

BÁO CÁO CA BỆNH SỐC NHIỄM KHUẨN NÃO MÔ CẦU NHÓM HUYẾT THANH W135

Nguyễn Trường Giang¹, Lê Văn Đông¹, Nguyễn Trung Kiên¹
Ngô Thế Mạnh², Bùi Văn Hưng², Vũ Bá Ngọc³, Nguyễn Văn Hưng³
Phạm Hồng Thao⁴, Trịnh Thanh Hiệp⁴, Vũ Viết Sáng⁵
Trịnh Văn Sơn⁵, Lê Trần Khánh⁶, Khổng Đức Khải⁶
Nguyễn Duy Hà^{6*}, Nguyễn Xuân Đông⁶, Nguyễn Kiên Cường⁶

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn do não mô cầu là loại bệnh truyền nhiễm cấp tính do vi khuẩn não mô cầu (tên khoa học: *Neisseria meningitidis*). Bệnh biểu hiện đa dạng với nhiều thể bệnh từ nhiễm khuẩn không triệu chứng đến nhiễm khuẩn thông thường và nhiễm khuẩn nặng, thậm chí sốc nhiễm khuẩn dẫn đến tử vong. Các nhóm huyết thanh gây dịch não mô cầu tại các đơn vị trong toàn quân gặp chủ yếu là *Neisseria meningitidis* nhóm B; rất hiếm gặp nhóm W135. Các triệu chứng điển hình thường có sốt, hội chứng màng não (+), ban xuất huyết hoại tử và xét nghiệm vi sinh vật phát hiện *N. meningitidis* trong máu và/hoặc dịch não tủy. Chẩn đoán sớm và điều trị kháng sinh kịp thời làm giảm tỉ lệ tử vong do bệnh gây ra. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh hiếm gặp, là trường hợp bệnh nhân nam giới, 24 tuổi, tiền sử khỏe mạnh; triệu chứng ban đầu đau bụng, nôn, sốt, xuất hiện tử ban; chẩn đoán xác định sốc nhiễm khuẩn do não mô cầu nhóm W135. Các biện pháp điều trị tích cực cho bệnh nhân được thực hiện đầy đủ, kịp thời, song bệnh nhân tử vong rất nhanh (sau 32 giờ kể từ khi có triệu chứng đầu tiên). Thông qua ca bệnh, có một số khuyến cáo dành cho tuyến quân y đơn vị trước một ca bệnh không điển hình, hiếm gặp do não mô cầu gây ra.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, não mô cầu, *Neisseria meningitidis*.

ABSTRACT

Meningococcal infection is an acute infectious disease caused by meningococcal bacteria (scientific name: *Neisseria meningitidis*). Illness expresses itself in some ways, including asymptomatic infections, common infections, severe infections, and even septic shock, which can lead to death. The serotypes that cause epidemics in the Vietnamese Army are often group B, rarely group W135. Typical symptoms often include fever, meningitis (+), purpura necrotizing and microbial testing detects *N. meningitidis* in blood and/or cerebrospinal fluid. Early diagnosis and timely antibiotic treatment reduce mortality caused by the disease. We report a case of a 24-year-old man, previously healthy, with initial symptoms of abdominal pain, vomiting, and fever, rash appears, diagnosed with septic shock due to meningococcus group W135. Active treatment measures for the patient were implemented fully and promptly, but the patient died very quickly (after 32 hours from the first symptoms). Through the case, there are some recommendations for the military medical unit facing an atypical, rare case caused by meningococcus.

Keywords: Septic shock, meningococcal, *Neisseria meningitidis*.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Duy Hà, Email: bsduyha1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/4/2025; mời phản biện khoa học: 4/2025; chấp nhận đăng: 14/4/2025.

¹Cục Quân y.

²Sư đoàn 3, Quân khu 1.

³Bệnh viện Quân y 110.

⁴Viện Pháp y Quân đội.

⁵Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

⁶Viện Y học dự phòng Quân đội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn não mô cầu (NMC) là bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do vi khuẩn NMC (*Neisseria meningitidis* - một vi khuẩn Gram âm, thuộc họ vi khuẩn *Neisseriaceae*) gây ra. Vi khuẩn *N. meningitidis* thường kí sinh ở vùng hầu họng

của người. Tỉ lệ người lành mang mầm bệnh không triệu chứng từ 10-20%, có khi lên đến 40-50% trong vụ dịch [11]. Hằng năm, ước tính trên thế giới có khoảng 1,2 triệu người nhiễm NMC, với số tử vong lên đến 135.000 người [10]. Việt Nam nằm trong vùng lưu hành dịch do NMC, trong đó, huyết thanh

nhóm B là tác nhân gây bệnh chủ yếu (chiếm trên 87,6% các trường hợp) [13].

