

- lực tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận giai đoạn 2015-2017, Luận văn CKII, Trường ĐHY tế Công cộng.
2. **Cao Văn Tho (2014)**, Thực trạng và một số yếu tố duy trì nguồn nhân lực y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc, Đồng Tháp năm 2014, Luận văn thạc sỹ, Trường ĐHY tế Công cộng.
  3. **Lê Mạnh Hùng (2017)**, Thực trạng quản lý nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2015 – 2017, Luận văn CKII, Trường ĐHY tế Công cộng.
  4. **Lê Thanh Tiên (2017)**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý nhân lực tại Bệnh viện sản nhi Trà Vinh năm 2017, Luận văn CKII, Trường ĐHY tế Công cộng.
  5. **Nguyễn Công Tuấn (2020)**, Thực trạng quản lý nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long giai đoạn 2017 – 2019, Luận văn thạc sỹ, Trường ĐHY tế Công cộng.
  6. **Nguyễn Hồng Vân (2019)**, "Phân tích thực trạng quản trị nguồn nhân lực tại bệnh viện Bà Rịa, tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu", Tạp chí Công Thương, (2):244-251.
  7. **Nguyễn Huy Lợi (2019)**, Quản lý nhân lực tại trung tâm kiểm soát bệnh tật Ninh Bình năm 2019, Luận văn CKII, Trường ĐHY tế Công cộng.

## NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH CĂN CỦA BỆNH NHÂN HỒNG BAN NÚT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thái Vân Thanh<sup>1,2</sup>, Trần Ngọc Khánh Nam<sup>1</sup>,  
Trần Hạnh Vy<sup>1</sup>, Thái Thanh Yến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hồng ban nút (HBN) là biểu hiện của một dạng phản ứng quá mẫn bị thúc đẩy bởi nhiều tác nhân khác nhau. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến HBN, tùy thuộc vào dân tộc và vị trí địa lý. Tuy nhiên, 50% trường hợp có thể không xác định được nguyên nhân. Việt Nam là nước nằm trong khu vực bệnh nhiễm trùng có tần suất lưu hành cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa các nhóm bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM. **Tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ học và bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.** **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca được thực hiện trên tất cả đối tượng bệnh nhân mắc hồng ban nút điều trị trong khoảng thời gian từ 08/2021 đến 03/2023 tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong tổng số 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân là nữ (nữ/nam= 5/1), bệnh nhân HBN vô căn chiếm tỉ lệ 31%. Bệnh nhân HBN thứ phát chiếm tỉ lệ 69%, trong đó các bệnh nguyên được ghi nhận gồm nghi nhiễm liên cầu khuẩn, nghi nhiễm lao tiềm ẩn và đồng nhiễm lao tiềm ẩn, liên cầu khuẩn với tỉ lệ lần lượt là 4,8%; 54,7%; 9,5%. Phân tích các đặc điểm về dịch tễ học không ghi nhận yếu tố liên quan đến bệnh căn ở bệnh nhân HBN. **Kết luận:** Mặc dù HBN nói chung là một tình trạng lành tính và tự giới hạn, nhưng nó có thể liên quan đến những bệnh căn khác nhau. Việc xác định và khoanh vùng các

bệnh căn nguyên ở bệnh nhân HBN tại Việt Nam là rất quan trọng, nhằm giải quyết vấn đề nguồn gốc, đem lại hiệu quả chữa trị và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân. **Từ khóa:** Hồng ban nút, bệnh căn.

