

- Hầu hết bệnh nhân đều giảm mức độ hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày, điểm NDI trung bình của đối tượng nghiên cứu giảm từ  $14,075 \pm 4,58$  điểm xuống  $2,9 \pm 2,26$  điểm, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương đã tạo điều kiện cơ sở vật chất và đối tượng nghiên cứu cho nghiên cứu này. Đồng thời, chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội đã tài trợ để nhóm nghiên cứu được thực hiện đề tài khoa học cấp cơ sở "Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp sóng ngắn trong điều trị hội chứng cổ vai tay", mã số CS.24.07.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Hướng Dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền với

Y học hiện đại; 2020.

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng; 2014.
- Nguyễn Thị Thanh Tú, Dương Thị Hằng.** Kết quả cải thiện hội chứng rể và chức năng sinh hoạt hàng ngày của siêu âm trị liệu kết hợp điện châm và xoa bóp bấm huyệt trên bệnh nhân hội chứng cổ vai tay. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;538(2). doi:10.51298/vmj.v538i2.9481
- Dòng cao tần - đầu nhiệt sóng ngắn trị liệu.** Vật lý trị liệu - phục hồi chức năng. Nhà xuất bản Y học; 2010:214-229.
- Vernon H, Mior S.** The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. J Manipulative Physiol Ther. 1991;14(7):409-415.
- Đặng Trúc Quỳnh.** Tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống cổ của bài thuốc "Cát căn thang" kết hợp điện châm trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2016;103(5):48-55.
- Phan Thanh Hải, Nguyễn Kim Ngọc, Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Trọng Nghĩa.** Tác dụng của siêu âm điều trị kết hợp kinh cần liệu pháp trên bệnh nhân hội chứng cổ vai cánh tay. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;186(1):216-224.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MIỆNG LỢI DO HERPES SIMPLEX NGUYÊN PHÁT Ở TRẺ EM

Trần Thị Thùy Trang<sup>1</sup>, Phạm Thị Mai Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Oanh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi mắc viêm miệng lợi do vi rút herpes simplex nguyên phát điều trị tại khoa Da liễu, bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhi được chẩn đoán xác định viêm miệng lợi do vi rút herpes simplex điều trị tại khoa Da liễu, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $35,9 \pm 21,9$  tháng, nhóm tuổi 24-60 tháng chiếm ưu thế (55,2%). Ăn uống kém là lý do chủ yếu khiến trẻ nhập viện (79,1%). 89,5% trẻ sốt với thời gian trung bình là  $3,0 \pm 1,5$  ngày, trong đó chủ yếu trẻ sốt từ 38,5-39 độ. 100% trẻ có biểu hiện tổn thương lợi với đặc điểm lợi sưng nề đỏ, dễ chảy máu. Vị trí khác: khẩu cái cứng (58%), họng và lưỡi (37,3%). Tất cả bệnh nhân được vệ sinh miệng và uống acyclovir; 71,2% trẻ dùng kháng sinh (55,3% đường uống; 44,7% đường tĩnh mạch). Thời gian điều trị nội trú  $4,1 \pm 1,1$  ngày. **Kết luận:** Viêm miệng lợi nguyên phát do vi rút herpes simplex thường gặp ở trẻ nhỏ từ 24- 60 tháng, bệnh đáp ứng tốt với các biện pháp vệ sinh miệng và thuốc kháng

virus. **Từ khóa:** viêm miệng lợi, vi rút Herpes simplex, trẻ em.

