

So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt mò và sốt do Rickettsia điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Clinical and laboratory differences between scrub typhus and other Rickettsiosis in hospitalized patients in 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital

Nguyễn Đăng Mạnh*, Phạm Văn Chung**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Viện Y học Hải Quân

Tóm tắt

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt mò và sốt do Rickettsia điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang so sánh 50 trường hợp sốt mò được xác định chẩn đoán bằng kỹ thuật dot - ELISA hoặc PCR và 38 ca bệnh sốt do Rickettsia khác được xác định chẩn đoán bằng PCR. **Kết quả:** Sốt mò chủ yếu phân bố ngoài đô thị (64%) trong khi sốt do Rickettsia khác phân bố nhiều hơn ở thành phố (68,4%). Tổn thương da - niêm mạc, hệ võng nội mô thường gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ vết loét điển hình (70%), xung huyết da - kết mạc (60%), hạch to (44%) trái lại bệnh nhân Rickettsia có tỷ lệ ban dát sẩn cao hơn (39,5%) có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng hô hấp hay gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ rale nổ 36% và tần số thở cao hơn ($20,27 \pm 2,63$). Tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân sốt mò cao hơn với biểu hiện suy hô hấp, shock nhiễm khuẩn, viêm não - màng não, tổn thương thận cấp (AKI) lần lượt là 12%, 8%, 8%, 8%. Các marker viêm: Tăng PCT > 0,05ng/ml được ghi nhận ở 100% số bệnh nhân 2 nhóm, trong đó mức tăng PCT của nhóm Rickettsia ($\bar{X} \pm SD: 0,926 \pm 0,45$) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sốt mò ($\bar{X} \pm SD: 2,396 \pm 2,819$) với $p=0,026$. Nhóm sốt mò có tỷ lệ tăng bạch cầu là 48%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Rickettsia khác (13,5%) với $p<0,01$. Tổn thương phổi trên X-quang thường thấy hơn ở nhóm sốt mò, tuy nhiên chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) ở biểu hiện tràn dịch màng phổi và dịch thanh mạc với tỷ lệ tương ứng trong sốt mò lần lượt là 30,8% và 33,3%. **Kết luận:** Bệnh do Rickettsia phân bố chủ yếu ở thành thị (68,4%), sốt mò phân bố nhiều hơn ở khu vực ngoài đô thị (64%). Vết loét (eschar) là triệu chứng lâm sàng quan trọng chỉ điểm bệnh sốt mò (70%) mà nhóm Rickettsia chỉ có 2,6%. Triệu chứng hô hấp hay gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỉ lệ ho 42%, rale nổ 36% đi kèm với tỷ lệ cao hơn các tổn thương phổi trên X-quang (thâm nhiễm, tràn dịch màng phổi). Điều này liên quan đến việc bệnh nhân sốt mò có tỷ lệ biến chứng cao hơn, mức tăng PCT của nhóm Rickettsia thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sốt mò.

Từ khóa: Sốt mò, sốt do Rickettsia, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, biến chứng.

Summary

Ngày nhận bài: 24/9/2019, ngày chấp nhận đăng: 15/11/2019

Người phản hồi: Nguyễn Đăng Mạnh, Email: drmanha4b108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Objective: To investigate clinical and laboratory differences between scrub typhus and other Rickettsiosis in hospitalized patients in 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** This was a descriptive, comparative study on 50 cases of scrub typhus confirmed by dot-ELISA or PCR and Rickettsiosis confirmed by PCR, hospitalized in 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital. **Result:** Scrub typhus cases were mainly distributed in rural area (64%) while rickettsiosis cases were more prevalence in urban area (68.4%). Skin and mucosal manifestations were more common in scrub typhus with eschar rates (70%), skin congestion (60%), and lymphadenopathy (44%), on the contrary Rickettsia patients had a higher incidence of maculopapular rash (39.5%). Respiratory symptoms were statistically more common in scrub typhus with a crackles rate of 36% and higher frequency of breathing (20.27 ± 2.63) with $p < 0.05$. The complication rate was higher in scrub typhus patients with respiratory distress symptoms, septic shock, encephalitis, acute kidney injuries (AKI) rates were 12%, 8%, 8%, 8%, respectively. Inflammatory maker: PCT increase $> 0.05 \text{ng/ml}$ was recorded in 100% of 2-group patients, in which the increase in PCT of the Rickettsia group ($\bar{X} \pm \text{SD}: 0.926 \pm 0.45$) was significantly lower compared with Scrub ($\bar{X} \pm \text{SD}: 2.396 \pm 2.819$) with $p = 0.026$. Scrub typhus group had a 48% increase in leukocytosis, significantly higher than other Rickettsia groups (13.5%) with $p < 0.01$. Lung lesions on X-rays were more common in Scrub typhus, but there were only statistical difference ($p < 0.05$) in pleural effusion and serous fluid with corresponding proportions in scrub typhus were 30.8% and 33.3% respectively. **Conclusion:** Rickettsioses was mainly distributed in urban areas (68.4%), while scrub typhus was more common in urban areas (64%). Eschar was the indicator of scrub typhus and only presented in 2.6% Rickettsioses patients. Respiratory symptoms were more common in the scrub typhus group with a 42% cough, 36% rale, those were associated with a higher rate of lung lesions on X-rays (infiltrates, pleural effusion) and related to higher complication rates. The PCT level of the Rickettsia group was significantly lower than the scrub typhus group.