**Từ viết tắt:** HBN, TPHCM

### SUMMARY

#### A REVIEW OF ETIOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH ERYTHEMA NODOSUM AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER OF HO CHI MINH CITY

**Background:** Erythema nodosum (EN) manifests a hypersensitivity reaction precipitated by many agents. There are many causes of EN, depending on ethnicity and geographical location. However, in 50% of cases, the cause may not be determined. Vietnam is located in an area where infectious diseases are highly prevalent. **Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics between etiological groups of patients with erythema nodosum at University Medical Center In Ho Chi Minh City. It is understanding the relationship between epidemiological factors and the etiology of patients with erythema nodosum at University Medical Center In Ho Chi Minh City. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive case series study was performed on all patients with erythema nodosum treated from 08/2021 to 03/2023 at University Medical Center of Ho Chi Minh City. **Results:** Of the total 42 patients participating in the study, the majority were female (female/male = 5/1); idiopathic EN patients accounted for 31%. Secondary EN patients accounted for 69%, of which the recorded etiologies included suspected streptococcal infection, suspected latent tuberculosis infection, and co-infection with latent tuberculosis and streptococcus, with a rate of 4.8%, 54.7%, and 9.5%, respectively. Analysis of epidemiological characteristics did not recognize factors related to the etiology in EN patients.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Khánh Nam

Email: nam.tnk@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

**Conclusion:** EN is generally a benign and self-limiting condition but may be associated with different etiologies. Identifying and localizing the etiological diseases in EN patients in Vietnam is very important to solve the origin problem, bring about effective treatment, and improve the quality of life in patients.

**Keywords:** Erythema nodosum, etiology.

**Abbreviation:** EN, Ho Chi Minh City

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hồng ban nút, một dạng viêm mô mỡ phổ biến nhất, biểu hiện dưới dạng mảng hoặc cục nhỏ màu đỏ, trợt láng, ở mô dưới da, đối xứng, thường gặp nhất là hai bên cẳng chân, cũng có thể lan lên đùi, cánh tay, cổ. Tỷ lệ mắc hồng ban nút có sự biến đổi theo tỉ lệ lưu hành của các nguyên nhân liên quan trong môi trường địa phương. Có khoảng 25-50% trường hợp không tìm thấy nguyên nhân trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Các nguyên nhân phụ thuộc vào dân tộc, vùng địa lý và thời gian, với các nguyên nhân thứ phát phổ biến như nhiễm khuẩn liên cầu, lao tiềm ẩn, viêm ruột, bệnh sarcoidosis, bệnh Behçet, do thuốc, mang thai hoặc bệnh ác tính.

Việt Nam, một quốc gia nằm trong khu vực có tần suất nhiễm trùng cao, có khả năng tác động lớn đến tỉ lệ mắc các bệnh liên quan đến hồng ban nút. Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh căn liên quan, cũng như tìm hiểu các yếu tố có liên quan đến hồng ban nút thứ phát và nguyên phát.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán hồng ban nút tại khoa Da liễu – Thẩm mỹ da và phòng khám Da liễu, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 08/2021 đến 03/2023.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt ca.

**Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hồng ban nút ban nghi có nguyên nhân (lao tiềm ẩn/ liên cầu khuẩn/ đồng nhiễm) (n=29).**

	HNB nghi do lao tiềm ẩn (n=23)	HNB nghi do LCK (n=2)	HNB nghi do nhiễm lao tiềm ẩn + LCK (n=4)
<b>Đặc điểm lâm sàng</b>			
<b>Triệu chứng cơ năng, n (%)</b>			
Đau tại chỗ	23(100,0)	2(100,0)	4(100,0)
Chán ăn	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Đau khớp	2(8,7)	0(0,0)	2(50,0)
Ngứa	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Mệt mỏi	3(13,0)	0(0,0)	1(25,0)

- Người bệnh hồng ban nút, trên lâm sàng ghi nhận các triệu chứng sau:

+ Xuất hiện tổn thương dạng cục – mảng hồng ban, màu đỏ hoặc tím, giới hạn không rõ, đau, kích thước từ 1 - 6cm

+ Vị trí: đối xứng, mặt trước cẳng chân, đùi, cánh tay, cổ, mông, mặt

+ Triệu chứng kèm theo có thể gặp: sốt, mệt mỏi, đau khớp (gối, mắt cá chân), sụt cân, chán ăn.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm cần thiết trong nghiên cứu

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu 42 bệnh nhân gồm: 35 nữ, 7 nam, tỉ lệ nữ/nam là 5:1, tuổi trung bình là 38,9, nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 72 tuổi.

