

Cần nhắc nhở người bệnh tuân thủ chế độ ăn, chế độ pha thuốc, thời gian ngừng uống nước trước giờ nội soi để đảm bảo hiệu quả làm sạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa, tr.59-215.
2. **Đào Việt Hằng, Lê Quang Hưng, Đào Việt Quân** (2021) "Đánh giá mức độ làm sạch đại tràng trên bệnh nhân nội soi đại tràng toàn bộ sử dụng ứng dụng (app) hỗ trợ chuẩn bị đại tràng trên điện thoại thông minh". Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), tr. 57-62.
3. **Mai Trọng Khoa** (2014) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.14-95.
4. **Phòng khám Đa khoa Đại Phước Chuẩn bị**

- trước nội soi đại tràng, <http://phongkhamdaiphuoc.vn/bai-viet/chuan-bi-truoc-noi-soi-dai-trang>, truy cập ngày 10/1/2023.
5. **Cimcegi Preparaciones para estudios para estudios de fluoroscopia, Cimcegi**, <https://cimcegi.com/preparaciones-para-estudios/>, accessed on 21/02/2023.
 6. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A.** (2018) "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". CA: a cancer journal for clinicians, 68 (6), 394-424.
 7. **Sengkang General Hospital Bowel Preparation, Sengkang General Hospital**, <https://www.skh.com.sg/patient-care/colonoscopy/bowel-preparation>, accessed on 23/02/2023.

PHỔ BỆNH VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG CÓ HẠ NATRI MÁU DO TỔN THƯƠNG VÙNG GIAN NÃO

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Nguyễn Công Tấn¹, Nguyễn Thị Mai Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD) là bệnh viêm tự miễn của hệ thần kinh trung ương, thường xảy ra ở người trẻ tuổi, do kháng thể kháng aquaporin 4 gây tổn thương ở dây thị giác, tủy sống và não. Chẩn đoán sớm những ca bệnh không điển hình khi chỉ tổn thương não đơn thuần vẫn là những thách thức lớn. **Báo cáo ca bệnh:** bệnh nhân nữ 16 tuổi, được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 15/6/2021 đến ngày 7/7/2021 ra viện, bị bệnh lần đầu cách vào viện 1 tuần. Bệnh khởi phát cấp tính với nôn, rối loạn ý thức, ngủ rũ, rối loạn tâm thần, hạ natri máu (lần đầu 105mmol/l), cộng hưởng từ não có tổn thương vùng gian não, dịch tủy tăng tế bào 40 bạch cầu/mm³ chủ yếu lympho bào và IgG- AQP4(+). Sau khi được chẩn đoán và điều trị bệnh nhân hồi phục tốt. **Kết luận:** Bệnh NMOSD là rối loạn hiếm gặp, lâm sàng không điển hình nhưng cộng hưởng từ có hình ảnh tổn thương đặc trưng của NMOSD, cần xét nghiệm IgG-NMO và điều trị sớm để hạn chế di chứng cho người bệnh. **Từ khóa:** Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, IgG-AQP4, Cộng hưởng từ não.

SUMMARY

NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER: CLINICAL CASE REPORT WITH HYPONATREMIA DUE TO DAMAGE TO THE DIENCEPHALON

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

Background: Neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) is an autoimmune inflammatory disease of the central nervous system, often occurring in young people. The anti-aquaporin 4 antibodies cause damage to the optic nerve, spinal cord, and brain. Early diagnosis of atypical cases that it's only damage the brain remains a major challenge. **Case report:** A 16-year-old female patient was treated at the Intensive Care Center of Bach Mai Hospital from June 15, 2021, to July 7, 2021, and discharged from the hospital. Her first illness occurred one week before admission to the hospital. The disease has an acute onset with vomiting, consciousness disorders, narcolepsy, mental disorders, hyponatremia (first time 105 mmol/l), brain magnetic resonance with damage to the diencephalon, and in the cerebrospinal fluid, there are 40 white cells/mm³, increased mainly lymphocytes, and IgG-AQP4 (+). After diagnosis and treatment, the patient recovered well. **Conclusion:** NMOSD is a rare disorder and thoroughly atypical, but magnetic resonance imaging has characteristic lesions of NMOSD, requiring IgG-NMO testing and early treatment to limit sequelae for the patient.