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF PRIMARY HERPETIC GINGIVOSTOMATITIS IN CHILDREN

**Objective:** To examine the clinical and paraclinical characteristics of pediatric patients diagnosed with primary herpetic gingivostomatitis and treated at the Department of Dermatology, the National Children's Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 67 pediatric patients diagnosed with primary herpetic gingivostomatitis and treated at the Dermatology Department of the National Children's Hospital from January to December 2024. **Results:** The mean age was 35.9, the predominant age group was 24-60 months (55.2%). The primary reason for hospitalization was anorexia (79.1%). A fever was observed in 89.5% of the patients, with an average duration of  $3,0 \pm 1,5$  days, and most patients exhibited a fever ranging from 38.5-39 degrees Celsius. Gingival lesions were present in 100% of the patients, characterized by swollen, red, and easily bleeding. Other affected areas included the hard palate (58%), throat, and tongue (37.3%). All patients received oral hygiene and acyclovir treatment, while 71.2% of the patients were administered antibiotics (55.3% oral; 44.7% intravenous). The average

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thùy Trang

Email: tranthuytrang1711@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

hospital stay was  $4.1 \pm 1.1$  days. **Conclusions:** Primary herpetic gingivostomatitis in children is common at the age of 24 -60 months, and the symptoms well response to oral hygiene and acyclovir.

**Keywords:** herpetic gingivostomatitis, herpes simplex virus, pediatric patients

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm miệng lợi do vi rút herpes simplex là một trong bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ. Nguyên nhân chủ yếu do vi rút HSV1, chiếm hơn 90%. Bệnh gồm hai thể: nhiễm HSV nguyên phát và thứ phát. Độ tuổi thường mắc viêm miệng lợi do vi rút herpes simplex nguyên phát (Primary herpetic gingivostomatitis – PHGS) từ 6 tháng đến 5 tuổi trong đó tỷ lệ mắc cao nhất từ 2-3 tuổi, hiếm gặp hơn ở trẻ sơ sinh và người cao tuổi. Trong một nghiên cứu hồi cứu ghi nhận 1,6 bệnh nhân mắc PHGS trên 10000 lượt khám tại khoa cấp cứu và 5,6 ca mắc trong tổng số 10000 trường hợp nhập viện[1].

Nhiễm HSV1 thường do tiếp xúc trực tiếp với dịch tiết hoặc tổn thương niêm mạc miệng lợi của người mang vi rút. Trẻ thường có biểu hiện viêm miệng lợi sau khoảng một tuần tiếp xúc. Các tổn thương viêm loét miệng lợi do nhiễm HSV nguyên phát thường nặng hơn nhiễm thứ phát. Biểu hiện viêm niêm mạc khởi phát với tổn thương lợi sưng phù nề, dễ chảy máu với các tổn thương mụn nước dễ vỡ bao quanh bởi quầng đỏ. Các tổn thương mụn nước liên kết với nhau tạo thành tổn thương trợt, loét lớn hơn ở vùng niêm mạc lợi, má, lưỡi, khẩu cái, họng và có thể gặp ở vùng da quanh miệng[2].

Một số biến chứng có thể gặp như gãy sút cân, viêm da ngón tay do herpes (herpetic whitlow), eczema herpeticum, viêm não, dính niêm mạc môi, viêm thanh quản. Những biểu hiện toàn thân như sốt, ăn kém, quấy khóc, mệt mỏi, đau đầu[2]. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào đặc điểm lâm sàng với tổn thương niêm mạc vùng miệng lợi. Xét nghiệm PCR HSV dịch loét miệng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, tuy nhiên chi phí tương đối cao và được thực hiện ở số ít các cơ sở y tế. Các phương pháp điều trị gồm vệ sinh tổn thương miệng lợi, bổ sung dinh dưỡng bằng đường miệng hoặc tĩnh mạch, giảm đau, kháng virus acyclovir, kháng sinh nếu có bội nhiễm[3].

Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh viêm miệng lợi do vi rút herpes simplex nguyên phát ở trẻ nhỏ. Mục tiêu của nghiên cứu này xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm miệng lợi do HSV ở trẻ em.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 67 bệnh nhi mắc viêm miệng lợi nguyên phát do căn nguyên HSV điều trị tại khoa Da liễu, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2024.

