

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm não do Herpes simplex virus tại Bệnh viện Bạch Mai

Clinical and Laboratory Characteristics and Factors Associated with Treatment Outcomes in Patients with Herpes Simplex Virus Encephalitis at Bach Mai Hospital

Kiểu Khánh Linh^{1✉}, Nguyễn Văn Hương^{1,2}, Trịnh Tiến Lực³

¹ Trường Đại học Y Hà Nội,

² Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

³ Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

Tác giả liên hệ

BS. Kiểu Khánh Linh
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: bskieukhanhlinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 28/5/2026

Ngày duyệt bài: 23/6/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes simplex (HSV) điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 31 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định viêm não do HSV bằng tiêu chuẩn của Hiệp hội đồng thuận quốc tế về viêm não năm 20131 kết hợp với kết quả phản ứng chuỗi polymerase (PCR) HSV trong dịch não tủy dương tính, điều trị tại Trung tâm Thần kinh và Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2026. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ sọ não, điện não đồ, quá trình điều trị và kết quả điều trị được thu thập theo phiếu nghiên cứu thống nhất và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 22.0. Kết quả điều trị được đánh giá khi ra viện theo thang điểm modified Rankin Scale (mRS), chia thành nhóm kết quả tốt (mRS 0–2) và kết quả xấu (mRS 3–6).

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,7 \pm 14,1$ tuổi; nam giới chiếm 24/31 (77,4%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm sốt (31/31; 100%), đau đầu (26/31; 83,9%), suy giảm trí nhớ cấp (25/31; 80,6%), rối loạn ý thức (24/31; 77,4%), rối loạn hành vi hoặc tâm thần (22/31; 71,0%) và co giật (17/31; 54,8%). Dịch não tủy có đặc điểm viêm với tăng bạch cầu ưu thế lymphocyte và tăng nhẹ protein. Cộng hưởng từ sọ não bất thường ở tất cả bệnh nhân, trong đó tổn thương thùy thái dương gặp ở 28/31 (90,3%), tổn thương thùy đảo ở 27/31 (87,1%) và 26/31 (83,9%) bệnh nhân có tổn thương từ hai vùng não trở lên. Điện não đồ được thực hiện ở 26/31 (83,9%) bệnh

nhân; bất thường thường gặp nhất là sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa (13/26; 50,0%), tiếp theo là phóng điện chu kỳ một bên (lateralized periodic discharges – LPDs) (10/26; 38,5%). Hoạt động dạng động kinh và trạng thái động kinh không co giật được ghi nhận lần lượt ở 4/26 (15,4%) và 3/26 (11,5%) bệnh nhân. Sau điều trị, 30/31 (96,8%) bệnh nhân có kết quả HSV-PCR dịch não tủy âm tính. Kết quả điều trị tốt đạt 17/31 (54,8%), trong khi 14/31 (45,2%) bệnh nhân còn mức độ tàn tật từ trung bình đến nặng khi ra viện. Các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị xấu gồm tổn thương từ hai vùng não trở lên trên cộng hưởng từ ($p = 0,048$), điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực ($p < 0,001$), thở máy ($p = 0,018$) và viêm phổi bệnh viện ($p = 0,024$).

Kết luận: Viêm não do Herpes simplex virus có biểu hiện lâm sàng đa dạng nhưng nổi bật là hội chứng viêm não cấp kết hợp với rối loạn trí nhớ và rối loạn hành vi. Tổn thương thùy thái dương và thùy đảo là những đặc điểm hình ảnh học điển hình. Mặc dù hầu hết bệnh nhân đạt HSV-PCR âm tính sau điều trị, tỷ lệ di chứng chức năng khi ra viện vẫn còn cao. Tổn thương lan rộng trên cộng hưởng từ sọ não, điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực, thở máy và viêm phổi bệnh viện có liên quan đến kết quả điều trị xấu.

Từ khóa: Viêm não Herpes simplex, cộng hưởng từ sọ não, dịch não tủy, điện não đồ, kết quả điều trị.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and identify factors associated with treatment outcomes in patients with herpes simplex encephalitis treated at Bach Mai Hospital.