Keywords: Neuromyelitis optica spectrum, IgG-AQP4, brain magnetic resonance image

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis optica-NMO) là một rối loạn viêm của hệ thần kinh trung ương, đặc trưng bởi tổn thương mất myelin và sợi trục, đáp ứng qua trung gian miễn dịch, tác động chủ yếu đến dây thần kinh thị giác và cột tủy. Trong bệnh NMO và phổ bệnh của viêm tủy thị thần kinh (Neuromyelitis optica spectrum disorders- NMOSD) có kháng thể đặc hiệu của kháng nguyên đích (aquaporin 4, kênh ư nước ở chỗ tận cùng chân của tế bào hình

saos) là kháng thể kháng aquaporin 4 (IgG-AQP4), có độ đặc hiệu cao trong bệnh viêm tủy thị thần kinh. Đây là điểm khác biệt so với bệnh xơ cứng rải rác, nó tập trung nhiều ở tiểu thể thần kinh đệm, ở màng mềm, lớp màng não tủy, dưới màng nuôi xuyên qua mạch máu bao quanh khoang Virchow-Robinson, cấu trúc liên quan đến hàng rào máu não.¹⁻³ Tổn thương của NMOSD, ngoài tổn thương chủ yếu ở tủy sống và dây thần kinh thị giác còn có thể tổn thương ở thần não, gian não, cả ở não.¹

Tỷ lệ hiện mắc của NMOSD ở vùng Caribe - châu Phi 10/100.000 dân, nước Úc và New Zealand 0,7/100000 dân. bệnh gặp nhiều ở nữ giới 2,3-7,6 nữ/ 1 nam, và lứa tuổi bị bệnh khoảng 30-39 tuổi (Ấn độ), từ 40-59 tuổi ở Catalonia và Hungary.⁴ Bệnh thường gặp ở những người đang tuổi lao động, để lại những di chứng thần kinh nặng nề như liệt vận động và mù mắt, vì thế ảnh hưởng rất lớn đến kinh tế, xã hội của bệnh nhân và gia đình của họ.

Ở Việt Nam trong khoảng 5 năm gần đây, xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4 mới được đề cập, và phải gửi đến phòng xét nghiệm ở Hàn quốc thì phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh mới dần dần được biết đến nhiều hơn, nhưng thời gian cho kết quả lâu khoảng 10 ngày. Tuy nhiên tiêu chuẩn chẩn đoán NMOSD 2015 đã được thế giới đồng thuận giúp cập nhật chẩn đoán trong trường hợp AQP4 dương tính hoặc chưa có kết quả.

Mục tiêu: Báo cáo ca lâm sàng bệnh phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh có hạ natri máu do tổn thương vùng gian não.