**Tiêu chuẩn chọn lựa.** Trẻ từ 0 đến 18 tuổi được chẩn đoán xác định viêm miệng lợi do nhiễm Herpes simplex với kết quả PCR HSV dịch loét miệng dương tính. Khai thác tiền sử chưa mắc tổn thương miệng tương tự trước đó.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Trẻ viêm miệng lợi do nguyên nhân khác như loét miệng áp tơ (aphthous), herpangina, bệnh tay chân miệng, bệnh Behcet... hoặc đồng nhiễm HSV

Thông tin không đầy đủ

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn lựa trong thời gian nghiên cứu

**Xử lý số liệu:** Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**Đạo đức nghiên cứu:** Các số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, được sự chấp thuận từ cha mẹ người giám hộ của bệnh nhi. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật, nghiên cứu không làm phát sinh thêm chi phí điều trị cho trẻ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 67 bệnh nhi mắc bệnh viêm miệng lợi nguyên phát do HSV thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**3.1. Đặc điểm lâm sàng.** Tuổi trung bình là  $35,9 \pm 21,9$  tháng, nhỏ nhất 11 tháng, lớn nhất 10 tuổi. Nhóm đối tượng chiếm ưu thế là trẻ có độ tuổi từ 24 đến 60 tháng (55,2%). (Bảng 1).

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu (n=67)**

|                             | Số BN | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|-------|---------|
| <b>Nhóm tuổi</b>            |       |         |
| < 24 tháng                  | 22    | 32,8    |
| 24-60 tháng                 | 37    | 55,2    |
| 60 tháng                    | 8     | 12      |
| <b>Giới</b>                 |       |         |
| Nam                         | 25    | 37,3    |
| Nữ                          | 42    | 62,7    |
| <b>Lý do vào viện</b>       |       |         |
| Sốt                         | 35    | 52,2    |
| An uống kém                 | 53    | 79,1    |
| Tổn thương niêm mạc nặng    | 41    | 61,2    |
| <b>Tiền sử dùng thuốc</b>   |       |         |
| Thuốc bôi                   | 15    | 22,4    |
| Thuốc bôi + Kháng sinh uống | 29    | 43,3    |

|                             |    |      |
|-----------------------------|----|------|
| Thuốc bôi + Kháng sinh tiêm | 2  | 3    |
| Chưa dùng thuốc             | 21 | 31,3 |

Thời gian bị bệnh trung bình trước nhập viện là  $4,6 \pm 1,35$  ngày, ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 9 ngày. Ăn uống kém là lý do chủ yếu khiến trẻ nhập viện (79,1%). Nguyên nhân tiếp theo là do tổn thương niêm mạc miệng lợi nặng (61,2%). Có 52,2% trẻ nhập viện vì lý do sốt cao liên tục. Khai thác tiền sử các bệnh nhi nhập viện không mắc bệnh lý mạn tính.

Thời gian trẻ có biểu hiện lâm sàng đến khi nhập viện là  $4,6 \pm 1,35$  ngày. Trong tổng số 67 bệnh nhi có 43,3% trẻ được điều trị thuốc kháng sinh đường uống và thuốc bôi miệng trước nhập viện, 22,4% trẻ được dùng thuốc bôi, 3% bệnh nhân đã điều trị kháng sinh đường toàn thân và thuốc bôi miệng.

**Bảng 2. Đặc điểm sốt và tổn thương da, niêm mạc (n=67)**

| Triệu chứng         | Biểu hiện                    | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---------------------|------------------------------|--------------|---------|
| Nhiệt độ bệnh nhân  | Không sốt                    | 7            | 10,5    |
|                     | Sốt nhẹ (<38,5)              | 9            | 13,4    |
|                     | Sốt cao (38,5-39)            | 34           | 50,7    |
|                     | Sốt rất cao/Sốt khó hạ (>39) | 17           | 25,4    |
| Tổn thương niêm mạc | Lợi                          | 67           | 100     |
|                     | Khẩu cái cứng                | 39           | 58      |
|                     | Họng                         | 25           | 37,7    |
|                     | Lưỡi                         | 25           | 37,7    |
|                     | Môi                          | 20           | 29,8    |
|                     | Má                           | 10           | 14,9    |
| Tổn thương khác     | Khẩu cái mềm                 | 5            | 7,5     |
|                     | Mụn nước quanh miệng         | 24           | 35,8    |
|                     | Hepetic whitlow              | 3            | 4,5     |
|                     | Eczema hepeticum             | 1            | 1,5     |

