

phẩm phẫu thuật, tuy nhiên đánh giá PR trên bệnh phẩm phẫu thuật vẫn đóng vai trò vô cùng cần thiết nhằm xác nhận kết quả, bảo đảm độ chính xác và tránh bỏ sót chỉ định điều trị nội tiết cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, et al.** The GLOBOCAN 2022 cancer estimates: Data sources, methods, and a snapshot of the cancer burden worldwide. *Int J Cancer*. 2025;156(7):1336-1346.
2. **Allison KH, Hammond MEH, Dowsett M, et al.** Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020;38(12):1346-1366.
3. **Slostad JA, Yun NK, Schad AE, et al.** Concordance of breast cancer biomarker testing in core needle biopsy and surgical specimens: A single institution experience. *Cancer Med*. 2022;11(24):4954-4965.
4. **SEER Cancer Statistics Review.** Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer. National Cancer Institute. 2023.
5. **Cheng SA, Liang LZ, Liang QL, et al.** Breast cancer laterality and molecular subtype likely share a common risk factor. *Cancer Manag Res*. 2018;10:6549-6554.
6. **Mai Chí Thành, Trần Thị Kim Phụng, Vũ Thị Hồng và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư vú trẻ tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;3:80-86.
7. **Shawn Michael Doss, Priyanka Raval.** The effect of endocrine therapy omission on survival in ER-negative PR-low (1–10%) early-stage breast cancer treated with chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2025;43:521.
8. **AlZaman AS, Mughal SA, AlZaman YS, et al.** Correlation between hormone receptor status and age, and its prognostic implications in breast cancer patients in Bahrain. *Saudi Med J*. 2016;37(1):37-42.
9. **Senel, Fatma.** The hormone receptor status in breast cancer and the relationship of subtypes with clinicopathological features. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*. 2021;64(4):671-676.
10. **Rossi C, Fraticelli S, Fanizza M, et al.** Concordance of immunohistochemistry for predictive and prognostic factors in breast cancer between biopsy and surgical excision: a single-centre experience and review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*. 2023;198(3):573-582.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT MÒ Ở TRẺ EM

Nguyễn Thuý Hằng¹, Nguyễn Đắc Trung¹, Đỗ Thiện Hải²

TÓM TẮT

Nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ bệnh sốt mò, chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên các bệnh nhi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2025. Kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ nam chiếm ưu thế (61.54%), phần lớn sống tại nông thôn (88.46%). Tất cả các trường hợp bệnh nhân đều xuất hiện sốt, vết loét gặp ở 65,38%, sưng hạch 38,84%, phát ban 23,08%, phù ngoại vi 34,62%, cổ trướng 64,15%, gan to chiếm 64,38% và lách to gặp ở 48,08%. Đa phần trẻ bị thiếu máu ở mức độ trung bình (63,46%), bạch cầu tăng chiếm 57,69 %, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính thường dưới 60% (82,7%) và giảm tiểu cầu 67,31%. Hầu hết bệnh nhân có tình trạng tăng GOT trên 40 UI/L (93,2%) và tăng GPT (88,6%). Albumin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ cao 88,10%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 1,92%. Cloramphenicol đường tĩnh mạch và Doxycycline đường uống có hiệu quả tương

tự trong việc điều trị bệnh nhân sốt mò.

Từ khóa: sốt mò, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL PROFILE, LABORATORY FINDINGS, AND TREATMENT OUTCOMES OF PEDIATRIC SCRUB TYPHUS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients with scrub typhus, we conducted a combined retrospective and prospective descriptive study on children treated at the Vietnam National Children's Hospital from January 2020 to July 2025. The results showed a male predominance (61.54%) and a high proportion of patients living in rural areas (88.46%). Fever was present in all cases (100%). Other common clinical signs included eschar (65.38%), lymphadenopathy (38.84%), rash (23.08%), peripheral edema (34.62%), ascites (64.15%), hepatomegaly (64.38%), and splenomegaly (48.08%). Laboratory findings revealed moderate anemia in 63.46% of patients and leukocytosis in 57.69%. Neutrophil counts were below 60% in 82.7% of cases, and thrombocytopenia was observed in 67.31%. Elevated liver enzymes were frequently noted: AST (GOT) > 40 U/L in 93.2% and increased ALT (GPT) in 88.6% of patients. Hypoalbuminemia was found in 88.10% of cases. The overall mortality rate was 1.92%. Intravenous

