

BMJ Best Practice

Bệnh ban đào (Bệnh Roseola)

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 20, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phòng ngừa	5
Ngăn ngừa sơ cấp	5
Ngăn ngừa thứ cấp	5
Chẩn đoán	6
Tiền sử ca bệnh	6
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	6
Các yếu tố nguy cơ	7
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	7
Xét nghiệm chẩn đoán	8
Chẩn đoán khác biệt	9
Điều trị	11
Cách tiếp cận điều trị từng bước	11
Tổng quan về các chi tiết điều trị	11
Các lựa chọn điều trị	12
Giai đoạn đầu	13
Liên lạc theo dõi	14
Khuyến nghị	14
Các biến chứng	14
Tiền lượng	15
Tài liệu tham khảo	17
Tuyên bố miễn trách nhiệm	19

Tóm tắt

- ◇ Ban đào là một bệnh sốt thường gặp khi còn nhỏ; thường do vi-rút herpes (HHV)-6B ở người và thỉnh thoảng là HHV-7 gây ra.
- ◇ Ban đào thường có đặc điểm sốt từ 3 đến 5 ngày, sau đó khởi phát ban dạng sởi xuất hiện đồng thời giảm sốt. Các tổn thương là những nốt sần và dát ban đỏ hồng 3 đến 5 mm thường bắt đầu ở cổ và thân người, sau đó lan rộng ra các chi.
- ◇ Ban đào thường là bệnh lành tính tự khỏi, liên quan đến sốt co giật.

Định nghĩa

Ban đào (còn được gọi là ngoại ban đột ngột, bệnh thứ sáu) là bệnh sốt thường gặp khi còn nhỏ, thường có đặc điểm sốt cao 3 đến 5 ngày, sau đó khởi phát ban xuất hiện kèm theo giảm sốt. Phát ban bao gồm các nốt sần và dát ban đỏ hồng không có triệu chứng. Sốt co giật có thể xảy ra. Ban đào thường do vi-rút herpes (HHV)-6B ở người gây ra, nhưng thỉnh thoảng cũng do HHV-7 và các vi-rút khác gây ra nhưng hiếm gặp. HHV-6A (liên quan đến viêm tuyến giáp), HHV-6B (ban đào), và HHV-7 (ban đào) là vi-rút ban đào (trong phân họ betaherpesviruses), và tất cả đều có tính tiềm ẩn. Thỉnh thoảng HHV-6A và HHV-6B có thể hợp nhất vào nhiễm sắc thể của vật chủ. Vi-rút ban đào có thể tái kích hoạt với sự ức chế miễn dịch.

Dịch tễ học

Ban đào xảy ra nhiều nhất từ 6 đến 24 tháng tuổi và hiếm khi được chẩn đoán trước 3 tháng tuổi hoặc sau 4 tuổi.

Vi-rút herpes (HHV)-6B ở người có ở khắp nơi. Trên 90% trẻ em có huyết thanh dương tính với HHV-6B trước 24 tháng tuổi.[1] Nhiễm HHV-7 nguyên phát xảy ra ở độ tuổi lớn hơn HHV-6B. Khoảng 65% trẻ em có huyết thanh dương tính với HHV-7 trước 36 tháng tuổi.[2] Trước khi trưởng thành >95% bệnh nhân có huyết thanh dương tính với HHV-6 và 85% có huyết thanh dương tính với HHV-7. Các nghiên cứu hiện nay không cho thấy quy luật biến đổi theo mùa.[3] Mặc dù hơn 90% trẻ nhiễm HHV-6B nguyên phát bị sốt, chỉ một số ít tiến triển phát ban đào cổ điển (được báo cáo là 23% trong một nghiên cứu).[3] Phần lớn bị ốm sốt không chuyên biệt không kèm phát ban.