Keywords: Scrub typhus, Rickettsioses, clinical and laboratory manifestations, complications.

1. Đặt vấn đề

Tạp chí Y học Nhiệt đới Mỹ báo cáo: Rickettsiaceae là tác nhân gây sốt cấp tính hàng đầu trong khu vực Đông Nam Á sau sốt rét, Dengue xuất huyết và thương hàn [3]. Đây là một họ vi khuẩn ký sinh bắt buộc nội bào được lây truyền qua côn trùng trung gian truyền bệnh, có đặc điểm sinh học đa dạng và được xếp thành 2 chi lớn: Chi *Orientia* có *Orientia tsutsugamushi* gây bệnh sốt mò và *Orientia chuto*. Chi *Rickettsia* gồm 2 nhóm lớn: Nhóm typhus gồm *Rickettsia typhi* gây bệnh sốt phát ban chuột (murine typhus) và *Rickettsia prowazekii* gây sốt phát ban dịch tể và nhóm Spotted fever gồm nhiều loài *Rickettsia* khác [3]. Bài báo này đề cập đến đặc điểm khác nhau giữa bệnh cảnh sốt mò (do *O. tsutsugamushi* thuộc chi *Orientia*) và Rickettsioses do các vi khuẩn thuộc chi *Rickettsia* gây ra.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Vũ Trung đã chỉ ra tỷ lệ huyết thanh lưu hành của *Orientia*

tsutsugamushi gây bệnh sốt mò, *Rickettsia typhi* gây bệnh sốt phát ban chuột và *Rickettsia* khác thuộc nhóm Spotted fever ở miền Bắc Việt Nam lần lượt là 1,7%, 6,5% và 1,1% [5]. Năm 2015, Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương đã nghiên cứu thành công quy trình PCR chẩn đoán mầm bệnh sốt mò (*O. tsutsugamushi*), sốt phát ban chuột (*R. typhi*) và sốt đốm (*Rickettsia* thuộc nhóm Spotted fever) [1]. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã nghiên cứu thành công 2 quy trình PCR chẩn đoán vi khuẩn thuộc chi *Orientia* gây bệnh sốt mò và phát hiện đoạn gen đặc hiệu chẩn đoán chi *Rickettsia* gây bệnh sốt do *Rickettsia* năm 2017 và đã đưa vào xét nghiệm thường quy trong lâm sàng [2]. Tuy nhiên, hiện tại nhiều cơ sở y tế khác ở nước ta chưa triển khai được kỹ thuật PCR, việc nghiên cứu chi tiết về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh sốt mò và sốt do *Rickettsia* khác sẽ là hết sức cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán và điều trị theo kinh nghiệm hiệu quả hơn. Chính vì vậy,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *So sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân sốt mò và sốt do Rickettsia điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán sốt mò và 38 bệnh nhân được chẩn đoán sốt do Rickettsia điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Sốt mò: Theo định nghĩa ca bệnh sốt mò của Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) 2016 [6]. Sử dụng test nhanh hoặc PCR để xác định ca bệnh.