Trong 67 bệnh nhân nhập viện có 60 trẻ biểu hiện sốt, chiếm 89,5%. Thời gian trung bình là  $3,0 \pm 1,5$  ngày, thời gian sốt kéo dài nhất là 6 ngày. Hơn một nửa trẻ có biểu hiện sốt vừa với khoảng nhiệt độ từ 38,5 độ đến 39 độ (50,7%); có 25,4% trẻ sốt cao hơn 39 độ.

Lợi và khẩu cái cứng là hai vị trí tổn thương thường gặp nhất, lần lượt chiếm 100% và 58%. Tổn thương ngoài miệng thường gặp là mụn nước quanh miệng, chiếm 35,8% các trường hợp (Bảng 2).

### 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 3. Một số xét nghiệm cơ bản**

|                              | Trung bình $\pm$ SD | Nhỏ nhất – lớn nhất |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| Số lượng bạch cầu            | $12,1 \pm 4,1$      | 4,7-25,4            |
| Số lượng bạch cầu trung tính | $5,6 \pm 3,0$       | 1,3-14,9            |

|                          |                 |         |
|--------------------------|-----------------|---------|
| Protein phản ứng C (CRP) | $25,2 \pm 24,4$ | 2,4-113 |
|--------------------------|-----------------|---------|

Số lượng bạch cầu toàn phần trung bình của nhóm nghiên cứu là  $12,1 \pm 4,1$  G/l. Giá trị trung bình bạch cầu trung tính là 5,6 G/l. Kết quả chỉ số CRP trung bình là  $25,2 \pm 24,4$  mg/l, trong đó giá trị lớn nhất là 113 mg/l.

Có 30/67 (44,7%) bệnh nhân có giá trị bạch cầu toàn phần > 12 G/l; 28/67 (41,8%) bệnh nhân có giá trị CRP > 20 mg/l

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 4. Kết quả điều trị**

|                                    | Trung bình $\pm$ SD (ngày) | Nhỏ nhất – lớn nhất |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Thời gian điều trị nội trú         | $4,1 \pm 1,1$              | 2-8                 |
| Thời gian lành tổn thương niêm mạc | $10,2 \pm 3,7$             | 8-24                |
| Thời gian lành tổn thương da       | $8,7 \pm 2,4$              | 5-10                |

Thời gian trung bình điều trị nội trú 4,1 ngày, thời gian điều trị dài nhất 8 ngày. Thời gian trẻ lành tổn thương niêm mạc miệng hoàn toàn là  $10,2 \pm 3,7$  ngày. Đối với tổn thương khác ngoài vùng niêm mạc miệng cần  $8,7 \pm 2,4$  ngày để lành hoàn toàn.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng.** Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 35,9 tháng, nhỏ nhất là 11 tháng. Nhóm đối tượng chiếm ưu thế là trẻ có độ tuổi từ 24 đến 60 tháng (55,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với báo cáo của tác giả C Johnston và cs, PHGS thường gặp ở trẻ từ 6 đến 60 tháng [1]. Theo nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh thường gặp ở trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1/2; tuy nhiên một số y văn trên thế giới không nhận thấy sự khác biệt về giới ở bệnh PHGS [4].