Bệnh căn học

Bệnh ban đào chủ yếu do vi-rút herpes (HHV)-6 ở người gây ra, thỉnh thoảng do HHV-7, và hiếm khi do các vi-rút khác, bao gồm coxsackievirus, echovirus, adenovirus, và parainfluenzavirus. Thời kỳ ủ bệnh dao động từ 1 đến 2 tuần.[3] [4] HHV-6A (liên quan đến viêm tuyến giáp), HHV-6B (ban đào), và HHV-7 (ban đào) là 3 loài thuộc chi roseolovirus, nằm trong phân họ betaherpesviruses.[5]

Sinh lý bệnh học

Vi-rút herpes (HHV)-6B và HHV-7 ở người nhiều khả năng lây lan qua chất bài tiết hô hấp khi tiếp xúc với người không có triệu chứng. Có thể tìm thấy ADN HHV-6B và HHV-7 trong nước bọt trong một khoảng thời gian dài sau khi nhiễm trùng nguyên phát. Những vi-rút này là vi-rút mang ADN sợi kép và thúc đẩy tăng trưởng các tế bào lympho CD4+ T.[1] HHV-6B cũng có thể nhiễm vào nhiều loại tế bào khác. Nó điều chỉnh giảm sự biểu hiện của CD3 trên tế bào T, do đó hoạt động như là một chất ức chế miễn dịch tiềm năng. Nó cũng là chất gây tăng hình thành TNF-alpha và interleukin-1beta mạnh.[6] Sau khi nhiễm trùng cấp tính, HHV-6B vẫn tồn tại âm ỉ trong nhiều mô và sự tái kích hoạt thường gặp nhất trong thời gian ức chế miễn dịch. Có khả năng có sự liên quan giữa nhiễm HHV-6B âm ỉ và hội chứng mệt mỏi mạn tính, đa xơ cứng, và SLE, nhưng vẫn chưa xác định được mối liên hệ nhân quả thực sự.[7]

Ngăn ngừa sơ cấp

Cả hai vi-rút herpes (HHV)-6B và HHV-7 ở người có ở khắp thế giới và cực kỳ thường gặp; chưa có chiến lược phòng ngừa hiệu quả nào được nhận biết.

Ngăn ngừa thứ cấp

Không có biện pháp phòng ngừa thứ phát đặc hiệu nào có thể có hiệu quả, nhưng khuyến khích rửa sạch tay và vệ sinh chung như với bất kỳ bệnh do vi-rút nào khác.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một trẻ nữ 9 tháng tuổi tiền căn khỏe mạnh đến khám với bệnh sử dễ bị kích thích và sốt cao từ 39°C đến 40°C (102°F đến 104°F) trong 4 ngày, sốt cao nhất vào đầu giờ tối. Vào ngày thứ 4, bé đã hết sốt và kích thích, sau đó bé phát ban gồm các nốt sần đỏ 2 đến 5 mm trên thân mình và lan rộng ra đầu gần các chi. Ban mờ dần sau một ngày và bé vẫn khỏe mạnh.

Các bài trình bày khác

Sốt co giật xảy ra ở 10% đến 15% trẻ nữ có ban đào. Các phát hiện khác bao gồm thóp trước phồng; viêm và loét vùng hầu họng; nổi hạch nhỏ sau cổ, sau tai, hoặc vùng chẩm; viêm màng nhĩ; ho; sổ mũi; và tiêu chảy nhẹ. Viêm não có thể xảy ra nhưng rất hiếm gặp.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Ban đào thường được chẩn đoán dựa trên biểu hiện kinh điển ở trẻ nữ tiền căn khỏe mạnh, 6 đến 24 tháng tuổi, có khởi phát sốt cao đột ngột trong 3 đến 4 ngày. Giảm sốt đi kèm với khởi phát ban sần và dát ban đỏ riêng rẽ trên thân người và tứ chi. Đối với những bệnh nhân có biểu hiện kinh điển này, có thể đưa ra chẩn đoán lâm sàng dựa trên các phát hiện khám lâm sàng và bệnh sử (thường ở thời điểm giảm sốt). Cũng có báo cáo về tiêu chảy và các triệu chứng hô hấp trên, mặc dù không có tính chẩn đoán. Các xét nghiệm hiếm khi cần thiết. Ban đầu công thức máu có thể cho thấy WBC tăng, sau đó có thể tiến triển thành WBC thấp với giảm bạch cầu trung tính tương đối và tăng tế bào lympho không điển hình.[8] Ở một số trẻ nữ bị ban đào, có thể có tiểu mủ nhưng cấy nước tiểu âm tính.[11]

