

BỆNH NÃO NHẸ VỚI TỔN THƯƠNG THỂ CHAI CÓ HỒI PHỤC LIÊN QUAN ĐẾN VIRUS ĐƯỜNG TIÊU HÓA: BÁO CÁO 3 BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Thùy Linh*, Phạm Nhật An
Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

TÓM TẮT

Bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) là một bệnh thần kinh hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng viêm não thể nhẹ và hình ảnh MRI sọ não với tổn thương đặc trưng ở thể chai - thường hồi phục hoàn toàn, không để lại di chứng[1]. Bệnh do nhiều căn nguyên gây nên trong đó thường gặp nhất là các virus đường tiêu hóa, như Rotavirus, Norovirus, Adenovirus... Một số virus, vi khuẩn khác như virus cúm, virus quai bị, virus sốt xuất huyết... hay vi khuẩn như Mycoplasma, phế cầu, liên cầu khuẩn, Escherichia coli và Klebsiella đã được báo cáo là các tác nhân gây bệnh của MERS [2] [3]. Căn nguyên do thuốc chống động kinh và liên quan đến bệnh Kawasaki cũng đã được mô tả [4]. Chúng tôi báo cáo 3 ca bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục liên quan đến virus đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong thời gian 2 năm (2024-2025) nhằm chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán và điều trị căn bệnh hiếm gặp này.

Từ khóa: virus đường tiêu hóa, bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục, trẻ em.

MILD ENCEPHALOPATHY WITH A REVERSIBLE SPLENIAL LESION ASSOCIATED WITH GASTROINTESTINAL VIRAL INFECTION: A REPORT OF 3 CASES AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL

Nguyen Thi Tam, Nguyen Thi Huyen, Nguyen Thi Thuy Linh*, Pham Nhat An
Vinmec Times City International Hospital

Mild encephalopathy (MERS) is a rare neurological disease characterised by clinical symptoms of mild encephalitis accompanied with specific corpus callosum in cranial MRI - usually completely reversible [1]. The disease caused by many etiologies, but the most common by gastrointestinal viruses such as Rotavirus, Norovirus, Adenovirus.... Some other viruses as influenza virus, mumps virus, dengue virus...and bacteria as Mycoplasma, pneumococcus, streptococcus, Escherichia coli and Klebsiella have been reported as causative agents of MERS [2] [3]. Etiology due to anticonvulsant drugs and the relation with Kawasaki disease have also been described [4]. We report three cases of mild encephalopathy with reversible corpus callosum lesions associated with gastrointestinal viruses treated at Vinmec Timescity Hospital during two-year period (2024-2025) ... in order to share our experiences in diagnosing and treating this rare disease.

Keywords: gastrointestinal viral, Mild Encephalopathy with a Reversible Splenial lesion - MERS, children

Nhận bài: 02-3-2026; Phản biện: 10-3-2026; Chấp nhận: 22-4-2026

Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thùy Linh

Email: drnguyenlinh@gmail.com

Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) là một thể viêm não đặc biệt, một hội chứng lâm sàng với các biểu hiện của nhiễm trùng đường tiêu hóa (sốt, nôn, ỉa lỏng...) và các triệu chứng thần kinh (co giật, rối loạn tri giác, yếu liệt chi...) với hình ảnh tổn thương đặc trưng ở thể chai trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não. Có nhiều căn nguyên được tìm thấy liên quan đến MERS như Rotavirus, Adenovirus, Norovirus, cúm, Mycoplasma... nhưng phần nhiều các ca được báo cáo có liên quan đến Rotavirus. Năm 2004, tại Nhật Bản ca đầu tiên được báo cáo MERS liên quan tới Rotavirus. Tại Việt Nam, ca MERS liên quan đến Rotavirus đầu tiên được xác định và báo cáo tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025. Bệnh thường có tiên lượng tốt, bệnh nhân sẽ hồi phục hoàn toàn cả về lâm sàng và hình ảnh MRI sọ não trong khoảng 10 ngày - 1 tháng kể từ khi khởi phát các triệu chứng thần kinh [1], [5]

Chúng tôi đã xác định được 3 ca bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) có liên quan đến virus đường tiêu hóa tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Vinmec Times City trong thời gian 2 năm (2024-2025)

