

Thương (2023), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi đường mật điều trị bằng mổ mở kết hợp nội soi tán sỏi điện thủy lực tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng" Tạp chí y học Việt Nam. Tập 527, tháng 6, số đặc biệt, 2023.

6. **Nguyễn Hải Sơn, Lê Thanh Dũng, Nguyễn Thái Bình** (2024), "Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán sỏi mật ở

bệnh nhân tán sỏi qua da tại bệnh viện đại học y Hà Nội". Tạp chí y học Việt Nam. Tập 544, tháng 11, số 2-2024.

7. **Shaik Farid, R. Sundara Raja Perumal.** Role of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) in the evaluation of patients with obstructive jaundice. International Journal of Contemporary Medical Research 2019;6(5):E1-E5

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH DO HUMAN HERPESVIRUS 6 Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG 2020–2025

Không Thị Thu¹, Hoàng Thị Huệ¹,
Nguyễn Văn Lâm², Đào Hữu Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh do Human herpesvirus 6 (HHV-6) ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 76 trẻ <16 tuổi nhập viện chẩn đoán HHV-6 bằng PCR máu/dịch não tủy (DNT) giai đoạn 2020–2025. **Kết quả:** Tuổi trung vị 13 tháng, chủ yếu <24 tháng tuổi. Sốt (92,1%) và phát ban (53,9%) là hai triệu chứng thường gặp nhất. Triệu chứng hô hấp (35,5%), gan to (27,6%), thần kinh (23,7%) cũng được ghi nhận. Biểu hiện thay đổi theo nhóm tuổi: trẻ <24 tháng hay gặp ban đào; trẻ 24 tháng–<5 tuổi thường có tổn thương gan (54,5%) và ban đào (45,5%); nhóm ≥5 tuổi gặp tổn thương gan (62,5%), thần kinh (50,0%) và suy đa cơ quan (37,5%). Cận lâm sàng: tăng bạch cầu trung tính (60,5%), thiếu máu (42,1%) và giảm tiểu cầu (28,9%). **Kết luận:** Bệnh do HHV-6 chủ yếu gặp ở trẻ <2 tuổi, biểu hiện lâm sàng đa dạng và thay đổi theo nhóm tuổi; cần lưu ý trong chẩn đoán và theo dõi biến chứng sớm. **Từ khóa:** Human herpesvirus 6; trẻ em; lâm sàng; cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF HUMAN HERPESVIRUS 6 INFECTION IN CHILDREN AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL 2020–2025

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics of HHV-6 infection in children at the National Children's Hospital. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective on 76 patients under 16 years with confirmed HHV-6 by PCR in blood/CSF during 2020–2025. **Results:** Median age was 13 months, mostly <24 months. Fever (92.1%)

and rash (53.9%) were most common; respiratory (35.5%), hepatic (27.6%), and neurological (23.7%) manifestations were notable. By age, roseola predominated <24 months; hepatic and rash in 24 months–<5 years; hepatic (62.5%), neurological (50.0%), multi-organ failure (37.5%) in ≥5 years. Subclinical findings: neutrophilia (60.5%), anemia (42.1%), thrombocytopenia (28.9%). **Conclusions:** HHV-6 mainly affects children <2 years with age-dependent patterns. Careful monitoring is essential for early recognition and management of complications.

Keywords: Human herpesvirus 6; children; clinical features; subclinical findings.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Human herpesvirus 6 (HHV-6) được xác định lần đầu năm 1986 thuộc phân nhóm Betaherpesvirinae và được chia thành hai biến thể là HHV-6A và HHV-6B. Đặc điểm quan trọng của HHV-6 là tính ái lực với tế bào lympho T CD4+, cho phép virus tồn tại tiềm ẩn trong cơ thể và tái hoạt động khi hệ miễn dịch suy yếu. Vì vậy, HHV-6 không chỉ là nguyên nhân gây bệnh ở trẻ nhỏ khỏe mạnh mà còn là tác nhân cơ hội quan trọng ở các bệnh nhân suy giảm miễn dịch, ghép tạng hoặc ghép tế bào gốc tạo máu. Bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng: từ sốt nhẹ đến viêm não, viêm gan tối cấp, viêm cơ tim, viêm phổi kẽ, hội chứng suy đa cơ quan, thậm chí tử vong⁷.