Khám lâm sàng

Các phát hiện qua khám lâm sàng bị hạn chế trong giai đoạn bệnh sớm, mặc dù có đến 15% trẻ em có biểu hiện một đợt sốt co giật. Nội ban bao gồm các nốt sần đỏ trên khẩu cái mềm và lưỡi gà (đốm Nakayama) đã được mô tả.[8] [12] Ngoại ban điển hình, xảy ra 3 đến 5 ngày sau khi khởi phát bệnh, bao gồm các nốt sần và dát ban đỏ hồng trên thân mình, cổ và hai chi trên, thỉnh thoảng ở trên mặt. Ngoại ban mờ dần trong vài giờ đến vài ngày. Các dấu hiệu khác liên quan đến ban đào bao gồm viêm màng nhĩ, phù quanh hốc mắt, thóp trước phồng, và sưng hạch bạch huyết (cổ, sau tai, và/hoặc xương chẩm).

Các xét nghiệm trong phòng xét nghiệm

Hiếm khi thực hiện huyết thanh học và có thể chỉ cần thực hiện ở trẻ có các yếu tố biến chứng y khoa (ví dụ như viêm não). Đo mức IgM không đáng tin cậy trong chẩn đoán nhiễm vi-rút herpes (HHV)-6 hoặc HHV-7 ở người. IgG có giá trị chẩn đoán đối với nhiễm HHV-6/HHV-7 nguyên phát khi từ tình trạng không thể phát hiện chuyển sang dương tính.[7] Phát hiện DNA vi-rút bằng PCR có thể giúp ích, đặc biệt như một xét nghiệm hỗ trợ cho huyết thanh học. Các công cụ chẩn đoán khác bao gồm nuôi cấy vi-rút và soi bằng kính hiển vi điện tử, mặc dù không sử dụng thường xuyên những công cụ này trong tình huống lâm sàng cấp tính. Không thường sử dụng nuôi cấy vi-rút vì, khi phân lập, nó không thể phân biệt chính xác nhiễm HHV-6/HHV-7 nguyên phát cấp tính với nhiễm trùng tiềm ẩn hoặc kéo dài. Ngoài ra, biện pháp này cũng không có sẵn trên thị trường.[13]

Sinh thiết da

Xét nghiệm này hiếm khi được thực hiện. Sinh thiết vùng da bị ảnh hưởng cho thấy ngoại ban do vi-rút không đặc hiệu với thâm nhiễm rải rác tế bào lympho ở da và quanh mạch.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

dưới 2 tuổi

- Vi-rút herpes (HHV)-6B ở người có ở khắp thế giới và 90% trẻ em có huyết thanh dương tính trước 24 tháng tuổi.[1]
- Nhiễm HHV-7 nguyên phát xảy ra ở khoảng 50% trẻ trước 2 tuổi.[8]

Sự ức chế miễn dịch

- Thường thấy vi-rút HHV-6 thể ẩn tái kích hoạt ở bệnh nhân bị ức chế miễn dịch hoặc trong nhiều tuần đến nhiều tháng sau khi ghép tủy xương hoặc ghép cơ quan.[9] [10]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

có các yếu tố nguy cơ (thường gặp)

- Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm <2 tuổi hoặc tình trạng ức chế miễn dịch.

Sốt cao (thường gặp)

- Khởi phát sốt cao đột ngột khoảng 40°C (104°F).
- Thường sốt cao nhất vào đầu buổi tối và kéo dài 3 đến 5 ngày.

ngoại ban (thường gặp)

- Ngoại ban điển hình xuất hiện khi hạ sốt và bao gồm các nốt sần và dát ban đỏ hồng 3 đến 5 mm trên thân mình, cổ và đầu gần của các chi, thỉnh thoảng ở trên mặt.

Các yếu tố chẩn đoán khác

Tiêu chảy (thường gặp)

- Quan sát thấy ở 65% trẻ em.[10]

Đốm Nagayama (thường gặp)

- Nội ban bao gồm các nốt đỏ trên khẩu cái mềm và lưỡi gà đã được mô tả.
- Các vết loét ở vùng nối lưỡi khẩu cái-lưỡi gà cũng đã được mô tả.

viêm màng nhĩ (thường gặp)

- Các lưu ý về mặt bệnh sử trong phần lớn trẻ em bị ban đào.

các triệu chứng đường hô hấp trên (thường gặp)

- Ho và sổ mũi nhẹ.