Trong Quân đội ta, bệnh nhiễm khuẩn NMC là một trong những bệnh truyền nhiễm được quan tâm hàng đầu, do đặc thù về điều kiện sinh hoạt và huấn luyện, đặc biệt, ở những đơn vị huấn luyện chiến sĩ mới. Theo thống kê của Cục Quân y, từ năm 2014-2024, tỉ lệ nhiễm NMC trong toàn quân trung bình mỗi năm là 1,9 ca/100.000 người; trong đó, huyết thanh nhóm B chiếm đến 95,65%, huyết thanh nhóm W135 chiếm 1,45% và các ca bệnh chưa xác định được nhóm huyết thanh chiếm 2,9% [1].

Nhiễm khuẩn NMC thường gặp thể viêm màng não hoặc thể nhiễm khuẩn huyết. Một số trường hợp có thể dẫn đến sốc nhiễm khuẩn với diễn biến lâm sàng nhanh, rất dễ dẫn tới tử vong nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [3]. Chẩn đoán nhiễm khuẩn NMC thường dựa trên các triệu chứng sốt, đau đầu, buồn nôn và nôn, cứng gáy, ban xuất huyết hoại tử hình sao. Bệnh nhân (BN) thường lơ mơ hoặc hôn mê, có trường hợp biểu hiện mặt lá đột ngột, xuất hiện mảng xuất huyết và sốc. Xét nghiệm công thức máu ngoại vi tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Chẩn đoán xác định thông qua phát hiện vi khuẩn NMC trong máu và/hoặc dịch não tủy [13]. Nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 thường có triệu chứng lâm sàng không điển hình, dễ chẩn đoán nhầm (đặc biệt với các thể viêm dạ dày, thể viêm khớp, thể viêm phổi, thể viêm cơ tim...). Bệnh diễn biến nhanh chóng, dẫn đến sốc nhiễm khuẩn, suy chức năng đa tạng, thậm chí gây tử vong chỉ trong thời gian ngắn.

Với phương pháp mô tả ca bệnh (kết hợp giữa hồi cứu số liệu dịch tễ, số liệu lâm sàng, xét nghiệm và giải phẫu bệnh), chúng tôi giới thiệu đến các đồng nghiệp một ca bệnh không điển hình nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 (một nhóm huyết thanh *Neisseria meningitidis* hiếm gặp ở Việt Nam) nhằm trao đổi, nâng cao năng lực phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác, điều trị kịp thời, giảm tỉ lệ tử vong do NMC gây ra.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

BN Nguyễn Văn N., 24 tuổi, khởi phát bệnh với triệu chứng đau bụng, không nôn.

Bệnh sử: bệnh khởi phát khoảng 17 giờ 30 phút ngày 08/02/2025, với triệu chứng đau bụng, buồn nôn, không nôn. Sáng 09/02/2025, quân y tiểu đoàn khám phát hiện BN có sốt (38°C), xử trí thuốc hạ sốt (Paracetamol), tiếp tục theo dõi thấy bệnh không thuyên giảm nên chuyển BN lên bệnh xá trung đoàn lúc 18 giờ 30 phút cùng ngày, trong tình trạng BN sốt cao (cao nhất 40°C); đau bụng, nôn nhiều; mạch 100 lần/phút, huyết áp (HA): 100/60 mmHg hội chứng màng não không rõ (dấu hiệu cứng gáy không rõ;

dấu hiệu Kernig âm tính). Tại tuyến Trung đoàn được theo dõi sát, đến 22 giờ 00 phút cùng ngày, BN xuất hiện ban xuất huyết toàn thân, xử trí truyền dịch NaCl 0,9%, hạ sốt, kháng sinh (Metronidazole 500 mg x 1 chai), tiêm bắp 1/2 ống Adrenalin 1mg/ml, chuyển bệnh xá sư đoàn. Tại tuyến quân y sư đoàn, khám BN: sốt (40°C), mạch 103 lần/phút, HA 110/70 mmHg, nổi ban màu đen ở vùng mặt, ngực, bụng, cẳng tay, cẳng chân hai bên, chẩn đoán: sốc phản vệ; xử trí: truyền dịch NaCl 0,9%, Adrenalin, Dimedrol, Methylprednisolon, Paracetamol và thở oxy, chuyển đến bệnh viện Quân y tuyến Quân khu lúc 23 giờ 50 phút ngày 09/02/2025.

