

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM NÃO DO *HERPES SIMPLEX* Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG (2020 - 2021)

Nguyễn Thị Tuyết<sup>1</sup>, Tạ Thị Diệu Ngân<sup>1,2</sup>

Viêm não do *Herpes simplex* (*Herpes simplex* Encephalitis - HSE) là một nhiễm trùng nặng của hệ thần kinh trung ương, tỷ lệ di chứng và tỷ lệ tử vong cao do tiếp cận điều trị muộn.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm não do *Herpes simplex* điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2021.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân được chẩn đoán viêm não do *Herpes simplex* dựa trên biến loạn dịch não tủy và PCR HSV dương tính.

**Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là 54,4 tuổi, 73,5% là nam giới. Biểu hiện lâm sàng hay gặp là: sốt (100%), đau đầu (97,1%), rối loạn ý thức (91,2%) và dấu hiệu màng não (73,5%). Ngoài ra, có thể gặp rối loạn đại, tiểu tiện (44,1%), co giật (35,3%), liệt nửa người (8,8%). Có 67,6% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, 85,3% có tăng bạch cầu đa nhân trung tính; 82,4% có giảm nồng độ natri máu. Số lượng tế bào trung tính trong dịch não tủy là 184 TB/mm<sup>3</sup>, protein là 0,9g/l. Tổn thương trên MRI sọ não chủ yếu gặp ở thùy thái dương (90,9%), thùy đảo (57,5%), thùy trán (42,4%), có thể gặp ở cả hai bán cầu. Sau điều trị có 26,5% hồi phục hoàn toàn và 67,7% có di chứng với các mức độ khác nhau: rối loạn trí nhớ (58,8%), rối loạn chức năng vận động (47,1%), rối loạn ngôn ngữ (32,4%). Tỷ lệ tử vong: 5,9%.

**Kết luận:** Bệnh nhân HSE cần được tiếp cận điều trị sớm để hạn chế các di chứng sau điều trị và chụp MRI sọ não sớm là phương pháp chẩn đoán có giá trị để phát hiện các tổn thương viêm não ở bệnh nhân HSE.

**Từ khóa:** Viêm não, *Herpes simplex*.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não do *Herpes simplex* (*Herpes simplex* Encephalitis - HSE) là bệnh lý nhiễm trùng nặng của hệ thần kinh trung ương. HSE xảy ra tản phát quanh năm, không theo mùa, chiếm khoảng 5-10% tổng số ca viêm não trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm là 0,2-0,4/100 000 dân<sup>1</sup>, tỷ lệ tử vong lên đến 70% khi không được điều trị<sup>2</sup>. Ngay cả những trường hợp được điều trị bằng acyclovir, HSE mặc dù tỷ lệ tử vong giảm đáng kể

nhưng tỷ lệ di chứng vẫn rất cao<sup>2</sup>. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong và di chứng trong HSE là sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị<sup>3</sup>. Xét nghiệm PCR dịch não tủy cho phép phát hiện sự có mặt của virus *Herpes simplex*, là bằng chứng quan trọng để chẩn đoán xác định HSE. Tuy nhiên, xét nghiệm này không sẵn có ở tất cả các cơ sở y tế tại Việt Nam. Điều này đòi hỏi người thầy thuốc cần phải nhận định chủ yếu dựa trên bệnh cảnh lâm sàng để có hướng xử trí sớm cho bệnh nhân. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu về HSE chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với *mục tiêu:* mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân viêm não do *Herpes simplex* tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2021.

<sup>(1)</sup> Trường Đại học Y Hà Nội. <sup>(2)</sup> Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Ngày nhận bài: 02/8/2021.

Ngày phân biên xong: 10/8/2021.

Ngày duyệt đăng: 20/8/2021.

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Tạ Thị Diệu Ngân,  
Trưởng Đại học Y Hà Nội.

Điện thoại: 0936436088. E-mail: dr.dieungan@gmail.com.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**Đối tượng:** Là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm não do *Herpes simplex*, điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ ngày 01/01/2020 đến 30/6/2021.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có biểu hiện lâm sàng của viêm não, thỏa mãn 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 3 tiêu chuẩn phụ theo tiêu chuẩn Đồng thuận chẩn đoán viêm não của Hiệp hội viêm não quốc tế năm 2013<sup>4</sup> và có kết quả PCR HSV trong dịch não tủy dương tính với *Herpes simplex*.