Đối với các bệnh nhi mắc viêm miệng lợi do herpes simplex đến khám tại phòng khám Da liễu, với tổn thương niêm mạc nhẹ, trẻ vẫn ăn uống được và hợp tác trong việc vệ sinh miệng lợi sẽ được điều trị ngoại trú và tái khám. Các tiêu chuẩn nhập viện bao gồm trường hợp trẻ có tổn thương niêm mạc miệng nặng gây đau đớn, ăn uống kém, quấy khóc hoặc sốt cao. Ăn uống kém là lý do chủ yếu khiến trẻ nhập viện (79,1%). Nguyên nhân tiếp theo là do tổn thương niêm mạc miệng lợi nặng (61,2%). Có 52,2% trẻ nhập viện vì lý do sốt cao liên tục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 89,5% sốt với thời gian trung bình là 3 ngày. Hơn một nửa trẻ có biểu hiện sốt vừa với khoảng nhiệt độ từ 38,5 độ đến 39 độ (50,7%). Theo một số báo

cáo trên thế giới, sốt cũng là một trong biểu hiện thường gặp và là lý do khiến trẻ mắc PHGS nhập viện với thời gian sốt trung bình khoảng 4,4 ngày. Trẻ thường sốt cao 1-2 ngày trước khi xuất hiện tổn thương da niêm mạc và nhiệt độ chủ yếu dưới 39 độ [1], [2].

Đánh giá đặc điểm vị trí, đặc điểm tổn thương niêm mạc miệng giúp định hướng chẩn đoán ở tuyến cơ sở không có xét nghiệm PCR vi rút HSV. Trong nghiên cứu chúng tôi, 100% trẻ có biểu hiện tổn thương lợi với đặc điểm lâm sàng lợi sưng nề đỏ, dễ chảy máu. Các vị trí tổn thương niêm mạc miệng khác có thể gặp như khẩu cái cứng (58%), họng và lưỡi (37,3%) và ít gặp ở niêm mạc má và khẩu cái mềm. Đặc điểm tổn thương chủ yếu là các mụn nước có kích thước dưới 0,5 cm nhanh chóng vỡ, các mụn nước liên kết với nhau tạo thành tổn thương trợt, loét lớn trên có giả mạc vàng. Có 29,8% trẻ có biểu hiện tổn thương niêm mạc môi sưng hóa với biểu hiện mụn nước trợt, vảy tiết vàng nâu, dễ chảy máu. Tổn thương mụn nước vùng da quanh miệng là một trong những đặc điểm đặc trưng giúp chẩn đoán phân biệt tổn thương viêm miệng do HSV với các căn nguyên khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35,8% trường hợp trẻ có tổn thương mụn nước vùng da quanh miệng. Ngoài tổn thương vùng miệng, một số trường hợp có tổn thương tại các cơ quan khác do nhiễm vi rút thứ phát. Có 3/76 trẻ (4,5%) có tổn thương herpes đầu ngón tay (hepetic whitlow) với tổn thương các mụn nước, mụn mủ thành đám ở đầu các ngón tay. Đặc biệt có một trường hợp trẻ mắc eczema hepeticum với biểu hiện các mụn nước rải rác toàn thân trên nền viêm da cơ địa. Không có bệnh nhi biểu hiện tổn thương thần kinh.

Trong một báo cáo phân tích về một số đặc điểm khác biệt giữa tổn thương niêm mạc miệng do HSV và loét miệng áp tơ, PHGS thường ảnh hưởng đến niêm mạc sừng hóa hoặc không di chuyển như lợi và khẩu cái cứng. Trong khi đó, loét miệng áp tơ thường gặp ở niêm mạc không sừng hóa hoặc di chuyển bao gồm niêm mạc môi, má, mặt dưới lưỡi, sàn miệng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự với vị trí tổn thương niêm mạc thường gặp nhất là vùng niêm mạc lợi và khẩu cái cứng [4]. Trong một nghiên cứu khác trên 282 bệnh nhi mắc PHGS, tổn thương thường gặp là loét miệng (84,3%), tổn thương vùng lợi phổ biến thứ hai, chiếm 67,6% [5].

