

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Jong E, Seegers B, Gulinck M, Boezeman J, Van de Kerkhof P. Psoriasis of the nails associated with disability in a large number of patients: results of a recent interview with 1,728 patients. *Dermatology*. 1996;193(4):300-303.
2. Krajewska-Włodarczyk M, Owczarczyk-Saczonek A, Placek W, Wojtkiewicz M, Wiktorowicz A, Wojtkiewicz J. Ultrasound assessment of changes in nails in psoriasis and psoriatic arthritis. *BioMed research international*. 2018;2018
3. Idolazzi L, Gisondi P, Fassio A, et al. Ultrasonography of the nail unit reveals quantitative and qualitative alterations in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Medical Ultrasonography*. 2018;20(2):177-184.
4. Naredo E, Janta I, Baniandrés-Rodríguez O, et al. To what extent is nail ultrasound discriminative between psoriasis, psoriatic arthritis and healthy subjects? *Rheumatology International*. 2019;39:697-705.
5. Cù Huy Nghĩa, Trần Thị Tô Châu. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm gân achille ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến. Luận án thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. Cengiz G, Nas K, Keskin Y, et al. The impact of nail psoriasis on disease activity, quality of life, and clinical variables in patients with psoriatic arthritis: A cross-sectional multicenter study. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2023;26(1):43-50.
7. Bellinato F, Gisondi P, Filippucci E, et al. Systematic study on nail plate assessment: differences in nail plate shape, thickness, power Doppler signal and scanning approach. *Archives of Dermatological Research*. 2023;315(3):593-600.
8. Agache M, Popescu CC, Enache L, Dumitrescu BM, Codreanu C. Nail Ultrasound in Psoriasis and Psoriatic Arthritis—A Narrative Review. *Diagnostics*. 2023;13(13):2236.

**ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
TRẺ VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN TỪ
THÁNG 03/2018 ĐẾN THÁNG 03/2023 TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**

Nguyễn Đình Lộc¹, Nguyễn Hồng An¹, Lưu Huỳnh Đức¹,
Nguyễn Cao Minh Khôi¹, Lê Đức Tân¹, Nguyễn Hồ Phương Thủy¹,
Lê Phạm Hiền Vy¹, Ngô Thị Mai Phương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm màng não tăng bạch cầu ái toan (VMNTBCAT) là bệnh hiếm gặp ở trẻ em, nhưng phổ biến hơn ở các nước nhiệt đới, trong đó có Việt Nam. Hiện chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này ở trẻ em Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng VMNTBCAT ở trẻ em. **Đối tượng—Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca các trường hợp VMNTBCAT nhập bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2023. **Kết quả:** Ghi nhận 53 trường hợp (2,1%) thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán VMNTBCAT trong số các ca bệnh viêm màng não (VMN). Đa số (39,6%) đến từ các tỉnh Đông Nam Bộ và thường xảy ra vào mùa mưa (> 60%). Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (86,8%), buồn nôn, nôn (66%), đau đầu (62,3%), đau màng não (47,2%). **Kết luận:** VMNTBCAT là một tình trạng bệnh hiếm gặp, chiếm 2,1% tổng số ca VMN tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu và sốt. **Từ khóa:** viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, trẻ em.

SUMMARY

**EPIDEMIOLOGIC FEATURES, CLINICAL
MANIFESTATIONS, LABORATORY
FINDINGS OF PEDIATRIC EOSINOPHILIC
MENINGITIS: 5 YEARS OF EXPERIENCE IN
A MEDICAL CENTER IN SOUTH VIETNAM**

Background: Eosinophilic meningitis (EM) is a rare condition in children but is more prevalent in tropical countries, including Vietnam. Currently, there are not many studies on this issue in Vietnamese children. **Objectives:** This study aims to comprehensively analyze the epidemiology, clinical features, and laboratory findings of EM in pediatric patients. **Methods:** A retrospective case series was conducted at the Infectious Diseases Department of Children's Hospital 2, involving children diagnosed with EM between March 2018 and March 2023. **Results:** A total of 53 cases (2.1%) meeting the diagnostic criteria for eosinophilic meningitis were identified among the cases of meningitis. Most patients (39.6%) originate from the Southeast provinces, and the disease commonly occurs during the rainy season (more than 60% of cases). Common clinical presentations included fever (86.6%), nausea and vomiting (66%), headache (62.3%), and meningeal signs (47.2%). **Conclusion:** EM is a rare condition, comprising 2.1% of all cases of eosinophilic meningitis at Children's Hospital 2. The most prevalent symptoms include headache and fever. **Keywords:** Eosinophilic meningitis, children.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Lộc

