

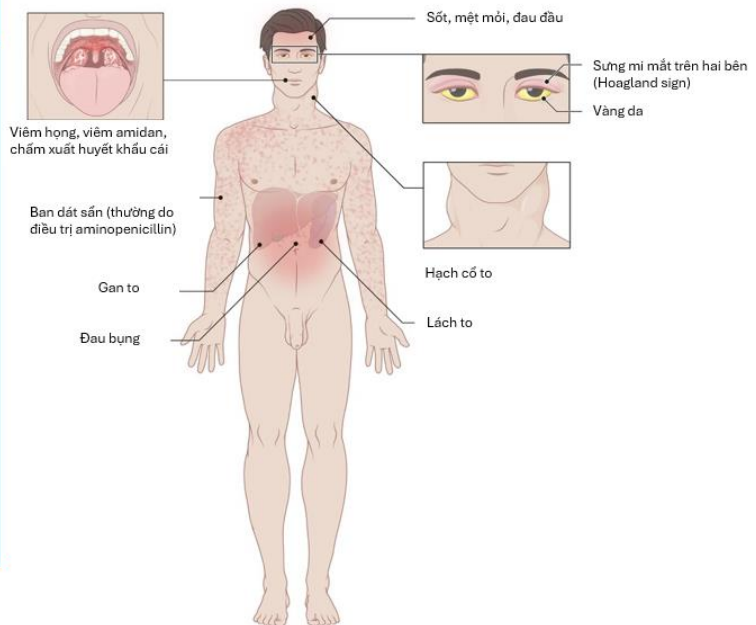
NHIỄM KHUẨN TĂNG BẠCH CẦU ĐƠN NHÂN (INFECTIOUS MONONUCLEOSIS)

Lược dịch: NT HN

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn tăng bạch cầu đơn nhân (IM), còn được gọi là “kissing disease” – là bệnh lý cấp tính thường gặp nhất do virus Epstein Barr (EBV) gây ra. Bệnh rất dễ lây lan qua dịch tiết cơ thể, đặc biệt là nước bọt. Nhiễm trùng thường không được chú ý ở trẻ em; chủ yếu là trẻ vị thành niên và người trẻ biểu hiện các triệu chứng. Những người có triệu chứng thường khởi đầu với sốt, khó chịu và mệt mỏi, sau đó kèm theo viêm họng cấp tính, viêm amidan, hạch to, và/hoặc lách to kéo dài lên đến một tháng. IM thỉnh thoảng cũng liên quan đến các bệnh phát ban giống sởi, đặc biệt là ở những người bị chẩn đoán nhầm là viêm amidan do vi khuẩn và được dùng ampicillin hoặc amoxicillin. Để tránh bỏ sót chẩn đoán, các trường hợp nghi ngờ được xác nhận bằng xét nghiệm kháng thể heterophile (monospot test), hoặc trong một số trường hợp, xét nghiệm huyết thanh dương tính. Bệnh nhân có biểu hiện tăng bạch cầu lympho, thường là tế bào lympho T không điển hình trên phết máu ngoại biên. IM được điều trị theo triệu chứng vì nó thường tự giới hạn. Mặc dù các biến chứng là hiếm gặp nhưng IM liên quan đến vỡ lách không do chấn thương và nhiều bệnh lý ác tính (eg, Hodgkin’s lymphoma, Burkitt lymphoma).

Nhiễm khuẩn tăng bạch cầu đơn nhân	
Nguyên nhân	Tác nhân: EBV Lây truyền: chủ yếu qua nước bọt (“kissing disease”)
Dịch tễ	Tỉ lệ mắc (US): 5:1000 dân số/năm Đỉnh tuổi: 15-24 Tỉ lệ lưu hành (thời giới): > 90% người lớn dương tính với kháng thể EBV
Diễn biến lâm sàng	Giai đoạn ủ bệnh: ~ 6 tuần Triệu chứng thường kéo dài 2-4 tuần Thường không có triệu chứng ở trẻ nhỏ
Chẩn đoán	Monospot test; nếu monospot test âm tính mà còn nghi ngờ: test kháng thể đặc hiệu EBV trong huyết thanh Phết máu ngoại biên (tăng bạch cầu lympho với lympho không điển hình)
Điều trị	Chủ yếu là điều trị triệu chứng Tránh gắng sức trong 3-4 tuần vì nguy cơ vỡ lách
Biến chứng	Tắc nghẽn đường hô hấp trên Vỡ lách Các biến chứng hiếm gặp ở hệ cơ quan khác (nguy cơ cao ở trẻ suy giảm miễn dịch)