Khó khăn lớn trong chẩn đoán bệnh do HHV-6 là tính không đặc hiệu của triệu chứng lâm sàng dẫn đến chẩn đoán nhầm với bệnh truyền nhiễm khác. Phương pháp chẩn đoán đáng tin cậy nhất hiện nay là xét nghiệm PCR phát hiện DNA virus trong máu và/hoặc dịch não tủy¹.

Tại Việt Nam, số liệu nghiên cứu về HHV-6 còn rất hạn chế. Một số báo cáo gần đây tập trung vào nguyên nhân sốt cấp tính hoặc viêm não ở trẻ em, trong đó HHV-6 được phát hiện ở một tỷ lệ nhất định (12,6%)³ nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống nào phân tích đầy đủ về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh do

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam

Email: namdht30@nch.gov.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

HHV-6 ở trẻ em. Trong bối cảnh đó, việc nhận diện đặc điểm bệnh giúp hỗ trợ chẩn đoán sớm, hạn chế nhầm lẫn, theo dõi biến chứng và định hướng điều trị hợp lý là vô cùng cần thiết. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh do HHV-6 ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2020-2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhi <16 tuổi, nhập viện, được xác định nhiễm HHV-6 bằng PCR máu và/hoặc dịch não tủy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi không được làm xét nghiệm PCR HHV-6.

- Gia đình không đồng ý tham gia và bệnh án hồi cứu không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Địa điểm: Bệnh viện Nhi Trung ương

Thời gian: từ 01/01/2020 đến 31/08/2025.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: Toàn bộ hồ sơ bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn từ 01/01/2020 đến 31/08/2025 gồm 76 bệnh nhi thỏa mãn tiêu chuẩn.

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

STT	Biến số	Định nghĩa
I Đặc điểm chung		
1	Tuổi	Biến danh mục (dưới 12 tháng; 12-24 tháng; 24 tháng – dưới 5 tuổi; từ 5 tuổi trở lên)
2	Giới	Biến nhị phân: Nam/ Nữ
II Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		
3	Triệu chứng lâm sàng	Biến danh mục: Sốt; phát ban; ho; co giật;...
4	Cơ quan tổn thương	Biến danh mục: Hô hấp; ban đào; thần kinh;...
5	Bệnh phẩm PCR	Biến danh mục: máu; dịch não tủy; cả hai
6	Các chỉ số xét nghiệm (WBC, %NE; %LYM; HGB, tiểu cầu)	Biến danh mục: tăng, bình thường, giảm (theo tuổi)

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0, các phép toán

Bảng 3. Phân bố cơ quan tổn thương theo nhóm tuổi

Bệnh	<12 tháng (n=26)		12 đến dưới 24 tháng (n=31)		24 tháng đến dưới 5 tuổi (n=11)		Từ 5 tuổi trở lên (n=8)		Chung (n=76)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hô hấp	8	30,8	14	45,2	3	27,3	2	25,0	27	35,5

thống kê được sử dụng: biến định tính mô tả qua tần số, tỷ lệ phần trăm, tỷ suất; biến định lượng được kiểm định phân phối chuẩn bằng test Kolmogorov - Smirnov, mô tả biến định lượng qua giá trị trung bình, độ lệch chuẩn hoặc giá trị trung vị, tứ phân vị.