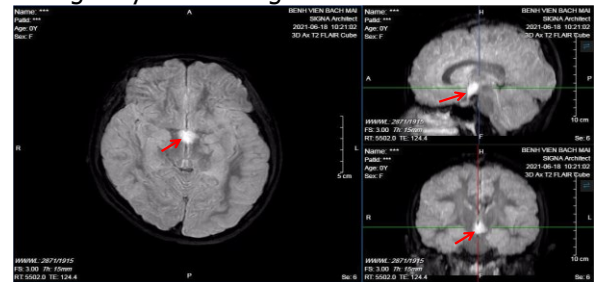
II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Thị H., nữ giới, 16 tuổi, nhập bệnh viện Bạch Mai ngày thứ 6 của bệnh, tại đơn vị Hồi sức tích cực (ICU) ngày 15/06/2021. Lí do vào viện bệnh nhân hôn mê. Ngày 11/6/2021 khởi phát tự nhiên nôn nhiều, mệt, ý thức đi vào lú lẫn, kích thích vật vã, la hét. 3 ngày sau bệnh nhân kích thích nhiều, lú lẫn, cộng hưởng từ (MRI) não và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (tại bệnh viện tỉnh Bắc Giang) chưa phát hiện bất thường. Tiền sử trước đó 10 ngày bệnh nhân bị những mụn zola vùng ngực, lưng, mạn sườn trái ngứa đau, rát, được điều trị tại cơ sở tổn thương đã khô vảy. Khám bệnh lúc vào viện: Điểm Glasgow 13 điểm, có lúc ngủ rũ, khám thần kinh: không liệt vận động và thần kinh sọ não, đồng tử 2 bên đều 3 mm, còn phản xạ ánh sáng, không có dấu hiệu Babinski, không có hội chứng tiểu não, gáy mềm, không rối loạn

nuốt, tiểu tiện có lúc không tự chủ kiểu đái dầm, nhưng có loạn thần, tư thế giữ nguyên dáng, kích thích la hét. Khám nội khoa chưa thấy gì đặc biệt, HA 110/70mmHg, SpO2 98%, nhịp tim đều 74 lần / phút, CVP 1 cm H2O. Cân nặng 40 kg. Xét nghiệm tại bệnh viện Bạch Mai ngày thứ 6 của bệnh: Glucose máu 5,1 mmol/l; Na⁺ 110mmol/l; K⁺ 3,21 mmol/l; Cl⁻ 80,7 mmol/l; áp lực thẩm thấu máu (ALTT) máu 230 mOsm/kg, ALTT niệu 301 mOsm/kg, ure máu/ creatinin máu 2,9/56, creatinin niệu 1,48 mmol/l, natri niệu 37 mmol/l, Protein máu: 64.5 g/L; Albumin 42.2g/L; TSH: 3.83 (uU/mL), Cortisol: 467 (nmol/L); ACTH 5,55 pg/ml; Aldosterol 2.54 ng/dL, protein niệu âm tính. PCR herpes, lao, HIV, HCV Ab, HBsAg âm tính; Test nhanh Influenza virus A, B và Sarcovid 2: Âm tính.

Dịch não tủy: 17/06/2021: màu trong, áp lực bình thường, Bạch cầu 40 tế bào/mm³, Trung tính 30%, Lympho 70%, protein 0.25g/l, Glucose 4.9 mmol/l; Clo 108 mmol/l; nuôi cấy vi khuẩn dịch não tủy âm tính;

MRI não tổn thương vùng gian não 2 bên (tăng tín hiệu trên xung T2 FLAIR-hình dưới chỗ mũi tên đỏ). Cộng hưởng từ tủy cổ và thân não không thấy bất thường.



Hình ảnh tổn thương vùng gian não

Bệnh nhân được chẩn đoán khi vào viện là rối loạn ý thức do hạ natri máu, xử trí truyền Natriclorua 3% nhưng hồi phục điện giải chậm. Sau 2 tuần bệnh nhân được chẩn đoán NMOSD, và điều trị Solumedrol 0,5 g /ngày trong 5 ngày liên tiếp, bệnh nhân tình hoàn toàn còn rối loạn tâm thần nhẹ, đi lại bình thường, Natri máu trở về bình thường, điều trị thêm olanzapin 5 mg tối uống 1 viên, bệnh nhân ổn định loạn thần, xét nghiệm IgG-AQP4 (+).