- **Tiêu chuẩn chính:** Bệnh nhân có tình trạng tinh thần thay đổi (được định nghĩa là giảm hoặc thay đổi mức độ ý thức, hôn mê hoặc thay đổi nhân cách) kéo dài  $\geq 24$  giờ mà không xác định được căn nguyên khác.

- **Tiêu chuẩn phụ**
- + Sốt hoặc tiền sử có sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  trong vòng 72 giờ trước hoặc sau khi nhập viện.
- + Co giật toàn thân hoặc co giật cục bộ (loại trừ sốt cao co giật).
- + Có dấu hiệu thần kinh khu trú mới xuất hiện.
- + DNT có hiện tượng tăng bạch cầu lympho ( $\geq 5$  bạch cầu/ $\mu\text{l}$ ).
- + Bất thường nhu mô não trên hình ảnh học (chụp cắt lớp vi tính, chụp MRI sọ não) gợi ý viêm não cấp.

+ Sự bất thường trên điện não đồ phù hợp với viêm não.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý liên quan đến tổn thương não từ trước hoặc tiền sử rối loạn tâm thần hoặc không có khả năng giao tiếp (câm, điếc).

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, các bệnh nhân được chẩn đoán xác định HSE được thu thập thông tin theo theo mẫu bệnh án có sẵn, bao gồm các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, dịch não tủy, kết quả chẩn đoán hình ảnh và diễn biến các triệu chứng trong quá trình điều trị. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị acyclovir đường tĩnh mạch theo phác đồ của Bộ Y tế với liều lượng 10mg/kg/24h, thời gian 10 - 21 ngày và được đánh giá tại thời điểm kết thúc điều trị hoặc khi ra viện. Bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm ra viện bằng thang điểm Rankin cải tiến (thang điểm MRS) từ 0 - 6 điểm<sup>5</sup>.

**Xử lý số liệu:** Theo các thuật toán thống kê trong phần mềm SPSS 20.0.

## KẾT QUẢ

Có 34 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 6 năm 2021. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được tổng kết trong Bảng 1.

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 34)		Giá trị
Tuổi (trung bình, min - max)		54,4 (21 - 86)
Giới nam (n, %)		25 (73,5%)
Thời điểm nhập viện	Tháng 1 - tháng 3	15 (44,1%)
	Tháng 4 - tháng 6	8 (23,5%)
	Tháng 7 - tháng 9	9 (26,5%)
	Tháng 10 - tháng 12	2 (5,9%)
Chuyển từ bệnh viện khác đến (n, %)		29 (85,3%)
Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện (ngày) trung bình, min - max)		5,7 (2 - 12)
Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được điều trị acyclovir (ngày) trung bình, min - max)		7,8 (2 - 29)

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân từ bệnh viện khác chuyển đến (85,3%) và có thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung bình 5,7 ngày. Thời gian bệnh nhân được tiếp cận điều trị trung bình là 7,8 ngày.



**Bảng 2.** Các biểu hiện lâm sàng của HSE lúc nhập viện

Biểu hiện lâm sàng (n = 34)	n (%)
Sốt	34 (100%)
Đau đầu	33 (97,1%)
Buồn nôn, nôn	21(68,8%)
Co giật	12 (35,3%)
Rối loạn ý thức	31(91,2%)
Dấu hiệu màng não	25 (73,5%)
Liệt nửa người	3 (8,8%)
Đại, tiểu tiện không tự chủ	15(44,1%)

*Nhận xét:* Hầu hết bệnh nhân có khởi phát với biểu hiện sốt và đau đầu, rối loạn ý thức lúc nhập viện. Có 44,1% đại, tiểu tiện không tự chủ và 8,8% có liệt nửa người khi nhập viện.