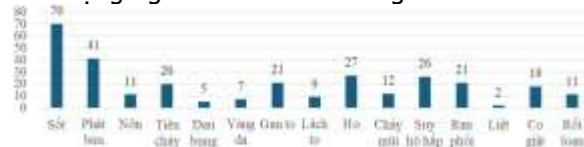
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Nhi Trung ương (số 3524/BVNTW-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính

Tuổi vào viện	Giới		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Dưới 12 tháng	18	36,0	8	30,8	26	34,2
12 đến dưới 24 tháng	19	38,0	12	46,2	31	40,8
24 tháng đến dưới 5 tuổi	9	18,0	2	7,7	11	14,5
Từ 5 tuổi trở lên	4	8,0	4	15,3	8	10,5
Tổng	50	65,8	26	34,2	76	100
Tuổi trung vị (P25-P75) (tháng)	13	(10-25)	15	(10-21)	13	(10-24,5)

Tỉ lệ nam/nữ = 1,92/1. Trẻ nhập viện chủ yếu là dưới 2 tuổi. Nhóm tuổi 12 đến dưới 24 tháng hay gặp nhất chiếm 40,8%, tiếp đến là nhóm dưới 12 tháng chiếm 34,2%. Hai nhóm 24 tháng đến dưới 5 tuổi và từ 5 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ lần lượt 14,5% và 10,5%. Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 13 tháng.

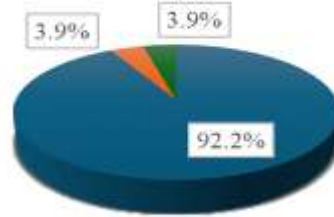


Biểu đồ 1. Các triệu chứng lâm sàng của trẻ nhiễm HHV-6

Sốt và phát ban là hai triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất với 70/76 trẻ và 41/76 trẻ. Nhóm triệu chứng hô hấp hay gặp: ho (27 ca, 35,5%), suy hô hấp (26 ca, 34,2%), có ran phổi (21 ca chiếm 27,6%), chảy mũi (12 ca, 15,8%). Nhóm triệu chứng tiêu hoá - gan mật: gan to (21 ca, 27,6%), tiêu chảy 20 ca chiếm 26,3%, vàng da và đau bụng ít gặp hơn với 7 ca và 5 ca. Nhóm triệu chứng thần kinh với trẻ co giật là 18 ca chiếm 23,7%; rối loạn tri giác có 11 ca chiếm 14,5%, yếu liệt 2/76 ca.

Ban đào	17	65,4	17	54,8	5	45,5	1	12,5	40	52,6
Thần kinh	6	23,1	10	32,3	1	9,1	4	50,0	21	27,6
Gan	6	23,1	12	38,7	6	54,5	5	62,5	29	38,2
Suy đa cơ quan	1	3,8	5	16,1	2	18,2	3	37,5	11	14,5

Tỷ lệ cao nhất là bệnh ban đào chiếm 52,6%, tiếp đến là tổn thương gan với 38,2%. Tổn thương hô hấp chiếm 35,5%, tổn thương thần kinh là 27,6% và tỷ lệ suy đa cơ quan chiếm 14,5%. Nhóm dưới 12 tháng và 12 đến dưới 24 tháng, hay gặp bệnh ban đào lần lượt là 65,4% và 54,8%. Nhóm từ 24 tháng đến 5 tuổi, hay gặp tổn thương gan (54,5%) và ban đào (45,5%). Ở nhóm tuổi từ 5 tuổi trở lên, tổn thương gan 62,5%, thần kinh 50,0% và suy đa cơ quan 37,5% gặp nhiều hơn so với các nhóm tuổi còn lại.



■ Máu ■ Dịch não tủy ■ Cả hai
Biểu đồ 2. Phân bố loại bệnh phẩm xét nghiệm PCR HHV-6 (+)

Có 92,2% bệnh nhân xét nghiệm PCR HHV-6 dương tính trong máu. Trong khi đó xét nghiệm dương tính trong dịch não tủy chiếm 3,9% tương đương với tỷ lệ trẻ có kết quả dương tính trong cả 2 bệnh phẩm máu và dịch não tủy.