Tại Bệnh viện tuyến Quân khu, thăm khám thấy BN tỉnh, tiếp xúc được; niêm mạc nhợt, nổi ban xuất huyết màu đen toàn thân; sốt 38,3°C, mạch 130 lần/phút, HA 120/90 mmHg, không co rút cơ hô hấp phụ, có ít ran rít vùng đỉnh phổi 2 bên; hội chứng màng não âm tính; không có dấu hiệu thần kinh khu trú. BN được chẩn đoán: theo dõi hội chứng Lyell, tiên lượng rất nặng. Xử trí: thở Oxy 5 l/phút, đặt máy theo dõi, truyền dịch, Solu-medrol, Adrenalin pha dịch truyền tĩnh mạch, chuyển Bệnh viện tuyến Trung ương. Trong quá trình vận chuyển, BN kêu đau nhiều lần (không rõ vị trí đau), có cơn co cứng tay chân, sau đó rối loạn ý thức, mạch nhanh, huyết áp tụt, sau đó không bắt được mạch, suy hô hấp; đã tiến hành hồi sinh tim phổi ngay trên xe cứu thương (tiếp tục truyền dịch nhanh, tiêm Adrenalin, ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng) nhưng không cải thiện. BN chuyển đến Bệnh viện tuyến Trung ương lúc 00 giờ 36 phút ngày 10/02/2025, trong tình trạng Glasgow 3 điểm, đồng tử 4 mm, phản xạ đồng tử với ánh sáng âm tính, ngừng tuần hoàn và hô hấp (BN mất ý thức, ngừng thở, mất mạch cảnh), ban hoại tử khắp mặt và toàn thân. BN được xử trí đặt nội khí quản, tiếp tục cấp cứu hồi sinh tim phổi tổng hợp nâng cao; đến 01 giờ 30 phút ngày 10/02/2025, BN tử vong. Bệnh viện tuyến Trung ương chẩn đoán: ngừng tuần hoàn ngoại viện do sốc nhiễm khuẩn NMC thể tối cấp (bảng 1).

Xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu: bạch cầu 13,08 G/L (N: 72,6%); hồng cầu 4,67 T/L huyết sắc tố 131 g/L; tiểu cầu 9 G/L; creatinin 265 µmol/L; Ure 11,1 mmol/L; Troponin Tns 59,8 ng/L; ProBNP 31487 pg/mL; CRP 58,6 mg/L; xét nghiệm đông máu: PT-RP > 320 giây, IRN > 30, APTT > 500 giây; khí máu: pH 7,05, PaCO₂ 116, PaO₂ 34; lactac 15 mmol/L; chụp cắt lớp vi tính lồng ngực không thuốc cản quang: hình ảnh theo dõi phù phổi lan tỏa 2 phổi; dịch màng phổi phải; dịch màng ngoài tim; các bóng khí trong buồng tim. Điện tim: vô tâm thu. Xét nghiệm vi sinh vật: PCR đa mồi trong máu cho kết quả dương tính *Neisseria meningitidis* (Ct 20). Định nhóm huyết thanh xác định là *Neisseria meningitidis* W135.

Kết quả giải phẫu bệnh: toàn thân có các đám xuất huyết dưới da dạng nốt, mảng, ấn không chuyển màu (hình 1A). Trong mẫu máu, mẫu phủ tạng và dịch dạ dày không có rượu, độc chất, ma túy. Máu ngoại vi: vi khuẩn hình cầu, kích thước 1-2 μm tập trung thành từng đám trong máu, trong bào tương đại thực bào và bạch cầu đa nhân (hình 1B, 1C). Dịch não tủy có một số đại thực bào trong bào tương chứa các vi khuẩn hình cầu, kích thước 1-2 μm (hình 1D). Phổi: phế nang giãn, trong lòng chứa

nhiều dịch tơ huyết bắt màu hồng, mạch máu sung huyết, hồng cầu ngưng kết một số vị trí trong lòng mạch (hình 2A). Tim: rải rác hồng cầu thẩm mạch tự do trong thượng tâm mạc, tế bào cơ tim thoái hóa (hình 2B). Não: tế bào thần kinh thoái hóa, khoảng sáng quanh nhân sáng, mạch máu sung huyết (hình 2C). Gan: tế bào gan thoái hóa (hình 2D). Trung cầu giám định pháp y kết luận nguyên nhân tử vong của BN là: suy hô hấp không hồi phục do sốc nhiễm khuẩn NMC nhóm W135.