**Bảng 3.** Các thay đổi xét nghiệm ở thời điểm nhập viện

Các chỉ số	Giá trị
Thay đổi về bạch cầu máu	
Số lượng bạch cầu (G/l) (trung vị, min - max)	11 (2,3 - 22,2)
Tỷ lệ tăng bạch cầu > 10 G/l (n, %)	23 (67,6%)
Tăng bạch cầu đa nhân trung tính > 65% (n, %)	29 (85,3%)
Sinh hóa máu	
CRP (mg/l) (n = 32) (trung vị, min - max)	8,0 (0,6 - 336,3)
CRP ≥ 5 mg/l (n,%)	19/32 (59,4%)
CRP ≥ 50 mg/l (n,%)	5/32 (15,6%)
Procalcitonin (ng/ml) (trung vị, min - max)	0,15 (0,0 - 12,1)
Procalcitonin ≥ 0,05ng/ml (n,%)	19/21 (90,5%)
Procalcitonin ≥ 0,5ng/ml (n,%)	5/21(23,8%)
Na+(mmol/l) (trung bình, min - max)	130 (120 - 143)
Na+ < 135 mmol/l (n,%)	28 (82,4%)
Dịch não tủy	
Tế bào (TB/mm <sup>3</sup> ) (trung bình, min - max)	184,8 (1 - 645)
Tế bào ≥ 5 (TB/mm <sup>3</sup> ) (n,%)	33 (97,1%)
Protein (g/l) (trung bình, min - max)	0,9 (0,3 - 2,8)
Glucose (mmol/l) (trung bình, min - max)	4,4 (2,9 - 8,1)
Áp lực tăng (n, %)	25 (73,5%)

*Nhận xét:* 67,6% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trong máu tăng, trong đó có 85,3% có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng. 59,4% bệnh nhân được ghi nhận có tăng CRP, và 90,5% có tăng procalcitonin (PCT), mức độ tăng không đáng kể với trung vị CRP là 8(mg/l) và PCT là 0,15(ng/ml). Phần lớn bệnh nhân có nồng độ natri trong máu giảm (82,4%). Thay đổi dịch não tủy: 73,5% bệnh nhân có áp lực DNT tăng, protein tăng ít, trung bình 0,9g/l.

**Bảng 4.** Đặc điểm về tổn thương trên hình ảnh học

Đặc điểm		n (%)
Chụp cắt lớp vi tính sọ não (n = 20)		
Có tổn thương		7 (35%)
Vị trí tổn thương	Thùy thái dương	7 (35%)
	Thùy trán	4 (20%)
	Thùy đỉnh	1 (5%)
Phù não		2(10%)
Chụp MRI sọ não (n = 33)		
Có tổn thương		31 (93,9%)
Tổn thương cả 2 bán cầu não		17 (51,5%)
Tổn thương ≥ 2 thùy não		24 (72,7%)
Vị trí tổn thương	Thùy thái dương	30 (90,9%)
	Thùy trán	14 (42,4%)
	Thùy đảo	19 (57,5%)
	Thùy đỉnh	4 (12,1%)
	Khác	3 (9%)
Phù não		4 (12,1%)

**\*Khác:** Gồm đồi thị, thùy nhộng tiểu não

*Nhận xét:* Thời điểm chụp cắt lớp vi tính sọ não trung bình là 6,7 ngày, thời điểm chụp MRI sọ não trung bình là 7,3 ngày kể từ khi có triệu chứng khởi điểm. Có 93,9% bệnh nhân được phát hiện tổn thương trên phim chụp MRI sọ não trong khi đó chỉ có 35% được phát hiện tổn thương qua chụp cắt lớp vi tính sọ não.

51,5% bệnh nhân có tổn thương não trên cả hai bán cầu, 72,7% bệnh nhân có tổn thương từ hai thùy não trở lên. Tổn thương trên hình ảnh học chủ yếu gặp ở thùy thái dương (93,9%), thùy đảo (57,5%), thùy trán (42,4%). Có 12,1% bệnh nhân có phù não, không có trường hợp nào có xuất huyết não.

**Bảng 5.** Thay đổi xét nghiệm dịch não tủy sau 10 - 14 ngày điều trị

Các chỉ số	Giá trị
Xét nghiệm đếm số lượng tế bào dịch não tủy (n = 24)	
Số lượng tế bào (TB/mm <sup>3</sup> ) (trung bình, min - max)	84,1 (0 - 371)
Tế bào ≥ 5 TB/mm <sup>3</sup> (n, %)	23 (95,8%)
Có cải thiện	19 (79,2%)
Xét nghiệm sinh hóa (n = 24)	
Protein (g/l) (trung bình, min - max)	0,7 (0,3 - 1,5)
Protein > 0,45 (g/l) (n, %)	20 (83,3%)
Có cải thiện	15 (62,5%)
Xét nghiệm PCR HSV về âm tính (n = 15)	14 (93,3%)

*Nhận xét:* Sau 10 - 14 ngày điều trị, có 24 bệnh nhân được chọc dịch não tủy kiểm tra lại. Kết quả cho thấy, số lượng tế bào trung bình giảm so với trước điều trị, có 79,2% có giảm số lượng tế bào, 62,5% giảm nồng độ protein. Có 14/15 bệnh nhân có kết quả PCR HSV âm tính sau 10 - 14 ngày điều trị.