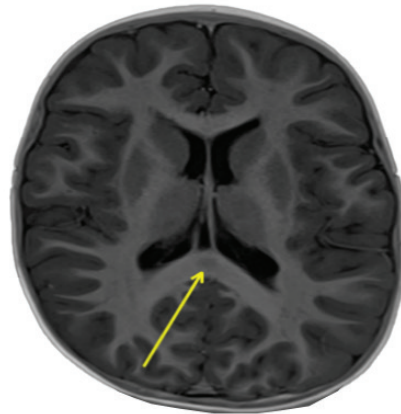
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca bệnh số 1

Bệnh nhân nam 27 tháng tiền sử khỏe mạnh vào viện tháng 6/2024 vì nôn, ỉa lỏng. Trong 3 ngày đầu trước khi vào viện trẻ bắt đầu với triệu chứng nôn ra thức ăn và dịch tiêu hóa, kèm theo tiêu chảy 4 lần/ngày, phân không nhày máu, có sốt, mệt mỏi, ăn kém ... Chẩn đoán lúc nhập viện: viêm tai giữa, tiêu chảy cấp có mất nước. Ngay sau khi vào viện trẻ xuất hiện 2 cơn giật cơn toàn thể ngắn khoảng 1 phút, tím môi, sau cơn giật trẻ tỉnh chậm; không có dấu hiệu màng não, không có dấu hiệu thần kinh khu trú, đồng tử 2 bên đều.

Xét nghiệm máu: Bạch cầu 12.2 G/L, NEU 9.39 G/L, LYM 2.74 G/L, TC 340 G/L, CRP 5.6 mmol/L, điện giải đồ Natri, Kali, Magie, Canxi trong giới hạn bình thường, Xét nghiệm phân có dương tính Adenovirus (Test nhanh miễn dịch sắc ký

phát hiện kháng nguyên Rota/Adenovirus trong mẫu phân). Chọc dịch não tủy 1 ngày sau đó cho kết quả dịch trong áp lực trung bình, nước não tủy có tế bào 5 bạch cầu/ mm³, protein, glucose bình thường, pandy, PCR virus, vi khuẩn hay gặp âm tính. Điện não đồ có hình ảnh sóng chậm Delta, Theta rải rác 2 bán cầu. Kết quả MRI sọ não có tổn thương ở vị trí thể chai (Hình 1).



Hình 1. Kết quả MRI sọ não có tổn thương ở vị trí thể chai

Trẻ đã được xác định chẩn đoán mắc bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) có liên quan đến virus đường tiêu hóa; đã được điều trị bằng Dexamethasone, Depakine, bồi phụ nước, điện giải. Sau 5 ngày trẻ hồi phục hoàn toàn và được xuất viện. Khám lại sau 2 tuần ra viện không ghi nhận có bất thường trên lâm sàng.

Ca bệnh thứ 2

Bệnh nhân nữ 36 tháng tuổi tiền sử sốt cao co giật vào viện tháng 12/2024 với lí do sốt, nôn, co giật và tiêu chảy phân lỏng. Bệnh ở nhà 2 ngày, trẻ ho có đờm, nôn ra thức ăn và dịch tiêu hóa kèm tiêu chảy nhiều lần, phân không nhày máu, mệt mỏi, sốt nhẹ, không đau bụng, xuất hiện 1 cơn co giật toàn thể khoảng 1 phút, trong cơn mất ý thức, mắt nhìn ngược, gồng cứng tay chân, sau cơn trẻ tỉnh chậm và được gia đình đưa vào viện. Sau khi đánh giá ban đầu trẻ được chẩn đoán viêm dạ dày ruột, viêm mũi họng theo dõi co giật do sốt và được theo dõi nội trú. Sau nhập viện vài giờ, trẻ xuất hiện thêm 3 cơn co giật toàn thể ngắn khoảng 1 phút liên tục, mắt nhìn ngược, mất ý thức trong cơn, tự cắt cơn, sau cơn

giật trẻ tỉnh chậm, cơ lực 2 chân 4/5 và không thấy các bất thường đặc biệt khác.