Co giật (không thường gặp)

- Có đến 15% trẻ em có biểu hiện một đợt co giật, và nhiễm HHV-6 nguyên phát liên quan đến khoảng một phần ba các đợt sốt co giật lần đầu khi còn nhỏ.[10] [14]
- Đã có báo cáo về các dấu hiệu thần kinh khu trú khác bao gồm bệnh lý não và thay đổi ý thức.

phù quanh hốc mắt (không thường gặp)

- Thường gặp nhất trong giai đoạn sốt.

thóp trước phồng (không thường gặp)

- Biểu hiện ở 25% trẻ nữ nhi (ở những trẻ có khung sọ chưa liền hết với nhau).[12]

hạch nổi ở cổ, xương chẩm, hoặc sau tai (không thường gặp)

- Thấy hạch nổi ở cổ, xương chẩm, và sau tai.

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
không có xét nghiệm ban đầu • Gần như luôn có thể chẩn đoán ban đào theo biểu hiện kinh điển ở trẻ nữ nhi có tiền căn khỏe mạnh, 9 đến 12 tháng tuổi, với khởi phát sốt cao đột ngột trong 3 đến 4 ngày, theo sau bởi sự hình thành các nốt sần và dát ban đỏ riêng rẽ trên thân người. Đối với những bệnh nhân có biểu hiện kinh điển này, có thể đưa ra chẩn đoán lâm sàng dựa trên các phát hiện qua khám lâm sàng và hỏi bệnh sử (thường ở thời điểm sốt giảm). Hiếm khi cần xét nghiệm.[8]	chẩn đoán lâm sàng

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
Nuôi cấy vi rút • Thường không được sử dụng trong chẩn đoán lâm sàng, vì khi phân lập, nó không thể phân biệt chính xác nhiễm vi-rút herpes (HHV)-6 ở người nguyên phát cấp tính với nhiễm trùng tiềm tàng hoặc kéo dài. Ngoài ra, không có sẵn trên thị trường.[13] • Thực hiện nuôi cấy vi-rút trên các tế bào máu đơn nhân ngoại biên với độ nhạy cảm và độ đặc hiệu cao.	Nuôi cấy dương tính

Xét nghiệm	Kết quả
phát hiện kháng thể - Sự chuyển đổi huyết thanh trong các mẫu huyết thanh làm theo cặp thông qua xét nghiệm miễn dịch gắn men chứng tỏ tình trạng nhiễm trùng gần đây. - xét nghiệm đo mức IgM không đáng tin cậy trong chẩn đoán nhiễm HHV-6 hoặc HHV-7. - Một sự gia tăng hiệu giá kháng thể đáng kể qua xét nghiệm miễn dịch gắn men cùng với kết quả PCR dương tính ở trẻ nhũ nhi nhỏ cũng gợi ý nhiều đến tình trạng nhiễm trùng gần đây. - Không thường sử dụng miễn dịch huỳnh quang gián tiếp và miễn dịch huỳnh quang kháng bổ thể, và kết quả tùy thuộc vào kỹ năng của người diễn giải.[2] [15] Xét nghiệm ái tính kháng thể IgG bằng miễn dịch huỳnh quang cũng có thể giúp nhận biết tình trạng nhiễm HHV-6 hoặc HHV-7 gần đây. Hiếm khi cần thực hiện xét nghiệm này, mặc dù có thể giúp ích ở trẻ có các yếu tố biến chứng y khoa (ví dụ như viêm não) khi chẩn đoán không chắc chắn.	mức IgG đặc hiệu với HHV-6- hoặc HHV-7 cao

Các xét nghiệm giai đoạn đầu

Xét nghiệm	Kết quả
PCR Khuếch đại ADN vi-rút (PCR) có thể giúp ích khi đi chung với một mẫu huyết thanh có kết quả phát hiện nhiễm trùng cấp tính âm tính[2]	có thể dương tính với HHV-6
Hóa mô miễn dịch - Các tế bào đang nhiễm trùng sẽ nhuộm dương tính khi thực hiện hóa mô miễn dịch trên những mô có các kháng thể đơn dòng với HHV-6. - Hiếm khi cần thực hiện xét nghiệm này, mặc dù có thể giúp ích ở trẻ có các yếu tố biến chứng y khoa (ví dụ như viêm não) khi chẩn đoán không chắc chắn.	dương tính