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thiện Hải

Email: dothienhai.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

chloramphenicol and oral doxycycline were both found to be similarly effective in the treatment of pediatric scrub typhus. **Keywords:** scrub typhus, pediatric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh "sốt mò" là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do Rickettsia Tsutsugamushi gây nên, lây truyền qua vết cắn của bọ chét bị nhiễm bệnh (giai đoạn ấu trùng), có ổ dịch trong thiên nhiên là các loài gặm nhấm, nhân tố truyền bệnh là một số loài côn trùng như ve, mò. Bệnh gặp ở hầu hết các nước trên thế giới đặc biệt là ở các nước trong khu vực Châu Á, Thái Bình Dương như Thái Lan, Nhật Bản, Malaysia, Trung Quốc,... Đây là một bệnh truyền nhiễm tái phát ở vùng tam giác tsutsugamushi¹. Bệnh Sốt mò ở trẻ em có thể nhẹ hoặc diễn biến nặng và ảnh hưởng đến hầu hết mọi hệ cơ quan. có thể dẫn đến suy đa cơ quan nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong lên tới 70% nếu không được điều trị thích hợp. Triệu chứng thường gặp là sốt, đau đầu, đau bụng, nôn mửa, gan lách to, hạch to, phù ngoại vi, phát ban, khó thở là những triệu chứng lâm sàng thường gặp ở trẻ em...^{2,3}. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ lưu hành của bệnh, đặc biệt là các tỉnh miền núi phía Bắc. Gần đây đã có báo cáo cho thấy bệnh có thể có biến chứng nguy hiểm như viêm não, sốc nhiễm trùng. Trong khi đó, số liệu nghiên cứu bệnh sốt mò ở trẻ em nước ta còn khá nghèo nàn, chẩn đoán và điều trị đôi khi còn bị trì hoãn do khó phân biệt với các bệnh nhiễm trùng khác dẫn đến tình trạng phải chuyển tuyến điều trị gây tổn kém cho gia đình.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích mô tả: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sốt mò ở trẻ em*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế theo phương pháp mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi tuổi từ 1 tháng - 15 tuổi, được chẩn đoán sốt mò, điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2020 đến 01/07/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các ca bệnh được chẩn đoán xác định mắc bệnh sốt mò.

Ca bệnh xác định khi có triệu chứng thỏa mãn ít nhất 02 tiêu chuẩn như sau:

+ Tiêu chuẩn lâm sàng: Sốt và có vết loét (Eschar) ở da và/hoặc có ít nhất một trong các biểu hiện: da xung huyết, sưng mạc mắt xung huyết, phát ban, sưng hạch, gan to, lách to.

+ Tiêu chuẩn cận lâm sàng: Có kết quả xét nghiệm test nhanh, ELISA - IgM với Orientia tsutsugamushi hoặc weil - felix dương tính, PCR

dương tính.

+ Đáp ứng điều trị: Đáp ứng tốt trên lâm sàng và xét nghiệm cải thiện, không phải sử dụng các thuốc theo hướng điều trị khác

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp không đủ thông tin cho phân tích số liệu. Người bảo hộ hợp pháp không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng:** Sốt, vết loét, sưng hạch, phát ban, phù ngoại vi, gan to, lách to...

- **Đặc điểm cận lâm sàng:** Xét nghiệm công thức máu toàn bộ (Mức độ thiếu máu, số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, tiểu cầu); Xét nghiệm sinh hóa máu (Men gan, albumin, CRP...)

- **Kết quả điều trị:** Kết quả điều trị được đánh giá tại thời điểm ra viện là khỏi, tử vong.

2.4. Xác định và thu thập số liệu

- Các triệu chứng được ít nhất 2 bác sỹ chuyên ngành nhi xác nhận.