Bảng 1. Diễn biến lâm sàng ca bệnh sốc nhiễm khuẩn do não mô cầu

Thời gian	Địa điểm	Triệu chứng	Chẩn đoán	Cận lâm sàng	Điều trị	Chuyển tuyến
17h30 08/02/2025 (giờ 1)	Tiểu đoàn	Đau bụng, buồn nôn, không nôn	-	-	Chưa	Quân y tiểu đoàn
7h30 09/02/2025 (giờ 14)	Tiểu đoàn	Đau bụng, sốt (38°C)	-	-	Paracetamol	Bệnh xá trung đoàn
18h30 09/02/2025 (giờ 25)	Bệnh xá trung đoàn	Sốt cao (40°C), đau bụng, nôn nhiều, hội chứng màng não (+/-)	-	-	Metronidazole (500mg x 1 chai); Adrenalin (1 mg/ml); Truyền NaCl 0,9%	Bệnh xá sư đoàn
21h30 09/02/2025 (giờ 28)	Bệnh xá sư đoàn	Sốt (40°C), mạch 103 lần/phút, HA 110/70 mmHg, ban xuất huyết toàn thân (giờ thứ 29)	Theo dõi sốc phản vệ	-	Adrenalin; Dimedrol; Methylprednisolon; Pracetamol; Truyền NaCl 0,9%	Bệnh viện quân y tuyến quân khu
23h50 09/02/2025 (giờ 30)	Bệnh viện quân y quân khu	Niêm mạc nhợt, ban xuất huyết hoại tử, sốt $38,3^{\circ}\text{C}$, mạch 130 lần/phút, HA 120/90 mmHg, ran rít đỉnh phổi	Theo dõi hội chứng Lyell	-	Thở oxy 5 l/phút; Solumedrol; Adrenalin pha dịch truyền TM	Bệnh viện tuyến trung ương
0h36 10/02/2025 (giờ 31)	Bệnh viện tuyến trung ương	Glasgow 3 điểm, đồng tử 4 mm, phản xạ đồng tử âm tính, ngừng tuần hoàn	Sốc nhiễm khuẩn do não mô cầu	Bạch cầu 13,08 G/L, creatinin 265 $\mu\text{mol/L}$, pH 7,05, PaCO_2 116; CT phù phổi, PCR (+) với NMC	Đặt nội khí quản, cấp cứu hồi sinh tim phổi tổng hợp nâng cao	Tử vong giờ thứ 32

