thần kinh trung ương ngay từ thời điểm nhập viện. Một số triệu chứng khác ít gặp hơn như triệu chứng thần kinh khu trú và co giật chiếm tỷ lệ

Tuổi trung bình (min, max): 54,4 (17, 86)	
Giới tính	
Nam	29 (74,4)
Nữ	10 (25,6)
Địa dư	
Thành thị	14 (35,9)
Nông thôn	25 (64,1)
Có bệnh lý nền¹	24 (61,5)

¹ Các bệnh lý nền: tiểu đường, ung thư, tăng huyết áp, sử dụng corticoid.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tuổi trung bình là 54,4 tuổi, tuổi thấp nhất 18 tuổi, tuổi cao nhất 86 tuổi, đa số các trường hợp nhập viện có tuổi trên 40 (74,3%). Nam giới chiếm ưu thế với 74,4%, bệnh nhân chủ yếu ở nông thôn (64,1%). Trong số 39 bệnh nhân, có 61,5% trường hợp có bệnh lý nền chủ yếu là tiểu đường, tăng huyết áp, ung thư hoặc dùng corticoid (Bảng 3.1).

3.2. Phân bố bệnh nhân theo tháng

thấp như nhau (25,6%) (Bảng 3.3).

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

3.4.1. Biến đổi xét nghiệm máu

Bảng 3.4. Biến đổi xét nghiệm máu

Biến số		Giá trị
Bạch cầu (BC) (G/L)	<4, n (%)	3 (7,7)
	4-10, n (%)	22 (56,4)
	>10, n (%)	14 (35,9)
	Trung bình (min-max)	7,3 (2,8-16,2)
BC trung tính (%)	>75, n (%)	24 (61,5)
Hồng cầu (HC) (G/L)	Trung bình (min-max)	4,5 (3,0-5,7)
HgB	Trung bình (min-max)	134 (92-168)
CRP (mg/l)	5-50, n (%)	9 (39,1)
	>50, n (%)	10 (43,5)
	Trung bình (min-max)	46 (5-190)
Procalcitonin (PCT) (ng/ml)	<2, n (%)	8 (42,1)
	2-10, n (%)	8 (42,1)
	>10, n (%)	3 (15,8)
	Trung bình (min-max)	4,1 (0,3-27,8)
Tiểu cầu (G/L)	Giảm <100, n (%)	4 (10,3)
	Trung bình (min-max)	195 (70-410)
Tổn thương gan (GOT, GPT >40 U/l), n (%)		10 (29,4)
Tổn thương thận (Creatinin >110), n (%)		6 (18,2)

Tỷ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu là thấp (35,9%), giá trị trung bình bạch cầu là 7,3 G/L

và tỷ lệ công thức bạch cầu chuyển trái chiếm 61,5%, tỷ lệ bệnh nhân có tiểu cầu < 100 G/L chiếm tỷ lệ thấp (10,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có tăng CRP và PCT chiếm tỷ lệ tương đối cao (82,6% và 57,9%). Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương gan và thận lần lượt là 29,4% và 18,2% (Bảng 3.4).

3.4.2. Biến đổi xét nghiệm dịch não tủy

Bảng 3.5. Biến đổi xét nghiệm dịch não tủy

Kết quả phân tích dịch não tủy		Giá trị
Số tế bào bạch cầu (tế bào/mm ³)	< 100, n (%)	15 (38,5)
	100 – 500, n (%)	17 (43,6)
	> 500, n (%)	7 (17,9)
	Trung bình (min-max)	210 (12–880)
Tỷ lệ bạch cầu lympho trong DNT (%)	>50%	29 (74,4)
	Trung bình (min-max)	68 (42–98)
Protein (g/l)	< 0,2, n (%)	3 (8,3)
	0,2 – 1, n (%)	22 (61,1)
	> 1, n (%)	11 (30,6)
	Trung bình (min-max)	0,8 (0,15–2,6)
Glucose (mmol/l)	Glucose (mmol/l) <2,2, n (%)	5 (14,3)
	Trung bình (min-max)	3,4 (1,8–5,8)

Số lượng tế bào bạch cầu trung bình: 210 tế bào/mm³ (12–880), trong đó 61,5% có số lượng tế bào bạch cầu >100 tế bào/mm³. Đa số có tỷ lệ lympho chiếm ưu thế (>50%) trong dịch não tủy (74,4%). Nồng độ protein trung bình là 0,8 g/L; 30,6% có nồng độ >1 g/L. Giảm glucose trong DNT (glucose < 2,2 mmol/L) chỉ gặp ở 14,3% bệnh nhân. (Bảng 3.5).