**3.1. Đặc điểm bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM**

**Bảng 1. Phân nhóm bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM (n=42)**

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vô căn	13	31,0
Nghi do liên cầu khuẩn (ASLO/ Dịch họng)	2	4,8
Nghi do lao tiềm ẩn (IGRA dương tính)	23	54,7
Đồng nhiễm LCK và lao tiềm ẩn	4	9,5
<b>Tổng</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Nghiên cứu ghi nhận trong tổng số 42 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 31% các trường hợp bệnh nhân HBN vô căn, các trường hợp xác định bệnh nguyên chiếm 69% gồm nghi do liên cầu khuẩn chiếm 4,8%, nghi do lao tiềm ẩn chiếm tỉ lệ cao nhất 54,7% và đồng nhiễm lao tiềm ẩn, liên cầu khuẩn chiếm tỉ lệ 9,5%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hồng ban nút ban nghi có nguyên nhân**

Sốt	4(17,4)	1(50,0)	2(50,0)
<b>Triệu chứng đi kèm, n (%)</b>			
Khó thở và tiêu chảy	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Loét miệng và tiêu chảy	0(0,0)	0(0,0)	1(25,0)
Loét miệng và nổi hạch	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Loét sinh dục	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Không có	21(91,3)	2(100,0)	3(75,0)
<b>Sang thương, n (%)</b>			
Màng-cục hồng	12(52,2)	0(0,0)	3(75,0)
Màng-cục tím	6(26,1)	1(50,0)	1(25,0)
Màng-cục hồng và tím	5(21,7)	1(50,0)	0(0,0)
<b>Phân bố sang thương, n (%)</b>			
Cẳng chân	22(95,7)	2(100,0)	3(75,0)
Đùi	2(8,7)	0(0,0)	1(25,0)
Mắt cá	9(39,1)	2(100,0)	2(50,0)
Đầu gối	2(8,7)	0(0,0)	1(25,0)
Bẹn bụng	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Tay	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
<b>Số lượng hồng ban nút</b>			
<= 5	18(78,3)	1(50,0)	3(75,0)
>5	5(21,7)	1(50,0)	1(25,0)

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau tại chỗ và sốt.

Các triệu chứng đi kèm ở bệnh nhân mắc HBN nghi do lao tiềm ẩn gồm: loét miệng và nổi hạch, loét sinh dục đều chiếm 4,3%. Ở bệnh nhân HBN nghi do nhiễm cầu khuẩn ko có triệu chứng kèm theo kể trên. Bệnh nhân đồng nhiễm lao tiềm ẩn + liên cầu khuẩn có 1 trường hợp có triệu chứng kèm theo là loét miệng và tiêu chảy chiếm 25%.

Sang thương được đánh giá ở bệnh nhân HBN nghi do lao tiềm ẩn bao gồm cả 3 dạng màng - cục hồng (52,2%), màng - cục tím (26,1%), màng - cục hồng và tím (21,7%), các màng này tập trung tại cẳng chân và mắt cá là

nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 95,7% và 39,1%.

Sang thương được đánh giá ở bệnh nhân HBN nghi do liên cầu khuẩn bao gồm 2 dạng màng - cục tím (50%), màng - cục hồng và tím (50%), các màng này tập trung tại cẳng chân và mắt cá là nhiều nhất với tỉ lệ đều xuất hiện ở cả 2 đối tượng, chiếm 100%.

Sang thương được đánh giá ở bệnh nhân HBN đồng nhiễm lao tiềm ẩn + liên cầu khuẩn bao gồm 2 dạng màng - cục hồng (75%), màng - cục tím (25%), các màng này tập trung tại cẳng chân và mắt cá là nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 75% và 50% các trường hợp.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân hồng nút ban nghi có nguyên nhân

**Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân hồng nút ban nghi có nguyên nhân (lao tiềm ẩn/ LCK/ đồng nhiễm) (n=29).**