Sốt do Rickettsia: Theo định nghĩa ca bệnh Rickettsia của Trung tâm Kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) 2016 [6] sử dụng PCR để xác định ca bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu, bệnh nhân có bằng chứng nhiễm tác nhân gây sốt cấp tính khác.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Orientia (n = 50)	Rickettsia (n = 38)	p
Giới tính nam	31 (62,0)	24 (63,2)	>0,05
Thành thị	18 (36,0)	26 (68,4)	0,003
Không thành thị	32 (64,0)	12 (31,6)	
Đồng bằng	40 (80,0)	38 (100)	0,004
Miền núi	10 (20,0)	0 (0)	
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	52,1 \pm 17,9	49,5 \pm 14,5	>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm Orientia (sốt mò) là 52,1 \pm 17,9 tuổi, nhóm Rickettsia là 49,5 \pm 14,5 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt về phân bố vùng và khu vực sống có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,004 và 0,003.

2.2. Phương pháp

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian và địa điểm nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Viện Lâm sàng các bệnh truyền nhiễm - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đủ tiêu chuẩn lựa chọn ca bệnh trong giai từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2019 đều được chọn vào nghiên cứu này.

Các biến số nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học, bệnh lý nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các biến chứng đe dọa tính mạng: Suy hô hấp (ARDS), shock, viêm não - màng não, tổn thương thận cấp (AKI)

Phương pháp thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đều được chọn nghiên cứu. Thông tin nghiên cứu của mỗi bệnh nhân đều được đăng ký theo một mẫu biểu thống nhất.

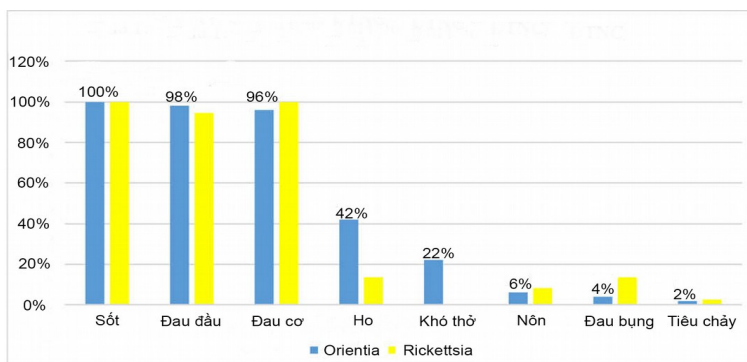
Phân chia nhóm nghiên cứu: Nhóm sốt mò và nhóm sốt do Rickettsia khác.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

3.2. Biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân sốt do Rickettsia

3.2.1. Triệu chứng cấp tính khi khởi phát



Biểu đồ 1. Triệu chứng cấp tính khi khởi phát của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trên 95% bệnh nhân của 2 nhóm nghiên cứu khởi phát bệnh với triệu chứng: Sốt, đau đầu, đau cơ - khớp. Nhóm bệnh nhân sốt mò có biểu hiện hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê (ho: 42%, khó thở 22%) với p=0,001. Các triệu chứng đường tiêu hóa ít gặp hơn ở cả 2 nhóm.

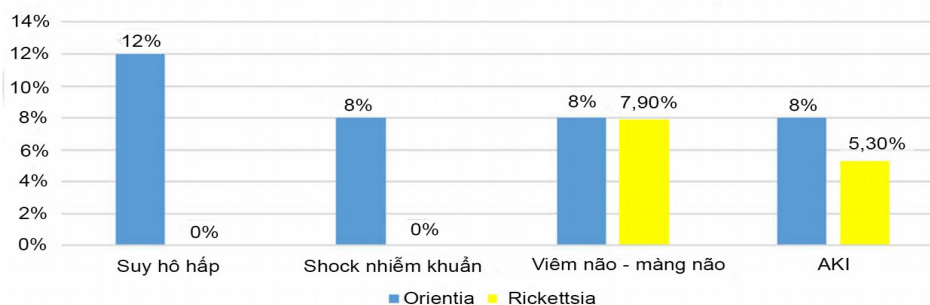
3.2.2. Triệu chứng thực thể trong quá trình điều trị nội trú

Bảng 2. Triệu chứng thực thể trong quá trình điều trị của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số nghiên cứu	Orientia (n = 50)	Rickettsia (n = 38)	p
Xung huyết da - kết mạc	30 (60)	12 (31,6)	0,008
Ban dát sẩn	10 (20)	15 (39,5)	0,045
Vết loét điển hình	35 (70)	1 (2,6)	<0,001
Hạch to	22 (44)	0	<0,001
Gan to	5 (10)	3 (7,9)	>0,05
Rale nổ	18 (36)	6 (15,8)	0,035
Tần số thở ($\bar{x} \pm SD$)	20,27 \pm 2,63	18,81 \pm 1,27	0,003