- Các xét nghiệm được thực hiện tại phòng xét nghiệm Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Giá trị các xét nghiệm được nhận định bình thường, tăng, giảm dựa trên khuyến cáo với từng xét nghiệm, theo từng lứa tuổi từ phòng xét nghiệm tại bệnh viện Nhi Trung ương và các hướng dẫn của Bộ Y Tế.

- Dữ liệu được nghiên cứu viên thu thập, kiểm tra sau khi kết thúc quá trình điều trị.

2.5. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu.

Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 theo các thuật toán sử dụng cho thống kê mô tả.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi nào của bệnh nhi và gia đình. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương chấp nhận theo Giấy chứng nhận chấp thuận số 01/BVNTW- HĐĐĐ ngày 03/01/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 52 bệnh nhân nhi đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, sau khi tiến hành phân tích chúng tôi thu được kết quả như sau: Trẻ nam chiếm 61.54%, trẻ nữ chiếm 38.46%, nhóm tuổi thường gặp là dưới 5 tuổi 65.38%. Hầu hết bệnh nhi đến từ nông thôn (88.46%). Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh là 98.08%, tử vong 1 ca chiếm 1.92%.

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng của trẻ mắc bệnh (n=52)

Triệu chứng	n	(%)
Sốt cao	52	100

Vết loét	34	65,38
Sung hạch	15	28,84
Phát ban	12	23,08
Phù ngoại vi	18	34,62
Xung huyết da	4	7,69
Cổ trướng	24	46,15
Gan to	34	64,38
Lách to	25	48,08

Tất cả trẻ đều có triệu chứng sốt cao, vết loét gặp ở 65,38%, sung hạch 38,84% và phát ban 23,08%, phù ngoại vi 34,62%. Các triệu chứng cổ trướng 64,15%, gan to chiếm 64,38% và lách to gặp ở 48,08%.

Bảng 2. Đặc điểm vết loét ở bệnh nhân sốt mò (n=34)

Chỉ số	n	(%)
Số lượng		
Một vết loét	33	97,06
Hai vết loét	1	2,94
Vị trí		
Cơ quan sinh dục (Bìu, bẹn, môi lớn)	8	23,53
Nách	11	32,35
Đầu - mặt - cổ - gáy - tai	6	17,65
Lưng - ngực - bụng	8	23,53
Tay - chân	2	5,88

Trong số 34 bệnh nhân có vết loét trên da, hầu hết các bệnh nhân chỉ có một vết loét chiếm 97,06%, phân bố ở nhiều vị trí khác nhau trên cơ thể, hay gặp ở vùng kín cổ da mỏng như nách (32,36%), bẹn (23,53%), vùng lưng - ngực - bụng (23,53%), các vị trí khác trên cơ thể cũng gặp vết loét với tỷ lệ ít hơn.

Bảng 3. Kết quả công thức máu, CRP, GOT, GPT, Albumin ở bệnh nhân sốt mò

Chỉ số	n	%
Huyết sắc tố (g/L) (n=52)	Trung bình: 100,53 ± 16,88 (66 – 145)	
	Không thiếu máu	7 13,46
	Nhẹ	33 63,46
	Vừa	12 23,07
Số lượng bạch cầu (G/L) (n=52)	Trung bình: 12,29 ± 6,03 (2,04 – 37,70)	
	>10	30 57,69
	≥4-10	21 40,38
	<4	1 1,93
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%) (n=52)	>70%	1 1,93
	60-70%	8 15,38
	<60%	43 82,69
Số lượng tiểu cầu (G/L) (n=52)	Trung bình: 131,17 ± 115,68 (14 – 533)	
	≥150	17 32,69
	<150	35 67,31
CRP (mg/dl) (n=50)	Trung bình: 63,01 ± 48,27 (4,92 – 533)	

	CRP≤12	9	18
	12<CRP≤30	7	14
	30<CRP≤100	19	38
	CRP > 100	15	30
GOT (UI/L) (n=44)	Trung bình: 294,73 ± 605,03 (21,3 – 4052)		
	< 40	3	6,8
	Tăng	41	93,2
GPT (UI/L) (n=44)	Trung bình: 192,71 ± 414,73 (16,30 – 2768)		
	<40	5	11,4
	Tăng	39	88,6
Albumin (g/L) (n=42)	Trung bình: 29,01 ± 5,67 (20,40 – 44,70)		
	Bình thường (≥35)	5	11,90
	Giảm (< 35)	37	88,10