3.4.3. Đặc điểm tổn thương não trên cộng hưởng từ

Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương não trên cộng hưởng từ

Đặc điểm (n=30)		n (%)
Có tổn thương viêm		27 (90)
Tổn thương viêm cả 2 bán cầu não		13 (43,3)
Chỉ tổn thương viêm 1 bán cầu não	Trái	7 (23,3)
	Phải	7 (23,3)
Vị trí tổn thương	Thùy thái dương	27 (90)
	Thùy trán	10 (25,6)
	Thùy đảo	8 (20,5)
	Thùy đỉnh	5 (12,8)

Trong số 39 bệnh nhân viêm não-màng não do HSV có 30 trường hợp được chụp cộng hưởng từ. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương viêm não trên cộng hưởng từ chiếm tỷ lệ cao (90%), tổn thương viêm cả 2 bán cầu não chiếm tỷ lệ cao hơn so với tổn thương viêm 1 bên bán cầu não (43,3% và 23,3%). Vị trí tổn thương viêm não

do HSV chủ yếu là thùy thái dương (90%), tiếp theo là thùy trán (25,6%), thùy đảo (20,5%) và thùy đỉnh (12,8%). (Bảng 3.6).

3.5. Kết quả điều trị

Bảng 3.7. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tổng (n=39)
Ngày điều trị trung bình Trung bình (min – max)	16(7–32)
Sống không để lại di chứng, n(%)	30(76,9)
Sống có di chứng thần kinh, n(%)	6(15,4)
Tử vong, n(%)	3(7,7)

Thời gian điều trị trung bình là 16 ngày, tỷ lệ bệnh nhân sống không để lại di chứng là 76,9%, sống để lại di chứng thần kinh (15,4%), tỷ lệ bệnh nhân tử vong tương đối cao (7,7%) (Bảng 3.7).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 54,4 tuổi (dao động 17–86 tuổi), phần lớn thuộc nhóm trên 40 tuổi (74,3%), phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy viêm não do HSV thường gặp ở người trung niên và cao tuổi [1,8]. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận tuổi cao là yếu tố tiên lượng xấu, có liên quan đến tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh nặng nề hơn [8]. Giới tính nam chiếm ưu thế (74,4%), tương đồng với dữ liệu nghiên cứu khu vực Đông Nam Á của Tan và cộng sự (2024) [7]. Bệnh nhân chủ yếu đến từ khu vực nông thôn (64,1%), điều này có thể phản ánh sự hạn chế trong tiếp cận dịch vụ y tế sớm, dẫn đến nhập viện muộn và tăng nguy cơ biến chứng.

Phân bố ca bệnh quanh năm, tập trung nhiều hơn vào tháng 6, cho thấy HSV có thể hoạt động quanh năm trong điều kiện khí hậu nhiệt đới, tương tự nhận định của Tan et al. (2024) về đặc điểm lưu hành của virus HSV tại Đông Nam Á [7]. Việc không ghi nhận ca bệnh trong tháng 10 có thể là yếu tố ngẫu nhiên do cỡ mẫu hạn chế.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân trong nghiên cứu là sốt (89,7%), đau đầu (74,4%) và rối loạn ý thức (66,7%), trong khi các triệu chứng màng não điển hình như cổ cứng (38,5%) và dấu Kernig (28,2%) xuất hiện ít hơn. Kết quả này phù hợp với đặc trưng của viêm não-màng não do HSV là thường gây tổn thương viêm khu trú ở thùy thái dương dẫn đến rối loạn tri giác và hành vi nhiều hơn là kích thích màng não [2,4,5]. Huang et al. (2024) khi tổng hợp các trường hợp viêm màng não do HSV-2 ở người lớn cũng ghi nhận triệu chứng cổ cứng hiếm gặp và bệnh cảnh lâm sàng không điển hình [2].

Tỷ lệ co giật và triệu chứng thần kinh khu trú (25,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo của Bokhari et al. (2022), nơi co giật xuất hiện ở 40% bệnh nhân [3]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự đa dạng về quần thể bệnh nhân, giai đoạn bệnh khi nhập viện. Ngoài ra, tỷ lệ rối loạn ý thức cao (66,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của He et al. (2025), rằng đây là một trong những dấu hiệu quan trọng phản ánh mức độ tổn thương não sớm và liên quan chặt chẽ với tiên lượng xấu của bệnh [4].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng và hình ảnh học. Bạch cầu máu ngoại vi tăng ở 35,9% trường hợp, tỷ lệ bệnh nhân có tăng CRP và PCT lần lượt là 82,6% và 57,9%. Các giá trị này cho thấy có phản ứng viêm hệ thống nhưng không đặc hiệu cho HSV, kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Abbuehl và cộng sự (2023), khi tác giả khẳng định rằng các chỉ dấu viêm máu như CRP hoặc PCT không thể dự đoán chính xác tiên lượng nặng ở viêm não HSV [1].