III. BÀN LUẬN

Bệnh nhân có hạ natri máu: Xét nghiệm áp lực thẩm thấu máu giảm 230 mOsm/kg < 275, áp lực thẩm thấu niệu (301 mOsm/kg >100) tăng, natri niệu (37 mmol/l >30), không có suy tuyến thượng thận, tuyến giáp, tuyến yên, không suy thận, không sử dụng thuốc lợi tiểu, đường

máu bình thường. Vì vậy bệnh nhân được chẩn đoán hạ natri máu do giảm thể tích do toan ống thận, nôn và mất muối não.⁵ Bệnh nhân được truyền muối ưu trương nhưng natri máu chậm trở về bình thường, các xét nghiệm không tìm thấy nguyên nhân điển hình gây hạ natri máu.

Sau 2 tuần bệnh nhân được chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh vì một số lý do: sau khi được hội chẩn bác sĩ chuyên khoa thần kinh thấy bệnh nhân có triệu chứng nôn, có tình trạng ngủ rũ, kích thích vật vã, la hét, liệu đây có phải hội chứng gian não cấp là 1/6 tiêu chuẩn lâm sàng chính trong tiêu chuẩn quốc tế chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh.¹ Chúng tôi đối chiếu tiêu chuẩn quốc tế theo Wingerchuk 2015. Đặc điểm lâm sàng chính gồm:

1. Viêm thị thần kinh
2. Viêm tủy cấp
3. Khu vực gây nôn (Area postrema syndrome) với những giai đoạn nôn hoặc buồn nôn và nôn không giải thích được.
4. Hội chứng thần não cấp
5. Triệu chứng ngủ rũ hoặc hội chứng lâm sàng vùng gian não cấp tính với tổn thương điển hình của NMOSD ở vùng gian não trên cộng hưởng từ.
6. Hội chứng có các triệu chứng tương ứng với tổn thương não điển hình của NMOSD.

Kết hợp cộng hưởng từ (hình trên, vị trí mũi tên) có tổn thương khu vực gian não, không thấy tổn thương khác, chúng tôi nghĩ đây là hình ảnh của bệnh cảnh phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, cho xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4 và quyết định cho điều trị ngay solumedrol 0,5g/ngày x 5 ngày. Sau 5 ngày bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, natri máu về bình thường, chỉ còn loạn thần và bệnh nhân được uống olanzapin thì ổn định. Chúng tôi làm xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4 tại Green Cross Laboratories. Address 107, Ihyeonro 30beon-gil, Giheng-gu, Yongin-Si, Gyeonggi-do, Korea. Tell +82-31-280-9908. Bệnh phẩm là huyết thanh. Phương pháp miễn dịch huỳnh quang gián tiếp. Thuốc thử: Anti-Aquaporin-4 IIFT (Euroimmun). Thông qua phòng xét nghiệm kỹ thuật cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Do vậy sau 10 ngày mới có kết quả IgG-Aquaporin 4 (+). Kháng thể kháng aquaporin 4 là một tự kháng thể đặc hiệu trong viêm tủy thị thần kinh, nó liên kết tại hoặc gần hàng rào máu não quanh hệ thống não thất, nó là bằng chứng chứng tỏ những tổn thương mất myelin đang hoạt động trong phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh.^{1,2} Trong tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế NMOSD, nếu IgG NMO dương tính thì chỉ

cần có thêm 1/6 tiêu chuẩn lâm sàng chính đủ để chẩn đoán NMOSD.¹

Chúng tôi đã làm những xét nghiệm khác để tìm xem những bệnh tự miễn khác kèm theo như bệnh tuyến giáp, lupus,.. nhưng đều cho kết quả âm tính. Đồng thời không nghĩ đến xơ cứng rải rác vì chưa đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương có tính chất rải rác theo không gian và thời gian.³ Dịch não tủy của bệnh nhân có màu trong, áp lực bình thường, protein 0,25g/l, có tăng 40 bạch cầu/mm³ (70% bạch cầu lympho), nuôi cấy dịch não tủy tìm vi khuẩn đều âm tính, những bằng chứng tăng nhẹ tế bào trong dịch tủy này càng chứng tỏ thêm vào yếu tố viêm của hệ thần kinh trung ương. Ngoài ra, những xét nghiệm về lao, herpes, virus khác, vi khuẩn cũng như các bệnh tự miễn khác đều cho kết quả âm tính. Theo nghiên cứu của Alvarez và cs năm 2018 có đến 38,7% người bệnh NMOSD cùng mắc những bệnh tự miễn khác như lupus, Sjögren, viêm khớp dạng thấp, kháng thể kháng nhân ANA và kháng Ds DNA.⁶