Trẻ bị thiếu máu chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này, đa phần thiếu máu ở mức độ trung bình (63,46%), trẻ có số lượng bạch cầu > 10 G/L chiếm 57,69 % tăng khá cao 12,29 ± 6,03 G/L, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính thường dưới 60% (82,7%), giảm tiểu cầu với tỷ lệ 67,31%. Hầu hết bệnh nhân có tình trạng tăng GOT trên 40 UI/L (93,2%) và tăng GPT (88,6%). Albumin ở ngưỡng thấp hơn bình thường chiếm tỷ lệ cao 88,10%.

Bảng 4: So sánh kết quả điều trị giữa Doxycycline và Chloramphenicol

Kháng sinh	Doxy-cycline	Chloram-phenicol	P-value
Tuổi	5,96 ± 4,51	3,78 ± 2,96	0,09*
Giới	20 : 8	12 : 11	0,157*
Vết loét	22 (78,5)	12 (52,2)	0,047**
Số ngày sốt trước khi điều trị	9,26 ± 3,4	8,42 ± 3,1	0,376***
Số ngày cắt sốt	1,34 ± 0,77	1,14 ± 0,52	0,154*

Ghi chú: *Mann-Whitney U; **Chi-square test; *** Independent sample T test

Hầu hết bệnh nhi cắt sốt ngay sau ngày đầu tiên sử dụng kháng sinh đặc hiệu, thời gian cắt sốt sau khi sử dụng Cloramphenicol là 1,14 ± 0,52 ngày và Doxycycline là 1,34 ± 0,77 ngày. Thời gian nằm viện đối với trẻ được sử dụng Cloramphenicol là 10,0 ± 4,0 và Doxycycline là 8,96 ± 6,2.

IV. BÀN LUẬN

Lứa tuổi mắc bệnh khi phân tích số liệu từ 52 bệnh nhi, chúng tôi thấy nhóm trẻ ở lứa tuổi dưới 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao 65,38%. Tỷ lệ trẻ nam là 61,54% cao hơn so với trẻ nữ 38,46%. Trong một số báo cáo về sốt mò ở trẻ em trên thế giới cũng như một số bệnh nhiễm trùng khác

cũng thường có tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ. Nghiên cứu của tác giả Chang-Ting Huang và cộng sự tại Đài Loan trên 28 bệnh nhân trong vòng 5 năm cho thấy, khoảng 50% số bệnh nhân dưới 5 tuổi, độ tuổi trung bình là $6,1 \pm 3,66$, tỷ lệ nam/nữ 1,55⁴. Nghiên cứu hồi cứu mô tả sốt mò tại khoa Nhi, Viện Khoa học Y khoa Pondicherry, Ấn Độ (1/2012 – 12/2018) cho thấy lứa tuổi thường gặp là từ 1 – 5 tuổi chiếm 58,1%, nam giới chiếm đa số (tỷ lệ nam/nữ là 1,85)⁵. Luo, Y và cộng sự khi phân tích hồi cứu 256 trường hợp trẻ em tại Trung Quốc từ 1/2015 – 11/2022 cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,19, độ tuổi trung bình $5,44 \pm 3,57$ ⁶. Điều này cũng dễ giải thích do đây là lứa tuổi khám phá, trẻ thường yêu thích các hoạt động ngoài trời, trẻ nam thường hiếu động hơn so với trẻ nữ.

Bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu đến từ khu vực nông thôn 88,46% so với khu vực thành thị 11,54%. Trong nghiên cứu của Wangrangsamakul, T. và cộng sự được tiến hành ở Bệnh viện Prachanukroh Chiang Rai, Thái Lan từ 7/2015 – 8/2016 trên 60 bệnh nhân dưới 18 tuổi, 89% trẻ đến từ nông thôn và miền núi⁷. Chang-Ting Huang và cộng sự khi phân tích 28 trường hợp bệnh nhi ở Đài Loan cho thấy 82,1% trẻ đến từ vùng nông thôn, các thị trấn nhỏ⁴. Đây là khu vực có nhiều bụi rậm, cây cối, canh tác nông nghiệp... thuận lợi cho ấu trùng mò phát triển và trẻ thường xuyên tiếp xúc với trung gian truyền bệnh.