**Bảng 6.** Kết quả điều trị

Các chỉ số	Giá trị (n, %)
Tình trạng lúc ra viện (n = 34)	
Không có di chứng (MRS = 0)	9 (26,5%)
Di chứng mức độ nhẹ (0 < MRS ≤ 2)	7 (20,5%)
Di chứng mức độ trung bình đến nặng (2 < MRS ≤ 5)	16 (47,1%)
Tử vong hoặc xin về để tử vong (MRS = 6)	2 (5,9%)
Các di chứng khi xuất viện (n = 34)	
Rối loạn trí nhớ	20 (58,8%)
Rối loạn vận động	16 (47,1%)
Rối loạn ngôn ngữ	11 (32,4%)
Đại, tiểu tiện không tự chủ	2 (5,9%)

*Nhận xét:* Số ngày điều trị trung bình acyclovir là 16,6 ngày. Tại thời điểm ra viện, số bệnh nhân được khỏi hoàn toàn là 26,5% và 67,6% bệnh nhân có di chứng với các mức độ khác nhau. Trong đó 20,5% bệnh nhân có di chứng nhẹ, 47,1% bệnh nhân có di chứng mức độ trung bình đến nặng. Các di chứng bao gồm: rối loạn trí nhớ (58,8%), rối loạn chức năng vận động (47,1%), rối loạn ngôn ngữ (32,4%), đại tiểu tiện không tự chủ (5,9%).

## BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình mắc bệnh là 54,4 tuổi, nam giới có xu hướng mắc nhiều hơn (73,5%). Bệnh nhân thường nhập viện muộn và đa số từ bệnh viện khác chuyển đến, thời gian tiếp cận điều trị muộn. Tại Pháp, nghiên cứu của Franck Raschilas và cộng sự trên 98 bệnh nhân HSE, cũng nhận xét tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,5, nam chiếm ưu thế. Một nghiên cứu khác tại Tây Ban Nha cho thấy, tuổi trung bình mắc bệnh là 54 tuổi, hay gặp ở nam (63%), xuất hiện rải rác trong năm với thời gian bệnh sử trung bình là 5 ngày<sup>6</sup>. Tại Việt Nam, các báo cáo trước đây cũng nhận xét tương tự. Tác giả Vũ Minh Điền đánh giá trên 35 bệnh nhân HSE cũng nhận thấy bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 40 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,2; xảy ra rải rác quanh năm, nhiều hơn về các tháng mùa hè<sup>7</sup>. Vũ Thị Thu Hương nghiên cứu ở trẻ em cũng nhận xét HSE xảy ra quanh năm và gặp ở nam nhiều hơn nữ<sup>8</sup>.

*Về lâm sàng:* Các biểu hiện lâm sàng khi nhập viện thường hay gặp nhất là: sốt (100%), đau đầu (97,1%), buồn nôn, nôn (68,8%), rối loạn ý thức (91,2%) và dấu hiệu màng não (73,5%). Với thời gian trung bình từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện điều trị là 5,7 ngày nhưng đã có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân có biểu hiện thần kinh, gồm 44,1% đại tiểu tiện không tự chủ và 8,8% có liệt 1/2 người. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế về các dấu hiệu lâm sàng ở bệnh nhân viêm não do *Herpes simplex*<sup>3,6,7,9</sup>. Tuy nhiên, kết quả các nghiên cứu cũng có khác nhau về tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng thần kinh giữa người lớn với trẻ em trong HSE: ở người lớn dấu hiệu thần kinh gặp với tỷ lệ thấp như thay đổi hành vi, rối loạn tâm thần (17%), thay đổi ý thức, mất phương hướng (25%)<sup>10</sup> thì ở trẻ em, các dấu hiệu này lại gặp với tần suất cao hơn: tăng trương lực cơ (74,36%), hôn mê (58,79%), liệt khu trú (56,41%), rối loạn ngôn ngữ (33,33%)<sup>11</sup>.