Đối chiếu với tiêu chuẩn chẩn đoán NMOSD có IgG AQP4(+) và có 1/6 tiêu chuẩn chính, đã loại trừ bệnh khác, hơn nữa càng khẳng định ở bệnh nhân trước đó nhiễm zola. Theo Wang và cs năm 2023 nghiên cứu 215 BN NMOSD thấy nhiễm virus herpes simplex và varicella-zoster trước khi mắc liên quan chặt chẽ với NMOSD có kháng thể kháng aquaporin 4 dương tính với $p < 0,001$.⁷ Một số nghiên cứu chỉ ra nhiễm khuẩn có thể hoạt hóa đợt viêm bằng cách tăng IL-6 trong dịch tủy, mà nó thúc đẩy tạo kháng thể kháng aquaporin 4 từ nguyên tương bào.⁷

Trên hình ảnh cộng hưởng từ não có tổn thương quanh màng não thất, vùng gian não, dưới đồi thị, đây là vùng tổn thương hiếm gặp MS. Theo Pittock (2006) những tổn thương dưới đồi, gian não và thân não có đặc tính xuất hiện liên quan nhiều đến viêm tủy thị thần kinh.⁸ Tổn thương vùng dưới đồi được báo cáo 5% trong số NMO ở Mỹ,⁸ 5,3% ở Nhật bản.⁹ Tổn thương vùng dưới đồi gặp 13,3% ở bệnh nhân MS nhưng tổn thương thường nhỏ, có hình tam giác hoặc hình thùy trong khi NMOSD tổn thương có xu hướng lan rộng hơn.⁹ Một số báo cáo đã mô tả tổn thương vùng dưới đồi, gian não kèm những triệu chứng khác nhau ở bệnh nhân có IgG-AQP4(+) bao gồm hội chứng SIADH (syndromes of inappropriate antidiuretic hormone secretion, ngủ rũ (narcolepsy), hạ thân nhiệt, hạ huyết áp, ngủ lịm, béo phì.¹⁰

Điển hình tổn thương trong NMOSD là những tổn thương mất myelin ở dây thần kinh thị giác

và tủy sống gây viêm thị thần kinh và viêm tủy cấp. Tổn thương cộng hưởng từ tủy sống thường dài trên 3 đốt sống và ưu thế ở vùng trung tâm tủy. Tổn thương dây thần kinh thị giác trên cộng hưởng từ thường tăng tín hiệu trên T2, tổn thương ở giao thoa thị giác và tổn thương ngấm thuốc đối quang từ dài trên 1/2 chiều dài dây thần kinh thị giác từ ổ mắt đến chéo thị giác.¹ Trên bệnh nhân này tổn thương trên cộng hưởng từ não không thường gặp và bệnh nhân đến viện với những triệu chứng không điển hình thường gặp của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, do vậy ban đầu chẩn đoán còn khó khăn. NMOSD có những biểu hiện đầu tiên không phải tổn thương ở dây thần kinh thị giác và tủy sống là rất dễ chẩn đoán nhầm ở giai đoạn đầu của bệnh và những dữ liệu đầy đủ về những biểu hiện này trong bệnh NMOSD còn hạn chế.¹⁰