Phân tích các triệu chứng lâm sàng chúng tôi thấy rằng tất cả trẻ em đều có triệu chứng sốt, điều này cũng được quan sát trong những nghiên cứu khác như tác giả Bajracharya L khi nghiên cứu 84 bệnh nhi trong khoảng thời gian 3 năm ở Bệnh viện Đại học Tribhuvan, Kathmandu, Nepal, 100% trẻ có triệu chứng sốt⁸. Vết loét là một dấu hiệu đặc trưng giúp chẩn đoán bệnh dễ dàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 65,38% trường hợp bệnh nhi có vết loét trên da. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Rashmi Kispotta và cộng sự tại Ấn Độ trên 262 bệnh nhân là 31%⁵ và nghiên cứu của Luo, Y. tại Bệnh viện Nhi Côn Minh trên 265 bệnh nhi là 83,2%⁶. Trong một số nghiên cứu khác, tỷ lệ vết loét có thể dao động từ 26% cho đến 60%. Như vậy, việc không tìm thấy vết loét trên da không đồng nghĩa với việc bệnh nhi không mắc sốt mò. Điểm đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi là 01 trường hợp trẻ có hai vết loét ở trên da. Với một vết loét được tìm thấy ở vùng bụng và một vết loét được tìm thấy ở cẳng chân trong tình trạng đã bong vảy.

Những triệu chứng phổ biến khác trên da, niêm mạc được chúng tôi ghi nhận là phù ngoại vi 34,62%, sưng hạch 28,84% và phát ban 23,08%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Bajracharya L với các triệu chứng lần lượt là phù 38% và sưng hạch 24%⁸. Trong nghiên cứu của Luo, Y. tỷ lệ xuất hiện triệu chứng ở hệ bạch huyết là 48,8% và phù ngoại vi gặp ở 31,3% trong tổng số bệnh nhân⁶. Đây là các triệu chứng giúp gợi ý chẩn đoán bệnh sốt mò nhưng tỷ lệ gặp tùy thuộc vào từng tác giả và từng địa phương. Khi thăm khám lâm sàng, triệu chứng thực thể ở các cơ quan hay được ghi nhận là cổ trướng 46,15%, gan to 64,38% và lách to 48,08%. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Bajracharya L với các triệu chứng lần lượt là gan to 65%, lách to 46%⁸. Triệu chứng lách to được coi là một trong những điểm gợi ý quan trọng giúp chẩn đoán phân biệt giữa sốt mò và sốt xuất huyết, khi lách to thường khá ít gặp trong bệnh lý sốt xuất huyết⁹.

Phân tích nồng độ Hb cho thấy có 7 trường hợp (13,46%) bệnh nhi không có biểu hiện thiếu máu. Số ca bệnh còn lại thiếu máu các mức độ khác nhau, nhóm trẻ thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 63,46%; nhóm thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 23,07% và không có ca bệnh nào thiếu máu nặng. Một số báo cáo khác cho thấy tình trạng thiếu máu cũng như mức độ thiếu máu khác nhau ở trẻ mắc bệnh. Theo báo cáo của Bajracharya L tỷ lệ này là 81%⁸. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Rashmi Kispotta và cộng sự, tỷ lệ trẻ thiếu máu khi mắc sốt mò chỉ chiếm 29%⁵.

Tăng bạch cầu là tình trạng phổ biến ở trẻ mắc sốt mò với hơn một nửa số trẻ có biểu hiện này. Giảm bạch cầu không phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi, con số này 1,93%, thấp hơn so với nghiên cứu của Bajracharya L 3,6%⁸ và nghiên cứu của Khandelwal là 23%¹⁰. Giảm tiểu cầu là một triệu chứng thường gặp của bệnh sốt mò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 35 trường hợp bệnh nhi bị giảm tiểu cầu, chiếm 67,31%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Bajracharya L ghi nhận 53% số trẻ có tình trạng này.