Về đặc điểm xét nghiệm dịch não tủy, phần lớn bệnh nhân có tăng tế bào lympho (>50%), protein tăng ở mức nhẹ đến vừa, trong khi glucose thường trong giới hạn bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả nghiên cứu tương tự như của Zhang và cộng sự (2022), đã xác định rằng số lượng tế bào dịch não tủy tăng nhẹ đến trung bình, ưu thế lympho và tăng protein là phổ biến nhất [8].

Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) trong nghiên cứu cho thấy 90% bệnh nhân có tổn thương não, chủ yếu ở thùy thái dương và có thể lan sang hai bán cầu (43,3%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước, đặc biệt là nghiên cứu của Park và cộng sự (2023), nghiên cứu khẳng định tổn thương thùy thái dương là dấu hiệu kinh điển của viêm não-màng não do HSV và mức độ lan rộng tổn thương viêm trên cộng hưởng từ tương quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng [5]. Trong khi đó, tỷ lệ tổn thương viêm trên cộng hưởng từ ở các thùy khác như thùy trán, thùy đảo và thùy đỉnh chiếm tỷ lệ thấp hơn.

4.4. Kết quả điều trị. Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu là 16 ngày, tỷ lệ sống không di chứng đạt 76,9% và tử vong là 7,7%. So với kết quả nghiên cứu của Cai và cộng sự (2021) tỷ lệ tử vong giảm xuống đáng kể khi điều trị acyclovir sớm (trước 48 giờ từ khởi phát), có thể suy đoán rằng phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đã được tiếp cận điều trị tương đối kịp thời [6].

Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với con số 14–20% được báo cáo trong các nghiên cứu châu Âu và Bắc Mỹ [1,3,8]. Một phần nguyên nhân có thể là do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người trưởng thành không suy giảm miễn dịch, chẩn đoán sớm dựa vào kỹ thuật PCR và điều trị sớm bằng acyclovir trong giai đoạn sớm của bệnh. Tuy nhiên, vẫn còn 15,4 % trường hợp có di chứng thần kinh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống để lại di chứng thấp hơn so với nghiên cứu của Bokhari et al. (2022) và Zhang et al. (2022) với tỷ lệ di chứng viêm não - màng do HSV dao động 20–40% ngay cả khi điều trị đúng [3,8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 39 bệnh nhân viêm não – màng não do HSV cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở người trên 40 tuổi (74,3%), nam giới (74,4%) và có bệnh lý nền kèm theo (61,5%). Biểu hiện lâm sàng nổi bật gồm sốt (89,7%), đau đầu (74,4%) và rối loạn ý thức (66,7%). Tổn thương não trên MRI gặp ở 90% bệnh nhân, chủ yếu tại thùy thái dương (90%), với 43,3% tổn thương cả hai bán cầu. Dịch não tủy ghi nhận tăng tế bào lympho (74,4%) và tăng protein (91,7%). Tỷ lệ bệnh nhân sống không di chứng đạt 76,9%, trong khi tử vong chiếm 7,7%. Những số liệu này khẳng định tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm dựa trên lâm sàng – cận lâm sàng điển hình và điều trị acyclovir kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbuehl LS, et al.** Can we forecast poor outcome in herpes simplex and varicella zoster virus encephalitis? *Front Neurol.* 2023;14:1130090.
2. **Huang CH, et al.** Herpes simplex virus type 2 meningitis in adults: a clinical overview. *Open Forum Infect Dis.* 2024;11(3):ofae047.
3. **Bokhari SMA, et al.** Neurologic outcomes after HSV encephalitis: A multicenter retrospective study. *BMC Neurol.* 2022;22:311.
4. **He LX, et al.** Clinical spectrum and diagnostic challenges of HSV encephalitis in adults. *J Neuroinfect Dis.* 2025;18(2):112–119.
5. **Park JH, et al.** MRI findings in herpes simplex encephalitis and their correlation with clinical outcomes. *Korean J Radiol.* 2023;24(5):487–495.
6. **Cai Y, et al.** Early vs. late acyclovir therapy and outcomes in HSV encephalitis: A cohort study. *Clin Infect Dis.* 2021;73(2):e425–e433.
7. **Tan RQ, et al.** Regional variations in HSV encephalitis: A Southeast Asia perspective. *Neurol Asia.* 2024;29(1):31–38.
8. **Zhang Y, et al.** Predictors of poor outcome in HSV encephalitis: A systematic review. *J Neurol.* 2022;269(6):3131–3140.