

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA HỒNG BAN NÚT TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG TỪ 2007-2011

Nguyễn Hữu Sáu*, Nguyễn Thu Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và một số nguyên nhân chính của Hồng ban nút tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu trên 13 bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán là hồng ban nút từ tháng 1/2007 đến 12/2011. **Kết quả:** Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ nữ/nam là 6/1 (nữ 84,6%; nam 15,4%), chủ yếu ở nhóm tuổi từ 20-39 (53,8%). Tổn thương cơ bản là nút cục (61,5%), dát thâm (46,2%), vị trí ở hai cẳng chân (76,9%). Các triệu chứng khác như sốt (61,5%), ho (23,1%), đau tại tổn thương (69,2%), đau khớp 46,2 (%), phù (15,4%), ngứa (7,7%). Xét nghiệm tăng bạch cầu (46,2%), tăng men gan (23,1%). Có 46,2% bệnh nhân không rõ căn nguyên, 23,1% do liên cầu và 15,4% do lao. **Kết luận:** Hồng ban nút gặp chủ yếu ở phụ nữ, độ tuổi từ 20-39. Tổn thương là các nút cục, đau tự nhiên, vị trí ở hai cẳng chân. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng kèm theo có giá trị gợi ý nguyên nhân.

Từ khóa: Hồng ban nút, Viêm tổ chức dưới da

SUMMARY

Investigation the Clinical and biological features of erythema nodosum at The National Hospital of Dermatology and Venerology from 1/2007 to 12/2011.

Objective: Investigation the clinical et biological features of erythema nodosum at the National Hospital of Dermatology and Venerology from 1/2007 to 12/2011. **Material and Method :** The cross-sectional study basing on data of patients hospitalized with erythema nodosum from 1/2007 to 12/2011. **Result :** It was more frequent in woman than man with ratio 6/1(84,6% versus 15,4%). The peak incidence of Erythema nodosum was between 20-39 years of age with 53,8%. The clinical manifestation of erythema nodosum were nodule (61,5%), hyperpigmented macule (46,2%) located at pretibial area (76,9%). Other symptoms were fever (61,5%), cough (23,1%), arthralgias (46,2%), itch (7,7%), edema (15,4%), and painful (69,2%). Hyperleukocytosis was frequent (46,2%), elevated transaminases with 23,1%. The suspected causes were tuberculosis (15,4%), Streptococcus (23,1%) and unidentification (46,2%). **Conclusion:** Erythema nodosum was more frequent in woman than man, the peak

incidence was between 20-39 years of age. The clinicals and paraclinicals symptoms had value diagnostics.

Keyword: Erythema nodosum, Hypodermatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồng ban nút (HBN) là tình trạng viêm ở trung và hạ bì, với biểu hiện lâm sàng là các nút (nodule) ở mặt dưới của cẳng chân, diễn biến cấp tính và có khả năng tái phát. Bệnh được xem như là một phản ứng quá mẫn ở nhiều bệnh lý khác nhau như sarcoidosis, một số bệnh hệ thống, bệnh lao, viêm do liên cầu, do thuốc hoặc không rõ nguyên nhân [1].

Bệnh thường xảy ra ở nữ giới, ở mọi lứa tuổi nhưng nhiều nhất là độ tuổi 18-34 [4]. Giai đoạn phát ban của HBN bắt đầu bằng những triệu chứng giống cảm cúm như sốt, đau mỏi toàn thân, đau khớp. Đa số trường hợp bệnh tiến triển từ 3-6 tuần và khỏi hoàn toàn, không để lại biến chứng [5].

Ở nước ta cho đến nay, các nghiên cứu về HBN còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và nguyên nhân HBN tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian 5 năm từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2011.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh án của tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán mắc HBN tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2011.

- **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả cắt ngang

- Các bước tiến hành

+ Thu thập thông tin từ bệnh án của tất cả các bệnh nhân bị HBN điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, với biểu hiện lâm sàng là nút, cục có kích thước từ 0,5 – 1cm, ở cẳng chân, màu đỏ, đau tự nhiên và xét nghiệm mô bệnh học được chẩn đoán là HBN. Với những bệnh nhân nhập viện nhiều lần trong khoảng thời gian < 2 năm chỉ lấy bệnh án lần thăm khám đầu tiên.