Phân tích số liệu thu được chúng tôi thấy hầu hết bệnh nhi có tình trạng tăng men gan với GOT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 93,2% và GPT tăng trên 40 mmol/L chiếm tỷ lệ 88,6%, tình trạng tăng mức protein phản ứng C (CRP) (>12 mg/dL) chiếm 82% và giảm albumin gặp ở 88,1%. Theo báo cáo của Chang-Ting Huang và cộng sự tại Đài Loan cho thấy nồng độ alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase trong huyết thanh tăng lần lượt được tìm thấy ở

100% và 91,3%, tăng CRP trên 0.5 mg/dl gặp ở 100% các trường hợp bệnh nhi được làm xét nghiệm⁴. Qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng, trong các trường hợp sốt mò thường có tình trạng thiếu máu kèm theo giảm tiểu cầu mức độ trung bình, chỉ số bạch cầu và CRP tăng cao. Xét nghiệm sinh hóa thường kèm theo tình trạng tăng cao GOT, GPT và giảm Albumin máu.

Phân tích số liệu thu được trên 52 bệnh nhân, chúng tôi thấy hầu hết (98,08%) trẻ bị sốt mò được điều trị khỏi, tử vong 01 ca chiếm 1,92%. Trẻ vào viện trong tình trạng suy hô hấp nặng, tím tái, tím rời rạc, có ngừng tuần hoàn ngay khi đến viện Nhi trung ương, đã điều trị tại tuyến dưới 05 ngày. Trẻ được điều trị tại viện Nhi trung ương bằng thở máy, lọc máu và các kháng sinh Vancomycin, Meronem, Levofloxacin. Sau khi nhập viện Nhi trung ương 01 ngày, trẻ tử vong do sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, hội chứng suy hô hấp cấp. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Wangrangsamakul, T. và cộng sự là 3%⁷, trong nghiên cứu của Bajracharya L là 4,8%⁸. Với nghiên cứu của Luo, Y. tỷ lệ tử vong chiếm 0,8%⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 51/52 trẻ được điều trị bằng doxycycline đường uống hoặc chloramphenicol tiêm tĩnh mạch. Điều này tương tự như phác đồ điều trị được Bhat và cộng sự sử dụng⁹. Phân tích quá trình điều trị chúng tôi thấy rằng, hầu hết bệnh nhi cắt sốt ngay sau 01 ngày sử dụng kháng sinh đặc hiệu, thời gian cắt sốt sau khi sử dụng Cloramphenicol là $1,14 \pm 0,52$ ngày và Doxycycline là $1,34 \pm 0,77$ ngày. Kết quả này trong nghiên cứu của Bhat là 90% trẻ hết sốt trong vòng 48 giờ sau khi bắt đầu dùng kháng sinh và tiếp tục dùng trong 10 ngày. Thời gian trung bình từ khi sử dụng kháng sinh đặc hiệu cho đến khi hết sốt là 22 giờ (dao động từ 12 đến 60 giờ)⁹. Theo nghiên cứu của Bajracharya L, 64,7% trẻ có thời gian cắt sốt dưới 48 giờ sau khi sử dụng doxycycline đường uống và chloramphenicol đường tĩnh mạch là 56,7%. Thời gian cắt sốt trong vòng 24 giờ kể từ khi dùng kháng sinh ở nhóm dùng chloramphenicol đường tĩnh mạch là 14,63% và nhóm dùng doxycycline đường uống là 2,9%. Như vậy, Cloramphenicol đường tĩnh mạch và Doxycycline đường uống có hiệu quả tương tự trong việc điều trị bệnh nhân sốt mò. Đáp ứng nhanh với điều trị doxycycline đường uống với triệu chứng cắt sốt nhanh được coi là một trong những dấu hiệu sớm để hỗ trợ chẩn đoán sốt mò.