Methods: A combined retrospective–prospective longitudinal case-series study was conducted in 31 adult patients with confirmed herpes simplex encephalitis,

diagnosed according to the 2013 International Encephalitis Consortium criteria and a positive cerebrospinal fluid (CSF) herpes simplex virus polymerase chain reaction (HSV-PCR) result. The patients were treated at the Neurology Center and the Center for Tropical Diseases, Bach Mai Hospital, between January 2024 and June 2026. Clinical manifestations, laboratory findings, brain magnetic resonance imaging (MRI), electroencephalographic (EEG) findings, treatment characteristics, and clinical outcomes were collected using a standardized case report form and analyzed with IBM SPSS Statistics version 22.0. Functional outcome at hospital discharge was assessed using the modified Rankin Scale (mRS) and categorized as good (mRS 0–2) or poor (mRS 3–6).

Results: The mean age was 56.7 ± 14.1 years, and 24/31 (77.4%) of the patients were male. The most common clinical manifestations were fever (31/31; 100%), headache (26/31; 83.9%), acute memory impairment (25/31; 80.6%), altered consciousness (24/31; 77.4%), behavioural or psychiatric disturbances (22/31; 71.0%), and seizures (17/31; 54.8%). Cerebrospinal fluid analysis demonstrated lymphocytic pleocytosis with mildly elevated protein levels. Brain MRI was abnormal in all patients, most commonly involving the temporal lobe (28/31; 90.3%) and the insular cortex (27/31; 87.1%), while 26/31 (83.9%) exhibited lesions affecting two or more brain regions. Electroencephalography was performed in 26/31 (83.9%) patients. The most frequent EEG abnormalities were focal or diffuse slowing (13/26; 50.0%), followed by lateralized periodic discharges (LPDs) (10/26; 38.5%). Epileptiform activity and non-convulsive status epilepticus were identified in 4/26 (15.4%) and 3/26 (11.5%) patients, respectively. After treatment, 30/31 (96.8%) patients had negative CSF HSV-PCR results. A good functional outcome

was achieved in 17/31 (54.8%), whereas 14/31 (45.2%) remained moderately to severely disabled at hospital discharge. Poor treatment outcomes were significantly associated with involvement of two or more brain regions on MRI ($p = 0.048$), admission to the intensive care unit ($p < 0.001$), mechanical ventilation ($p = 0.018$), and hospital-acquired pneumonia ($p = 0.024$).

Conclusions: Herpes simplex virus encephalitis presents with diverse clinical manifestations, typically characterized by an acute encephalitic syndrome accompanied by memory impairment and behavioural disturbances. Temporal lobe and insular cortex involvement are the most characteristic neuroimaging findings. Although virological clearance, as demonstrated by negative CSF HSV-PCR, was achieved in most patients following antiviral therapy, functional disability at hospital discharge remained common. Extensive MRI involvement, intensive care unit admission, mechanical ventilation, and hospital-acquired pneumonia were significantly associated with poor treatment outcomes.

Keywords: herpes simplex virus encephalitis; magnetic resonance imaging; cerebrospinal fluid; electroencephalography; treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não do HSV (Herpes simplex encephalitis – HSE) là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm não virus ở người trưởng thành và có tỷ lệ tử vong và di chứng cao nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời. Trước khi acyclovir được đưa vào thực hành lâm sàng, tỷ lệ tử vong của bệnh có thể lên tới khoảng 70%². Những năm 1980, sự ra đời của Acyclovir tiêm tĩnh mạch khiến tỷ lệ tử vong giảm xuống chỉ còn 6-11%³. Vào những năm 1990, việc sử dụng phản ứng chuỗi polymerase (PCR) để phát hiện HSV trong dịch não tủy đã nâng cao hơn nữa tiên lượng và điều trị sớm⁴. Tuy nhiên,

tỷ lệ di chứng thần kinh vẫn cao, 44–62% bệnh nhân sống sót vẫn còn các di chứng thần kinh kéo dài như suy giảm trí nhớ, rối loạn nhận thức, động kinh và giảm khả năng độc lập trong sinh hoạt hằng ngày⁵. Biểu hiện lâm sàng đa dạng sốt, đau đầu, rối loạn ý thức, co giật, rối loạn hành vi và các dấu thần kinh khu trú. Rối loạn trí nhớ và thay đổi hành vi là chỉ dấu chẩn đoán quan trọng do HSV ái tính với hệ viền, đặc biệt hồi hải mã và thùy thái dương trong. Cộng hưởng từ sọ não có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương sớm, điện não đồ giúp phát hiện trạng thái động kinh không co giật, còn PCR HSV dịch não tủy là tiêu chuẩn vàng để xác định căn nguyên. Tuy nhiên, PCR HSV có thể âm tính giả trong 72 giờ đầu kể từ khi khởi phát triệu chứng (độ nhạy giảm còn 70% nếu chọc dò quá sớm). Vì vậy PCR âm tính lần đầu không loại trừ chẩn đoán và không được ngừng acyclovir; cần chọc dò lại sau 3-7 ngày.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về HSE ở người lớn, đặc biệt tại các trung tâm thần kinh chuyên sâu, còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm não do vi rút Herpes simplex tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm não do vi rút Herpes simplex điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 06 năm 2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa mãn đồng thời các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán “xác định viêm não” của Hiệp hội Viêm não quốc tế năm 2013, khi bệnh nhân thuộc nhóm “ngghi ngờ viêm não” hoặc “gợi ý viêm não” và kết quả phản ứng

