

NHẬN XÉT LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ 36 TRƯỜNG HỢP VIÊM NÃO NHẬT BẢN B TẠI KHOA NHI BVĐKTT AN GIANG

BS PHẠM VĂN KIÊM, BS NGUYỄN NGỌC RẠNG

Viêm não Nhật Bản (VNNBB) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính gây ra bởi một loại siêu vi trùng thuộc nhóm Arbovirus có tên là virus viêm não Nhật Bản. Virus lây truyền qua người nhờ trung gian của loại côn trùng tiết tấu là muỗi. Bệnh có thể xảy ra rải rác hay thành dịch.

VNNBB lưu hành ở các nước trong vùng Đông Á, Nam Á, và Đông Nam Á. Hàng năm trên thế giới có khoảng 50.000 trường hợp mới mắc và 15.000 trường hợp tử vong (Hinson và Tyor, 2001).

Ở Việt Nam, VNNBB đã ghi nhận từ năm 1960 ở miền Bắc với tỷ lệ mắc bệnh hằng năm từ 6 – 10:100.000 dân với tỷ lệ tử vong từ 5,7% - 28,5%. Tại Viện Nhi Hà Nội, từ năm 1995 đến nay, mỗi năm có 300-500 trường hợp được chẩn đoán là viêm não nhập viện, trong đó VNNBB chiếm từ 40-80% (Phạm thị Sửu, 2003). Tại miền Nam viêm não do vi rút xảy ra rải rác quanh năm, số mắc cao nhất vào năm 1980 với tỷ lệ 4,95:100.000 dân và tỷ lệ tử vong 27,46%, thường tập trung nhiều ở đồng bằng sông Cửu Long. Tại BV Nhi Đồng 1, TP HCM hàng năm có khoảng 250 nhập viện vì viêm não cấp trong đó 58% là do VNNBB (Trương Hữu Khanh, 2003).

Các dấu hiệu lâm sàng của VNNBB gồm: sốt, nhức đầu, nôn, ói mửa, rối loạn ý thức và co giật. Một số trường hợp có dấu hiệu liệt mềm cấp hoặc các biểu hiện ngoại tháp (Hinson và Tyor, 2001; Gondimm, 2002). Khoảng 1/3 trường hợp tử vong và 50% có di chứng thần kinh.

Mục đích của nghiên cứu này là xác định tỉ lệ VNNBB và mô tả các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của VNNBB tại khoa Nhi BV An Giang.

VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP:

Hồi cứu tất cả các bệnh án được chẩn đoán viêm não từ tháng 1/2001 đến tháng 6/2003. Chẩn đoán xác định VNNBB dựa vào xét nghiệm Mac Elisa phát hiện kháng thể IgM trong dịch não tủy. Ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị, số bệnh nhân di chứng và tử vong.

KẾT QUẢ

Trong 2 năm rưỡi từ tháng 1/2001 đến tháng 6/2003 có 79 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm não cấp, trong đó có 36 trường hợp có kháng thể IgM VNNBB dương tính trong dịch não tủy, chiếm tỉ lệ 45,5%.

Đặc điểm chung:

Bảng 1. Tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỉ lệ%
-----------	---------------	--------

0-2	5	13,9
3-5	13	36,1
6-8	10	27,8
9-11	3	8,3
12-14	5	13,9

+ Đa số VNNBB gặp ở trẻ em từ 3-8 tuổi, chiếm 64%

Giới: Nam 25 (69,4%) Nữ 11 (30,6%)

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số TH	Tỉ lệ%
Lơ mơ hoặc hôn mê	18	50,0
Nôn ói	7	19,4
Cơ giật	6	16,7
Đau đầu	3	8,3
Tiêu chảy	1	2,8
Đột quỵ	1	2,8

Bảng 3. Các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	Số TH	Tỉ lệ%
Sốt	30	83,3
Đau đầu	22	61,1
Nôn ói	18	50,0
Tiêu chảy	1	2,8
Cơ giật	18	50,0
Rối loạn tri giác		
Lơ mơ	16	44,4
Hôn mê	8	22,2
Dấu màng não	19	52,8
Liệt chi		
Liệt cứng	8	22,2
Liệt mềm	1	2,8

Bảng 4. Số lượng và công thức bạch cầu:

Bạch cầu/mm ³	Số TH	Tỉ lệ
<10.000	2	5,5
10.000-14.000	4	11,1
15.000-19.000	7	19,4
>20.000	23	63,9

+ Đa số các trường hợp có số lượng bạch cầu >15.000/cm³ (83,3%)

Bảng 5. Số lượng bạch cầu máu

	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
Bạch cầu	23.608	9.786	9.500	49.100
Neutrophil	77,7%	14,7%	31,0%	93,3%
Lymphocyte	16,2%	11,1%	5,5%	59,0%

+ Số lượng Bạch cầu rất cao trong VNNBB, đa số là Neutrophile

Bảng 6. Kết quả dịch não tủy

	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
Tế bào/mm ³	190	195	2	836
Protein (mg/dl)	89	74	10	300
Glucose (mm/L)	4,1	1,6	2,0	9,0

+ Số lượng tế bào và protein tăng cao, lượng glucose bình thường trong DNT.

