

Một số đặc điểm lâm sàng, căn nguyên sốt phát ban ở trẻ em

Clinical characteristics and etiologies of rash and fever illnesses in children

Trần Thị Trang Anh, Phạm Nhật An

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng sốt phát ban ở trẻ em. Tìm hiểu một số căn nguyên thường gặp gây sốt phát ban ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** 840 bệnh nhi có biểu hiện sốt và phát ban được khám và có chỉ định điều trị nội trú tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2018. Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: Sốt phát ban tập trung ở nhóm tuổi < 5 tuổi, nam nhiều hơn nữ, đỉnh của dịch sốt phát ban là vào tháng 5 và tháng 9. Sốt cao chiếm ưu thế, thường sốt cao liên tục và < 7 ngày. Phát ban thường xuất hiện sau sốt. Ban hay gặp ở toàn thân và tay chân, ban ở miệng và miệng thường thấy trong căn nguyên virus. Hình thái ban thường gặp: Rải rác (61,3%), ngoại ban (72,3%), ban xung huyết (39,8%) dạng dát sẩn hoặc sẩn và mụn phỏng nước (39,8%), từng nốt riêng biệt, ban phỏng nước hoặc nội ban thường gặp do virus. Triệu chứng lâm sàng kèm theo chủ yếu là thần kinh và hô hấp, 3 trường hợp tử vong/ nặng xin về (0,4%). Thời gian nằm viện thường dưới 7 ngày (84,2%), thời gian nằm viện do căn nguyên không nhiễm trùng thường dài. Căn nguyên: Chủ yếu do virus (89,0%), không xác định được căn nguyên 3,2%. Sốt phát ban có chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm là 47,0%. **Kết luận:** Sốt phát ban ở trẻ em trong nghiên cứu chủ yếu do căn nguyên virus, căn nguyên không nhiễm trùng chỉ có bệnh Kawasaki và có một tỷ lệ chưa xác định được căn nguyên, tỷ lệ chẩn đoán xác định được căn nguyên nhiễm trùng bằng xét nghiệm chưa cao. Phát ban trong sốt phát ban ở trẻ em đa dạng khó phân biệt căn nguyên chỉ dựa vào hình thái của phát ban.

Từ khóa: Sốt phát ban, hình thái ban, ban nhiễm trùng.

Summary

Objective: To describe some clinical characteristics of rash and fever illnesses (RFI) and study on common etiologies of these diseases in children. **Subject and method:** 840 patients admitted in the Department of Infectious Diseases, Vietnam National Children's Hospital with symptoms of rash and fever during the period from July 2017 to June 2018. Prospective, cross-sectional descriptive study. **Result:** Clinical characteristics: Onset ages

□Ngày nhận bài: 24/10/2018, ngày chấp nhận đăng: 12/11/2018

Người phản hồi: Trần Thị Trang Anh, Email: tranganh@hmu.edu.vn - Trường Đại học Y Hà Nội

of RFI primarily under 5 years, boys more than girls, the highest peak in May and September. High fever and continuous high fever is prominent, duration of fever is usually < 7 days. Rash appears commonly after the onset of fever. Rash is generalized or mainly on the extremities, rashes at the mouth or bottom usually caused by virus. Pattern of rashes: Disseminated (61.3%) and single, exanthem (72.3%), blanching rashes (39.8%) like maculopapular or papular rashes and vesicles (39.8%), enanthem rashes or vesicles mainly caused by virus. The major associated clinical symptoms are neurological and respiratory signs, 3 severe cases died or withdrew of treatment (0.4%). The percentage of duration of hospitalization < 7 days is 84.2%, RFI not associated with infection has long duration of admission. Etiologies: Mainly by virus (89.0%), unknown etiology 3.2%. RFI with confirmation diagnosis by paraclinical test accounts for 47.0%. *Conclusion:* The major etiologies of RFI in children in this study is virus, there is a proportion of unknown etiology cases, the rate of cases confirmed by paraclinical test is low. The rashes in RFI in children is various and not easy to differentiate the etiologies only by the morphologies of the rashes.

Keywords: Rash and fever illnesses, morphology of rash.