Nhận xét: Tổn thương da - niêm mạc, hệ võng nội mô thường gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ vết loét điển hình (70%), xung huyết da - kết mạc (60%), hạch to (44%). Bệnh nhân Rickettsia có tỷ lệ ban dát sẩn cao hơn (39,5%). Các sự khác biệt kể trên có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng hô hấp hay gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ rale nổ 36% và tần số thở cao hơn (20,27 \pm 2,63) có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.2.3. Tỷ lệ một số biến chứng cấp tính đe dọa tính mạng



Biểu đồ 2. Biến chứng của quá trình bệnh lý

Nhận xét: Bệnh nhân sốt mò có tỷ lệ biến chứng cao hơn với biểu hiện suy hô hấp, shock nhiễm khuẩn, viêm não - màng não, tổn thương thận cấp (AKI) lần lượt là 12%, 8%, 8%, 8%. Các biến chứng tương ứng ở nhóm Rickettsia khác lần lượt là 0%, 0%, 7,9%, 5,3%.

3.3. Các biểu hiện cận lâm sàng trong sốt do Orientia

Bảng 3. Các biến đổi trong công thức máu

Chỉ số	Orientia (n = 50)	Rickettsia (n = 38)	p
Thiếu máu	17 (34%)	7 (18,4)	0,104
Số lượng Hb ($\bar{X} \pm SD$)	125,06 \pm 20,99	133,69 \pm 14,24	0,036
Tăng bạch cầu	24 (48)	5 (13,5)	0,001
Số lượng bạch cầu ($\bar{X} \pm SD$)	9,44 \pm 3,33	7,18 \pm 3,26	0,002
Giảm tiểu cầu	35 (70)	29 (76,3)	0,510
Số lượng tiểu cầu ($\bar{X} \pm SD$)	141 \pm 100	142 \pm 125	0,966

Nhận xét: Nhóm sốt mò có tỷ lệ tăng bạch cầu là 48%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Rickettsia khác (13,5%) với $p < 0,01$. Giảm tiểu cầu là biểu hiện thường gặp trong cả 2 nhóm bệnh với tỷ lệ lần lượt là 70 và 76,3%. Sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân sốt mò có tỷ lệ thiếu máu cao hơn (34%) và nặng hơn, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm định lượng PCT

Mức độ tăng	Orientia (n = 26)	Rickettsia khác (n = 22)	p
PCT < 0,05	0 (0)	0	0,011
0,05 \leq PCT < 2	14 (53,8)	21 (95,5)	
2 \leq PCT \leq 10	10 (38,5)	1 (4,5)	
PCT > 10	2 (7,7)	0 (0)	
$\bar{X} \pm SD$	2,396 \pm 2,819	0,926 \pm 0,451	0,026

Nhận xét: Tăng PCT > 0,05ng/ml được ghi nhận ở 100% số bệnh nhân 2 nhóm, trong đó mức tăng PCT của nhóm Rickettsia ($\bar{X} \pm SD$: 0,926 \pm 0,45) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sốt mò ($\bar{X} \pm SD$: 2,396 \pm 2,819) với $p = 0,026$.

Bảng 5. Các biểu hiện rối loạn chức năng gan

	Orientia (n = 50)	Rickettsia (n = 38)	p
Không tăng (≤ 40 U/L)	6 (12)	2 (5,3)	>0,05
Có tăng (41 - 79U/L)	10 (20)	6 (15,8)	
Tăng nhẹ (80 - 200U/L)	22 (44)	25 (65,8)	
Tăng vừa (> 200 - 400U/L)	8 (16)	2 (5,3)	
Tăng cao (> 400U/L)	4 (8)	3 (7,9)	

Nhận xét: Tăng enzyme gan > 40U/L là triệu chứng thường gặp ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Mức độ tăng enzyme gan tương đối đồng đều ở cả 2 nhóm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Các biểu hiện chẩn đoán hình ảnh