DỊCH TỄ HỌC

- **Tỉ lệ chung:** Khoảng 90-95% người lớn có test huyết thanh EBV dương tính trên khắp thế giới
- **Đỉnh tuổi** (biểu hiện triệu chứng): 15-24 tuổi
- **Tỉ lệ mắc:** 5/1000 hàng năm

TÁC NHÂN

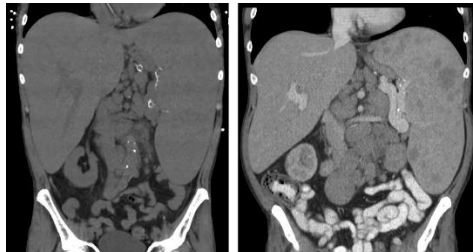
- **EBV:** Epstein-Barr virus, hay còn gọi là human herpesvirus 4 (HHV-4)
- **Lây truyền:** qua dịch tiết cơ thể, đặc biệt là nước bọt (hay còn gọi là **kissing disease**)

SINH LÝ BỆNH

- EBV nhiễm vào tế bào lympho B trong biểu mô niêm mạc (họng, cổ tử cung) thông qua thụ thể CD21 → tế bào lympho B bị nhiễm làm tăng đáp ứng miễn dịch dịch thể (B-cell) cũng như miễn dịch tế bào (T-cell) → tăng nồng độ lymphocyte không điển hình trong máu – là các tế bào cytotoxic T cell CD8+ chống lại tế bào lympho B bị nhiễm virus.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- **Giai đoạn ủ bệnh:** ~ 6 tuần
- **Diễn biến lâm sàng:**
 - Triệu chứng thường gặp ở trẻ vị thành niên và người trẻ, kéo dài 2-4 tuần.
 - Trẻ nhỏ thường không có triệu chứng
- **Triệu chứng**
 - Lách to, sốt, mệt mỏi



- Viêm họng và/hoặc viêm amidan (amidan sưng, đỏ, có mủ), chấm xuất huyết khẩu cái



- Hạch cổ to hai bên (đặc biệt là cổ sau), trong những trường hợp nặng có thể gây tắc nghẽn đường thở
- Đau bụng
- Có thể có gan to và vàng da
- Ban dát sần (giống sỏi): Ban có thể do nhiễm trùng ở khoảng 5% các trường hợp nhưng thường gặp nhất liên quan đến dùng aminopenicillin (eg, ampicillin, amoxicillin)

CHẨN ĐOÁN

Nghi ngờ IM trên lâm sàng có thể được xác nhận qua test kháng thể.

- **Monospot test:** độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 100%
- **Xét nghiệm:** tăng LDH và men gan
- **Phết máu ngoại biên:** tăng bạch cầu lympho, > 10% lymphocytes không điển hình (trong một số trường hợp lên đến 90%)
- **Huyết thanh học:** chỉ định khi nghi ngờ IM nhưng monospot test âm tính
 - Anti-viral capsid antigen antibodies (anti-VCA)
 - Anti-VCA IgM: trong giai đoạn sớm và biến mất ~ 3 tháng sau nhiễm trùng
 - Anti-VCA IgG: xuất hiện sau 2-4 tuần và tồn tại dai dẳng
 - Anti-EBV nuclear antigen-antibody (anti-EBNA-1) IgG

Serology	Past infection	Primary infection
anti-VCA IgM	negative	positive ☒
anti-VCA IgG	positive	positive
Anti-EBNA-1 IgG	positive ☒	negative

ĐIỀU TRỊ

Điều trị IM chủ yếu là điều trị triệu chứng.

- Tránh hoạt động thể lực vì nguy cơ vỡ lách.
 - Bệnh nhân nên tránh hoạt động gắng sức ít nhất 21 ngày sau khi khởi phát triệu chứng.
 - Bệnh nhân nên tránh các môn thể thao hoạt động mạnh ít nhất 4 tuần.
- Dịch (truyền dịch khi cần)
- Giảm đau/hạ sốt
- Steroids không được khuyến cáo thường quy nhưng có thể xem xét trong những trường hợp có biến chứng.
- Người tiếp xúc nên tránh tiếp xúc trực tiếp với dịch cơ thể (không ăn cùng, uống cùng, không hôn).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amboss