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân trẻ tuổi có hạ natri máu cấp tính, kèm rối loạn ý thức, ngủ rũ, rối loạn tâm thần, cần được kiểm tra cộng hưởng từ não tìm tổn thương vùng gian não và xét nghiệm kháng thể kháng aquaporin 4 để bệnh nhân được chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, hạn chế di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al.** International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology* 2015; 85(2): 177-89.
2. **Lennon VA, Wingerchuk DM, Kryzer TJ, et**

- al. A serum autoantibody marker of neuromyelitis optica: distinction from multiple sclerosis. *Lancet* 2004; 364(9451): 2106-12.
3. **Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, et al.** Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol* 2018; 17(2): 162-73.
4. **Papp V, Magyari M, Aktas O, et al.** Worldwide Incidence and Prevalence of Neuromyelitis Optica: A Systematic Review. *Neurology* 2021; 96(2): 59-77.
5. **Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, et al.** Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. *Eur J Endocrinol* 2014; 170(3): G1-47.
6. **Alvarez RM, Leon ZS, Cuascut F, et al.** Rheumatic Diseases Associated with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders (NMOSD): Prevalence, Clinical, Laboratory and Imaging Characteristics [abstract]. *Arthritis Rheumatol.* 2018; 70 (suppl 9).
7. **Wang L, Zhou L, Zhang Bao J, et al.** Causal associations between prodromal infection and neuromyelitis optica spectrum disorder: A Mendelian randomization study. *Eur J Neurol* 2023; 30(12): 3819-27.
8. **Pittock SJ, Weinschenker BG, Lucchinetti CF, Wingerchuk DM, Corboy JR, Lennon VA.** Neuromyelitis optica brain lesions localized at sites of high aquaporin 4 expression. *Arch Neurol* 2006; 63(7): 964-8.
9. **Nakashima I, Fujihara K, Miyazawa I, et al.** Clinical and MRI features of Japanese patients with multiple sclerosis positive for NMO-IgG. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(9): 1073-5.
10. **Suzuki K, Nakamura T, Hashimoto K, et al.** Hypothermia, hypotension, hypersomnia, and obesity associated with hypothalamic lesions in a patient positive for the anti-aquaporin 4 antibody: a case report and literature review. *Arch Neurol* 2012; 69(10): 1355-9.

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN UNG THƯ CÓ SỐT HẠ BẠCH CẦU NGHIÊM TRỌNG TRONG THỰC HÀNH LÂM SÀNG TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức¹, Nguyễn Hồng Kiên¹, Nguyễn Thu Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốt hạ bạch cầu hạt trung tính có nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán sốt giảm bạch cầu hạt trung tính có nhiễm khuẩn huyết từ tháng 10/2019

đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 45,16 ± 23,78, tỉ lệ nam/ nữ là 1.6/1, 88.6% liên quan đến hóa trị, 70.5% bệnh nhân có ung thư tạng đặc, 29.5% ung thư hệ tạo huyết. Triệu chứng da niêm mạc, tiêu hóa và hô hấp là rất thường gặp (70-80%). Giảm bạch cầu hạt mức độ nặng (độ III,IV) là chủ yếu với 84.1%. Chỉ số procalcitonin tăng cao (trung bình 34,87 ± 43,96) nhưng không rõ mối liên quan đến tỉ lệ tử vong. Kết quả nuôi cấy có 68.2% âm tính giả, dương tính vi khuẩn gram âm và dương ngang nhau (13.6%), nấm men gặp 4.5%. **Kết luận:** Sốt hạ bạch cầu hạt có nhiễm trùng huyết của ung thư tạng đặc cao hơn ung thư hệ tạo huyết, hầu hết đi kèm hóa trị. Triệu chứng thường gặp ở da niêm mạc, tiêu hóa và hô hấp. Chỉ số bạch cầu thường giảm mức độ nặng. Kết quả cấy máu dương tính thấp, gặp cả vi khuẩn Gram âm, Gram dương và nấm men.

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Phương

Email: phuongtit@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024