1. Đặt vấn đề

Sốt phát ban là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em do nhiều căn nguyên gây nên, nhiều trường hợp có thể xảy ra thành dịch, như ở Việt Nam có dịch phát ban ở Lào Cai năm 2009, dịch phát ban ở Nghệ An năm 2011 [1]. Đặc biệt, một số vụ dịch sốt phát ban trẻ em như bệnh tay chân miệng năm 2012, sởi năm 2013 - 2014 bùng phát với số lượng lớn và có thể có nhiều biến chứng nguy hiểm. Trên thế giới, chỉ riêng sốt phát ban do Rubella, theo WHO riêng 2009 đã có 121.344 trường hợp từ 167 nước, tại Việt Nam trong 3 năm 2009 - 2011, số ca sốt phát ban nghi sởi hay rubella có đến 20.000 trường hợp cũng gây nên sự quan tâm lớn của cộng đồng [2]. Mặc dù, sốt phát ban ở trẻ em rất phổ biến và đa dạng, kèm khả năng phát triển thành dịch nhưng đến nay chưa thực sự nhiều nghiên cứu sâu để đánh giá những đặc điểm chính của sốt phát ban, vì vậy, nhằm giúp cho việc chẩn đoán sớm và phòng ngừa bệnh dịch dựa vào các đặc điểm lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Một số đặc điểm lâm

sàng, và căn nguyên sốt phát ban ở trẻ em”, với 2 mục tiêu sau: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng sốt phát ban ở trẻ em tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2018. Tìm hiểu một số căn nguyên thường gặp gây sốt phát ban ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhi có biểu hiện sốt và phát ban được khám tại phòng khám có chỉ định điều trị nội trú tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ ngày 01/07/2017 đến ngày 30/06/2018.

Tiêu chuẩn chẩn đoán sốt phát ban: Sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (nhiệt độ đo ở nách) và có phát ban.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh mạn tính có sốt và phát ban đã có chẩn đoán xác định bởi các chuyên gia (huyết học, miễn dịch).

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang - tiến cứu.

Chọn mẫu thuận tiện: Lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ ngày 01/07/2017 đến ngày 30/06/2018.

Các bệnh nhân nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin sử dụng bệnh án nghiên cứu, theo dõi diễn biến tại khoa điều trị nội trú dựa vào một số chỉ định xét nghiệm của các bác sỹ lâm sàng tại phòng khám, đánh giá các biến số nghiên cứu.

Biến số về đặc điểm lâm sàng: Tuổi mắc bệnh, giới, thời gian nhập viện, các đặc điểm lâm sàng (đặc điểm của sốt - thời điểm sốt, mức độ và tính chất sốt, thời gian sốt, đặc điểm của ban - thời điểm xuất hiện ban, vị trí ban, hình thái cấu trúc và tính

chất ban, mối liên quan giữa sốt và phát ban, triệu chứng lâm sàng kèm theo, diễn biến khi nằm viện - thời gian nằm viện, khỏi/ tử vong), các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán và định hướng căn nguyên.

2.3. Xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu thu thập được nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata và SPSS 24.0. Phân tích số liệu theo các phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 24.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật và tôn trọng.

3. Kết quả

3.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi các ca bệnh sốt phát ban theo căn nguyên (n = 840)

		Căn nguyên				Tổng	p<0,05
		Vi khuẩn	Virus	Không nhiễm trùng	Không xác định		
Nhóm tuổi	< 3 tháng	1	14	0	3	18	
		5,6%	77,8%	0,0%	16,7%	100,0 %	
	3 tháng - 12 tháng	8	175	4	10	197	
		4,1%	88,8%	2,0%	5,1%	100,0 %	
	1 - 5 tuổi	33	404	3	8	448	
		7,4%	90,2%	0,7%	1,8%	100,0 %	
	> 5 tuổi	16	155	0	6	177	
		9,0%	87,6%	0,0%	3,4%	100,0 %	
Tổng		58	748	7	27	840	
		6,9%	89,0%	0,8%	3,2%	100,0	

					%	
--	--	--	--	--	---	--

Sốt phát ban trong nghiên cứu tập trung ở nhóm dưới 5 tuổi (663 trường hợp: 78,9%). Sốt xuất huyết có độ tuổi mắc bệnh trung bình là cao nhất (6,6 tuổi). Các nhóm tuổi đều có tỷ lệ mắc các bệnh sốt phát ban do căn nguyên virus cao nhất. Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