Email: ndloc.y18@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VMNTBCAT được chẩn đoán dựa trên các đặc điểm lâm sàng và kết quả chọc DNT có ≥ 10 BCAT/mm hoặc $\geq 10\%$ tổng số tế bào bạch cầu⁽⁸⁾. Thống kê của Wang và cộng sự cho thấy hai quốc gia có tần suất lưu hành bệnh cao nhất là Thái Lan (chiếm 47,33% toàn thế giới) và Trung Quốc (27,22%)⁽⁸⁾. Trên lâm sàng, bệnh có khởi phát có thể đột ngột hoặc bán cấp, đau đầu dữ dội là triệu chứng biểu hiện phổ biến nhất ở hơn 90% bệnh nhân⁽⁸⁾. Cho đến hiện nay, VMNTBCAT vẫn chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt trên đối tượng trẻ em nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng trẻ viêm màng não tăng bạch cầu ái toan từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2023 tại Bệnh viện Nhi Đồng 2".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi viêm màng não tăng bạch cầu ái toan nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 03/2018 đến 03/2023.

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả hồi cứu loạt ca

Tiêu chí chọn mẫu. Trẻ nghi ngờ viêm màng não: đau đầu, sốt, cổ gượng, buồn nôn và/hoặc nôn.

DNT có ≥ 10 tế bào bạch cầu/ μ L và:

- BCAT trong DNT ≥ 10 tế bào/ μ L, hoặc

- BCAT trong DNT $\geq 10\%$ tổng số bạch cầu trong DNT.

Tiêu chí loại trừ. Hồ sơ bệnh án không đạt 80% dữ liệu nghiên cứu trở lên đối với hồ sơ bệnh án trong khoảng thời gian từ tháng 03/2018 đến tháng 03/2023.

Các bước tiến hành. Tất cả bệnh nhi đáp ứng tiêu chí chọn mẫu sẽ được hồi cứu hồ sơ bệnh án. Số liệu nghiên cứu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2016, xử lý và phân tích bằng phần mềm JASP. Biến số định lượng được trình bày theo trung vị (khoảng tứ phân vị), trung bình (\pm độ lệch chuẩn). Biến số định tính được trình bày theo tần số (tỉ lệ phần trăm).

Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được chấp thuận khía cạnh khoa học và đạo đức bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 2. Mã nghiên cứu: 15/23-BVNĐ2. Số: 116/GCN-BVNĐ2. Ngày cấp: 08/03/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu từ tháng 3/2018 – 3/2023 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 ghi nhận 53 trường hợp viêm màng não tăng bạch cầu ái toan, có các đặc điểm sau:

Dịch tễ học. VMNTBCAT chiếm 2,1% tổng

số trường hợp được chẩn đoán VMN tại BVNĐ2. Bệnh thường gặp ở trẻ lớn với độ tuổi trung vị là 5,4 (1–9) với 62,4% trẻ từ 4 tuổi trở lên. Trẻ trai thường mắc bệnh hơn trẻ gái (62,3% so với 37,7%). Khu vực cư trú chiếm tỉ lệ cao là các tỉnh Đông Nam Bộ (39,6%), Bắc Trung Bộ (26,4%), Tây Nguyên (18,9%), Đồng bằng sông Cửu Long (13,2%). Bệnh thường diễn ra vào mùa mưa, cao nhất vào hai khoảng thời gian: tháng 1–2 (28,3%) và tháng 7–8 (30,2%). 4% bệnh nhi có tiền căn tiếp xúc kí chủ trung gian (chuột, ốc sên). 6% trường hợp có tiền căn gia đình mắc bệnh lao. Bệnh chủ yếu diễn tiến cấp tính < 7 ngày (41,5%) và bán cấp từ 7 – 21 ngày (51%). Trong số các trường hợp được chẩn đoán ở tuyến trước, 59,3% là nhiễm trùng thần kinh như VMN vi khuẩn, viêm não-màng não, không trường hợp nào được chẩn đoán VMNTBCAT.