* Trường Đại học Y Hà Nội

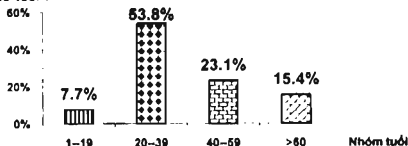
Phản biện khoa học: PGS.TS. Nguyễn Văn Thường

- + Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số nguyên nhân thường gặp của HBN.
- + Phân tích số liệu thống kê theo chương trình Spss 16.0.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 2007-2011, tại Bệnh viện Da liễu Trung ương có 648 BN bị Hồng ban nút đến khám và điều trị. Trong đó, 13 bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú, chiếm tỉ lệ 3.4 %. Có 84.6 % bệnh nhân là nữ. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Hồng ban nút trên các bệnh nhân điều trị nội trú cho kết quả như sau:

Phân bố bệnh theo tuổi :



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh theo tuổi

Nhận xét: 53,8% bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 20-39.

Bảng 1 : Triệu chứng lâm sàng của hồng ban nút

Triệu chứng	Số lượng BN n=13	%
Tổn thương cơ bản		
+ Ban đỏ	13	100
+ Nút, cục	8	61.5
+ Dát thâm	6	46.2
Tổn thương cơ bản		
+ Ban đỏ	13	100
+ Nút, cục	8	61.5
+ Dát thâm	6	46.2
Vị trí tổn thương		
+ Cẳng chân	10	76.9
+ Đùi	4	30.8
+ Cẳng tay	5	38.5
+ Bàn tay/Bàn chân	3	23.1
+ Đầu, mặt, cổ	3	23.1
+ Toàn thân	1	7.7
Triệu trứng khác		
+ Sốt	8	61.5
+ Đau khớp	6	46.2
+ Đau tự nhiên tại tổn thương	9	69.2
+ Phù	2	15.4

Nhận xét: 100 % bệnh nhân có xuất hiện ban đỏ với tính chất nút cục (61.5 %) hoặc dát thâm (46.2%), đau (69.2%), vị trí thường gặp ở hai cẳng chân 76.9%, hiếm khi xuất hiện ở toàn thân (7.7%). Sốt, đau khớp là hai triệu chứng thường gặp (61.5% , 46.2%). Đau tự nhiên tại tổn thương ở 69.2% bệnh nhân, 15.4% bệnh nhân có phù nề hai chi dưới.

Bảng 2 : Các xét nghiệm cận lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Máu		
- Thiếu máu	7	53.8
- Tăng bạch cầu	6	46.2

Tổng phân tích nước tiểu		
- Protein niệu dạng vết	2	15.4
- Bạch cầu niệu, Hồng cầu niệu	1	7.7
X-quang tim phổi		
- Đám mờ rải rác	2	16.7
- Viêm phế quản	1	8.3
Mantoux		
<10 mm	4	57.1
10-15mm	2	28.6
>15mm	1	14.3

Nhận xét: Hội chứng viêm với tăng bạch cầu và thiếu máu khá thường (46.2% , 53.8%). XQ tim phổi bất thường gặp trong 23.1%. Phản ứng Mantoux chỉ được làm trên 7 bệnh nhân với 42.9 % trường hợp dương tính.

