

QUẢN LÝ SỐT GIẢM BẠCH CẦU HẠT Ở TRẺ CÓ MIỄN DỊCH BÌNH THƯỜNG

TỔNG QUAN

Sốt giảm bạch cầu hạt là một biểu hiện lâm sàng phổ biến ở trẻ có thể liên quan đến nhiễm khuẩn xâm lấn (IBI – Invasive Bacterial Infection). Tuy nhiên, ở trẻ em và thanh thiếu niên khỏe mạnh bị sốt và giảm bạch cầu hạt, nguy cơ IBI thấp, và hầu hết các trường hợp là do nhiễm virus. Trẻ có toàn trạng ổn, không mắc bệnh lý ung thư và được cho là có hệ miễn dịch bình thường từ 6 tháng đến 18 tuổi trải qua đợt giảm bạch cầu hạt đầu tiên, không có yếu tố nguy cơ khác, thường không cần dùng kháng sinh theo kinh nghiệm. Tuy nhiên, cần phải đánh giá kỹ lưỡng, bao gồm hỏi bệnh sử và khám thực thể đầy đủ, và nên thực hiện cấy máu khi số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối $<0.5 \times 10^9/L$.

Sốt giảm bạch cầu hạt ở trẻ em thường gặp với các biểu hiện lâm sàng khác nhau, từ bệnh nhẹ thoáng qua đến tình trạng nghiêm trọng đe dọa tính mạng. Các bác sĩ lâm sàng lo ngại nhất về nguy cơ nhiễm khuẩn xâm lấn (IBI) như nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não, đặc biệt khi tình trạng giảm bạch cầu hạt nặng. Trẻ suy giảm miễn dịch như mắc bệnh lý ác tính có nguy cơ cao IBI, với mầm bệnh vi khuẩn được xác định lên đến 30% các trường hợp. Thông tin hạn chế về tỉ lệ IBI ở trẻ khỏe mạnh bị sốt giảm bạch cầu hạt, mặc dù tỉ lệ IBI dường như không tăng so với trẻ không bị giảm bạch cầu hạt, và hiếm khi cấy máu dương tính. Nguyên nhân thường gặp nhất gây giảm bạch cầu hạt ở bệnh nhi trên 3 tháng tuổi khỏe mạnh có hệ miễn dịch bình thường là nhiễm virus hoặc tác nhân vi khuẩn thông thường. Các nguyên nhân khác có thể bao gồm sử dụng kháng sinh gần đây, thuốc chống co giật, bệnh lý tự miễn, thiếu vitamin B12 hoặc folate. Trong hầu hết các trường hợp, tình trạng giảm bạch cầu hạt thoáng qua và phục hồi trong vòng vài tuần.

ĐỊNH NGHĨA

Định nghĩa thông thường về giảm bạch cầu hạt là số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối (ANC – Absolute neutrophil count) $<1.5 \times 10^9/L$, bao gồm tất cả bạch cầu hạt, bạch cầu non, myelocytes và metamyelocytes. Giảm bạch cầu hạt nặng thường được định nghĩa là ANC $<0.5 \times 10^9/L$, giảm bạch cầu hạt trung bình khi ANC 0.5 đến $<1.0 \times 10^9/L$, và giảm bạch cầu hạt nhẹ khi ANC 1.0 đến $<1.5 \times 10^9/L$.

Sốt khi nhiệt độ đo được $>38^\circ C$.

CÁC ĐIỂM THỰC HÀNH QUAN TRỌNG

Đánh giá IBI

- Thực hiện khai thác bệnh sử và khám thực thể đầy đủ, đặc biệt chú ý đến các yếu tố nguy cơ đối với IBI (Bảng 1). Trẻ có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào đều được coi là nguy cơ cao và cần chăm sóc riêng biệt trong những trường hợp như vậy.

- Ghi lại toàn trạng và các dấu hiệu sinh tồn, bao gồm đo nhiệt độ. Trẻ toàn trạng bệnh có biểu hiện giảm bạch cầu hạt có nguy cơ IBI cao hơn. Đánh giá ABC – đường thở, hô hấp, và tuần hoàn - ổn định khi cần. Đảm bảo đã làm các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, hồng cầu lưới và phết máu ngoại vi ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã biết giảm bạch cầu hạt. Đối với những trẻ giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu lympho hoặc thiếu máu không rõ nguyên nhân ngoài giảm bạch cầu hạt, cần xem xét các nguyên nhân khác như bạch cầu cấp hoặc suy tủy.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn xâm lấn ở trẻ giảm bạch cầu hạt