Lâm sàng. Sốt là triệu chứng than phiền thường gặp nhất, chiếm 86,8% trường hợp. Than phiền thường gặp thứ hai là buồn nôn và/hoặc nôn, chiếm 66%. Triệu chứng đau đầu chiếm 62,3% các trường hợp. Tuy nhiên khi xét riêng nhóm bệnh nhân từ 4 tuổi trở lên (có khả năng khai thác chính xác triệu chứng đau đầu), chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đau đầu lên đến 97%. Vị trí đau đầu thường gặp là vùng trán (27%), đau cả đầu (14%). Tính chất đau đầu phổ biến nhất là đau âm ỉ (75,8%).

Bảng 1. Tỉ lệ triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu

Triệu chứng lâm sàng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sốt	46	86,8
Buồn nôn, nôn	35	66
Đau đầu	33	62,3
Đau đầu ở trẻ ≥ 4 tuổi	32/33	97
Cổ gượng	19	35,8
Tái sốt	4	7,54
Anh hưởng thị lực	7	13,2
Liệt dây VI	6	11,3
Co giật	6	11,3
Dấu Kernig	4	7,5
Yếu chi	3	6
Dấu Brudzinski	2	3,7
Liệt dây VII	1	1,9
Phù gai thị	1	1,9
Dấu hiệu tiểu não	1	1,9
Dị cảm	0	0

Cận lâm sàng. Có 88,7% bệnh nhân tăng BCAT trong máu ngoại vi. Trung vị tỉ lệ BCAT trong máu ngoại vi là 11,28% (7,47 – 19,00). Trung vị số lượng BCAT trong máu ngoại vi là 1140 tế bào/mm³ (710 – 2520). Các chỉ số máu

khác đều trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm máu của VMNTBCAT

Xét nghiệm máu	Kết quả
Số lượng hồng cầu ($\times 10^{12}$ tế bào/L)	4,73 (4,54–5,13)
Hematocrit (%)	36,39 \pm 5,52
Số lượng tiểu cầu ($\times 10^3$ tế bào/L)	374,52 \pm 105,48
Số lượng BCAT (tế bào/mm ³)	1140 (710–2520)
Tỷ lệ BCAT (%)	11,28 (7,47–19,00)
CRP (mg/l)	1,3 (0,6–4,1)
Procalcitonin (ng/ml)	0,06 (0,03–0,13)
VS 1h (s)	21,75(12,25–30,75)
VS 2h (s)	45,25(34,25–54,00)
Na ⁺ (mmol/L)	134,163 \pm 0,464
K ⁺ (mmol/L)	3,9 (3,5–4,1)
Cl ⁻ (mmol/L)	101,74 \pm 3,94
Ure (mmol/L)	3,712 \pm 1,276
Creatinine (mg/dl)	44,624 \pm 8,413
AST (U/L)	18,0 (14,0–23,4)
ALT (U/L)	13 (10–21)

Đặc điểm sinh hóa DNT của những bệnh nhân VMNTBCAT thường thấy là protein DNT tăng nhẹ, glucose DNT giảm nhẹ, gợi ý tác nhân thường gặp là ký sinh trùng.