chuỗi polymerase (PCR) HSV trong dịch não tủy dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử mắc các bệnh lý thần kinh trung ương gây di chứng chức năng trước đó như đột quy, chấn thương sọ não nặng hoặc u não.
- Có tiền sử sa sút trí tuệ hoặc rối loạn tâm thần mạn tính làm ảnh hưởng đến việc đánh giá triệu chứng thần kinh.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu các biến số chính của nghiên cứu.
- Người bệnh hoặc gia đình từ chối tham gia nghiên cứu đối với nhóm tiến cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dọc kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Trong đó, các bệnh nhân điều trị từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2025 được thu thập theo phương pháp hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, từ tháng 08/2025 đến tháng 06/2026 được thu thập theo phương pháp tiến cứu với phiếu nghiên cứu thống nhất.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng số bệnh nhân là 31 trường hợp.

2.4. Phân tích thống kê

Dữ liệu được xử lý bằng IBM SPSS 22.0. Phân bố biến định lượng kiểm tra bằng Shapiro–Wilk. Biến có phân bố chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (mean $\pm$ standard deviation, SD) và được so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định t-Student (Student's t-test). Biến không có phân bố chuẩn trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị (Q1–Q3), so sánh bằng kiểm định Mann–Whitney U với hai nhóm độc lập hoặc kiểm định Wilcoxon signed-rank với các cặp số liệu trước/sau điều trị. Biến định tính trình bày tần số, tỷ lệ phần trăm và so sánh bằng Khi bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact (khi có trên 20% số ô có tần số kỳ vọng <5. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bạch Mai thông qua. Các thông tin của người bệnh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đối với nhóm bệnh nhân tiến cứu, người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp được giải thích đầy đủ về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia trước khi thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 31)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD	56,7 $\pm$ 14,1
Nam giới, n (%)	24 (77,4)
Có bệnh nền, n (%)	13 (41,9)
Thời gian khởi phát đến nhập viện (ngày), trung vị (Q1–Q3)	4,0 (3,0–6,0)
GCS khi nhập viện, trung vị (Q1–Q3)	14 (13–15)
Sốt, n (%)	31 (100)
Đau đầu, n (%)	26 (83,9)
Suy giảm trí nhớ cấp, n (%)	25 (80,6)
Rối loạn ý thức, n (%)	24 (77,4)
Rối loạn hành vi/tâm thần, n (%)	22 (71,0)
Co giật, n (%)	17 (54,8)
Dấu màng não, n (%)	17 (54,8)
Thiếu sót thần kinh khu trú, n (%)	7 (22,6)
Trạng thái động kinh, n (%)	3 (9,7)

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,7 $\pm$ 14,1 tuổi, nam giới chiếm đa số (77,4%). Các triệu chứng thường gặp khi nhập viện gồm sốt, đau đầu, suy giảm trí nhớ cấp, rối loạn ý thức và rối loạn hành vi. Co giật gặp ở hơn một nửa số bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm dịch não tủy, cộng hưởng từ sọ não và điện não đồ

Chỉ số	n (%)
Dịch não tủy (n = 31)	
Số lượng bạch cầu (tế bào/mm³)	
5–200	20 (64,5)
201–500	8 (25,8)
>500	2 (6,5)
Protein (g/L)	
≤0,45	5 (16,1)
0,46–1,00	21 (67,7)
>1,00	5 (16,1)
Glucose (mmol/L)	
<2,2	0 (0,0)
≥2,2	31 (100,0)
Cộng hưởng từ sọ não (n = 31)	
Tổn thương thùy thái dương	28 (90,3)
Tổn thương thùy đảo	27 (87,1)
Tổn thương ≥2 vùng não	26 (83,9)
Hạn chế khuếch tán trên DWI	21 (67,7)
Xuất huyết trên cộng hưởng từ	4 (12,9)
Điện não đồ (n = 26)	
Sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa	13 (50,0)
Phóng điện chu kỳ một bên (LPDs)	10 (38,5)
Hoạt động dạng động kinh	4 (15,4)
Trạng thái động kinh không co giật (NCSE)	3 (11,5)