	HNB nghi do lao tiềm ẩn (n=23)	HNB nghi do LCK (n=2)	HNB nghi do nhiễm lao tiềm ẩn + LCK (n=4)
<b>Đặc điểm cận lâm sàng</b>			
<b>Hồng cầu, n (%)</b>			
Bình thường	21(91,3)	2(100,0)	4(100,0)
Tăng	2(8,7)	0(0,0)	0(0,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
<b>Tiểu cầu, n (%)</b>			
Bình thường	22(95,7)	2(100,0)	4(100,0)
Tăng	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
<b>Bạch cầu đơn nhân, n (%)</b>			
Bình thường	20(87,0)	1(50,0)	3(75,0)
Tăng	3(13,0)	1(50,0)	1(25,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
<b>Bạch cầu trung tính, n (%)</b>			

Bình thường	22(95,7)	2(100,0)	4(100,0)
Tăng	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
<b>Bạch cầu ái toan, n (%)</b>			
Bình thường	19(82,6)	1(50,0)	2(50,0)
Tăng	1(4,3)	0(0,0)	0(0,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
<b>VS, n (%)</b>			
Bình thường	11(47,8)	1(50,0)	2(50,0)
Tăng	12(52,2)	1(50,0)	2(50,0)
Giảm	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)

Ở bệnh nhân HBN nghi nhiễm lao tiềm ẩn, đặc điểm về tế bào máu có hồng cầu tăng (8,7%), tiểu cầu tăng (4,3%), bạch cầu đơn nhân tăng (13%), bạch cầu trung tính tăng (4,3%), bạch cầu ái toan tăng (4,3%), đáng chú ý tốc độ lắng máu tăng (52,2%).

Ở bệnh nhân HBN nghi nhiễm liên cầu khuẩn, đặc điểm về tế bào máu đa số đều có giá trị bình thường, bạch cầu đơn nhân tăng trong 1

trường hợp (50%), tốc độ lắng máu tăng trong 1 trường hợp (50%)

Ở bệnh nhân HBN đồng nhiễm lao tiềm ẩn + liên cầu khuẩn, đặc điểm về tế bào máu đa số đều có giá trị bình thường, bạch cầu đơn nhân tăng trong 1 trường hợp (25%), tốc độ lắng máu tăng trong 2 trường hợp (50%)

**3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ học và bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút**

**Bảng 4: Một số yếu tố liên quan về dịch tễ học đến bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM (n=42)**

	Chung (n=42) n	Vô căn (n=13) n (%)	Có nguyên nhân (n=29) n (%)	P
<b>Giới tính</b>				
Nam	7	2(28,6)	5(71,4)	1,000*
Nữ	35	11(31,4)	24(68,6)	
<b>Nhóm tuổi</b>				
>= 30	11	2(18,2)	9(81,8)	0,453*
< 30	31	11(35,5)	20(64,5)	
<b>Tiền sử điều trị hồng ban nút</b>				
Có	27	7(25,9)	20(74,1)	0,488*
Không	15	6(40,0)	9(60,0)	
<b>Số lần tái phát</b>				
Lần đầu	15	6(40,0)	9(60,0)	
<= 10 lần	21	6(28,6)	15(71,4)	0,664*
> 10 lần	6	1(16,7)	5(83,3)	
<b>Khoảng cách số lần tái phát</b>				
Lần đầu	15	6(40,0)	9(60,0)	
< 3 tháng	25	7(28,0)	18(72,0)	0,535*
> = 3 tháng	2	0(0,0)	2(100,0)	
<b>Số lượng hồng ban nút</b>				
<= 10	32	10(31,3)	22(68,8)	1,000*
> 10	10	3(30,0)	7(70,0)	
<b>Tiền sử dùng thuốc</b>				
Không dùng	37	12(32,4)	25(67,6)	
Có sử dụng Kháng viêm (Steroid/ Non steroid)	2	0(0,0)	2(100,0)	1,000*
Khác (kháng sinh/ vắc xin..)	3	1(33,3)	2(66,7)	