Kết quả này cho thấy sốt mò vẫn là vấn đề sức khỏe cần được quan tâm, đặc biệt là khi có

chẩn đoán xác định giúp bệnh nhi sớm được sử dụng kháng sinh đặc hiệu, các triệu chứng lâm sàng cải thiện nhanh, không gây tổn kém và mang lại hiệu quả cao trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sốt mò là bệnh thường gặp ở lứa tuổi 1- 5 tuổi, chủ yếu trẻ đến từ khu vực nông thôn. Triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh là sốt, vết loét trên da, phát ban, phù ngoại vi, cổ trướng, gan lách to. Thiếu máu mức độ nhẹ, giảm tiểu cầu mức độ trung bình, bạch cầu thường tăng khá cao, chỉ số CRP tăng cao. Tỷ lệ chức năng gan suy giảm nhiều. Đáp ứng điều trị tốt bằng Cloramphenicol hoặc Doxycycline sau khoảng 1 ngày điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kala, D. et al.** Diagnosis of scrub typhus: recent advancements and challenges. 3 Biotech 10, 396 (2020). <https://doi.org/10.1007/s13205-020-02389-w>
2. **Reller ME, Dumler JS.** Scrub typhus (Orientalsky tsugamushi). In: Kliegman RM, Staton BF, Geme JW, Schor NF, editors. Nelson Text Book of Pediatrics. 22th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024:1908-1909.
3. **Xu, G., Walker, D. H., Jupiter, D., Melby, P. C. & Arcari, C. M.** A review of the global epidemiology of scrub typhus. PLoS Negl Trop Dis 11, e0006062 (2017). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006062>
4. **Huang, C. T., Chi, H., Lee, H. C., Chiu, N. C. & Huang, F. Y.** Scrub typhus in children in a teaching hospital in eastern Taiwan, 2000-2005. Southeast Asian J Trop Med Public Health 40, 789-794 (2009).
5. **Kispotta, R., Kasinathan, A., Kumar Kommu, P. P. & Mani, M.** Analysis of 262 Children with Scrub Typhus Infection: A Single-Center Experience. Am J Trop Med Hyg 104, 622-627 (2020). <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1019>
6. **Luo, Y., Guo, Y., Wang, Y. & Yang, X.** Development and validation of a simple-to-use nomogram for predicting severe scrub typhus in children. PLoS Negl Trop Dis 19, e0013090 (2025). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013090>
7. **Wangrangsamakul, T. et al.** Clinical Characteristics and Outcome of Children Hospitalized With Scrub Typhus in an Area of Endemicity. J Pediatric Infect Dis Soc 9, 202-209 (2020). <https://doi.org/10.1093/jpids/piz014>
8. **Bajracharya, L.** Scrub Typhus in Children at Tribhuvan University Teaching Hospital in Nepal. Pediatric Health Med Ther 11, 193-202 (2020). <https://doi.org/10.2147/phmt.S253106>
9. **Kumar Bhat, N. et al.** Scrub typhus in children at a tertiary hospital in north India: clinical profile and complications. Iran J Pediatr 24, 387-392 (2014).
10. **Khandelwal S, M. J. K., Sharma B S.** Scrub typhus in children: Clinical profile and complications. Pediatr Oncall J. 12, 95-98 (2015). <https://doi.org/doi: 10.7199/ped.oncall.2015.68>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN DI CHỨNG TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO BẰNG ĐIỆN XUNG TẠI HUYỆT KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT

Tạ Đức Dũng¹, Nguyễn Văn Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị người bệnh di chứng tai biến mạch máu não bằng phương pháp kích thích điện xung qua huyết kết hợp xoa bóp bấm huyết và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp và mô tả một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 70 bệnh nhân di chứng liệt nửa người do TBMMN, được chẩn đoán thuộc thể Khí hư huyết ứ hoặc Âm hư dương xung theo Y học cổ truyền (YHCT). Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: Nhóm nghiên cứu (NNC, n=35) được điều trị bằng máy điện xung không dùng kim Pointron 801 kết hợp XBBH. Nhóm đối chứng (NĐC) được điều trị bằng điện châm kết hợp XBBH. Liệu trình điều trị kéo dài 20 ngày. Hiệu quả được đánh giá qua sự thay đổi của các thang điểm chức năng vận động Orqogozo, Barthel và Rankin tại các thời điểm trước (D0) và sau điều trị (D20). **Kết quả:** Cả hai phác đồ đều cho thấy hiệu quả cải thiện chức năng vận động rõ rệt sau 20 ngày ($p < 0,01$). Tuy nhiên, NNC cho thấy sự cải thiện vượt trội hơn. Điểm Orqogozo trung bình của NNC tăng từ $53,57 \pm 10,69$ lên $80,97 \pm 9,08$, cao hơn có ý nghĩa so với NĐC (tăng từ $52,43 \pm 12,31$ lên $74,46 \pm 9,34$) ($p < 0,05$). Tương tự, điểm Barthel của NNC cũng tăng cao hơn NĐC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị Tốt và Khá ở NNC (80,0%) cao hơn NĐC (54,3%) ($p < 0,05$). Cả hai phương pháp đều an toàn. **Kết luận:** Phương pháp kích thích điện xung tại huyết không dùng kim kết hợp xoa bóp bấm huyết là một liệu pháp hiệu quả, an toàn và vượt trội hơn so với điện châm kinh điển trong việc phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân di chứng tai biến mạch máu não. **Từ khóa:** Tai biến mạch máu não, phục hồi chức năng, điện xung tại huyết, điện châm, xoa bóp bấm huyết.

SUMMARY

EFFICACY OF TRANSCUTANEOUS ELECTRICAL ACUPOINT STIMULATION COMBINED WITH MASSAGE AND ACUPRESSURE ON MOTOR FUNCTION RECOVERY IN POST-STROKE PATIENTS

Objectives: To evaluate the therapeutic

outcomes of needleless transcutaneous electrical acupoint stimulation (TEAS) combined with massage and acupressure in patients with stroke sequelae, to monitor for adverse effects, and to describe factors associated with treatment outcomes. **Subjects and Methods:** A randomized controlled clinical trial was conducted on 70 patients with post-stroke hemiplegia, diagnosed with either "Qi Deficiency and Blood Stasis" or "Yin Deficiency and Yang Hyperactivity" patterns according to Traditional Medicine (TM). Patients were randomly allocated into two groups: the Study Group (n=35) received treatment with a needleless TEAS device (Pointron 801) combined with Massage and Acupressure, while the Control Group (n=35) received conventional electroacupuncture (EA) combined with Massage and Acupressure. The treatment course lasted for 20 days. Efficacy was assessed by changes in the Orqogozo Scale, Barthel Index, and modified Rankin Scale (mRS) at baseline (D0) and after treatment (D20). **Results:** Both protocols demonstrated significant improvements in motor function after 20 days ($p < 0.01$). However, the study group showed superior improvements. The mean Orqogozo score in the study group increased from 53.57 ± 10.69 to 80.97 ± 9.08 , which was significantly higher than the control group's increase from 52.43 ± 12.31 to 74.46 ± 9.34 ($p < 0.05$). Similarly, the Barthel Index in the study group also showed a statistically significantly greater increase compared to the control group ($p < 0.05$). The rate of "Good" and "Fair" outcomes was significantly higher in the study group (80.0%) compared to the control group (54.3%) ($p < 0.05$). Both interventions were safe and well-tolerated. **Conclusion:** Needleless transcutaneous electrical acupoint stimulation combined with massage and acupressure is an effective, safe, and superior therapy compared to conventional electroacupuncture for improving motor function in patients with post-stroke sequelae.

Keywords: Stroke, Rehabilitation, Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation, Electroacupuncture, Massage and Acupressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu trên toàn thế giới. Theo WHO, mỗi năm có khoảng 15 triệu người mắc TBMMN, trong đó có 5 triệu người tàn tật vĩnh viễn. Di chứng liệt nửa người không chỉ làm suy giảm nghiêm trọng khả năng tự chăm sóc và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn tạo ra gánh nặng lớn cho gia đình và xã hội. Phục hồi chức năng sớm và toàn diện là yếu tố then chốt giúp bệnh nhân tái hòa nhập cộng đồng. Y học

¹Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Y Dược Cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Đức Dũng

Email: taducdung1969@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025