Nhận xét: Dịch não tủy chủ yếu có tăng bạch cầu mức độ nhẹ đến trung bình (64,5%) và tăng protein nhẹ (67,7%), trong khi nồng độ glucose được bảo tồn ở tất cả bệnh nhân. Cộng hưởng từ sọ não tổn thương chủ yếu tại thùy thái dương (90,3%) và thùy đảo (87,1%); đa số bệnh nhân có tổn thương từ hai vùng não trở lên (83,9%). Trong số 26 bệnh nhân được ghi điện não đồ, bất thường thường gặp nhất là sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa (50,0%), tiếp theo là phóng điện chu kỳ một bên (LPDs)⁶ (38,5%).

3.3. Thay đổi dịch não tủy sau điều trị

Bảng 3. So sánh kết quả dịch não tủy trước và sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị (n=31)	Sau điều trị (n=31)	Kiểm định	p
Protein DNT (g/L)	0,63 (0,50–1,06)	0,83 (0,61–1,00)	Wilcoxon signed-rank	0,069
Bạch cầu DNT (G/L)	0,132 ± 0,104	0,102 ± 0,102	Paired t-test*	0,181
Lymphocyte DNT (%)	70 (60–70)	70 (60–70)	Wilcoxon signed-rank	0,217
HSV-PCR âm tính sau điều trị 30/31 (96,8%)				

Nhận xét: Sau điều trị, chưa ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về protein, số lượng bạch cầu và tỷ lệ lymphocyte trong dịch não tủy (p > 0,05). Có 30/31 bệnh nhân (96,8%) có kết quả HSV-PCR dịch não tủy âm tính; một bệnh nhân còn dương tính sau 14 ngày điều trị là trường hợp diễn biến rất nặng, gia đình xin về.

3.4. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm	n	%
Điều trị acyclovir	31	100,0
Điều trị corticoid	2	6,5
Thuốc chống động kinh	12	38,7
Mannitol/NaCl ưu trương	3	9,7
Điều trị tại ICU	15	48,4
Thở máy	10	32,3
Lọc máu thay thế thận	0	0,0

3.5. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Kết quả	n	%
mRS 0	1	3,2
mRS 1	12	38,7
mRS 2	4	12,9

Kết quả	n	%
Kết quả tốt (mRS 0–2)	17	54,8
mRS 3	4	12,9
mRS 4	8	25,8
mRS 5	2	6,5
Kết quả xấu (mRS 3–5)	14	45,2
Tử vong (mRS 6)	0	0,0

Yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố	mRS 0–2 (n=17)	mRS 3–5 (n=14)	p
Tuổi, trung vị (năm)	60	61	0,592
GCS nhập viện, trung vị	14	13	0,084
Thời gian khởi phát đến khi nhập viện (ngày), trung vị	4	3,5	0,584
Thời gian khởi phát đến khi điều trị Acyclovir (ngày), trung vị	5	5	0,521
Nam giới	5 (29,4%)	2 (14,3%)	0,412
Có bệnh nền	6 (35,3%)	7 (50,0%)	0,481
Co giật	7 (41,2%)	10 (71,4%)	0,149
Trạng thái động kinh	0 (0%)	3 (21,4%)	0,081
Hạ natri máu	12 (70,6%)	9 (64,3%)	1,000
Viêm phổi bệnh viện	7 (41,2%)	12 (85,7%)	0,024
Điều trị ICU	3 (17,6%)	12 (85,7%)	<0,001
Thở máy	2 (11,8%)	8 (57,1%)	0,018

Nhận xét: Trong phân tích đơn biến, viêm phổi bệnh viện ($p=0,024$), điều trị tại ICU ($p<0,001$) và thở máy ($p=0,018$) liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị xấu khi ra viện. Các yếu tố như tuổi, giới, bệnh nền, thời gian khởi phát đến nhập viện, thời gian khởi phát đến điều trị acyclovir, hạ natri máu và co giật không đạt ý nghĩa thống kê trong bộ số liệu này ($p > 0,05$). Tuy nhiên, GCS

nhập viện và trạng thái động kinh có xu hướng liên quan với kết quả điều trị xấu (lần lượt $p = 0,084$ và $p = 0,081$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và biểu hiện lâm sàng