*Về cận lâm sàng:* Bạch cầu trong máu ngoại vi tăng ở 67,6% bệnh nhân, trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng ở 85,3%, điều này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Minh Điền trước đó<sup>7</sup>. Tuy nhiên, đặc điểm này ít được đề cập trong các nghiên cứu nước ngoài và đây cũng là dấu hiệu cần phải được phân biệt với viêm màng

não mũ khi các bệnh nhân đến khám và nhập viện điều trị. Trong HSE, nồng độ procalcitonin máu tăng rất ít với trung vị là 0,15ng/mL và CRP là 8mg/l. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23,8% bệnh nhân có PCT tăng cao ( $\geq 0,5$ ng/ml) và 15,6% có CRP tăng cao ( $\geq 50$ mg/l). Các bệnh nhân này được chuyển từ tuyến dưới lên với thời gian điều trị trung bình ở tuyến dưới là 6,7 ngày, khi chuyển đến Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, ngoài biểu hiện viêm não còn có thêm dấu hiệu của bội nhiễm phổi với tổn thương trên hình ảnh X-quang phổi kèm theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng có 82,4% bệnh nhân có giảm nồng độ natri máu, điều này cũng được đề cập trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước<sup>3,7,8</sup>. Về dịch não tủy, 100% dịch não tủy biến đổi theo hướng viêm màng não nước trong, áp lực bình thường hoặc tăng, số lượng bạch cầu tăng ở 97,1% bệnh nhân, trung bình là 184,8 bạch cầu/mm<sup>3</sup>, nồng độ protein trung bình là 0,9g/l. Kết quả này cũng được đề cập trong các y văn cũng như các nghiên cứu khác<sup>3,6,7,12</sup>. Xét nghiệm dịch não tủy có xu hướng cải thiện sau 10 - 14 ngày điều trị, tuy nhiên đa số đều chưa trở về mức bình thường ở cả số lượng tế bào và nồng độ protein. MRI có độ nhạy tốt hơn trong việc phát hiện tổn thương não, vị trí tổn thương thường gặp trên phim MRI sọ não là thùy thái dương (90,9%), thùy đảo (57,5%), thùy trán (42,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 51,5% bệnh nhân có tổn thương cả hai bán cầu nhưng không đối xứng. Kết quả của các nghiên cứu khác<sup>2,3,7,13</sup> cũng đưa ra những nhận xét tương tự.

*Về kết quả điều trị:* Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng

acyclovir tĩnh mạch, thời gian trung bình của điều trị acyclovir tĩnh mạch là 16,6 ngày, trong đó 26,5% bệnh nhân khỏi hoàn toàn, tỷ lệ di chứng là 67,7% ở các mức độ khác nhau và có 2/34 trường hợp (5,9%) bệnh nhân xin về để tử vong ở nhà. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các kết quả nghiên cứu của Riera - Mestre A và cộng sự (8,6%)<sup>6</sup>, của Vũ Minh Điền (8,57%)<sup>7</sup>, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Raschilas F. và cộng sự (15%), có thể do sự chênh lệch về số lượng bệnh nhân nghiên cứu cũng như thời gian tiếp cận điều trị. Thời gian trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được tiếp cận điều trị trong nhóm có di chứng là 8,6 ngày, trong nhóm không có di chứng là 5,3 ngày. Còn trong nghiên cứu của Raschilas F. thời gian trung bình tiếp cận điều trị là 5,5 ngày. Các di chứng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao khi xuất viện và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, bao gồm: rối loạn trí nhớ (58,8%), rối loạn chức năng vận động (47,1%), rối loạn ngôn ngữ (32,4%). Nghiên cứu của Riancho J. và cộng sự trên 26 bệnh nhân các di chứng thần kinh thường gặp nhất là chứng mất ngôn ngữ và mất trí nhớ<sup>14</sup>.

## KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân HSE cần được tiếp cận điều trị sớm để hạn chế các di chứng sau điều trị và chụp MRI sọ não sớm là phương pháp chẩn đoán có giá trị để phát hiện các tổn thương viêm não ở bệnh nhân HSE. Cần có thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để đánh giá các yếu tố tiên lượng nặng ở các bệnh nhân mắc HSE.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sabah M, Mulcahy J, Zeman A. Herpes simplex encephalitis. *BMJ*. 2012;344:e3166.
2. Stahl JP, Mailles A. Herpes simplex virus encephalitis update. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2019;32(3):239-243.
3. Raschilas F, Wolff M, Delatour F, et al. Outcome of and Prognostic Factors for Herpes Simplex Encephalitis in Adult Patients: Results of a Multicenter Study. *Clinical Infectious Diseases*. 2002;35(3):254-260.
4. Venkatesan A, Tunkel AR, Bloch KC, et al. Case definitions, diagnostic algorithms, and priorities in encephalitis: consensus statement of the international encephalitis consortium. *Clin Infect Dis*. 2013;57(8):1114-1128.
5. van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*. 1988;19(5):604-607.

6. Riera-Mestre A, Gubieras L, Martínez-Yelamos S, Cabellos C, Fernández-Viladrich P. Adult herpes simplex encephalitis: Fifteen years' experience. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2009;27(3):143-147.
7. Vũ Minh Điền. Đặc điểm lâm sàng viêm não do Herpes simplex. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2011; 74 (3).
8. Trần Thị Thu Hương. Nghiên cứu căn nguyên, đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố tiên lượng viêm não cấp ở trẻ em Việt Nam. *Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội*. 2019.
9. Lương Thúy Hiền. Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm dịch não tủy của viêm não Herpes. *Kỷ yếu hội nghị khoa học quốc tế thần kinh học Việt Nam lần thứ 15, Hà Nội*. 2011; 90 - 93.
10. Kim Y-S, Jung K-H, Lee S-T, et al. Prognostic Value of Initial Standard EEG and MRI in Patients with Herpes Simplex Encephalitis. *J Clin Neurol*. 2016;12(2):224-229.
11. Lê Trọng Dũng. Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm não Herpes tại Khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Nhi Trung ương. *Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội*. 2008.
12. Whitley RJ. Herpes simplex encephalitis: Adolescents and adults. *Antiviral Research*. 2006;71(2):141-148.
13. Bradshaw MJ, Venkatesan A. Herpes Simplex Virus-1 Encephalitis in Adults: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Neurotherapeutics*. 2016;13(3):493-508.
14. Riancho J, Delgado-Alvarado M, Sedano MJ, Polo JM, Berciano J. Herpes simplex encephalitis: clinical presentation, neurological sequelae and new prognostic factors. Ten years of experience. *Neurol Sci*. 2013;34(10):1879-1881.

## THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HERPES SIMPLEX ENCEPHALITIS (HSE) TREATED IN NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES FROM 2020 TO 2021

### Summary

*Herpes simplex encephalitis* (HSE) is a severe infection of the central nervous system with high morbidity and mortality rate due to late access to treatment.

**Objectives:** Describe the clinical and subclinical characteristics and outcomes of patients with HSE treated at the National Hospital for Tropical Diseases (NHTD) from January 2020 to June 2021.

**Subjects and methods:** A cross - sectional, descriptive study of patients diagnosed with HSE based on cerebrospinal fluid (CSF) abnormalities and positive PCR for Herpes simplex virus (HSV) in the CSF.

**Results:** In 34 HSE patients, the mean age was 54.4 years old and 73.5% of them were male. Common clinical manifestations were fever (100%), headaches (97.1%), unconsciousness (91.2%), and signs for meningitis (73.5%). Other manifestations were less common, including urinary disorders (44.1%), convulsions (35.3%) and hemiplegia (8.8%). Among 34 patients, 67.6% had leukocytosis, 85.3% had neutrophilia while 82.4% had hyponatremia. The brain lesions were commonly found in the temporal lobes (90.9%), insular lobes (57.5%), frontal lobes (42.4%), and these abnormalities could be found in both hemispheres. After treatment, 26.5% of patients recovered completely while 67.7% patients had neurological sequela at different level: memory disorders (58.8%), motor dysfunction (47.1%), language disorders (32.4%). The overall mortality rate was 5.9%.

**Conclusions:** HSE patients should be early approached to treatment to limit post-treatment sequelae. Early cranial MRI is a valuable diagnostic method to detect brain lesions in HSE patients.

**Key words:** *Herpes simplex encephalitis*.