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Sởi	- Thường đi kèm với tiền triệu ho đáng kể, viêm mũi, và viêm kết mạc, và nội ban bao gồm các nốt sần trắng xám trên niêm mạc má (nốt Koplik). - Ngoại ban là phát ban đỏ dát sần lan ra dọc theo cơ thể và thường kéo dài trong 1 tuần trước khi bắt đầu hết.[16]	- Chẩn đoán mang tính lâm sàng, dựa trên khám lâm sàng và hỏi bệnh sử - Có thể phân lập vi-rút từ mẫu phết mũi họng, hoặc có thể xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm huyết thanh để tìm những kháng thể đặc hiệu với sởi.[16]

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Enterovirus	- Ngoại ban liên quan đến enterovirus (nhất là echovirus) là phát ban đỏ không đặc hiệu, dạng dát sần. - Enterovirus thường biểu hiện dưới dạng viêm màng não vô khuẩn. - Các vi-rút enterovirus khác có thể biểu hiện bằng bệnh cảnh viêm lỗ họng hoặc tổn thương mụn nước. - Chẩn đoán phân biệt ban đầu dựa trên bệnh sử, nhưng có thể khó khăn.[17]	- Có thể sử dụng PCR hoặc chuẩn độ huyết thanh tăng để xác định vi-rút enterovirus trong các ca bệnh nặng. - Trong nhiều ca bệnh không biến chứng, bệnh sử và khám lâm sàng là đủ.[17]
EBV	- Ngoại ban là những nốt sần và dát ban đỏ không đặc hiệu và thỉnh thoảng là mề đay. - Chẩn đoán phân biệt ban đầu dựa trên bệnh sử. - Phát ban do EBV thường biểu hiện sau khi sử dụng ampicillin hoặc điều trị kháng sinh khác.[18]	- Thường chẩn đoán EBV cấp tính với xét nghiệm heterophile dương tính (Monospot), hoặc với huyết thanh học đặc hiệu ở trẻ dưới 7 tuổi. - Tế bào lympho không điển hình thường gặp trong xét nghiệm phết máu ngoại biên. - Sử dụng kháng thể đặc hiệu EBV ở bệnh nhân có Monospot âm tính hoặc ở các ca bệnh có triệu chứng không điển hình.[18]
Rubella	- Biểu hiện ngoại ban không đặc hiệu với dát ban đỏ hồng lan từ mặt đến thân mình. - Thường thấy hạch đau khi chạm nổi ở cổ, vùng cằm, và/hoặc sau tai. Ảnh hưởng khớp được quan sát thấy ở trẻ vị thành niên lớn hơn và người lớn.[16]	Huyết thanh học sẽ phát hiện IgM kháng rubella hoặc kháng thể IgG kháng rubella tăng gấp 4 lần.[16]
Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu (Meningococemia)	- Co giật, sốt, và dấu hiệu bệnh lý não có thể tương tự ban đào. - Thường liên quan đến phát ban xuất huyết tiến triển nhanh và các dấu hiệu màng não hoặc nhiễm trùng huyết.	Nuôi cấy dịch não tủy và máu cho kết quả não mô cầu.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Nói chung, điều trị triệu chứng là liệu pháp điều trị chính đối với ban đào, bao gồm thuốc hạ sốt và duy trì bù nước đường uống. Có thể kê toa paracetamol hoặc ibuprofen nếu cần.

Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch

Người ta đã sử dụng các hợp chất vi-rút kháng herpes điển hình như ganciclovir, acyclovir, cidofovir, và foscarnet để điều trị nhiễm vi-rút herpes (HHV)-6 ở người ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, nhưng không có đánh giá về tính hiệu lực của chúng trong các thử nghiệm lâm sàng.[4] Cơ sở điều trị là sự tái hoạt của HHV-6 có liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh ở bệnh nhân cấy ghép.[19]

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu dược địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính (tóm tắt)		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
ban đào	1	thuốc hạ sốt + bù nước đường uống

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính		
Nhóm bệnh nhân	Tx line	Điều trị
ban đào	1	thuốc hạ sốt + bù nước đường uống » Điều trị triệu chứng trong giai đoạn sốt của bệnh. » Tránh dùng aspirin do nguy cơ mắc hội chứng Reye. » Khuyến khích bù nước đường uống. Các lựa chọn sơ cấp » Paracetamol: trẻ nhũ nhi và trẻ em: 10-15 mg/kg đường uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; trẻ em >12 tuổi: 500-1000 mg mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày HOẶC Các lựa chọn sơ cấp » Ibuprofen: trẻ em >6 tháng tuổi: 5-10 mg/kg đường uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; trẻ em >12 tuổi: 200-400 mg mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 1200 mg/ngày