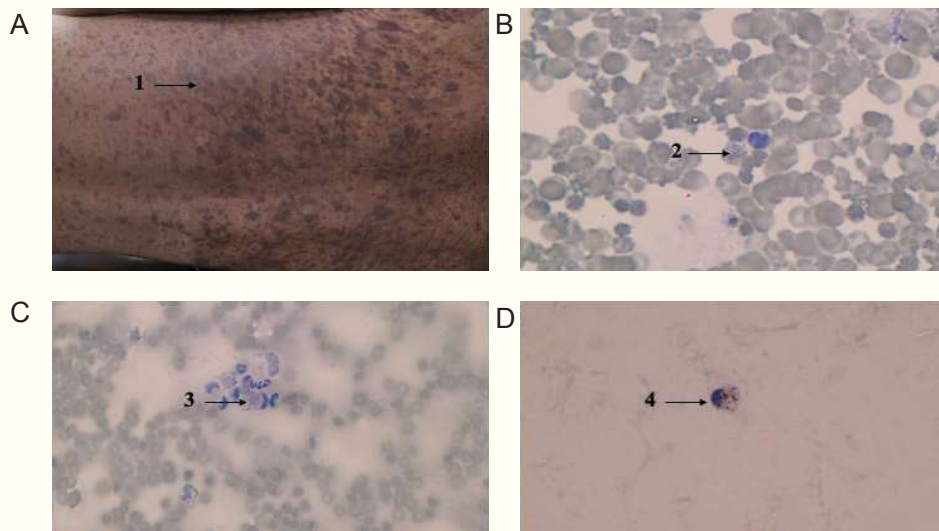
3. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn NMC ở nước ta chủ yếu hay gặp nhóm huyết thanh B với các triệu chứng điển hình của viêm màng não. Tuy nhiên, một tỉ lệ lớn các trường hợp nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 được báo cáo là các thể không điển hình (như các thể: viêm dạ dày; viêm phổi; viêm khớp; viêm cơ tim [4]). Những triệu chứng phổ biến nhất được báo cáo bao gồm: sốt (36-100%), buồn nôn hoặc nôn (38-47%), ho (7-57%), đau họng (13-34%), nhức đầu (7-50%), tiêu chảy (8-47%), thay đổi trạng thái ý thức (7-38%). Tỉ lệ tử vong dao động từ 8-40% và tỉ lệ để lại di chứng lâu dài từ 4-14% [5]. Đối với ca bệnh này, các triệu chứng điển hình là: đau bụng, sốt; sau đó xuất hiện ban xuất huyết và tiến triển nhanh, dẫn đến sốc nhiễm khuẩn và tử vong. Chẩn đoán căn nguyên dựa trên xét nghiệm vi sinh vật trong máu bằng phương pháp Realtime PCR cho kết quả dương tính với *N. meningitidis* nhóm huyết thanh W135.

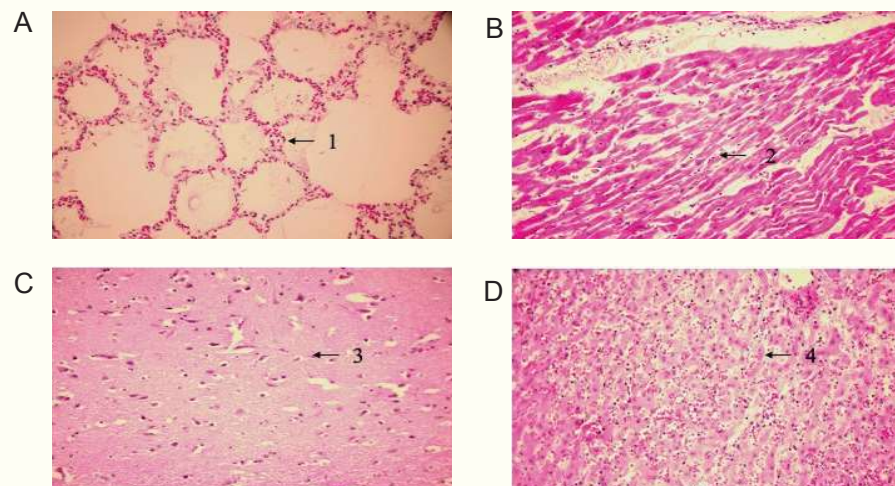
Đau bụng, buồn nôn là biểu hiện ban đầu rất hiếm gặp và có thể bị bỏ qua trong quá trình định hướng chẩn đoán nhiễm khuẩn NMC. Điều này có thể là lí do làm chậm việc chỉ định sử dụng kháng sinh trong điều trị BN. Một số nghiên cứu trên thế giới đã ghi nhận đau bụng như một biểu hiện ban đầu của nhiễm khuẩn NMC [12]. Hơn nữa, đau bụng và rối loạn tiêu hóa được ghi nhận thường xảy ra ở nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 hơn là các nhóm khác [6]. Nguyên nhân gây đau bụng vẫn chưa rõ ràng. Một số giả thuyết cho rằng, quá trình bệnh sinh của bệnh là do giảm tưới máu mạc treo, nhồi máu mạc nối do nhiễm trùng, hoặc quá trình xâm nhập của vi khuẩn vào các tạng theo đường máu, hoặc nhiễm trùng đi lên từ đường tiết niệu - sinh dục, hoặc lắng đọng phức hợp miễn dịch [12].

Ở BN này, xét nghiệm realtime PCR mẫu máu phát hiện *N. meningitidis* ở Ct 20, chứng tỏ mật độ vi khuẩn trong máu rất cao, có thể vi khuẩn đã xâm nhập và gây tổn thương các tạng đường tiêu hóa gây ra triệu chứng đau bụng. Ưu điểm của phương pháp PCR phát hiện tác nhân NMC là thời gian phát hiện nhanh (2-3 giờ), chính xác và đặc hiệu. Phương pháp nuôi cấy thường khó thực hiện ở tuyến quân y quân khu do điều kiện nuôi cấy với NMC phức tạp, thời gian lâu (2-3 ngày), kết quả bị ảnh hưởng nếu BN có sử dụng kháng sinh trước khi lấy mẫu.