Bảng 3 : Phân bố bệnh nguyên nhân

Nguyên nhân	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Lao	2	15.4
Liên cầu	3	23.1
Thuốc	1	7.7
Viêm gan B	1	7.7
Không rõ	6	46.2

Nhận xét: Có 46.2% bệnh nhân mắc Hồng ban nút không rõ căn nguyên. Lao và liên cầu là hai nguyên nhân thường gặp nhất với 15.4% và 23.1%. Trong đó có 7.7% bệnh nhân được chẩn đoán chắc chắn là do lao đang trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 2007-2011, tại Bệnh viện Da liễu Trung ương có 648 BN bị Hồng ban nút đến khám và điều trị. Trong đó, 13 bệnh nhân phải nhập viện điều trị nội trú, chiếm tỉ lệ 3.4 %, và 84.6 % bệnh nhân là nữ. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của HBN trên các bệnh nhân điều trị nội trú cho thấy HBN gặp ở cả hai giới. Tuy nhiên, bệnh gặp nhiều hơn ở giới nữ với tỉ lệ nữ/nam là 6/1 (84.6% và 15.4%). Nhiều tác giả trên thế giới cũng ghi nhận trong nghiên cứu rằng HBN là một bệnh liên quan đến giới, với giới nữ chiếm ưu thế [1,4,5]. Một số tác giả đã giải thích do yếu tố hormon đặc biệt là vai trò của oestrogen đối với sự xuất hiện của HBN [2]. Khảo sát sự phân bố theo tuổi, chúng tôi thấy độ tuổi 20-39 là độ tuổi thường mắc Hồng ban nút (53.8% - biểu đồ 1). Nhiều nghiên cứu của các tác giả Châu Âu cũng cho kết quả tương tự [1,4,5].

Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng cho thấy có 61.5% bệnh nhân có biểu hiện trên lâm sàng là các nodule, hoặc dát tăng sắc tố (46.2%). Vị trí của tổn thương thường ở hai cẳng chân 76.9%, ở các vị trí khác chỉ khoảng 20-38%, và chỉ có 1 trường hợp (7.7%) tổn thương lan toả toàn thân. Các đặc điểm lâm sàng này tương tự với mô tả trong nhiều nghiên cứu về Hồng ban nút [5]. Sốt và đau khớp là hai triệu chứng thường gặp

(61.5%, 46.2%). Các triệu chứng khác kèm theo tuy ít gặp hơn nhưng có giá trị hướng tới chẩn đoán nguyên nhân. Viêm đường hô hấp tái phát với biểu hiện ho nhiều trước khi xuất hiện HBN là triệu chứng kèm theo hay gặp nhất (38.5%) và có giá trị định hướng nghĩ đến nguyên nhân liên cầu. Chỉ có 1 bệnh nhân có ngứa (7.7%) cùng với tiền sử sử dụng thuốc và dị ứng thuốc có giá trị định hướng đến nguyên nhân do thuốc. Phù hai chi dưới xuất hiện trong 15.4% trường hợp.

Nghiên cứu về đặc điểm cận lâm sàng cho thấy 46.2 % bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, và 53.8% có thiếu máu. Tỉ lệ bệnh nhân có tăng bạch cầu thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau Mert A (14%) [5], Nguyễn Văn Đình (49.1%) [6]. Điều này có thể lý giải do phản ứng viêm thay đổi theo các nguyên nhân khác nhau [1,5,6]. Có 23.1% bệnh nhân biểu hiện tăng men gan. X-quang tim phổi bất thường trong 25% trường hợp, trong đó 16.7% nghĩ ngờ do lao. Mantoux dương tính trong 42.8% bệnh nhân, và 15.4% bệnh nhân có protein và hồng cầu trong nước tiểu (bảng 2). Tuy nhiên, những bệnh nhân này đã không được chỉ định các xét nghiệm khác như protein niệu 24h và soi nước tiểu tìm hồng cầu, trụ niệu để đánh giá chính xác mức độ ảnh hưởng đến thận của HBN. Chỉ có 1 bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm ASLO

với kết quả âm tính. Một trường hợp được làm PCR đối với trực khuẩn lao với kết quả âm tính.