**IV. BÀN LUẬN**

**- Đặc điểm bệnh căn của bệnh nhân hồng ban nút:** Bệnh hồng ban nút có thể chia thành hai loại chính dựa trên nguyên nhân gây

ra: hồng ban nút nguyên phát hoặc vô căn và hồng ban nút thứ phát khi có nguyên nhân cụ thể. Sau quá trình thu thập dữ liệu và phân tích, chúng tôi ghi nhận có 31% các trường hợp bệnh nhân HBN vô căn, các trường hợp ghi nhận bệnh

nguyên gồm nghi do liên cầu khuẩn chiếm 4,8%, nghi do lao tiềm ẩn chiếm 54,7% và bệnh nhân HBN đồng nhiễm lao tiềm ẩn + liên cầu khuẩn chiếm tỉ lệ 9,5%. Tỉ lệ này có sự khác biệt so với một số báo cáo trước đây. Nghiên cứu được thực hiện trên 100 bệnh nhân HBN của Ali Mert và cộng sự [1] ghi nhận căn nguyên hàng đầu là liên cầu (11%), theo thứ tự giảm dần là lao tiềm ẩn nguyên phát (10%), bệnh Sarcoidosis (10%), hội chứng Behçet (6%), thuốc (5%), bệnh viêm ruột (3%) và mang thai (2%). Theo một nghiên cứu ở 160 bệnh nhân được chẩn đoán HBN của García và cộng sự [2] thì Sarcoidosis và nhiễm trùng đường hô hấp trên không do liên cầu khuẩn là những tình trạng phổ biến nhất liên quan đến HBN thứ phát. Cũng trong một nghiên cứu trên 129 bệnh nhân mắc HBN, theo tác giả Caribier và cộng sự [3] xác nhận rằng có 28% trường hợp nhiễm liên cầu khuẩn, tiếp theo đó là Sarcoidosis chiếm 10,8%, thấp nhất là nhiễm lao tiềm ẩn với tỉ lệ 0,8%, các trường hợp vô căn không tìm thấy nguyên nhân chiếm 55%. Sự khác biệt trong tỉ lệ bệnh căn có thể xuất phát từ cỡ mẫu nhỏ hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

**- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hồng nút ban nghi có nguyên nhân:**

**Nghi do liên cầu khuẩn:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở đối tượng bệnh nhân HBN nghi nhiễm liên cầu khuẩn có triệu chứng cơ năng chiếm ưu thế là đau tại chỗ 100%, tiếp theo đó là sốt chiếm 50% các trường hợp. Đặc điểm sang thương được đánh giá ở bệnh nhân HBN nghi do liên cầu khuẩn bao gồm 2 dạng mảng – cục tím, mảng – cục hồng và tím, các mảng này tập trung tại cẳng chân và mắt cá là nhiều nhất với tỉ lệ đều xuất hiện ở cả 2 đối tượng, chiếm 100%. Trong một nghiên cứu được thực hiện tại Pháp với đa số bệnh nhân nhiễm liên cầu khuẩn ghi nhận đặc điểm lâm sàng là các tổn thương là các cục hồng ban, đối xứng trong mọi trường hợp, tất cả sang thương đều nằm ở chân, cẳng tay trong 6% trường hợp. Các triệu chứng kèm theo xuất hiện ở 40% bệnh nhân có sốt (trên 38°C), đau khớp xảy ra ở 23% bệnh nhân, tiêu chảy xảy ra ở 5,4% [3]. Trong một báo cáo khác của Jones và cộng sự đã chứng minh một trường hợp HBN với các tổn thương ở các chi trên do nhiễm liên cầu khuẩn [4].