Các biểu hiện	Orientia (n, %)	Rickettsia khác (n, %)	p
X-quang			
Dày tổ chức kẽ	4 (8,7)	1 (2,9)	>0,05
Thâm nhiễm 1 bên	5 (10,9)	3 (9,1)	>0,05
Thâm nhiễm lan tỏa	4 (8,7)	0 (0)	>0,05
Mờ góc sườn hoành	9 (19,6)	2 (6,1)	>0,05
Tổng	46 (100)	33 (100)	
Siêu âm			
Dịch màng phổi	12 (30,8)	3 (8,8)	0,024
Tràn dịch thanh mạc	13 (33,3)	3 (8,8)	0,021
Tổng	39 (100)	34 (100)	

Nhận xét: Tổn thương phổi trên X-quang thường thấy hơn ở nhóm sốt mò với các biểu hiện: Dày tổ chức kẽ (8,7%), thâm nhiễm 1 bên (10,9%), thâm nhiễm lan tỏa 2 phổi (8,7%), mờ góc sườn hoành (19,6%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Biểu hiện tràn dịch màng phổi và dịch thanh mạc trên nhóm sốt mò lần lượt là 30,8% và 33,3%. Các tổn thương tương ứng trên nhóm Rickettsia là 8,8% và 8,8%, sự khác biệt ở đây có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu này một lần nữa khẳng định sự có mặt của các Rickettsia khác bên cạnh *Orientia tsutsugamushi* (gây bệnh sốt mò) ở Việt Nam với những khác biệt lâm sàng, cận lâm sàng có ý nghĩa giữa 2 nhóm bệnh của họ vi khuẩn Rickettsia.

Nghiên cứu này đã chỉ ra sự khác biệt về phân bố vùng và khu vực sống có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,004 và 0,003. Bệnh do Rickettsia chủ yếu phân bố ở vùng thành thị (68,4%), trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận ca bệnh nào ở miền núi. Ngược lại, bệnh sốt mò phân bố nhiều hơn ở khu vực ngoài đô thị (64%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hamaguchi [7] và các tác giả khác trong Đông Nam Á [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Trên 95% bệnh nhân 2 nhóm nghiên cứu khởi phát bệnh với triệu chứng: Sốt, đau đầu, đau cơ - khớp. Nhóm bệnh nhân sốt mò có biểu hiện hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê (ho: 42%, khó thở 22%) với $p = 0,001$. Các triệu chứng đường tiêu hóa ít gặp hơn ở cả 2 nhóm.

Tổn thương da - niêm mạc thường gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ vết loét điển hình (70%), xung huyết da - kết mạc (60%), hạch to (44%). Đáng lưu ý rằng, trong nghiên cứu này, chỉ có 1 bệnh nhân sốt do Rickettsia có vết loét. Điều này chứng tỏ vết loét là triệu chứng có giá trị chẩn đoán phân biệt 2 nhóm bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Hamaguchi [7] và các tác giả trong khu vực [3]. Mặc dù ban dát sẩn đã được mô tả là triệu chứng kinh điển của Orientia, tuy vậy trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân Rickettsia có tỷ lệ ban dát sẩn cao hơn (39,5%) có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hamaguchi [7] và được lý giải rằng triệu chứng này xuất hiện chỉ trong giai đoạn sớm của bệnh và tồn tại trong thời gian ngắn, tuy nhiên bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đến viện thường sau tuần thứ nhất của bệnh nên khả năng tồn tại ban dát sẩn ít hơn.

Triệu chứng hô hấp hay gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ rale nổ 36% và tần số thở cao hơn ($20,27 \pm 2,63$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này liên quan đến việc bệnh nhân sốt mò có tỷ lệ biến chứng

cao hơn với biểu hiện suy hô hấp, shock nhiễm khuẩn, viêm não - màng não, tổn thương thận cấp (AKI) lần lượt là 12%, 8%, 8%, 8%. Các biến chứng tương ứng ở nhóm Rickettsia khác lần lượt là 0%, 0%, 7,9%, 5,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hamaguchi [7] và Nguyễn Vũ Trung [8]. Khẳng định mức độ nguy hiểm của bệnh sốt mò cũng như khả năng bỏ sót chẩn đoán Rickettsia bởi lâm sàng thường diễn biến nhẹ và có khi tự giới hạn [9].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Giảm tiểu cầu và tăng enzyme gan là biểu hiện rất thường gặp trong cả 2 nhóm bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh, Cơ quan Kiểm soát Dịch bệnh Mỹ (CDC) đã nhấn mạnh 2 yếu tố kể trên là những xét nghiệm gợi ý chẩn đoán sốt mò và sốt do Rickettsia [6].