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $56,7 \pm 14,1$ tuổi, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết và Tạ Thị Diệu Ngân⁷ ($54,4 \pm 16,3$ tuổi) cũng như các nghiên cứu của Bradshaw và cộng sự tại Hoa Kỳ và Jaquet và cộng sự tại Pháp, trong đó tuổi mắc bệnh chủ yếu dao động từ 50 đến 60 tuổi^{8,9}. Cho thấy HSE chủ yếu gặp ở người trưởng thành trung niên và người cao tuổi, điều này có thể liên quan đến hiện tượng tái hoạt hóa HSV-1 tiềm ẩn trong hạch sinh ba khi miễn dịch suy giảm theo tuổi hoặc mắc các bệnh lý mạn tính. Nam giới chiếm 77,4% trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn một số nghiên cứu trong nước và quốc tế. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm sốt (100%), đau đầu (83,9%), suy giảm trí nhớ (80,6%), rối loạn ý thức (77,4%), rối loạn hành vi hoặc tâm thần (71,0%) và co giật (54,8%), phù hợp với biểu hiện điển hình của HSE. Tỷ lệ cao của rối loạn trí nhớ và hành vi phản ánh ái tính của HSV đối với hệ viền và thùy thái dương trong, đồng thời là những dấu hiệu gợi ý chẩn đoán sớm. Tỷ lệ co giật là 54,8%, tương đồng với các nghiên cứu quốc tế nhưng cao hơn nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân và Nguyễn Thị Tuyết, có thể do Bệnh viện Bạch Mai tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh nặng hơn. Điều này cũng nhấn mạnh vai trò của điện não đồ trong phát hiện trạng thái động kinh không co giật.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Dịch não tủy có đặc điểm điển hình của viêm não do virus với tăng bạch cầu ưu thế lymphocyte, tăng nhẹ protein và glucose tương đối bảo tồn. Sau điều trị, các chỉ số tế bào/sinh hóa không thay đổi có ý nghĩa thống kê, cho

thấy phản ứng viêm kéo dài dù virus đã kiểm soát (HSV PCR âm tính ở 30/31; 96,8%; 1 trường hợp nặng vẫn dương tính sau 14 ngày, ra viện với mRS 5 điểm) Do đó, đánh giá hiệu quả điều trị cần kết hợp diễn biến lâm sàng và kết quả PCR HSV thay vì chỉ dựa vào dịch não tủy.

Cộng hưởng từ sọ não bất thường ở tất cả bệnh nhân, chủ yếu tổn thương thùy thái dương 28/31 (90,3%) và thùy đảo 27/31 (87,1%); 26/31 (83,9%) có tổn thương ≥ 2 vùng và 21/31 (67,7%) có hạn chế khuếch tán trên DWI, phản ánh mức độ tổn thương nhu mô não khá nặng. Mặc dù MRI có độ nhạy cao, hình ảnh có thể còn bình thường trong giai đoạn rất sớm, vì vậy không nên trì hoãn điều trị acyclovir khi nghi ngờ bệnh.

Điện não đồ (26/31 bệnh nhân) ghi nhận sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa và LPDs. Đặc biệt, phát hiện 03 trường hợp trạng thái động kinh không co giật, khẳng định vai trò quan trọng của xét nghiệm ở bệnh nhân rối loạn ý thức kéo dài hoặc không cải thiện sau kiểm soát cơn co giật.

4.3. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 54,8% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt (mRS 0–2) khi ra viện. Tuy nhiên, mặc dù tỷ lệ tử vong giảm, gần một nửa số bệnh nhân vẫn còn mức độ tàn tật từ trung bình đến nặng khi ra viện, cho thấy HSE vẫn là bệnh lý để lại gánh nặng di chứng đáng kể.

4.4. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Nghiên cứu ghi nhận tổn thương ≥ 2 vùng não trên MRI, điều trị tại ICU, thở máy và viêm phổi bệnh viện có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị xấu. Tổn thương lan rộng trên cộng hưởng từ phản ánh mức độ tổn thương nhu mô não và sự lan tỏa của quá trình viêm, phù hợp với ghi nhận trong nghiên cứu của Singh và Jaquet¹⁰. Điều trị hồi sức tích cực và thở máy chủ yếu phản ánh mức độ nặng của bệnh, viêm phổi bệnh viện có thể kéo dài thời gian nằm viện và làm chậm quá trình hồi phục. Tuổi, giới và một