Bảng 4. Đặc điểm chỉ số xét nghiệm huyết học tế bào của bệnh nhân

Chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	X ± SD(min-max)
WBC	Tăng	13	17,1	11,0 ± 8,5 (2,7-52,2)
	Bình thường	45	59,2	
	Giảm	18	23,7	
Bạch cầu trung tính (NE%)	Tăng	46	60,5	44,3 ± 24,8 (5,6-88,5)
	Bình thường	30	30,5	
Bạch cầu lympho (LYM%)	Tăng	21	27,6	41,5 ± 23,1 (3,8 - 88,0)
	Bình thường	55	72,4	
Hemoglobin (g/L)	Bình thường	44	57,9	111,9 ± 18,4 (44,0 - 157,0)
	Giảm	32	42,1	
Tiểu cầu (G/I)	Tăng	6	7,9	225,4 ± 136,2 (6,0 - 696,0)
	Bình thường	48	63,2	
	Giảm	22	28,9	

Số lượng bạch cầu trung bình là 11,0 ± 8,5 G/l, trong đó trường hợp bệnh nhân có số lượng tăng chiếm 17,1% thấp hơn so với tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu giảm chiếm 23,7%; có 60,5% trẻ có chỉ số bạch cầu trung tính tăng. Hemoglobin (HGB) trung bình là 111,9 ± 18,4 g/L, có 42,1% bệnh nhân giảm HGB và tỷ lệ trẻ có tiểu cầu giảm chiếm 28,9%.

IV. BÀN LUẬN

*** Về đặc điểm tuổi và giới tính.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của bệnh nhân là 13 tháng, và chủ yếu nhóm trẻ dưới 2 tuổi (75%). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với y văn thế giới. Theo nghiên cứu của De Bolle khẳng định HHV-6B là nguyên nhân chính gây bệnh sốt phát ban ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ⁵. Nghiên cứu của Danielle M (2005) cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm tích lũy là 40% ở 12 tháng tuổi và 77% ở 24 tháng tuổi⁷. Hay trong nghiên cứu của Fumihiko Hattori vào năm 2019 ghi nhận tuổi trung vị nhiễm HHV-6B nguyên phát là 15 tháng

và 79,7% bệnh nhân dưới 2 tuổi⁵. Nghiên cứu của Houshmandi MM (2015) tại Iran có 78,3% trẻ em bị nhiễm HHV-6 dưới 24 tháng tuổi⁶.

Tỷ lệ nam/nữ là 1,92/1 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ một cách rõ rệt. Tuy nhiên khi so sánh với các nghiên cứu khác, kết quả về mối liên quan giữa giới tính và nhiễm HHV-6 không có sự nhất quán giữa. Một nghiên cứu ở Hoa Kỳ cho thấy giới tính nữ lại có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với nam và tỷ số nguy cơ đã điều chỉnh là 1,77. Trong khi đó, nghiên cứu tại Iran không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về giới tính⁶.

*** Về đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, sốt và phát ban là hai biểu hiện lâm sàng nổi bật nhất, lần lượt chiếm 92,1% và 53,9%. Đây là đặc trưng kinh điển của bệnh sốt phát ban (ES) do HHV-6B gây ra. Cơ chế bệnh sinh được cho là do virus nhân lên mạnh trong giai đoạn sốt cấp, sau đó khi cơ thể hình thành đáp ứng miễn dịch, sốt giảm nhanh và ban đào xuất hiện. Tỷ lệ phát ban trong

ngiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu tại Hoa Kỳ của Zerr và cộng sự (2005), trong đó phần lớn trẻ nhiễm HHV-6B có biểu hiện phát ban sau sốt⁷. Theo Hattori (2019) tại Nhật Bản cũng báo cáo 87,7% trẻ có sốt và 46,2% có ban đào⁵, khá gần với kết quả của chúng tôi.