Bảng 7. Các xét nghiệm khác

	Số TH	Tỉ lệ
Hạ Natri máu	18	50,0
CRP >7mg/dl	19	52,8

Bảng 8. Điều trị

	Số TH	Tỉ lệ%
Mannitol	18	50,0
Dexamethasone	29	80,5
Diazepam	7	19,4
Sonde nuôi ăn	17	47,2

Bảng 9. Thời gian điều trị

Thời gian(ngày)	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa
-----------------	------------	----	-----------	--------

TG cắt sốt	3,9	2,9	1	11
TG phục hồi tri giác	3,9	2,7	1	10
TG nằm viện	13,3	5,2	1	26

Bảng 10. Kết quả điều trị

Tình trạng ra viện	Số TH	Ti lệ
Khỏi	28	77,7
Dư chứng TK*	6	16,7
Tử vong	2	5,5

* Lúc ra viện

BÀN LUẬN:

Số bệnh nhi nhập viện vì viêm não cấp vào BV tỉnh An Giang không nhiều, trung bình mỗi năm chỉ có 35 trường hợp, tuy nhiên 45% các trường hợp này là VNNBB. Tỷ lệ này cũng tương tự như các tỉnh và thành phố khác tại miền Nam như TP HCM, Đồng Nai, Vĩnh Long, Châu Đốc (T.H Khanh, 2003; N.T. Nhân và N.T. Nghĩa, 2003; T.K Hoàng và P.H. Danh, 2002; L. D. Huy và CS, 2000). Đa số bệnh nhi nhập viện khi đã có dấu hiệu nặng, lý do nhập viện vì mê và co giật chiếm 67%, đặc biệt có một bệnh nhi gái 8 tuổi nhập viện với dấu hiệu đột quỵ giống như tai biến mạch máu não nhưng không có dấu hiệu xuất huyết trên hình ảnh chụp vi tính cắt lớp. Ngoài ra có một em bé 5 tháng tuổi nhập viện vì tiêu chảy cấp.

Các dấu hiệu lâm sàng trong thời kỳ toàn phát gồm có nhức đầu (61%), nôn ói (50%), lơ mơ và hôn mê (67%), co giật (50%), dấu màng não (53%) và liệt chi (25%) cũng tương tự như nhận xét của các tác giả khác (Hinson and Tyor, 2002, Poneprasert, 1989; N.T Nhân và N.T. Nghĩa, 2003). Tuy nhiên, dấu hiệu liệt mềm cấp rất ít gặp (2,8%) trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi so với nhận xét của Solomon và CS (1998) báo cáo các trường hợp liệt mềm cấp ở trẻ em do VNNBB tại BV Chợ quán.

Trong các dấu hiệu cận lâm sàng, đặc biệt bạch cầu trong máu tăng rất nhiều, số lượng bạch cầu trung bình là $23.608 \pm 9.786/\text{mm}^3$. Hơn 83% bệnh nhi VNNBB có bạch cầu trong máu lớn hơn $15.000/\text{mm}^3$ và đa số là đa nhân trung tính (77,7%). Điều này khác với mô tả kinh điển trong viêm não do vi rút nhưng phù hợp với nhận xét của tác giả Poneprasert (1989) khi nghiên cứu các trường hợp VNNBB tại Thái Lan là 81% có bạch cầu tăng cao và đa số là đa nhân trung tính. Nhận xét này cũng tương tự như báo cáo của Trần Kim Hoàng và Phạm Hoài Danh (2002) các trường hợp VNNBB tại BV Vĩnh Long có bạch cầu trung bình là $17.504/\text{mm}^3$. Một nhận xét khác của Nguyễn hữu Châu Thuận (2001) là công thức bạch cầu không có giá trị phân biệt giữa viêm màng não do vi rút với viêm màng não mủ.

Về xét nghiệm dịch não tủy, tất cả các trường hợp đều có dịch não tủy trong, số tế bào tăng vừa ($190 \pm 195/\text{mm}^3$), lượng protein cũng tăng vừa ($89 \pm 74\text{mg/dl}$) và lượng đường dịch não tủy trong giới hạn bình thường ($4,1 \pm 1,6 \text{ mmol/l}$). Điều này phù hợp với mô tả trong y văn và các nghiên cứu trong và ngoài nước khác.