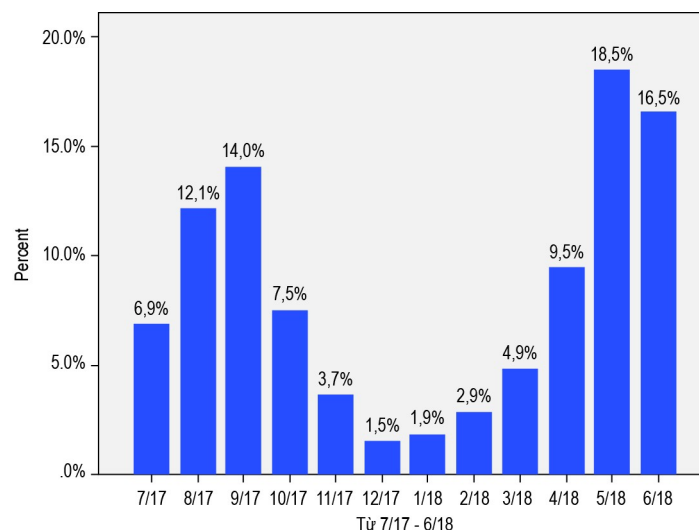
3.2. Giới

Trong nghiên cứu tỷ lệ nam / nữ là 1,8 / 1, đa phần ở các nhóm tuổi tỷ lệ mắc bệnh của nam cũng cao so với nữ gần gấp đôi (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ sốt phát ban theo giới và nhóm tuổi

		Giới		Tổng
		Nam (n, %)	Nữ (n, %)	
Nhóm tuổi	< 3 tháng	7	11	18
		38,9%	61,1%	100,0%
	3 tháng - 12 tháng	128	69	197
		65,0%	35,0%	100,0%
	1 - 5 tuổi	285	163	448
		63,6%	36,4%	100,0%
	> 5 tuổi	117	60	177
		66,1%	33,9%	100,0%
Tổng		537	303	840
		63,9%	36,1%	100,0%

3.3. Phân bố sốt phát ban theo mùa trong năm



Biểu đồ 3. Tỷ lệ sốt phát ban theo thời gian (n = 840)

Sốt phát ban nhập viện có hai đỉnh cao điểm là tháng 5 và tháng 9. Sốt phát ban do virus từng tháng đều chiếm tỷ lệ cao, tay chân miệng tập trung vào tháng 9 - 10 và tháng 5 - 6, sốt xuất huyết xuất hiện nhiều vào các tháng mùa hè.

3.4. Đặc điểm của sốt**Bảng 3. Một số đặc điểm về sốt của sốt phát ban**

Đặc điểm sốt		n = 840 (n, %)
Nhiệt độ sốt (°C)	Trung bình (Min - Max)	39,1 ± 0,6 (37,8 - 41,3)
Sốt xuất hiện ngày bao nhiêu của bệnh	Trung bình (Min - Max)	1,1 (1 - 11)
Tính chất sốt	Sốt cao liên tục	344 (41,0%)
	Sốt cơn	298 (35,5%)
	Sốt cao dao động	198 (23,6%)
Tổng số ngày sốt (ngày)	Trung bình	4,7 ± 0,1 (1 - 23)
	< 7 ngày	731 (87,0%)
	≥ 7 ngày	109 (13,0%)

Sốt phát ban trong nghiên cứu có nhiệt độ sốt cao chiếm 77,4%, trong đó sốt cao liên tục 41,0%, tổng số ngày sốt trung bình là 4,7 ± 0,1 (1 - 23 ngày), tỷ lệ sốt dài ngày < 7 ngày chiếm 87,0%. Căn nguyên không nhiễm trùng có mức độ sốt cao nổi bật và kéo dài.

3.5. Đặc điểm của ban

Phát ban trong nghiên cứu thường xuất hiện ở khoảng ngày (2,6 ± 0,1) của bệnh. Phát ban thường xuất hiện sau sốt (69,9%), sốt phát ban do vi khuẩn thường có ban xuất hiện sau sốt 2,0 ± 0,2 ngày (p<0,05).

Bảng 4. Mô tả một số đặc điểm thường gặp của ban trong nghiên cứu

Đặc điểm		Tỷ lệ
Vị trí ban	Ở tay chân	50,7%
	Toàn thân	36,7%
	Căn nguyên nhiễm khuẩn thường có ban mọc toàn thân (74,1%), căn nguyên virus lại thường gặp ở tay chân (55,9%) Ban ở mông và miệng ít gặp và thường thấy trong căn nguyên virus.	
Hình thái ban	Ban rải rác	61,3%
	Ngoại ban	72,3%
	Ban sung huyết	39,8%
	Ban dát sẩn	17,1%
	Mụn phỏng nước	39,8%
	Dạng các nốt riêng biệt	56,3%
	Sốt phát ban có cả nội và ngoại ban thường gặp ở căn nguyên virus (28,6%). Mụn nước trong nghiên cứu thường thấy do căn nguyên virus	

(44,3%).