Ban xuất huyết cũng là triệu chứng chỉ điểm cho nhiễm NMC thể nhiễm khuẩn huyết. Hình ảnh các ban xuất huyết dạng nốt, mảng, ấn không mất màu. Các ban xuất huyết này có thể bị chẩn đoán nhầm sang ban xuất huyết dạng sởi, sốc phản vệ hay hội chứng Lyell. Trên BN này, có xuất hiện ban xuất huyết hoại tử ở giờ thứ 29 của bệnh, cho nên thay vì nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết do NMC, tuyến dưới lại nghĩ đến sốc phản vệ.



Hình 1. A: Hình ảnh ban xuất huyết dưới da vùng lưng; B-C: Máu ngoại vi; D: Dịch não tủy (40X: 1. Ban xuất huyết; 2. Vi khuẩn nhân lên trong máu; 3. Thực bào chứa vi khuẩn trong máu; 4. Thực bào chứa vi khuẩn trong dịch não tủy).



Hình 2. Hình ảnh giải phẫu bệnh các tạng A: Phổi; B: Tim; C: Não; D: Gan (40X: 1. Phế nang; 2. Tế bào cơ tim; 3. Tế bào thần kinh; 4. Tế bào gan).

Đây là điểm cần lưu ý với những trường hợp có ban xuất huyết hoại tử thì cần nghĩ ngay đến nguyên nhân do NMC. Trong nhiễm khuẩn NMC, sự hình thành các ban hoại tử có thể lan rộng vào mô dưới da, cơ và xương, gây ra tình trạng chảy máu thứ phát do giảm tiểu cầu và đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC).

Hội chứng sốc nhiễm khuẩn do NMC có tỉ lệ tử vong cao (từ 21-44%). Bệnh cảnh lâm sàng thường là viêm họng, sốt và các triệu chứng đường tiêu hóa (là những triệu chứng không đặc hiệu); tiếp theo là xuất huyết dưới da lan rộng nhanh chóng và tím tái toàn thân, xuất huyết tuyến thượng thận gây suy tuyến thượng thận. Bệnh tiến triển rất nhanh dẫn đến sốc nội độc tố, sốc nhiễm khuẩn. Người bệnh nhanh chóng hôn mê, trụy tim mạch, suy thận và tử vong trong vòng từ 24-48 giờ. Sốc trong nhiễm khuẩn huyết do NMC là do giảm thể tích máu [9], rối loạn chức năng cơ tim [16], thay đổi trương lực vận mạch và suy tuyến thượng thận ở một số trường hợp. Sốc là một trong những yếu tố xác định bệnh nặng và có liên quan đến tỉ lệ tử vong cao hơn [8].

Cận lâm sàng trên BN cho thấy tình trạng sốc nhiễm khuẩn với các chỉ số bạch cầu tăng (Neutrophil tăng), chỉ số CRP tăng. Các chỉ số về đông máu tăng cho thấy có quá trình rối loạn đông máu trong lòng mạch. Một số chỉ số khí máu (PaCO₂ tăng) cho thấy tình trạng rối loạn hô hấp nghiêm trọng trên BN, làm cho tình trạng bệnh càng trở nên nặng nề. Giải phẫu bệnh cho thấy các hình ảnh vi khuẩn lan tràn trong máu ngoại vi (hình 1B), các đại thực bào trong máu (hình 1C) và trong dịch não tủy (hình 1D) là minh chứng cho sự nhân lên mạnh mẽ của NMC trong máu, gây nên tình trạng nhiễm khuẩn huyết. Hơn nữa, giải phẫu bệnh các cơ quan trong cơ thể cho thấy tình trạng phù phổi cấp (hình 2A), các hình ảnh tim sung huyết (hình 2B), phù não nhẹ (hình 2C), gan ứ huyết (hình 2D). Hình ảnh cho thấy BN tử vong do tình trạng phù phổi cấp, trong khi các triệu chứng tổn thương não không biểu hiện rõ. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận trường hợp sốc nhiễm khuẩn do NMC gây phù phổi cấp ở trẻ em [7]. Tuy nhiên, hồi cứu triệu chứng lâm sàng ghi nhận trong bệnh án và kết quả khám nghiệm tử thi cho thấy dường như có sự không tương xứng giữa kết quả cận lâm sàng và triệu chứng lâm sàng về tình trạng suy hô hấp dẫn đến tử vong trên BN.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy hình ảnh hai phổi căng, trong lòng phế nang và phế quản chứa nhiều dịch tơ huyết làm cản trở lưu thông đường