Các triệu chứng hô hấp chiếm tỷ lệ đáng kể: ho (35,5%), suy hô hấp (34,2%), ran phổi (27,6%). Điều này gợi ý rằng HHV-6 còn có thể biểu hiện dưới dạng nhiễm trùng hô hấp cấp tính. Trong một số báo cáo, HHV-6 được tìm thấy trong dịch rửa phế quản hoặc mô phổi của bệnh nhân viêm phổi nặng, đặc biệt ở trẻ suy giảm miễn dịch⁵. Do đó, khi gặp trẻ nhỏ sốt cao kèm suy hô hấp, cần cân nhắc HHV-6 như một căn nguyên có thể gặp, bên cạnh các tác nhân vi khuẩn và virus hô hấp thường quy.

Tổn thương gan phát hiện ở 38,2% bệnh nhân, trong đó gan to là dấu hiệu thường gặp. Một số ít trường hợp có vàng da và men gan tăng cao. Kết quả này tương đồng với báo cáo của De Bolle (2005), cho rằng HHV-6 có thể gây viêm gan tối cấp hoặc viêm gan mạn ở trẻ nhỏ². Đặc biệt, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tổn thương gan có xu hướng tăng dần theo tuổi, từ 23,1% ở nhóm <12 tháng lên 62,5% ở nhóm ≥5 tuổi. Điều này có thể phản ánh sự thay đổi trong đáp ứng miễn dịch, khi trẻ lớn hơn dễ xuất hiện các biểu hiện của tổn thương nội tạng.

Biểu hiện thần kinh cũng là một đặc điểm quan trọng: co giật (23,7%) và rối loạn tri giác (14,5%). HHV-6 được xem là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây co giật do sốt ở trẻ em⁶. Theo Houshmandi (2015) tại Iran ghi nhận HHV-6 hiện diện trong dịch não tủy của 36,6% trẻ có sốt co giật⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ co giật cao hơn so với các bệnh nhiễm virus thông thường. Cũng cố giả thuyết rằng HHV-6 có mối liên quan chặt chẽ với cơ chế sinh bệnh của sốt co giật phức tạp. Ngoài ra, các trường hợp rối loạn tri giác và yếu liệt hiếm gặp nhưng cảnh báo khả năng HHV-6 gây viêm não, viêm màng não hoặc hội chứng viêm tủy não cấp.

Khi phân tích theo nhóm tuổi, chúng tôi ghi nhận sự thay đổi rõ rệt về mô hình biểu hiện lâm sàng: nhóm <24 tháng: ban đào chiếm ưu thế (65,4% ở <12 tháng và 54,8% ở 12–24 tháng). Nhóm 24 tháng – <5 tuổi: tổn thương gan (54,5%) và ban đào (45,5%) và nhóm ≥5 tuổi: tổn thương gan (62,5%), thần kinh (50%) và suy đa cơ quan (37,5%). Kết quả này gợi ý rằng bệnh cảnh điển hình (sốt phát ban) chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, trong khi trẻ lớn có nguy cơ cao hơn xuất hiện tổn thương gan–mật và thần kinh nặng nề. Điều này phù hợp với nghiên cứu tại Nhật

Bản, tác giả ghi nhận HHV-6B nguyên phát ở trẻ >2 tuổi có xu hướng biểu hiện nặng hơn và tỷ lệ biến chứng thần kinh cao hơn đáng kể⁵.

Một điểm đáng chú ý là suy đa cơ quan được ghi nhận ở 14,5% bệnh nhân, cao hơn so với nhiều nghiên cứu quốc tế. Có thể lý giải một phần do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhi nhập viện tuyến cuối, có xu hướng bệnh nặng và nhiều trường hợp được làm xét nghiệm PCR khi lâm sàng diễn tiến phức tạp. Tuy nhiên, phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát bệnh nhân HHV-6, ngay cả khi khởi phát ban đầu có vẻ nhẹ, vì nguy cơ biến chứng nặng không phải hiếm.