Kết quả xét nghiệm máu: Bạch cầu 8.2 G/L, NEU: 5.39 G/L, LYM 1.74 G/L, TC: 223 G/L, HGB 127 g/dL, CRP: 10.7 mg/L, điện giải đồ bình thường. Xét nghiệm phân Rotavirus dương tính (Test nhanh miễn dịch sắc ký Rota/Adenovirus Ag trong mẫu phân). Xét nghiệm dịch não tủy: Dịch trong, áp lực trung bình, có tế bào 15 bạch cầu/mm³, protein, glucose bình thường, pandy âm tính, PCR đa môi các virus, vi khuẩn thường gặp trong dịch não tủy đều âm tính. Điện não đồ có các sóng chậm Delta trên các chuyển đạo. Kết quả MRI sọ não có tổn thương ở vị trí thể chai (Hình 2).



Hình 2. Kết quả MRI sọ não có tổn thương ở vị trí thể chai

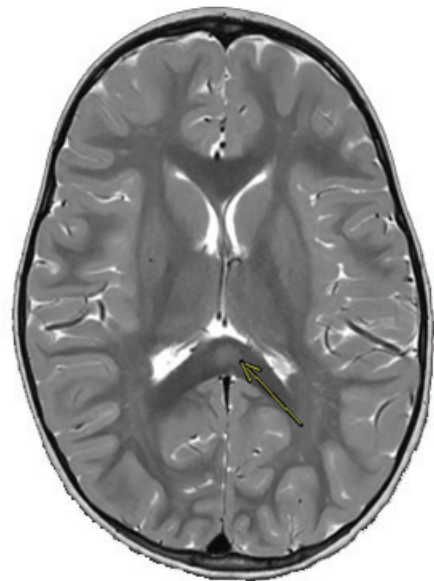
Trẻ được điều trị Dexamethasone, Depakine, bồi phụ nước, điện giải. Sau 10 ngày trẻ được xuất viện nhưng hai chi dưới còn yếu, đi lại chưa vững. Sau 2 tuần ra viện trẻ được khám lại không ghi nhận có bất thường trên lâm sàng, không còn yếu liệt chi.

Ca bệnh số 3

Bệnh nhân nữ 29 tháng vào viện tháng 1/2025 vì nôn, đi lỏng và co giật. Trẻ nôn nhiều lần ra thức ăn và dịch tiêu hóa, đi phân lỏng nước 8-10 lần, phân không nhày máu. Trẻ được chẩn đoán tiêu chảy cấp không mất nước điều trị ngoại trú 2 ngày trẻ hết nôn, còn đi ngoài, ngày thứ 3 xuất hiện cơn co giật toàn thể 2 phút, trong cơn mắt nhìn ngược, mất ý thức, co quắp tay chân,

không sốt, sau cơn tỉnh chậm, mệt mỏi được gia đình đưa vào viện. Chẩn đoán ban đầu tại phòng khám tiêu chảy cấp - co giật theo dõi động kinh. Ngày đầu nằm viện, trẻ sốt nhẹ, xuất hiện thêm 1 cơn giật cơn toàn thể ngắn, gồng cứng tay chân, tím môi, sau cơn giật trẻ tỉnh chậm không có dấu hiệu thần kinh khu trú, đồng tử 2 bên đều, còn đi ngoài phân lỏng.

Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm: Bạch cầu máu ngoại vi 7.18 G/L, CRP 38. Mmol/L, Natri/Kali/Canxi/Magie lần lượt là 130/3.5/2/28/0.78 mmol/L. Xét nghiệm phân Rotavirus dương tính (Test nhanh miễn dịch sắc ký phát hiện kháng nguyên Rota/Adenovirus trong mẫu phân). Dịch não tủy trong, áp lực bình thường, có tế bào 5 bạch cầu/mm³, protein, glucose bình thường, pandy, PCR virus, vi khuẩn thường gặp âm tính. Kết quả MRI sọ não có hình ảnh tổn thương thể chai (Hình 3).



Hình 3. Kết quả MRI sọ não có tổn thương ở vị trí thể chai

Trẻ được điều trị thuốc Dexamethasone, Depakine và bồi phụ nước điện giải. Trẻ tiến triển tốt và ra viện sau 5 ngày, khỏe mạnh hoàn toàn. Sau 3 tuần ra viện trẻ được khám lại không ghi nhận có bất thường trên lâm sàng.