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Đối với những bệnh nhi nhập viện điều trị, ngoài xét nghiệm PCR HSV giúp chẩn đoán xác định bệnh, một số xét nghiệm giúp chẩn đoán loại trừ các

nguyên nhân viêm miệng khác như PCR enterovirus, EV71 test nhanh, vi nấm soi tươi, vi khuẩn nuôi cấy dịch loét miệng. Các xét nghiệm cơ bản khác nhằm đánh giá mức độ bội nhiễm vi khuẩn tổn thương niêm mạc miệng như tổng phân tích tế bào máu ngoại vi và protein phản ứng C (CRP). Số lượng bạch cầu toàn phần trung bình của nhóm nghiên cứu là  $12,1 \pm 4,1$  G/l. Giá trị trung bình bạch cầu trung tính là 5,6 G/l. Kết quả chỉ số CRP trung bình là  $25,2 \pm 24,4$  mg/l, trong đó giá trị lớn nhất là 113 mg/l. Có 44,7% bệnh nhân có giá trị bạch cầu toàn phần >12 G/l và 41,8% bệnh nhân có chỉ số CRP cao hơn 20 mg/l. So sánh với một nghiên cứu trên 282 bệnh nhi mắc PHGS, 28,1% bệnh nhân có BC > 15 G/l và 29,7% CRP >40 mg/l [3].

**4.3. Kết quả điều trị.** Dựa vào mức độ tổn thương niêm mạc và kết quả xét nghiệm máu giúp chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng trường hợp. Tất cả bệnh nhân nhập viện đều được vệ sinh niêm mạc miệng hoặc súc miệng họng bằng dung dịch povidone iodine 1% kết hợp thuốc bôi tại niêm mạc tổn thương. Thuốc bôi tại chỗ có chứa thành phần metronidazole, chlorhexidine gluconate. Đối với trường hợp trẻ đau nhiều có thể dùng giảm đau paracetamol hoặc ibuprofen đường uống và gel lidocain 2% bôi niêm mạc. Những bệnh nhân có tổn thương vùng bán niêm mạc môi và mụn nước vùng da quanh miệng được dùng thêm mỡ kháng sinh mupirocin 2%.

Thuốc kháng virus acyclovir được chỉ định chủ yếu cho trường hợp khởi phát tổn thương trong vòng 96 giờ, hoặc tổn thương khởi phát quá 96 giờ nhưng tổn thương niêm mạc nặng, vẫn xuất hiện tổn thương mới. Nghiên cứu của chúng tôi có 100% trẻ có chỉ định dùng acyclovir đường uống. Hiện vẫn chưa có sự thống nhất về liều dùng acyclovir đường uống trong bệnh PHGS ở trẻ em. Trong một số y văn trên thế giới, liều dùng acyclovir đường uống cho trẻ mắc PHGS với tiền sử khỏe mạnh có thể dùng liều 10-15 mg/kg/lần (tối đa 200mg/lần) X 5 lần/ngày [6]. Bệnh nhi của chúng tôi được sử dụng acyclovir liều 20 mg/kg/lần (tối đa 200 mg/lần) X 4 lần/ngày để thuận tiện cho việc sử dụng thuốc. Thời gian dùng thuốc kháng virus trong 5-7 ngày.

Đối với những trường hợp trẻ ăn uống kém sẽ được truyền dung dịch ringerglucose 5% cho đến khi trẻ ăn được trở lại; 59,7% trẻ được hỗ trợ dịch truyền. Chỉ định điều trị kháng sinh trong những trường hợp tổn thương diện tích rộng, nhiều vết loét, giả mạc hoặc xét nghiệm có bạch cầu đa nhân trung tính, chỉ số CRP tăng.

Có 47/67 (71,2%) trẻ được chỉ định dùng kháng sinh, trong đó có 55,3% đường uống và 44,7% đường tĩnh mạch.