**Nghi do lao tiềm ẩn:** Theo tác giả Laborada và cộng sự [5] khi đánh giá trường hợp HBN do lao tiềm ẩn ở một phụ nữ Việt Nam 59 tuổi có tiền sử nổi các cục sưng đỏ và đau ở cẳng chân trong 6 tuần và cục tăng sắc tố mềm

ở hai bên xa chi dưới gần mắt cá chân. Nghiên cứu của tác giả này không ghi nhận có các triệu chứng khác như ho, tiểu khó, mệt mỏi, sốt, khó chịu, đau họng và sụt cân. Ngoài ra, về các xét nghiệm cận lâm sàng, bệnh nhân nữ này có CRP tăng cao gấp đôi so với khoảng tham chiếu [5]. Có sự tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu này, khi các tổn thương tập trung ở cẳng chân, mắt cá và đau. Ngoài ra, một nghiên cứu được thực hiện Pakistan năm 2019 ghi nhận đặc điểm lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân HBN do lao tiềm ẩn là cả hai mắt cá chân đều đỏ, nóng và sưng lên, và các cử động bị hạn chế rõ ràng, các cục hồng ban ở mặt trước xương chày có ranh giới kém, đường kính 1-3 cm. Các xét nghiệm ở đối tượng tham gia nghiên cứu này cho thấy công thức máu bình thường, ngoại trừ tốc độ máu lắng tăng [6]. Với tình trạng lưu hành bệnh lao tiềm ẩn ở nước ta, tỉ lệ mắc bệnh HBN và lao tiềm ẩn có thể có mối tương quan trực tiếp. Những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này nên được các bác sĩ lâm sàng xem xét để loại trừ là nguyên nhân cơ bản ở những bệnh nhân có triệu chứng hồng nút.

**Đồng nhiễm lao tiềm ẩn và liên cầu khuẩn:** Nghiên cứu ghi nhận căn nguyên liên cầu khuẩn và lao tiềm ẩn chiếm tỉ lệ cao nhất trong cỡ mẫu nghiên cứu, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng xuất hiện chủ yếu ở các đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm tổn thương xuất hiện ở cẳng chân 2 bên chiếm 68% số bệnh nhân, các bệnh nhân xuất hiện các cục hồng dưới da mềm chiếm 75,7%. Tuy nhiên về công thức máu giữa 2 báo cáo có sự khác biệt khi nghiên cứu tại Thái Lan ghi nhận công thức máu bạch cầu ái toan tăng 48,5% và bạch cầu trung tính 43,3% [7]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi về bệnh nhân đồng nhiễm chưa đủ lớn để thể hiện sự đa dạng và biến đổi thực sự của các chỉ số máu này. Nhưng dù có sự khác biệt, chúng tôi nhận thấy rằng trong ngữ cảnh của nước ta, một quốc gia có tỉ lệ mắc bệnh lao tiềm ẩn cao, việc có sự đồng nhiễm lao tiềm ẩn và liên cầu khuẩn trong bệnh nhân HBN là khá phổ biến. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này cần được xem xét cẩn thận bởi các bác sĩ lâm sàng để đảm bảo rằng nguyên nhân cơ bản đã được xác định đúng và quyết định điều trị phù hợp được đưa ra.

**- Mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ học và bệnh căn của bệnh nhân hồng nút:** Nhiều nghiên cứu trên thế giới nhận định rằng tuổi, giới và các yếu tố dịch tễ khác có liên quan đến việc mắc và gia tăng tỉ lệ mắc HBN

chung. Theo Cribier và cộng sự [3] cho rằng HBN chủ yếu ảnh hưởng đến phụ nữ ở độ tuổi trẻ, vì 84% bệnh nhân trong nghiên cứu này là phụ nữ và phần lớn đều dưới 30 tuổi. Nghiên cứu của tác giả Gracia và cộng sự [2] cho biết tiền sử điều trị ở bệnh nhân HBN có bệnh tiêu chảy gợi ý sự hiện diện của HBN thứ phát. Ngoài ra, nghiên cứu 10 năm cho thấy những bệnh nhân HBN không tái phát là yếu tố dự báo cho HBN thứ phát [8]. Có thể coi sự khác biệt này là một điểm đáng chú ý và cần thực hiện thêm nghiên cứu với quy mô lớn khảo sát các yếu tố liên quan giữa đặc điểm dịch tễ và căn nguyên của bệnh nhân HBN.