Về xét nghiệm marker viêm, nhóm sốt mò có tỷ lệ tăng bạch cầu là 48%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Rickettsia khác (13,5%) với $p < 0,01$. Tăng PCT $> 0,05\text{ng/ml}$ được ghi nhận ở 100% số bệnh nhân 2 nhóm, trong đó mức tăng PCT của nhóm Rickettsia ($\bar{x} \pm \text{SD}$: $0,926 \pm 0,45$) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sốt mò ($\bar{x} \pm \text{SD}$: $2,396 \pm 2,819$) với $p = 0,026$. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Vũ Trung [8] và cho thấy vai trò của PCT trong phân biệt giữa 2 mầm bệnh khi các đặc điểm lâm sàng khác nhau mờ nhạt, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân không có vết loét. Hơn thế nữa, kết quả của chúng tôi cũng là một trong số ít các nghiên cứu đề cập đến giá trị của PCT trong bệnh do Rickettsia và là điểm khác biệt đáng kể giữa bệnh do Rickettsia và nhiễm vi rút cấp tính khác. Đối với Dengue xuất huyết giá trị PCT thường $< 0,5\text{ng/ml}$ [10].

Trong số 79 ca được chụp X-quang tim phổi, có 21/46 (45,7%) bệnh nhân sốt mò và 11/33 (33,3%) bệnh nhân sốt do Rickettsia có tổn thương phổi, tổn thương phổi trên X-quang thường thấy hơn ở nhóm sốt mò với các biểu hiện: Dày tổ chức kẽ (8,7%), thâm nhiễm 1 bên (10,9%), thâm nhiễm lan tỏa 2 phổi (8,7%), mờ góc sườn hoành (19,6%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Do khác nhau về ngôn ngữ mô tả trên phim X-quang, thống

kê về đặc điểm tổn thương phổi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với Nguyễn Vũ Trung (33,2% tổn thương phổi kẽ, 2,3% bệnh nhân có tổn thương cả nhu mô và mô kẽ trên X-quang) [8]. Nhóm bệnh nhân sốt mò của Hamaguchi có tỷ lệ tổn thương phổi trên X-quang cao hơn nhóm của chúng tôi: Trong tổng số 54,2% tổn thương phổi, có 50% tổn thương dạng lưới nốt 1 hoặc 2 bên, thâm nhiễm nốt (1,4%), thâm nhiễm thùy phổi (13,8%), tràn dịch màng phổi 1 hoặc 2 bên (20,8% (tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi), dày rãnh liên thùy (5,6%), xẹp tiểu thùy (4,2%), hình tim to (8,4%) [7]. Biểu hiện tràn dịch màng phổi và dịch thanh mạc trên nhóm sốt mò lần lượt là 30,8% và 33,3%. Các tổn thương tương ứng trên nhóm Rickettsia là 8,8% và 8,8%, sự khác biệt ở đây có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân có tràn dịch màng phổi và dịch ổ bụng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Vũ Trung (nhóm sốt mò: 27,5% và 6,6%; nhóm sốt chuột: 8,3% và 8,3%). Khi phân tích mối liên hệ giữa tỷ lệ tràn dịch màng phổi và giảm albumin máu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện này tăng lên rõ rệt ở những bệnh nhân có giảm albumin máu. Tràn dịch màng phổi còn khác biệt rõ rệt giữa nhóm bệnh nhân có biến chứng và không có biến chứng.

5. Kết luận

Bệnh do Rickettsia chủ yếu phân bố ở vùng thành thị (68,4%), trái lại bệnh sốt mò phân bố nhiều hơn ở khu vực ngoài đô thị (64%). Tổn thương da - niêm mạc thường gặp hơn ở nhóm Sốt mò với tỷ lệ vết loét điển hình (70%), xung huyết da - kết mạc (60%), hạch to (44%); trái lại bệnh nhân Rickettsia có tỷ lệ ban dát sẩn cao hơn (39,5%) có ý nghĩa thống kê. Triệu chứng hô hấp hay gặp hơn ở nhóm sốt mò với tỷ lệ ho 42%; rale nổ 36%, kèm với tỷ lệ cao hơn các tổn thương phổi trên X-quang (thâm nhiễm, tràn dịch màng phổi). Điều này liên quan đến việc bệnh nhân sốt mò có tỷ lệ biến chứng cao hơn mức tăng PCT của nhóm Rickettsia thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sốt mò.

Tài liệu tham khảo