Giai đoạn đầu

Các thuốc kháng vi-rút

Có nhiều báo cáo nhưng không có thử nghiệm có đối chứng về việc sử dụng các thuốc kháng vi-rút ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch để điều trị nhiễm vi-rút herpes (HHV)-6 ở người. Thu được nhiều kết quả khác nhau với valganciclovir, ganciclovir, cidofovir, foscarnet, và thỉnh thoảng acyclovir.[20] Đã có báo cáo về liệu pháp kháng vi-rút để phòng ngừa tái kích hoạt ở bệnh nhân sau ghép tủy xương.[21]

Chuyển tế bào T kháng vi-rút

Một nghiên cứu đã chứng minh khái niệm điều trị tái hoạt HHV-6 (và các vi-rút khác) ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch nặng, sử dụng phương pháp chuyển các tế bào T gây độc dị sinh kháng vi-rút.[22] Phương pháp này phụ thuộc vào kỹ năng và nguồn lực cục bộ để thực hiện kích thích bên ngoài cơ thể sống và chọn lọc những dòng tế bào T đặc hiệu kháng vi-rút, và không phải là một phương pháp đặc biệt nhanh để điều trị cho những bệnh nhân bệnh nặng, với bước phát triển mở rộng dòng mất từ 9 đến 11 ngày. Tuy nhiên, phương pháp này có thể hoạt động tốt trong những trường hợp liệu pháp thuốc kháng vi-rút có thể có một mức độ hiệu quả nhất định trong khi chuẩn bị cho chuyển tế bào. Nguy cơ của phương pháp này là bệnh lý mảnh ghép chống lại vật chủ (GVHD). Một bệnh nhân trong nghiên cứu nhỏ gồm 11 người này tiến triển GVHD ở da nhẹ, dễ điều trị. Gần đây có nhiều nghiên cứu về phương pháp này.

Khuyến nghị

Giám sát

Trong ban đào không biến chứng, không có hướng dẫn theo dõi nào được khuyến nghị.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Như trong bất kỳ bệnh do vi-rút nào, điều quan trọng đối với phụ huynh là giúp trẻ bệnh nghỉ ngơi và duy trì bù nước đường uống đầy đủ. Cần trấn an bệnh nhân rằng đây là bệnh lý tự khỏi. Không có hướng dẫn theo dõi nào được khuyến nghị cho ban đào không biến chứng.

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Co giật	ngắn hạn	trung bình
Trong một nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ, 13% trẻ em nhiễm nguyên phát vi-rút herpes (HHV)-6 ở người bị co giật, đôi khi kéo dài hoặc tái phát.^[10] Không xác định được những trường hợp co giật này chỉ đơn thuần là các cơn sốt co giật hay có yếu tố nguyên nhân khác liên quan đến bản thân tình trạng nhiễm trùng. Có đến khoảng một phần ba trường hợp sốt co giật lần đầu khi còn nhỏ có thể là do nhiễm HHV-6 nguyên phát.^[10] ^[14] Phần lớn các trường hợp sốt co giật đơn độc ở trẻ khỏe mạnh không cần điều trị hoặc theo dõi thêm, nhưng cần được tham vấn với bác sĩ nhi khoa trong từng ca bệnh. Khuyến nghị đánh giá khẩn cấp trong trường hợp có nhiều hơn một cơn co giật, các cơn co giật kéo dài trên 15 phút, hoặc co giật kết hợp với các yếu tố biến chứng khác.^[23]		
tái kích hoạt vi-rút tiềm ẩn	dài hạn	trung bình
Tái kích hoạt thường xảy ra ở người nhận cấy ghép bao gồm ghép gan, thận, và tủy xương và thường gặp nhất trong tháng đầu tiên sau khi cấy ghép. HHV-6 cũng có liên quan đến viêm não và bệnh lý hệ thần kinh trung ương ở cơ thể chủ bị suy giảm miễn dịch.^[9] ^[24] Biểu hiện thường gặp nhất của tái kích hoạt HHV-6 là ốm sốt không có triệu chứng hoặc nhẹ, thường với phát ban, ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.		
tiến triển của bệnh HIV	dài hạn	trung bình
Tái kích hoạt HHV-6 thường gặp hơn ở bệnh nhân nhiễm AIDS tiến triển. Vẫn còn nhiều tranh cãi về việc liệu nhiễm HHV-6 có là một yếu tố trong tiến triển bệnh HIV không.^[4]		