## V. KẾT LUẬN

Mặc dù HBN nói chung là một tình trạng lành tính và tự giới hạn, nhưng nó có thể liên quan đến những bệnh căn khác nhau. Việc xác định và khoanh vùng các bệnh căn nguyên ở bệnh nhân HBN tại Việt Nam là rất quan trọng, nhằm giải quyết vấn đề nguồn gốc, đem lại hiệu quả chữa trị và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. *Clinical and experimental rheumatology*, 2007. 25(4): p. 563.
2. **García-Porrúa, C., et al.,** Erythema nodosum: etiologic and predictive factors in a defined population. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 2000. 43(3): p. 584-592.
3. **Cribier, B., et al.,** Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *International journal of dermatology*, 1998. 37(9): p. 667-672.
4. **Jones, M. and P. de Keyser,** Rash on the arms and legs. *BMJ*, 2015. 351.
5. **Laborada, J. and P.R. Cohen,** Tuberculosis-Associated Erythema Nodosum. *Cureus*, 2021. 13(12): p. e20184.
6. **Rizvi, Z., et al.,** Erythema nodosum: a consequence of tuberculosis. *Cureus*, 2019. 11(5).
7. **Limtong, P., et al.,** Clinicopathological Characteristics Related to Etiologies of Erythema Nodosum: A 10-Year Retrospective Study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 2021: p. 1819-1829.
8. **Mert, A., et al.,** Erythema nodosum: an experience of 10 years. *Scandinavian journal of infectious diseases*, 2004. 36(6-7): p. 424-427.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM CORTICOID XUYÊN MÀNG NHỈ Ở BỆNH NHÂN ĐİẾC ĐỘT NGỘT TYPE E

Nguyễn Thị Hồng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tố Uyên<sup>1</sup>

### IDIOPATHIC SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS TYPE E

Idopathic sudden sensorineural hearing loss type E has a poor prognosis for recovery, and there is still controversy in treatment. Intratympanic corticosteroid is considered as an initial or combined treatment for SSNHL. We conducted a study on 62 patients diagnosed idopathic sudden sensorineural hearing loss type E and received intratympanic corticosteroid in treatment. Evaluate clinical characteristics, pure-tone audiometry and treatment outcomes. The mean post-treatment pure-tone average (PTA) threshold was 93.73 ± 23.6 dB. The rate of no improvement after treatment is the highest (82.3%), followed by slight improvement at 11.3%, partial recovery at 4.8%, and complete recovery at 1.6%. After intratympanic, patients usually have no complications (83.9%).

**Keywords:** Sudden sensorineural hearing loss, SSNHL, profound idiopathic sudden sensorineural hearing loss, intratympanic corticosteroid.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghe kém đột ngột là một cấp cứu thường gặp trong chuyên ngành Tai mũi họng. Về định nghĩa, phần lớn các tác giả thống nhất: Nghe kém đột ngột là một nghe kém tiếp nhận vô căn trên 30 dB ở ít nhất 3 tần số liên tiếp, xảy ra một

### TÓM TẮT

Điếc đột ngột type E có tiên lượng phục hồi kém. Phác đồ điều trị của bệnh còn nhiều tranh cãi. Phương pháp tiêm corticoid xuyên màng nhĩ được xem là điều trị ban đầu hoặc kết hợp trong điều trị. Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán ĐİẾC ĐỘT NGỘT type E trong phác đồ có sử dụng corticoid tiêm xuyên màng nhĩ. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, thính lực đồ, kết quả điều trị. Ngưỡng PTA trung bình sau điều trị là 93.73 ± 23.6 dB. Tỷ lệ không cải thiện sức nghe sau điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất (82.3%), cải thiện nhẹ chiếm 11.3%, cải thiện một phần chiếm 4.8% và cải thiện hoàn toàn chiếm 1.6%. Bệnh nhân sau tiêm thường không có biến chứng gì (83.9%).

**Từ khóa:** Nghe kém đột ngột, SSNHL, đİẾC ĐỘT NGỘT, tiêm corticoid xuyên màng nhĩ.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF INTRATYMPANIC CORTICOSTEROID FOR TREATMENT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: nthk113@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023