Khảo sát sự phân bố các nguyên nhân thường gặp của HBN (bảng 3). Có 53.8 % bệnh nhân HBN xác định được căn nguyên, nhưng chỉ có 7.7 % chẩn đoán căn nguyên là chắc chắn, 46.2 % không rõ căn nguyên. Nhiễm khuẩn liên cầu (23.1%) và lao (15.4%) là hai nguyên nhân thường gặp nhất, không ghi nhận được trường hợp nào bị sarcoidosis. Các nghiên cứu khác cho thấy nhiễm khuẩn liên cầu và lao là nguyên nhân thường gặp ở các nước Châu Á [6,7]. Sarcoidosis vẫn là một trong hai nguyên nhân thường gặp nhất ở Châu Âu [1,5] thì trong nghiên cứu của chúng tôi, của Nguyễn Văn Đình và một nghiên cứu tại Thái Lan thì không ghi nhận được trường hợp nào. Điều này có thể giải thích do tỉ lệ mắc sarcoidose ở Châu Á thấp hơn nhiều so với Châu Âu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 13 bệnh nhân HBN điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2007 đến tháng 12/2011, chúng tôi thu được các nhận xét sau :

- Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ nữ / nam là 6/1 (84.6 % nữ và 15,6 % nam)
- Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 20-39 (53.8%).
- Tổn thương cơ bản là nút cục (61.5%), dát thâm (46.2%), khu trú chủ yếu ở hai cẳng chân 76.9%. Các triệu chứng kèm theo gồm sốt

(61.5%), đau khớp (46.2%), phù hai chi dưới (15.4%), và đau tự nhiên tại tổn thương (69.2%)

46.2 % các trường hợp tăng bạch cầu trong máu ngoại vi.

- Có 46.2% bệnh nhân mắc Hồng ban nút không rõ căn nguyên, 23,1% do liên cầu và 15,4% do lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cribler B, Caillie A, Held E, Grosshans E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. Int J Dermatol. 1998 Sep;37(9):667-72.
2. Bombardieri S, Munno OD, Di Punzio C, Pasero G. Erythema nodosum associated with pregnancy and oral contraceptives. Br Med J. 1997;1(6075):1509-10.
3. García-Porrúa C, González-Gay MA, Vázquez-Caruncho M, López Lázaro L, Lueiro M, Fernández ML, Alvarez Ferreira J, Pujol RM. Erythema nodosum. Etiologic and predictive factors in defined population. Arthritis Rheum. 2000;43: 584-92.
4. Mert A, Kumbasar H, Ozaras R, Erten S, Tasli L, Tabak F, Ozturk R. Erythema nodosum : an evaluation of 100 cases. Clin Exp Rheumatol. 2007 Jul-Aug;25(4): 563-70.
5. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkessen C, Ozturk R. Erythema nodosum: an experience of 10 years. Scand J Infect Dis. 2004;36(6-7): 424-7.
6. Nguyễn Văn Đình. Nghiên cứu hội chứng Hồng ban nút tại Khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai 1998-2007. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa khoá 2001-2007.
7. Puavilai S, Sprirachaya-Anunt S, Charuwittharatana S, Sakuntabhai A, Rajatanavin N. Etiology of erythema nodosum. J Med Assoc Thai 1995;78: 72-5.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG PHÁT HIỆN VI KHUẨN *LISTERIA MONOCYTOGENES*

Phạm Đức Minh¹, Vũ Xuân Nghĩa¹,
Nguyễn Thị Hiền², Nguyễn Năng Định¹

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn nhiễm độc (NKND) thức ăn tại Việt Nam có xu hướng tăng và dịch bệnh ngày một phức tạp. Bên cạnh *Salmonella*, *Shigella*, *E. coli*, một trong những nguyên nhân mới được đề cập đến là trực khuẩn *Listeria monocytogenes*. Để phát triển công cụ phát hiện nhanh vi khuẩn, trong nghiên cứu này, kháng thể đơn dòng C86030M được sử dụng theo

phương pháp western blot. Kết quả cho thấy, kháng thể đơn dòng phát hiện đặc hiệu vi khuẩn *Listeria monocytogenes* ở nồng độ 10^5 CFU/mL và có khả năng ứng dụng trong chẩn đoán.

ABSTRACT

Used monoclonal antibody for detect *listeria monocytogenes*

¹Học viện Quân y; ²Dại học Công nghệ-Dại học Quốc gia Hà Nội.

Phản biện khoa học: GS.TS. Hoàng Văn Lương