Bảng 3. Đặc điểm DNT của VMNTBCAT

Đặc điểm DNT	Kết quả
Số lượng BCĐNTT (tế bào/mm ³)	84(30–178)
Tỷ lệ % BCĐNTT	13(5–25)
Số lượng BCAT (tế bào/mm ³)	215(140–451)
Tỷ lệ % BCAT	37(22–45)
Protein (g/l)	0,64(0,44–0,8)
Glucose (mmol/l)	2,16 \pm 0,78
Glucose DNT/máu	0,41(0,32–0,51)
Chlor DNT (mmol/l)	122(119–124)
Lactate DNT (mmol/l)	2,9(2,0–3,5)

Hình ảnh học: CT-scan sọ não có bất thường chiếm 31,7%. Bất thường thường gặp là giãn não thất (35%) và rộng bể lớn (17%). MRI sọ não có bất thường chiếm 57,1%. Bất thường thường gặp là tổn thương chất trắng (20%) và viêm não (17%). Có 22 trường hợp vừa được chụp CT-scan và MRI sọ não, trong đó có 4 ca bất thường trên cả CT-scan và MRI, 6 ca có CT-scan bình thường nhưng MRI bất thường, không có ca nào CT-scan bất thường nhưng MRI bình thường.

Chỉ có 11 trường hợp (21%) phát hiện được trực tiếp tác nhân trong DNT. Năm loại xét nghiệm được thực hiện để định danh tác nhân gây bệnh trong DNT với tỷ lệ thực hiện và tỷ lệ dương tính cho từng loại xét nghiệm lần lượt là: Cây DNT tìm vi khuẩn (52,8% và 3,6%); Huyết

thanh chẩn đoán (9,4% và 80%); PCR Lao/DNT (56,6% và 8%); PCR 32 tác nhân/DNT (7,5% và 75%); PCR *Angiostrongylus cantonensis* (1,9% và 100%) (Bảng 4).

Bảng 4. Tỷ lệ tác nhân phát hiện trong DNT

Tác nhân	Tỷ lệ (%)
<i>Angiostrongylus cantonensis</i>	7
<i>Escherichia coli</i>	14
<i>Toxoplasma gondii</i>	14
Measles virus	7
Epstein - Barr virus	7
<i>Elizabethkingia meningoseptica</i>	7
<i>Echinococcus granulosus</i>	22
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	22

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dịch tễ. Một điều thú vị trong nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận 2 trường hợp (4%) có tiền căn liên quan kí chủ trung gian. Kết quả này rất khác biệt so với những dữ liệu trước đây về VMNTBCAT. Tỷ lệ số ca có tiền căn liên quan kí chủ trung gian là 50 – 87% trong các nghiên cứu tại Việt Nam, Thái Lan, Đài Loan^(2,5,6). Tuy vậy, nghiên cứu gần đây của Nguyễn Thị Thanh Thủy trên 36 trẻ VMNTBCAT có PCR DNT (+) *Angiostrongylus cantonensis* tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cũng chỉ ghi nhận 6 ca (16,7%) có tiền căn liên quan. Chúng tôi cho rằng một con đường lây nhiễm ký sinh trùng tiềm năng là gián tiếp qua tay của người chăm sóc tiếp xúc với ổ chứa ấu trùng (rau sống, ốc sống,...) hoặc trực tiếp từ tay trẻ tiếp xúc với môi trường đất cát chứa trứng hay ấu trùng ký sinh trùng. Những thông tin này thường khó khai thác trong quá trình thực hành lâm sàng nếu không chú ý đến.

Trong các nghiên cứu trước đây của Phạm Thị Hải Mến⁽¹⁾, Hồ Thị Hoài Thu⁽²⁾, Nguyễn Thị Thanh Thủy⁽³⁾, hầu hết các ca bệnh đến từ các tỉnh Đồng bằng Sông Cửu Long, đặc biệt là Cà Mau, An Giang, Đồng Tháp. Một điều bất ngờ từ nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận đa số ca bệnh đến từ khu vực Đông Nam Bộ (39,6%), kể đó là Bắc Trung Bộ (26,4%) và Tây Nguyên (18,9%), khu vực Đồng bằng sông Cửu Long là ít nhất, chỉ chiếm 13,2%. Chúng tôi nhận thấy kết quả này có liên quan đến cơ chế hành chính của bệnh viện, cụ thể, những ca chuyển tuyến từ Đông Nam Bộ, Tây Nguyên sẽ được chuyển về BV NĐ2; trong khi những ca chuyển tuyến từ Đồng bằng sông Cửu Long sẽ được gửi về BV NĐ1. Vì vậy, để có thể kết luận chính xác về vùng dịch tễ của VMNTBCAT, chúng tôi cho rằng cần có những nghiên cứu lớn, đa trung tâm, thậm chí trên phạm vi toàn quốc.