Bệnh nhi được xuất viện khi trẻ cắt sốt, trẻ ăn uống được, không cần hỗ trợ dịch truyền, niêm mạc hết giả mạc, các xét nghiệm chỉ số viêm giảm. Thời gian trung bình điều trị nội trú  $4,1 \pm 1,1$  ngày, thời gian điều trị dài nhất 8 ngày. Thời gian điều trị này tương đương với kết quả nghiên cứu tại Đài Loan của Chen-Wei Huang là  $4,54 \pm 1,92$  ngày [7]. Sau khi ra viện trẻ vẫn tiếp tục được theo dõi các triệu chứng cho đến khi lành hoàn toàn tổn thương. Thời gian trẻ lành thương niêm mạc miệng hoàn toàn là  $10,2 \pm 3,7$  ngày. Đối với tổn thương da cần  $8,7 \pm 2,4$  ngày để lành hoàn toàn. Theo thống kê của tác giả Amir J và cs, thời gian lành tổn thương niêm mạc miệng và ngoài miệng trung bình là 12 ngày[8]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian ngắn hơn có thể do nhóm bệnh nhân được dùng thuốc kháng virus kết hợp vệ sinh niêm mạc miệng.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm miệng lợi nguyên phát do HSV chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm trẻ từ 2-5 tuổi. Ăn uống kém là nguyên nhân chính khiến trẻ nhập viện do bệnh PHGS. Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả bệnh nhi có biểu hiện tổn thương lợi với đặc điểm lâm sàng lợi sưng nề đỏ, dễ chảy máu. Các vị trí tổn thương niêm mạc miệng khác có thể gặp như khẩu cái cứng, họng và lưỡi; ít gặp ở niêm mạc

má và khẩu cái mềm. Các bệnh nhân được chăm sóc, vệ sinh tổn thương niêm mạc và dùng thuốc kháng virus acyclovir liều 20 mg/kg/lần (tối đa 200 mg/lần) X 4 lần/ ngày trong 5- 7 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children - PubMed [Internet].** [cited 2025 Jun 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10469407/>
2. **Huang CW, Hsieh CH, Lin MR, Huang YC (2020).** Clinical features of gingivostomatitis due to primary infection of herpes simplex virus in children. *BMC Infect Dis.* 20:782
3. **Birek C, Ficarra G (2006).** The diagnosis and management of oral herpes simplex infection. *Curr Infect Dis Rep.* 8(3):181–8
4. **Heliotis I, Whatling R, Desai S, Visavadia M (2021).** Primary herpetic gingivostomatitis in children. *BMJ.* 375:e065540
5. **Anjaneyan G, Duraisamy P, Pai R (2022).** Primary Herpetic Gingivostomatitis. *Indian Dermatol Online J.*14(1):148–9.
6. **Goldman RD (2016).** Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. *Can Fam Physician.* 62(5):403–4.
7. **Kuo KC, Huang YH, Chen IL, Huang YC, Li CC, Kuo HC, et al (2014).** Are antibiotics beneficial to children suffering from enterovirus infection complicated with a high C-reactive protein level? *Int J Infect Dis.* 25:100–3.
8. **Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I (1997).** Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: a randomised double blind placebo controlled study. *BMJ.* 314(7097):1800–3

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MIFEPRISTONE PHỐI HỢP MISOPROSTOL TRONG ĐÌNH CHỈ THAI TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN TUỔI Ở NHÓM VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du<sup>1</sup>, Phạm Thị Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Thiết<sup>1</sup>,  
Lê Thị Ngọc Hương<sup>1</sup>, Phạm Thị Liễu<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thu Uyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ phối hợp Mifepristone – Misoprostol trong đình chỉ thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần tuổi ở nhóm

vị thành niên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 83 thai phụ vị thành niên (10–18 tuổi) có thai từ 13 đến 22 tuần, được đình chỉ thai bằng phác đồ Mifepristone kết hợp Misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $16,3 \pm 1,6$  tuổi; tuổi thai trung bình  $17,5 \pm 3,1$  tuần. Tỷ lệ sảy thai thành công đạt 100% với thời gian sảy thai trung bình là  $10,2 \pm 7,1$  giờ. Liều Misoprostol trung bình là  $700 \pm 302$  mcg. Có 29 trường hợp (34,9%) cần can thiệp buồng tử cung sau sảy, chủ yếu do rau không bong hết hoặc chảy máu kéo dài. Tác dụng phụ gặp ở 13,3% trường hợp, phổ

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: nguyennamhmu26@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025