III. BÀN LUẬN

Bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) lần đầu được mô tả bởi Tada và cộng

sự năm 2004 ở Nhật Bản [1]. Đây là một bệnh lí tổn thương não hiếm gặp với các đặc trưng của tổn thương não nhẹ có thể hồi phục, có thể gặp do nhiều căn nguyên nhiễm trùng và không do nhiễm trùng

Cơ chế sinh bệnh của MERS chưa được biết rõ. Một số tác nhân vi khuẩn, virus (rotavirus, adenovirus, virus cúm A và B, virus sốt xuất huyết, virus quai bị, *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*) và hạ natri máu là những căn nguyên thường được báo cáo nhất gây MERS. [6].

Theo các nghiên cứu báo cáo về MERS thì độ tuổi trung bình hay gặp là 2 tuổi (1-6 tuổi); không có sự khác biệt về giới tính. Trong tất cả các trường hợp, MERS đều xuất hiện sau các triệu chứng viêm dạ dày ruột, như nôn mửa, tiêu chảy và sốt. Hạ natri máu ($Na < 136 \text{ mmol/L}$) gặp trong 46%; co giật 69% và rối loạn ý thức 62%. Điện não đồ có thể bình thường hoặc có các sóng chậm lan tỏa tại thời điểm chẩn đoán ở 38% trường hợp. Tất cả các bất thường đều mất đi khi kiểm tra điện não đồ trong vòng 2 tuần. [6]. Tổn thương trên phim cộng hưởng từ đặc trưng là tổn thương ở thể chai. Các tổn thương này cũng sẽ nhanh chóng biến mất cùng với các biểu hiện thần kinh trên lâm sàng [7]. Có 2 loại tổn thương não thể chai thường gặp:

- Tổn thương loại I (MERS I): Tín hiệu cường độ cao ở thể chai

- Tổn thương loại II (MERS II): Tổn thương lan tỏa thể chai và tổn thương chất trắng/trung tâm bán nguyệt đối xứng hai bên có tín hiệu cường độ cao.

Để chẩn đoán MERS cần dựa vào cả triệu chứng lâm sàng và đặc trưng hình ảnh trên cộng hưởng từ. Chẩn đoán MERS dựa theo 5 tiêu chuẩn sau (Theo Hoshino A, Saitoh M, Oka A, *et al.*) [9].

1. Khởi phát với các triệu chứng tâm thần kinh, chẳng hạn như lời nói và/hoặc hành vi bất thường, và suy giảm ý thức và co giật, trong vòng một tuần sau khi bắt đầu sốt

2. Hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng, chủ yếu trong vòng mười ngày sau khi bắt đầu các triệu chứng tâm thần kinh

3. Tổn thương cường độ tín hiệu cao ở thể chai, trong giai đoạn cấp tính. Thay đổi tín hiệu T1 và T2 nhẹ. (MERS loại I)

4. Tổn thương có thể liên quan đến toàn bộ thể chai và chất trắng não một cách đối xứng (MERS loại II)

5. Tổn thương biến mất trong vòng một tuần mà không để lại di chứng não hoặc thay đổi teo não.

Như vậy chẩn đoán xác định MERS sẽ dựa vào các tiêu chuẩn:

- Lâm sàng: Khởi phát các biểu hiện tâm thần kinh trong vòng một tuần sau khi sốt và khởi hoàn toàn trong vòng 10 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng thần kinh.

- Chẩn đoán hình ảnh: Tín hiệu cường độ cao ở thể chai (MERS loại I) hoặc tổn thương có thể liên quan đến toàn bộ thể chai và chất trắng não một cách đối xứng (MERS loại II), biến mất trong vòng một tuần mà không để lại di chứng não hoặc thay đổi teo não.

Có khả năng MERS bị bỏ sót chẩn đoán, vì không được làm hoặc không xác định được tổn thương thể chai qua MRI. Phần lớn bệnh nhân hồi phục hoàn toàn bất kể phương pháp điều trị. Tuy nhiên, cần lưu ý là nhiễm rotavirus cũng liên quan đến các biến chứng thần kinh nghiêm trọng hơn, chẳng hạn như viêm tiểu não cấp tính, cũng có thể biểu hiện với tổn thương thể chai đơn độc.