3.6. Các triệu chứng lâm sàng khác kèm theo

Tỷ lệ triệu chứng cao nhất là dấu hiệu thần kinh (37,7%), một số trường hợp nặng (li bì, co giật) do tay chân miệng và triệu chứng hô hấp (23,5%). Suy đa tạng có 1 trường hợp (0,1%) không xác định căn nguyên.

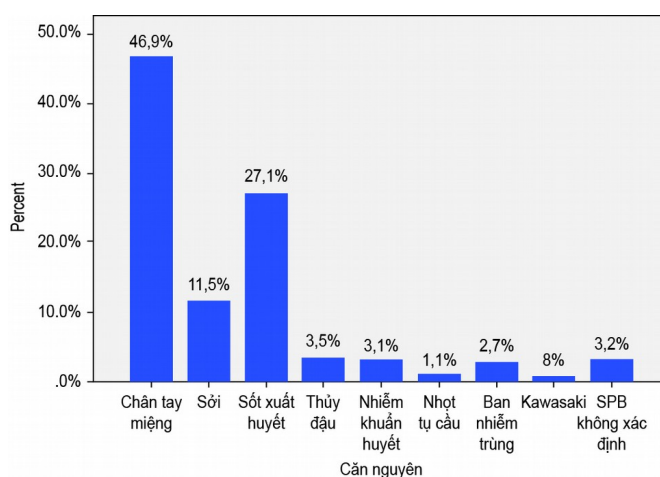
3.7. Diễn biến lâm sàng

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian nằm viện và căn nguyên sốt phát ban

	Căn nguyên				Tổng n = 840
	Vi khuẩn n = 58 (n, %)	Virus n = 748 (n, %)	Không nhiễm trùng n = 7 (n, %)	Không xác định n = 27 (n, %)	
< 7 ngày	25	673	2	24	724
	43,1%	90,0%	28,6%	88,9%	86,2%
≥ 7 ngày	33	75	5	3	116
	56,9%	10,0%	71,4%	11,1%	13,8%

3 trường hợp nặng tử vong/ nặng xin về (0,4%) gồm 1 thủy đậu, 1 nhiễm khuẩn huyết và 1 chưa rõ căn nguyên. Thời gian nằm viện trung bình $5 \pm 0,4$ ngày (1 ngày - 39 ngày), thường dưới 7 ngày chiếm 84,2%, căn nguyên vi khuẩn có thời gian nằm viện trung bình dài hơn căn nguyên virus.

3.8. Các căn nguyên gây sốt phát ban



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bệnh sốt phát ban trong nghiên cứu

Sốt phát ban ở trẻ em trong nghiên cứu chủ yếu do virus (89,0%). Căn nguyên nhiễm khuẩn 58 trường hợp (6,9%). Căn nguyên không nhiễm trùng (bệnh Kawasaki) có 7 trường hợp (0,8%). 27 trường hợp không xác định được căn

nguyên trên lâm sàng và cận lâm sàng (3,2%). Gần một nửa số căn nguyên sốt phát ban (47,0%) có kết quả xác định bằng cận lâm sàng (cấy, PCR, ELISA). Căn nguyên nhiễm khuẩn đa dạng có thể do tụ cầu vàng, não mô cầu, *Mycoplasma*, hoặc *Rickettsia*.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của sốt phát ban

Các đặc điểm dịch tễ của sốt phát ban trong nghiên cứu tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Tuổi của trẻ mắc sốt phát ban trong nghiên cứu tập trung < 5 tuổi tương ứng với nhiều nghiên cứu các bệnh riêng lẻ như tay chân miệng [3], thủy đậu [8], sốt xuất huyết có tuổi trung bình 6,6 tuổi cũng phù hợp nghiên cứu trước đây [5], tương tự với tỷ lệ giới, nam nhiều hơn nữ đều tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [6]. Cao điểm sốt phát ban trong nghiên cứu cũng là khoảng thời gian cao điểm xuất hiện các bệnh sốt phát ban do virus như tay chân miệng, sốt xuất huyết Dengue.