Về xét nghiệm ion đồ, tất cả các trường hợp đều có calcium máu bình thường, chỉ có một bệnh nhi 5 tháng tuổi có kali máu cao (7mEq/l) và tử vong sau 3 giờ nhập viện. Natri máu hạ trong phân nửa các trường hợp VNNBB. Ngoài ra 50% có CRP dương tính ($\geq 7\text{mg/dl}$).

Nói chung, nếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, lượng bạch cầu trong máu và CRP trong nghiên cứu này rất khó chẩn đoán phân biệt giữa VNNBB và viêm màng não mủ và gây khó khăn cho thầy thuốc khi quyết định sử dụng kháng sinh trong điều trị.

Điều trị VNNBB chủ yếu là điều trị triệu chứng, nghiên cứu trên một số ít bệnh nhân, Harinasuta và CS cho rằng interferon- α giúp cải thiện tốt lâm sàng và dư chứng. Tuy nhiên qua nghiên cứu mù đôi, có đối chứng tại BV Chợ Quán của Solomon và CS (2003) thì chưa thấy giá trị điều trị của interferon- α .

Chúng tôi điều trị theo phác đồ chuẩn của Bộ Y tế gồm bồi phụ nước điện giải, nâng đỡ thể trạng, chống suy hô hấp, chống co giật và chống phù não. Phân nửa bệnh nhi được cho mannitol và đặt sonde nuôi ăn, 19% có chống giật bằng diazepam.

Thời gian cắt sốt, phục hồi tri giác và thời gian nằm viện cũng tương tự như báo cáo VNNBB ở BV Đồng Nai (N.T. Nhân và N.T. Nghĩa, 2003). Tỷ lệ khỏi bệnh, dư chứng và tử vong của chúng tôi cũng tương tự như vậy. Tuy nhiên chúng tôi không theo dõi được bệnh nhân sau khi ra viện nên tỉ lệ dư chứng này còn thấp so với thực tế.

KẾT LUẬN:

VNNBB thường chiếm phân nửa các trường hợp viêm não cấp nhập viện. Việc chẩn đoán phân biệt với viêm màng não mủ còn gặp khó khăn do các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm không điển hình. Bệnh có tỉ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao. Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho nên việc tiêm phòng VNNBB cho trẻ em là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Trương Hữu Khanh. Tần xuất, dịch tễ viêm não cấp và viêm não nhật bản tại khoa Nhiễm BV Nhi Đồng I, Kỷ yếu hội nghị Nhi khoa các tỉnh phía Nam lần VI, 2001, tr. 40-46.

Trần Kim Hoàng và Phạm Hoài Danh, 2002, Tình hình viêm não cấp và viêm não Nhật Bản B tại Vĩnh Long, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học, Hội nghị khoa học công nghệ Dân Quân Y đồng bằng sông Cửu Long lần 4, An Giang, 2002, tr. 101-105.

Lưu Đức Huy, Salayman, Lê Minh An, Châu Hữu Hầu, Chẩn đoán viêm não nhật bản trẻ em tại khu vực Châu Đốc, An Giang, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học năm 2000, Hội nghị Nhi khoa toàn quốc lần thứ 17, Hà Nội, 2000, tr.424-427.

Ngô thị Nhân, Nguyễn Trọng Nghĩa và CS, Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị 67 bệnh nhân viêm não nhật bản tại BV Nhi Đồng Đồng Nai, Thời sự Y dược học, Bộ VIII, số 3, 2003, tr. 141-144.

Phạm thị Sửu. Tình hình viêm não ở trẻ em tại Viện Nhi, báo cáo tại Hội nghị BV Nhi Đồng 1, tháng 6, 2003

Nguyễn hữu Châu Thuận, Biến đổi dịch não tủy trong viêm màng não nước trong tại khoa Nhi, Kỷ yếu hội nghị Nhi khoa các tỉnh phía Nam lần VI, 2001, tr. 254-257.

Harinasuta C, Nimmanitya S, Titsyakorn U. The effect of interferon-alpha A on two cases of Japanese encephalitis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1985 Jun;16(2):332-6.

Hinson VK, Tyor WR. Update on viral encephalitis. Curr Opin Neurol. 2001 Jun;14(3):369-74.

Poneprasert B. Japanese encephalitis in children in northern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1989 Dec;20(4):599-603.

Solomon, Tom; Kneen, Rachel; Dung, Nguyen Minh; Khanh, Vo Cong; Thuy, Tran Thi Nhu; Ha, Quang Do; Day, Nicholas P J; Nisalok, Ananda; Vaughn, David W; White,

Nicholas J. Poliomyelitis-like illness due to Japanese encephalitis virus, the Lancet, 351(9109): 194-97, 11 April 1998.