Yếu tố nguy cơ

Tiền sử:

Tình trạng suy giảm miễn dịch

- Bệnh lý ác tính hoặc sau ghép tạng
- Suy giảm miễn dịch tiên phát
- Điều trị thuốc ức chế miễn dịch (bao gồm dùng steroid mạn tính)
- Suy tủy

Tiền sử giảm bạch cầu hạt

- Các đợt giảm bạch cầu hạt trước đó
- Giảm bạch cầu hạt chu kỳ hoặc bẩm sinh
- Giảm bạch cầu hạt tự miễn

Tiền sử nhiễm trùng tái phát hoặc nhiễm trùng nặng (ví dụ, viêm màng não, viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết, áp xe tái phát, viêm xương tủy xương, viêm mô tế bào)

Đặt thiết bị nội mạch

Bệnh đông máu

- Bệnh mạn tính (ví dụ, bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh phổi mạn, bệnh lý cơ tim)
- Nghi ngờ hoặc xác định bệnh di truyền
- Chậm lớn hoặc tầm vóc thấp

Chưa tiêm vaccine cho các vi khuẩn có vỏ (phế cầu, não mô cầu, HI type b)

Tiền sử gia đình

- Suy giảm miễn dịch
- Giảm bạch cầu hạt mạn tính
- Suy tủy xương
- Bạch cầu cấp

Thăm khám:

Vé mặt nhiễm trùng

Gan lách to hoặc hạch to

Vé mặt bất thường hoặc bất thường bẩm sinh

Xét nghiệm:

Ước chế các dòng tế bào khác (giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu lympho, hoặc thiếu máu không rõ nguyên nhân)

MCV cao

Trẻ giảm bạch cầu hạt

NGUY CƠ đối với IBI (Bảng 1):

- Nếu toàn trạng không ổn, cấy máu và không nên trì hoãn việc dùng kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm. Tham khảo CPS practice point trong chẩn đoán và quản lý nhiễm khuẩn huyết để định hướng.
- Nếu toàn trạng ổn, việc điều trị nên được cá thể hóa, tốt nhất là cần có sự tham vấn từ bác sĩ chuyên khoa Nhi. Kháng sinh tĩnh mạch thường được dùng và những đứa trẻ này được nhập viện hoặc xuất viện về nhà với sự theo dõi chặt.

Trẻ giảm bạch cầu hạt đơn độc

KHÔNG CÓ NGUY CƠ đối với IBI:

- Những trẻ có ANC $\geq 1.0 \times 10^9/L$ có thể được quản lý như những trẻ có ANC bình thường.
- Bệnh nhi có ANC từ 0.5 đến $<1.0 \times 10^9/L$ không cần dùng kháng sinh theo kinh nghiệm thường quy. Nên làm lại xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu sau 1-3 tháng.
- Đối với những trẻ giảm bạch cầu hạt nặng (ANC $<0.5 \times 10^9/L$):
 - Đảm bảo đã cấy máu ngoại vi. Cân nhắc làm tổng phân tích nước tiểu hoặc cấy nước tiểu ở trẻ tiểu không tự chủ (thường < 24 tháng tuổi) và đối với những trẻ có triệu chứng hoặc yếu tố nguy cơ nhiễm trùng tiểu. Dựa vào biểu hiện lâm sàng, xem xét các xét nghiệm như chụp x-quang ngực hoặc PCR virus hô hấp.
 - Trẻ toàn trạng ổn có $<0.5 \times 10^9/L$ và không có yếu tố nguy cơ IBI (Bảng 1) được coi là nguy cơ thấp. Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm thường không được chỉ định, nhưng có thể xem xét khi ANC của trẻ từ 0 đến $0.2 \times 10^9/L$. Theo dõi chặt chẽ bệnh nhân ngoại trú trong vòng 24 đến 48 giờ. Hướng dẫn rõ ràng và cân nhắc hội chẩn bác sĩ nhi khoa hoặc bác sĩ huyết học nhi.
 - Cho bệnh nhân ngoại trú đến khám bác sĩ nhi khoa hoặc bác sĩ huyết học nhi sau 4-6 tuần nếu ANC của trẻ vẫn $<0.5 \times 10^9/L$, hoặc sớm hơn nếu đánh giá cho thấy bất thường các dòng tế bào khác.

References

Lirette MP, Wright N, Trottier ED, Beck CE. Management of febrile neutropenia in immunocompetent children and youth. Paediatr Child Health. 2023 Jul 22;28(5):324-330. doi: 10.1093/pch/pxac127. PMID: 37484042; PMCID: PMC10362957.