Tiên lượng

Phần lớn bệnh nhân bị ốm sốt cấp tính thường khỏi mà không để lại di chứng. Nguy cơ tái phát rất thấp ở những người khỏe mạnh. Tuy nhiên, có đến 15% trẻ mắc ban đào bị co giật. Ví dụ như trong một loạt ca bệnh, 13% trẻ mắc ban đào bị co giật, có thể kéo dài hoặc tái phát.^[10]

Theo sau một nhiễm trùng nguyên phát, vi-rút chuyển sang dạng tiềm ẩn bên trong các tế bào đơn nhân trong máu ngoại biên, và tái kích hoạt sau khi ghép cơ tạng đặc hoặc tủy xương có liên quan bệnh tật.^[19]

Các bài báo chủ yếu

- Zerr DM, Meier AS, Selke SS, et al. A population-based study of primary human herpesvirus 6 infection. *N Engl J Med.* 2005;352:768-776. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Krug LT, Pellett PE. Roseolovirus molecular biology: recent advances. *Curr Opin Virol.* 2014;9:170-177. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Zerr DM. Human herpesvirus 6 (HHV-6) disease in the setting of transplantation. *Curr Opin Infect Dis.* 2012;25:438-444. [Tóm lược](#)
- Asano Y, Yoshikawa T, Suga S, et al. Clinical features of infants with primary human herpesvirus 6 infection (exanthem subitum, roseola infantum). *Pediatrics.* 1994;93:104-108. [Tóm lược](#)
- Kainth MK, Caserta MT. Molecular diagnostic tests for human herpesvirus 6. *Pediatr Infect Dis J.* 2011;30:604-605. [Tóm lược](#)
- Ward KN. Human herpesviruses-6 and -7 infections. *Curr Opin Infect Dis.* 2005;18:247-252. [Tóm lược](#)
- Flamand L, Komaroff AL, Arbuckle JH, et al. Review, part 1: Human herpesvirus-6-basic biology, diagnostic testing, and antiviral efficacy. *J Med Virol.* 2010;82:1560-1568. [Tóm lược](#)

Tài liệu tham khảo

1. Yamanishi K, Okuno T, Shiraki K, et al. Identification of human herpesvirus-6 as a causal agent for exanthem subitum. *Lancet.* 1988;1:1065-1067. [Tóm lược](#)
2. Ward KN. The natural history and laboratory diagnosis of human herpesviruses-6 and -7 infections in the immunocompetent. *J Clin Virol.* 2005;32:183-193. [Tóm lược](#)
3. Zerr DM, Meier AS, Selke SS, et al. A population-based study of primary human herpesvirus 6 infection. *N Engl J Med.* 2005;352:768-776. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
4. De Bolle L, Naesens L, De Clercq E. Update on human herpesvirus 6 biology, clinical features, and therapy. *Clin Microbiol Rev.* 2005;18:217-245. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
5. Krug LT, Pellett PE. Roseolovirus molecular biology: recent advances. *Curr Opin Virol.* 2014;9:170-177. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
6. Lusso P, Malnati M, De Maria A, et al. Productive infection of CD4+ and CD8+ mature T cell populations and clones by human herpesvirus 6. Transcriptional down-regulation of CD3. *J Immunol.* 1991;147:685-691. [Tóm lược](#)
7. Bland RM, Mackie PL, Shorts T, et al. The rapid diagnosis and clinical features of human herpesvirus 6. *J Infect.* 1998;36:161-165. [Tóm lược](#)