thở. Tại quân y tuyến trước, chưa có hình ảnh chụp phim X quang phổi; chỉ khám thấy ran rít ở đỉnh phổi, không có rút cơ hô hấp. Đây cũng là lưu ý cho các nhân viên y tế trong khám, chẩn đoán và tiên lượng BN nhiễm NMC tại quân y tuyến trước.

Tiên lượng nhiễm khuẩn NMC phụ thuộc vào khả năng chẩn đoán sớm và kịp thời, phương pháp điều trị và độc lực của nhóm huyết thanh gây bệnh. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhiễm khuẩn huyết do NMC là rất quan trọng để giảm tỉ lệ tử vong. Theo nghiên cứu của Martin Glimåker và cộng sự năm 2015, điều trị kháng sinh chậm hơn 1 giờ làm tăng nguy cơ tử vong lên 12,6% [6]. Kháng sinh được lựa chọn trong điều trị bệnh là Ceftriaxone. Theo báo cáo ca bệnh, BN được sử dụng kháng sinh Metrodinazol 500 mg x 1 chai truyền tĩnh mạch ở tuyến trung đoàn. Tuy nhiên, theo Hướng dẫn số 138/HD-QY ngày 14/01/2022 của Cục quân y, khi phát hiện các trường hợp nghi ngờ nhiễm NMC, cần sử dụng ngay kháng sinh đường tiêm Cefotaxim (2g tiêm tĩnh mạch mỗi 4 giờ) hoặc Ceftriaxone (2g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ) và chuyển BN ngay - chuyển vượt tuyến về bệnh viện cao nhất, gần nhất [2]. Điều này có thể được giải thích do khả năng chẩn đoán sớm NMC là hết sức khó khăn với tuyến quân y đơn vị. Hơn nữa, BN này khởi phát với những triệu chứng không điển hình của nhiễm khuẩn NMC (đau bụng, rối loạn tiêu hóa), dẫn đến chẩn đoán muộn và sử dụng thuốc kháng sinh chưa phù hợp. Ngoài ra, tình trạng bệnh nhiễm khuẩn NMC cũng phụ thuộc vào nhóm huyết thanh NMC gây bệnh.

Theo các nghiên cứu trên thế giới, nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 thường xảy ra nhiều ở châu Phi và thường gây ra các biến chứng nặng nề cho BN [15]. NMC nhóm W135 thuộc dòng ST-11 là loại siêu xâm lấn. Chúng có liên quan đến tỉ lệ mắc, tử vong và gây ra các đợt bùng phát mạnh trong cộng đồng [14]. Trường hợp BN tử vong này là một trong những ca bệnh có triệu chứng không điển hình, hiếm gặp của nhiễm khuẩn NMC. Do vậy, trước một ca bệnh có sốt, có dấu hiệu rối loạn tiêu hóa, không có hội chứng màng não, ca bệnh xuất hiện ở mùa Đông-Xuân (thời gian thường gặp của các ca bệnh NMC), rất cần được quan tâm theo dõi sát, không quên đề phòng và luôn luôn cảnh giác với triệu chứng của nhiễm khuẩn NMC nhóm huyết thanh W135.

5. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn NMC nhóm huyết thanh W135 là một thể bệnh hiếm gặp ở nước ta. Bệnh thường