Đặc điểm của sốt trong nghiên cứu có một số đặc điểm tương đồng với các nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện trước đây như nhiệt độ sốt cao và thường sốt cao liên tục, đa phần đều sốt dưới 7 ngày có thể lý giải do bệnh nhân nằm viện thường là những bệnh nhân có biểu hiện nặng cần điều trị nội trú nhưng do căn nguyên virus chiếm ưu thế. Các nghiên cứu của Vũ Thị Minh Phượng và Ngô Thị Hiếu Minh đều có kết quả tương tự [4], [7].

Đặc điểm của ban khó so sánh với các nghiên cứu trong nước vì chưa có nghiên cứu sâu về hình thái ban trong các bệnh sốt phát ban. Thời điểm xuất hiện ban và mối liên hệ với ban của từng bệnh riêng lẻ khá tương đồng như trong một nghiên cứu

về sởi [6]. Về hình thái của ban nhiễm trùng, đối chiếu với một số nghiên cứu nước ngoài như nghiên cứu về sốt xuất huyết ở Pakistan thì tỷ lệ ban chấm và xuất huyết gặp nhiều hơn, ngứa cũng phổ biến hơn nhưng độ tuổi của đối tượng nghiên cứu khác nhau [7].

Triệu chứng lâm sàng xuất hiện kèm theo chủ yếu là dấu hiệu thần kinh trong tay chân miệng hoặc viêm phổi sau sởi/thủy đậu, tiên lượng bệnh thường tốt, chỉ có 0,4% tử vong/nặng về. Tương tự như nhiều nghiên cứu khác.

4.2. Các căn nguyên gây sốt phát ban

Căn nguyên virus gây sốt phát ban ở trẻ em vượt trội so với căn nguyên khác là tương đồng với tỷ lệ căn nguyên gây sốt phát ban nói chung trong các nghiên cứu khác [1] nhưng do hạn chế về đối tượng nghiên cứu khu trú trong khoa truyền nhiễm nên nhiều căn nguyên còn chưa được phát hiện, tỷ lệ chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm còn thấp. So sánh với một nghiên cứu về xác định căn nguyên của sốt phát ban ở Brazil bằng các xét nghiệm đặc hiệu [10] đã tìm ra các căn nguyên khác rất đa dạng như HHV-6, EBV, Parvovirus, liên cầu nhóm A, Adenovirus.

5. Kết luận

Phát ban trong sốt phát ban ở trẻ em đa dạng khó phân biệt căn nguyên chỉ dựa vào hình thái của phát ban. Sốt phát ban ở trẻ em trong nghiên cứu chủ yếu do căn nguyên virus, còn một tỷ lệ cao chưa xác định căn nguyên.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Cảnh Phú, Phạm Văn Hán (2012) *Đặc điểm dịch tễ vụ dịch sốt phát ban tại Nghệ An năm 2011*. Tạp chí Y học thực hành 848(11), tr. 3-5.

2. Đào Thị Minh An, Nguyễn Trí Cường (2011) *Dịch tễ học vụ dịch sốt phát ban 2009 tại Lào Cai*. Tạp chí Nghiên cứu khoa học, 76(5), tr. 100-105.
3. Nguyễn Thị Kim Thư, Nguyễn Văn Kính, Phạm Nhật An (2013) *Đặc điểm lâm sàng và căn nguyên virus gây bệnh tay chân miệng tại miền Bắc Việt Nam từ tháng 11/2011 đến tháng 2/2012*. Tạp chí Nghiên cứu y học, 84(4), tr. 21-26.
4. Ngô Thị Hiếu Minh (2010) *Nghiên cứu dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tay chân miệng trẻ em ở viện Nhi Trung ương*. Luận văn thạc sỹ y học.
5. Phan Hữu Nguyệt Diễm (2003) *Suy gan trong sốt xuất huyết trẻ em*. Y học TP Hồ Chí Minh, 7(1), tr. 132-137.
6. Bùi Vũ Huy (2011) *Đặc điểm lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong 2 năm (2009 - 2010)*. Tạp chí Y học Dự phòng, XXI, 3(121), tr. 45-50.
7. Vũ Thị Minh Phượng (2015) *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh sởi ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương*. Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Elena Bozzola et al (2016) *Varicella skin complications in childhood: A case series and a systematic review of the literature*. Int. J. Mol. Sci 17: 688.
9. Nadia Ali Azfar et al (2012) *Cutaneous manifestations in patients of dengue fever*. Journal of Pakistan Association of Dermatologists 22(4): 320-324.
10. Moraes JC, Toscano et al (2011) *Etiologies of rash and fever illnesses in Campinas, Brazil*, J Infect Dis 204(2): 627-636.