*** Về đặc điểm cận lâm sàng.** Về bệnh phẩm xét nghiệm PCR: 92,2% bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng PCR HHV-6 trong máu, trong khi tỷ lệ phát hiện trong dịch não tủy (DNT) chỉ chiếm 3,9%, tương đương với nhóm bệnh nhân có kết quả dương tính đồng thời ở cả máu và DNT. Điều này phản ánh thực tiễn lâm sàng tại Việt Nam, nơi PCR máu dễ thực hiện hơn và ít xâm lấn hơn so với chọc dò DNT. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây khuyến cáo cần kết hợp cả hai loại bệnh phẩm, đặc biệt ở bệnh nhân có biểu hiện thần kinh, nhằm phân biệt nhiễm thực sự với tình trạng tích hợp nhiễm sắc thể (iciHHV-6) và xác định tải lượng virus để tránh chỉ định thuốc kháng virus không cần thiết⁴. Như vậy, trong bối cảnh điều kiện xét nghiệm còn hạn chế, PCR máu vẫn là công cụ hữu ích nhưng chưa đủ để phản ánh toàn bộ đặc điểm bệnh sinh.

Về huyết học, 60,5% bệnh nhân có tăng bạch cầu trung tính, trong khi 23,7% giảm bạch cầu. Điều này cho thấy HHV-6 có thể gây đáp ứng miễn dịch không đồng nhất. Một số bệnh nhân biểu hiện giống nhiễm khuẩn (tăng bạch cầu trung tính), trong khi số khác lại có giảm bạch cầu, tương đồng với đặc điểm của nhiều bệnh nhiễm virus khác. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu khác tại Nhật Bản cho thấy ở trẻ trên 2 tuổi, số lượng bạch cầu và lympho bào thấp hơn đáng kể so với trẻ dưới 2 tuổi⁵.

Ngoài ra, giảm tiểu cầu (28,9%) và thiếu máu (42,1%) cũng là những phát hiện phổ biến. De Bolle và cộng sự đã ghi nhận giảm tiểu cầu là một biến chứng của nhiễm HHV-6, đôi khi tiến triển thành xuất huyết nặng². Các bất thường huyết học này có thể là dấu hiệu chỉ điểm tình trạng nhiễm virus nặng hoặc gợi ý sự khởi phát của các biến chứng như hội chứng thực bào máu, dù hiếm gặp².

Nhìn chung, đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh tính đa dạng

và không đặc hiệu của bệnh do HHV-6. Tăng bạch cầu trung tính dễ gây nhầm lẫn với nhiễm vi khuẩn, trong khi giảm bạch cầu, thiếu máu và giảm tiểu cầu lại gần giống với bệnh cảnh của các virus khác hoặc bệnh lý huyết học. Do đó, xét nghiệm PCR đóng vai trò chìa khóa chẩn đoán xác định, còn các chỉ số huyết học có giá trị gợi ý mức độ nặng và định hướng theo dõi biến chứng.

***Hạn chế của nghiên cứu:** Nghiên cứu còn một số hạn chế: Cỡ mẫu chưa lớn; PCR chủ yếu làm trên máu, tỷ lệ mẫu DNT còn hạn chế, chưa định lượng tải lượng virus; đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối nên tỷ lệ bệnh nhân nặng cao, có thể chưa phản ánh chính xác bức tranh dịch tễ trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh do HHV-6 ở trẻ em tại chủ yếu gặp ở lứa tuổi <2 tuổi, biểu hiện lâm sàng khác nhau ở các nhóm tuổi, với các triệu chứng hay gặp là sốt, phát ban, tổn thương gan-mật và thần kinh; cùng với các bất thường huyết học thường gặp. Những đặc điểm này cần được chú ý trong chẩn