biểu hiện ở thể không điển hình, với một số triệu chứng như đau bụng, rối loạn tiêu hóa, dễ gây nhầm lẫn cho chẩn đoán, song diễn biến rất nhanh và có thể gây sốc nhiễm khuẩn, suy chức năng đa tạng, thậm chí tử vong trong vòng 24-48 giờ nếu không được điều trị kịp thời. Trường hợp BN nhiễm khuẩn NMC nhóm W135 nêu trên có diễn biến rất nhanh và tử vong trong vòng 32 giờ. Qua ca bệnh này, quân y các tuyến cần hết sức lưu ý những yêu cầu trong Hướng dẫn phòng, chống dịch nhiễm khuẩn NMC (số 138/HD-QY của Cục Quân y ngày 14/01/2022), thực hiện quản lý chặt chẽ sức khỏe bộ đội, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các trường hợp nhiễm NMC, đặc biệt với nhóm W135. Các tuyến quân y đơn vị cần nâng cao cảnh giác với các ca sốt, đau bụng không rõ nguyên nhân ở đơn vị từng có dịch, đặc biệt mùa Đông - Xuân. Khi nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết, cần dùng kháng sinh sớm dù chưa có xét nghiệm khẳng định. Nâng cao khả năng nhận biết ban xuất huyết hoại tử đặc trưng của nhiễm khuẩn do não mô cầu cho các tuyến quân y đơn vị. Triển khai xét nghiệm PCR để phát hiện nhanh Não mô cầu tại các bệnh viện quân y tuyến quân khu, quân đoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quân y (2024), *Sổ tay phòng, chống nhiễm khuẩn NMC*, Tài liệu dành cho cán bộ, chiến sĩ và quân y đơn vị.
2. Cục Quân y (2022), *Hướng dẫn phòng, chống dịch nhiễm khuẩn NMC*, Hướng dẫn số 138/HD-QY ngày 14/01/2022.
3. Lê Văn Đông (2024), "Phát hiện, xử trí và phòng, chống bệnh nhiễm khuẩn não mô cầu", *Tạp chí Y học Quân sự*, 373: 3-6.
4. Birrell M.T, et al (2021), "Clinical manifestations of invasive meningococcal disease in Victoria with the emergence of serogroup W and serogroup Y *Neisseria meningitidis*", *Intern Med J*, 51 (3): 390-397.
5. Bertrand-Gerentes I, et al (2023), "Range of Clinical Manifestations Caused by Invasive Meningococcal Disease Due to Serogroup W: A Systematic Review", *Infect Dis Ther*, 12 (10): 2337-2351.
6. Glimåker M, et al (2015), "Adult Bacterial Meningitis: Earlier Treatment and Improved Outcome Following Guideline Revision Promoting Prompt Lumbar Puncture", *Clinical Infectious Diseases*, 60 (8):1162-1169.
7. Kahn A, Brachet E, Blum D (1981), "Mechanisms of acute pulmonary edema during meningococcal shock in children (author's transl)", *Sem Hop*, 57 (45-46): 1925-1929.
8. McGill F, et al (2016), "The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis and meningococcal sepsis in immunocompetent adults", *J Infect*, 72 (4): 405-438.
9. Pathan N, Faust S.N, Levin M (2003), "Pathophysiology of meningococcal meningitis and septicaemia", *Arch Dis Child*, 88 (7): 601-607.
10. Rouphael N.G and Stephens D.S (2012), "*Neisseria meningitidis*: biology, microbiology, and epidemiology", *Methods Mol Biol*, 799:1-20.
11. Sáfadi M.A, Berezin E.N, Arlant L.H (2014), "Meningococcal Disease: Epidemiology and Early Effects of Immunization Programs", *J Pediatric Infect Dis Soc*, 3 (2): 91-93.
12. Sanz Álvarez D, Blázquez Gamero D, Ruiz Contreras J (2011), "Abdominal acute pain as initial symptom of invasive meningococcus serogroup A illness", *Arch Argent Pediatr*, 09 (2): 39-41.
13. The Nguyen P.N, et al (2023), "Review of the epidemiology, diagnosis and management of invasive meningococcal disease in Vietnam", *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 19 (1): p. 2172922.
14. Trotter C.L, et al (2002), "Fatal outcome from meningococcal disease-an association with meningococcal phenotype but not with reduced susceptibility to benzylpenicillin", *J Med Microbiol*, 51 (10): 855-860.
15. Von Gottberg A, et al (2008), "Emergence of Endemic Serogroup W135 Meningococcal Disease Associated with a High Mortality Rate in South Africa", *Clinical Infectious Diseases*, 46 (3): 377-386.
16. Wu M.Y, et al (2020), "*Neisseria meningitidis* Induced Fatal Waterhouse-Friderichsen Syndrome in a Patient Presenting With Disseminated Intravascular Coagulation and Multiple Organ Failure", *Brain Sci*, 10 (3). □