Đặc điểm bệnh nhân trước nhập viện.

Trong số các ca bệnh được chuyển tuyến đến Bệnh viện Nhi Đồng 2, có 59,3% trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương như VMN vi khuẩn, viêm não – màng não. Không có ca nào được chẩn đoán VMNTBCAT. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Thủy & cs. có 62% trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương trước nhập viện⁽³⁾. Nghiên cứu trên cả người lớn và trẻ em của Phạm Thị Hải Mến & cs. chỉ ra gần 50% ca được chẩn đoán và điều trị như VMN vi khuẩn, 11% được chẩn đoán VMNTBCAT trước nhập viện⁽¹⁾. Tùy thuộc vào quy trình xét nghiệm DNT của bệnh viện tuyến cơ sở mà có thể sẽ bỏ sót BCAT trong DNT nếu không chú ý tới. Do đó, chúng tôi đề nghị việc thực hiện quy trình phết lam đọc thành phần tế bào trong DNT giống như quy trình hướng dẫn của Bộ Y tế⁽⁴⁾.

Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng thanh nhiễm thường gặp nhất là sốt, chiếm 86,8%. Tỷ lệ sốt khá tương đồng trong kết quả của các nghiên cứu trước đây, cụ thể là 91,5% của Hwang & Chen⁽⁵⁾, 78,9% của Kittisak & cs.⁽⁶⁾, 63% của Hồ Thị Hoài Thu & cs.⁽²⁾. Theo tác giả Feigin, các triệu chứng trong VMNTBCAT hầu hết do đáp ứng miễn dịch của kí chủ với ấu trùng di chuyển hoặc xác ấu trùng trong mô thần kinh⁽⁸⁾. Than phiền thường gặp thứ hai là buồn nôn và/hoặc nôn, chiếm 66%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả 63,2% trong nghiên cứu của Kittisak & cs.⁽⁶⁾, 72% trong nghiên cứu của Hwang & Chen⁽⁵⁾, hay 70% trong nghiên cứu của Hồ Thị Hoài Thu & cs.⁽²⁾. Than phiền thường gặp tiếp theo là đau đầu, ghi nhận ở 62,3% tổng số ca bệnh. Khi xem xét ở nhóm bệnh nhân từ 4 tuổi trở lên, tỉ lệ đau đầu là 97%. Kết quả này khá tương tự so với các nghiên cứu trước đây, cụ thể, đau đầu chiếm 92% trong báo cáo của Phạm Thị Hải Mến & cs.⁽¹⁾, 96% trong báo cáo của Hồ Thị Hoài Thu & cs.⁽²⁾. Trong nghiên cứu tại Thái Lan của Kittisak, 100% bệnh nhân VMNTBCAT có đau đầu⁽⁶⁾. Nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trẻ < 4 tuổi nên có thể không khai thác được triệu chứng đau đầu. Trong bài tổng quan về VMNTBCAT, tác giả Feigin đã ghi nhận khi BCAT được chiếu mộ đến bởi kháng nguyên trên kí sinh trùng đã gây nên viêm não-màng não và làm tăng áp lực nội sọ⁽⁸⁾. Tăng áp lực nội sọ giải thích triệu chứng đau đầu, buồn nôn và/hoặc nôn, với dấu thần kinh khu trú thường gặp là ảnh hưởng thị lực, liệt dây VI trong VMNTBCAT.