đoán và theo dõi biến chứng sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Henri Agut, Pascale Bonnafous and Dejean Gautheret (2015)**, "Laboratory and clinical aspects of human herpesvirus 6 infections". 28(2), pp. 313-335.
2. **Leen DeBolle, Lieve Naesens and Erik De Clercq (2005)**, "Update on human herpesvirus 6 biology, clinical features, and therapy". 18(1), pp. 217-245.
3. **Tran Xuan Duong et al. (2023)**, "Aetiology of acute undifferentiated fever among children under the age of five in Vietnam: A prospective study". 13(2), pp. 163-172.
4. **Oana Alexandra Ganea et al. (2024)**, "Human Herpesvirus 6-A Rare Aetiologic Agent for CNS Infections in Immunocompetent Individuals or an Underestimation?". 13(16), pp. 4660.
5. **Fumihiko Hattori et al. (2019)**, "Clinical characteristics of primary HHV-6B infection in children visiting the emergency room". 38(10), pp. e248-e253.
6. **Mohammad Mehdi Houshmandi et al. (2015)**, "Human herpes virus type 6 and febrile convulsion". 9(4), pp. 10.
7. **Danielle M. Zerr et al. (2005)**, "A population-based study of primary human herpesvirus 6 infection". 352(8), pp. 768-776.

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN BẰNG NGHIỆM PHÁP DUNG NẠP GLUCOSE ĐƯỜNG UỐNG Ở THAI PHỤ CÓ TUỔI THAI TỪ 24 – 28 TUẦN

Lê Xuân Minh Phúc¹, Huỳnh Thị Minh Thu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là những rối loạn nội tiết – chuyển hóa có tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng trong cộng đồng. ĐTĐTK được định nghĩa là tình trạng tăng đường huyết được phát hiện lần đầu trong thời kỳ mang thai. Việc phát hiện và can thiệp sớm ĐTĐTK đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ biến chứng sản khoa cho cả mẹ và thai nhi. Thời điểm từ tuần 24 đến 28 của thai kỳ được khuyến cáo là giai đoạn tối ưu để tầm soát. Hiện nay, nghiệm pháp dung nạp glucose 75 g đường uống được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán ĐTĐTK. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp cắt ngang, thực hiện trên 251 thai phụ mang thai đơn, chưa được chẩn đoán đái tháo đường trước khi mang thai. Tất cả đối tượng

tham gia được thực hiện nghiệm pháp dung nạp 75 g glucose đường uống theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2022, tại thời điểm thai 24–28 tuần. Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 11/2023 đến tháng 7/2025 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Nai. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Thai phụ trong độ tuổi sinh sản (≥ 18 tuổi), có tuổi thai từ 24–28 tuần và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ thông tin không đầy đủ; thai phụ được chẩn đoán đái tháo đường trước khi mang thai và đang điều trị; có các bệnh lý ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose (như cường giáp, suy giáp, Hội chứng Cushing); hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi thai phụ trung bình trong nghiên cứu là 30,38 ± 4,9 tuổi; trình độ học vấn cấp 2-3 chiếm 52,6%; công nhân chiếm 45,0%. Tỷ lệ thai phụ ĐTĐ là 29,5 % (KTC 95%: 23,9-35,5). Thai phụ có tiền căn ĐTĐTK trước đó có nguy cơ mắc ĐTĐTK lần này gấp 6,8 lần so với nhóm thai phụ không có tiền căn này (OR = 6,80; KTC 95%: 1,49 – 30,88; p = 0,013). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc ĐTĐTK giữa các đối tượng có hay không có tiền căn tăng huyết áp, tiền căn sinh con ≥ 4kg, tiền căn gia đình ĐTĐ với nhóm thai phụ không có yếu tố tiền căn trên. Thai phụ có tuổi cao trên 35 tuổi gia tăng nguy cơ

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Minh Phúc

Email: mphuc.le1234@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025