số đặc điểm lâm sàng khác không liên quan có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu còn hạn chế.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại một bệnh viện tuyến cuối nên có thể chưa đại diện đầy đủ cho quần thể chung. Kết quả điều trị chỉ được đánh giá tại thời điểm ra viện, chưa có theo dõi dài hạn về chức năng, nhận thức và chất lượng cuộc sống. Phân tích các yếu tố liên quan mới dừng ở đơn biến do số lượng biến hạn chế, vì vậy chưa xác định được các yếu tố tiên lượng độc lập và chưa loại trừ hoàn toàn yếu tố nhiễu. Thiết kế kết hợp hồi cứu và tiến cứu có thể làm một số biến số chưa được thu thập đồng nhất; ngoài ra, không phải tất cả bệnh nhân đều được thực hiện đầy đủ các thăm dò, đặc biệt điện não đồ chỉ có ở 26/31 trường hợp, có thể gây sai lệch chọn mẫu. Mặc dù vậy, nghiên cứu đã bổ sung dữ liệu thực tiễn về HSE tại một trung tâm tuyến cuối ở Việt Nam. Các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn là cần thiết để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập và đánh giá đầy đủ kết quả lâu dài.

V KẾT LUẬN

Viêm não do Vi rút Herpes simplex tại Bệnh viện Bạch Mai có biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó nổi bật là hội chứng viêm não cấp kèm theo rối loạn trí nhớ và rối loạn hành vi hoặc tâm thần. Hình ảnh cộng hưởng từ sọ não thường tổn thương tại thùy thái dương và thùy đảo, là những vị trí tổn thương điển hình của bệnh.

Mặc dù phần lớn bệnh nhân có kết quả phản ứng chuỗi polymerase đối với Herpes simplex virus trong dịch não tủy chuyển sang âm tính sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân còn di chứng chức năng khi ra viện vẫn ở mức cao. Tổn thương từ hai vùng não trở lên trên cộng hưởng từ sọ não, điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực, thở máy và viêm phổi bệnh viện có liên quan đến kết quả điều trị xấu.

Cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế đa trung tâm và theo dõi người bệnh trong thời gian dài sau ra viện để đánh giá đầy đủ hơn kết quả điều trị cũng như xác định các yếu tố tiên lượng độc lập ở bệnh nhân viêm não do Herpes simplex virus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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. doi:10.1093/cid/cit458
2. Whitley RJ. Antiviral treatment of a serious herpes simplex infection: encephalitis. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18(1 Pt 2):209-211. doi:10.1016/s0190-9622(88)70030-4
3. Whitley RJ, Alford CA, Hirsch MS, et al. Vidarabine versus Acyclovir Therapy in Herpes Simplex Encephalitis. *New England Journal of Medicine*. 1986;314(3):144-149. doi:10.1056/NEJM198601163140303
4. Stahl JP, Mailles A, Broucker TD, Group the SC and I. Herpes simplex encephalitis and management of acyclovir in encephalitis patients in France. *Epidemiology & Infection*. 2012;140(2):372-381. doi:10.1017/S0950268811000483
5. Adult herpes simplex encephalitis: Fifteen years' experience | Request PDF. *ResearchGate*. doi:10.1016/j.eimc.2008.05.006
6. Hirsch LJ, Fong MWK, Leitinger M, et al. American Clinical Neurophysiology Society's Standardized Critical Care EEG Terminology: 2021 Version. *J Clin Neurophysiol*. 2021;38(1):1-29. doi:10.1097/WNP.0000000000000806
7. Ngan TTD, Tuyet NT, Hung DT, Cap NT, Nguyen DM, Dat VQ. Clinical characteristics and outcomes of patients with Herpes Simplex Encephalitis in Vietnam: a retrospective study. *BMC Infect Dis*. 2024;24(1):556. doi:10.1186/s12879-024-09453-3
8. Stahl JP, Mailles A, Broucker TD, Group the SC and I. Herpes simplex encephalitis and management of acyclovir in encephalitis patients in France. *Epidemiology & Infection*. 2012;140(2):372-381. doi:10.1017/S0950268811000483
9. Bradshaw MJ, Venkatesan A. Herpes Simplex Virus-1 Encephalitis in Adults: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. *Neurotherapeutics*. 2016;13(3):493-508. doi:10.1007/s13311-016-0433-7
10. Singh TD, Fugate JE, Hocker S, Wijdicks EFM, Aksamit AJ, Rabinstein AA. Predictors of outcome in HSV encephalitis. *J Neurol*. 2016;263(2):277-289. doi:10.1007/s00415-015-7960-8