Đặc điểm cận lâm sàng. Trung vị số lượng tuyệt đối BCAT trong DNT là 215 tế bào/mm³

(140 – 451), trung vị tỉ lệ phần trăm là 37% (22 – 45). Trong nghiên cứu của Kittisak & cs., trung vị tỉ lệ BCAT là 58%⁽⁶⁾, ngoài ra, số lượng tuyệt đối trung vị trong nghiên cứu của Phạm Thị Hải Mến & cs. là 690 tế bào/mm³ ⁽¹⁾. Chúng tôi cho rằng có một vài lời giải thích phù hợp cho sự khác biệt này. Thứ nhất, những bệnh nhân trong nghiên cứu có số lần chọc dò DNT, cũng như thời điểm chọc dò không tương đồng với nhau. Những trường hợp được quản lý ở bệnh viện tuyến cơ sở đều không được đọc BCAT trong DNT. Một số trường hợp khởi phát triệu chứng không điển hình, diễn tiến chậm, dẫn đến việc chọc DNT cũng được thực hiện muộn. Thứ hai, chúng tôi cho rằng có liên quan đến tác nhân gây bệnh, điều rất ít được đề cập trong các nghiên cứu về VMNTBCAT tại Việt Nam. Nghiên cứu của Kittisak⁽⁶⁾ và Phạm Thị Hải Mến⁽¹⁾ thực hiện trên những trường hợp VMNTBCAT do tác nhân *Angiostrongylus cantonensis*. Bên cạnh tác nhân ký sinh trùng thường được đề cập đến, chúng tôi còn ghi nhận những trường hợp có kết quả vi sinh dương tính với vi khuẩn, lao. Điều này cho thấy phổ tác nhân gây VMNTBCAT ở trẻ em Việt Nam có khả năng khác biệt so với y văn trên thế giới.

Protein trong DNT thường tăng nhẹ. Trong nghiên cứu của Hồ Thị Hoài Thu & cs., protein DNT có trung vị là 0,57 g/l⁽²⁾. Chỉ số này là 0,65 g/l trong nghiên cứu của Kittisak & cs.⁽⁶⁾. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ glucose DNT/glucose máu thường giảm, với trung vị 0,41 (0,32 – 0,51). Kết quả này tương tự với 0,45 trong nghiên cứu của Kittisak & cs.⁽⁶⁾ và 0,46 trong nghiên cứu của Phạm Thị Hải Mến & cs.⁽¹⁾. Do đó, chúng tôi nhận thấy đặc điểm sinh hoá của VMNTBCAT có thể giống với một VMN do virus, cụ thể hơn là protein DNT tăng nhẹ, glucose DNT giảm nhẹ hoặc bình thường.

Nghiên cứu của Hwang và Chen có 16 trong tổng số 82 ca được chụp CT-scan sọ não, và chỉ có 7 trong số đó (44%) có bất thường, 1 trường hợp duy nhất được làm MRI và có tổn thương không đặc hiệu⁽⁵⁾. Có 8 trường hợp (22,2%) có bất thường trên CT-scan/MRI sọ não trong nghiên cứu của Phạm Thị Hải Mến⁽¹⁾. Các tổn thương trên hình ảnh học nghiên cứu chúng tôi ghi nhận cũng là những tổn thương không đặc hiệu giống các báo cáo trước đây. Trên CT-scan sọ não, 35% có giãn não thất, 17% có rộng bể lớn. Tổn thương này có khả năng liên quan đến lao màng não, mặc dù không xác định được bằng chứng vi sinh nhiễm lao.

Theo các tác giả Sawanyawisuth⁽⁶⁾, Jill⁽⁸⁾, lao

hay Mycobacteria tuberculosis là tác nhân hiếm gây ra tình trạng tăng BCAT trong DNT. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp có bằng chứng PCR lao trong DNT (**Bảng 4**), và tổng cộng 20 trường hợp (37,7%) được chẩn đoán lao màng não dựa trên đặc điểm lâm sàng và hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa về lao. Tại một quốc gia châu Á như Hàn Quốc, tác giả Park & cs. đã ghi nhận 4/22 ca (18,2%) người lớn mắc VMNTBCAT phân lập được M. tuberculosis⁽⁷⁾. Chúng tôi cho rằng kết quả nghiên cứu của mình phù hợp với bối cảnh một quốc gia có gánh nặng về lao cao như Việt Nam. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận có 6% trường hợp có tiền căn gia đình nhiễm lao. Đây là thông tin quan trọng mà những nghiên cứu trước đây về VMNTBCAT không đề cập đến. Sau khi phân tích các xét nghiệm chẩn đoán tác nhân, chúng tôi nhận thấy M. tuberculosis là một tác nhân quan trọng của VMNTBCAT tại vùng dịch tễ lao như Việt Nam. Vì thế, nhà lâm sàng cần đặc biệt lưu ý đến những thông tin liên quan và chú ý đến tác nhân M. tuberculosis khi tiếp cận một trường hợp có tăng BCAT trong DNT.