Cả ba ca bệnh ghi nhận tại bệnh viện chúng tôi đều ở độ tuổi còn nhỏ dưới 5 tuổi với triệu chứng cấp tính của đường tiêu hóa nôn, sốt ỉa lỏng và triệu chứng thần kinh là co giật nhiều lần, rối loạn ý thức. 2/3 trẻ có kèm thêm biểu hiện liệt nhẹ 2 chi dưới trong thời gian ngắn. Cũng tương tự như các ca bệnh đã được báo cáo trên thế giới, các ca bệnh của chúng tôi đều hồi phục hoàn toàn và không để lại di chứng về mặt thần kinh. Mặc dù chưa được làm lại điện não đồ và chụp cộng hưởng từ sọ não nhưng qua theo dõi lâm sàng và tái khám sau ra viện không có các triệu chứng liên quan đến tổn thương não.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) liên quan đến virus đường tiêu hóa là một thể viêm não hiếm, căn nguyên hay gặp là do Rotavirus và một số virus đường tiêu hóa khác như Norovirus, Adenovirus. Bệnh thường xảy ra ở trẻ nhỏ với triệu chứng viêm dạ dày ruột cấp (tiêu chảy phân lỏng, nôn) sau đó xuất hiện triệu chứng thần kinh như rối loạn tri giác, co giật. Bệnh diễn biến cấp tính, chẩn đoán cần dựa vào lâm sàng và hình ảnh đặc trưng bởi tổn thương thể chai trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI).

Hiện chưa có điều trị đặc hiệu cho MERS chủ yếu điều trị hỗ trợ, bù nước điện giải và kiểm soát co giật. Các tổn thương trên lâm sàng, phim chụp sọ não, hay điện não đồ đều biến mất sau vài tuần đến 1 tháng [7].

Tuy bệnh được coi là hiếm gặp nhưng trong 2 năm (2024-2025) chúng tôi đã xác định được 3 ca bệnh MERS với biểu hiện viêm dạ dày ruột có kèm co giật, rối loạn tri giác... Chúng tôi xin khuyến cáo rằng những bệnh nhân có triệu chứng viêm dạ dày ruột có kèm theo dấu hiệu hội chứng não- màng não như co giật, nôn, yếu liệt chi, giảm hoặc mất ý thức... cần chú ý để không bỏ sót căn bệnh này.

V. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhân và gia đình đã đồng ý để chúng tôi viết báo cáo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tada H, Takanashi J, Barkovich AJ et al.** Clinically mild encephalitis/encephalopathy with a reversible splenial lesion. *Neurology* 2004;63(10):1854-1858. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000144274.12174.cb>
2. **Takanashi J.** Two newly proposed infectious encephalitis/encephalopathy syndromes. *Brain Dev* 2009;31(7):521-528. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2009.02.012>
3. **Ganapathy S, Ey EH, Wolfson BJ, Khan N.** Transient isolated lesion of the splenium associated with clinically mild influenza encephalitis. *Pediatr.Radiol*2008;38(11):1243-1245. <https://doi.org/10.1007/s00247-008-0949-z>
4. **Takanashi J, Zhirai K, Sugawara Y et al.** Kawasaki disease complicated by mild encephalopathy with a reversible splenial lesion (MERS). *J Neurol Sci* 2012;315(1-2):167-169. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.11.022>
5. **Đỗ Thị Đài Trang, Đỗ Thiện Hải, Nguyễn Thị Huyền.** MERS Bệnh não nhẹ với tổn thương thể chai có hồi phục (MERS) liên quan đến Rotavirus: Báo cáo ca bệnh. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2025;193(8):591-598. <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v193i8.3306>
6. **Avcu G, Kilinc MA, Eraslan C et al.** Mild encephalitis/encephalopathy with reversible splenial lesion (MERS) associated with *Streptococcus pneumoniae* Bacteraemia. *J Infect Public Health* 2017;10(4):479-482. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.08.019>
7. **Ka A, Britton P, Troedson C et al.** Mild encephalopathy with reversible splenial lesion: an important differential of encephalitis. *Eur J Paediatr Neurol* 2015;19(3):377-382. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2015.01.011>
8. **Zhuang L.** Mild Encephalitis/Encephalopathy With a Reversible Splenial Lesion (MERS) Type II in an Adult: A Case Report and Diagnostic Insight. *Cureus* 2025;17(10):e95265. <https://doi.org/10.7759/cureus.95265>
9. **Hoshino A, Saitoh M, Oka A et al.** Epidemiology of acute encephalopathy in Japan, with emphasis on the association of viruses and syndromes. *Brain Dev* 2012;34(5):337-343. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2011.07.012>