8. Braun DK, Dominguez G, Pellett PE. Human herpesvirus 6. Clin Microbiol Rev. 1997;10:521-567. [Toàn văn](#)
[Tóm lược](#)
9. Zerr DM. Human herpesvirus 6 (HHV-6) disease in the setting of transplantation. Curr Opin Infect Dis. 2012;25:438-444. [Tóm lược](#)
10. Hall CB, Long CE, Schnabel KC, et al. Human herpesvirus-6 infection in children: a prospective study of complications and reactivation. N Engl J Med. 1994 Aug 18;331(7):432-8. [Tóm lược](#)
11. Huang CT, Lin LH. Differentiating roseola infantum with pyuria from urinary tract infection. Pediatr Int. 2013;55:214-218. [Tóm lược](#)
12. Asano Y, Yoshikawa T, Suga S, et al. Clinical features of infants with primary human herpesvirus 6 infection (exanthem subitum, roseola infantum). Pediatrics. 1994;93:104-108. [Tóm lược](#)
13. Kainth MK, Caserta MT. Molecular diagnostic tests for human herpesvirus 6. Pediatr Infect Dis J. 2011;30:604-605. [Tóm lược](#)
14. Bertolani MF, Portolani M, Marotti F, et al. A study of childhood febrile convulsions with particular reference to HHV-6 infection: pathogenic considerations. Childs Nerv Syst. 1996;12:534-539. [Tóm lược](#)
15. Ward KN. Human herpesviruses-6 and -7 infections. Curr Opin Infect Dis. 2005;18:247-252. [Tóm lược](#)
16. Rose C. Rubella and rubeola. Sem Perinatol. 1998;22:318-322.
17. Morag A, Ogra P. Enteroviruses. In: Nelson textbook of pediatrics. 16th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Co.; 2000:956-964.
18. Cohen JI. Epstein-Barr virus infection. N Engl J Med. 2000;343:481-492. [Tóm lược](#)
19. Zerr DM, Gupta D, Huang ML, et al. Effect of antivirals on human herpesvirus 6 replication in hematopoietic stem cell transplant recipients. Clin Infect Dis. 2002;34:309-317. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
20. Flamand L, Komaroff AL, Arbuckle JH, et al. Review, part 1: Human herpesvirus-6-basic biology, diagnostic testing, and antiviral efficacy. J Med Virol. 2010;82:1560-1568. [Tóm lược](#)
21. Rapaport D, Engelhard D, Tagger G, et al. Antiviral prophylaxis may prevent human herpesvirus-6 reactivation in bone marrow transplant recipients. Transpl Infect Dis. 2002;4:10-16. [Tóm lược](#)
22. Papadopoulou A, Gerdemann U, Katari UL, et al. Activity of broad-spectrum T cells as treatment for AdV, EBV, CMV, BKV, and HHV6 infections after HSCT. Sci Transl Med. 2014;6:242ra83. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Baumann RJ, Duffner PK, Schneider S. Practice parameter: long-term treatment of the child with simple febrile seizures. American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures. Pediatrics. 1999;103:1307-1309.
24. Zerr DM. Human herpesvirus 6 and central nervous system disease in hematopoietic cell transplantation. J Clin Virol. 2006;37(suppl 1):S52-S56. [Tóm lược](#)

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Henry M. Feder, Jr., MD

Professor of Pediatrics and Family Medicine
University of Connecticut Medical Center and Connecticut Children's Medical Center, Farmington, CT
CÔNG KHAI THÔNG TIN: HMF declares that he has no competing interests.

Nicholas Bennett, MB BChir, PhD

Assistant Professor of Pediatrics
Adjunct Assistant Professor of Pharmacy, Department of Pediatrics, University of Connecticut School of Medicine, Hartford, CT
CÔNG KHAI THÔNG TIN: NB declares that he has no competing interests.

// Lời cảm ơn:

Dr Henry M. Feder and Dr Nicholas Bennett would like to gratefully acknowledge Dr James Azim, Dr Margie C. Andreae, Dr Jon Dyer, and Dr Jennifer Holman, the previous contributors to this monograph. JA, MCA, JD, and JH declare that they have no competing interests.

// Những Người Bình duyệt:

Helen Goodyear, MBChB, MRCP, FRCPCH, MD, MMed

Consultant Paediatrician
Heartlands Hospital, Birmingham, UK
CÔNG KHAI THÔNG TIN: HG declares that she has no competing interests.

Mary T. Caserta, MD

Associate Professor of Pediatrics
Department of Pediatrics, Division of Infectious Diseases, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY
CÔNG KHAI THÔNG TIN: MTC declares that she has no competing interests.