V. KẾT LUẬN

VMNTBCAT là bệnh lý hiếm gặp, chiếm 2,1% tổng số ca VMN. Bệnh thường gặp ở trẻ lớn, trung vị tuổi là 5,4. Các ca bệnh tại BV NĐ2 chủ yếu đến từ Đông Nam Bộ (39,6%), chỉ có 13,2% ca bệnh đến từ Đồng bằng sông Cửu Long. Có 6% trường hợp có tiền căn gia đình mắc bệnh lao. Triệu chứng thường gặp là sốt (86,8%), đau đầu (62,3%), buồn nôn và/hoặc nôn (66%). Hơn 90% trường hợp khởi phát cấp tính (< 7 ngày), bán cấp (7 – 21 ngày). Đặc điểm DNT thường là

protein tăng nhẹ và glucose giảm nhẹ. Bên cạnh ký sinh trùng, M. tuberculosis là một tác nhân cần chú ý đến đối với trẻ VMNTBCAT trong vùng dịch tễ lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Hải Mến, Nguyễn Trần Chính, Lê Thị Xuân.** Viêm màng não do Angiostrongylus cantonensis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới từ năm 2002 đến 2005. Tạp chí Y học TP.HCM, 2007;11(1):416-421.
2. **Hồ Thị Hoài Thu, Trương Hữu Khanh, Hồ Đăng Trung Nghĩa.** Đặc điểm Dịch tễ và Lâm sàng ở trẻ viêm màng não tăng bạch cầu ái toan tại Khoa nhiễm Bệnh viện Nhi đồng I. Tạp chí Y học TP.HCM, 2017;21(3):102-107.
3. **Nguyễn, T. T. T., & Nguyễn, A. N..** Đặc Điểm Dịch Tễ Viêm Màng Não Tăng Bạch Cầu Ái Toan Do Angiostrongylus Cantonensis Tại Bệnh Viện Nhi Đồng I. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2022;520;(2).
4. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Huyết học-Truyền máu-Miễn dịch-Di truyền-Sinh học phân tử. 2014:28-31.
5. **Kao-Pin Hwang, Eng-Rin Chen.** Clinical Studies on Angiostrongyliasis cantonensis among Children in Taiwan. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 1991, pp.194-199.
6. **Sawanyawisuth K, Chindaprasirt J, Senthong V, et al.** Clinical manifestations of Eosinophilic meningitis due to infection with Angiostrongylus cantonensis in children. Korean J Parasitol, 2013,51(6):735-738.
7. **Park S, Jung J, Chong YP, et al.** Infectious Causes of Eosinophilic Meningitis in Korean Patients: A Single-Institution Retrospective Chart Review from 2004 to 2018. Korean J Parasitol. 2021;59(3): 227-233.
8. **Jill Weatherhead, Rojelio Mejia.** Eosinophilic Meningitis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatrics Infectious Diseases, V1, 8th. Elsevier, 2019, pp.349-355.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ ĐỐT SÓNG CAO TẦN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG CHUỖI XUNG T1 XÓA MỠ KHÔNG TIÊM THUỐC ĐỐI QUANG TỪ

Nguyễn Thị Hiếu¹, Ngô Lê Lâm¹,
Nguyễn Trung Kiên¹, Nguyễn Duy Anh¹

Mục tiêu: Kết quả bước đầu của điều trị đốt sóng cao tần điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử; **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị đốt sóng cao tần và đánh giá bằng công cộng hưởng từ sử dụng chuỗi xung T1 xóa mỡ không tiêm thuốc đối quang tử trong 24h đầu tiên sau đốt tại bệnh viện K Tân Triều, thời gian từ tháng 8/2022 – 6/2023. **Kết quả:** Nhóm

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023