

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG HỒNG BAN NÚT TẠI KHOA DỊ ỨNG- MIỄN DỊCH LÂM SÀNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 1998- 2007

NGUYỄN VĂN ĐOÀN, NGUYỄN VĂN ĐÌNH
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Giới thiệu: hồng ban nút là tình trạng viêm của tế bào mỡ ở hạ bì, là nguyên nhân gây ra sẩn cục mầu đỏ, ấn đau thường xuất hiện mặt trước hai xương chày. Hồng ban nút là hậu quả của đáp ứng miễn dịch do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra. **Mục tiêu:** 1. Xác định một số nguyên nhân của hồng ban nút ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Dị ứng-MDLS Bệnh viện Bạch Mai từ 1998 đến 2007. 2. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng hồng ban nút, thuốc điều trị và kết quả. **Đối tượng:** Bao gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán hồng ban nút điều trị nội trú tại khoa Dị ứng – MDLS Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1998 – 4/2007. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu. **Kết quả:** Nguyên nhân hồng ban nút: nhiễm trùng đường hô hấp, lao, dị ứng thuốc, bệnh tự miễn... Tuy nhiên, 45,1 % các trường hợp là không rõ nguyên nhân. 2. biểu hiện lâm sàng: nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 20-39. Nữ nhiều hơn nam là 3,41 lần. Hồng ban nút thường xuất hiện vào 6 tháng đầu năm, cao nhất vào tháng 3. Hồng ban nút có thể xuất hiện ở mọi vị trí trên cơ thể, đặc biệt ở mặt trước 2 xương chày (100%) và ấn đau (83%). Mầu sắc EN thay đổi từ đỏ, sang vàng. Ngoài ra, EN có thể bao gồm triệu chứng sốt (80%), đau khớp (54,8%)... 3. Xét nghiệm: Tình trạng thiếu máu (47,2%), tốc độ máu lắng tăng cả sau 1h(48,76±36,59) và 2h (65,28±40,73). 4. Kết quả điều trị: 100% bệnh nhân bình phục hoàn toàn khi điều trị với 4 nhóm thuốc corticoid, kháng sinh, kháng viêm, kháng histamin H1. Thời gian nằm viện trung bình 12,8± 7,4 ngày. **Kết luận:** Có nhiều nguyên nhân gây ra En bao gồm nhiễm trùng, lao, dị ứng thuốc, bệnh tự miễn. Tuy nhiên 45,1% không rõ nguyên nhân. Nữ mắc nhiều hơn nam. Hồng ban nút thường xuất hiện ở mặt trước hai xương chày, ấn đau. Xét nghiệm có tình trạng thiếu máu và tăng tốc độ máu lắng.

Từ khóa: Hồng ban nút, panniculitis.

SUMMARY

Introduction: Erythema nodosum (EN) (red nodules) is an inflammation of the fat cells under the skin (panniculitis). It causes tender nodules that are usually seen on both shins. EN is an immunologic response to a variety of different causes. **Objectives:** 1. To determine causes of erythema nodosum in patients were treated at Allergy and clinical immunology Department, Bach mai hospital from 1998 to 2007. 2. To describe clinical and subclinical manifestations erythema nodosum, treatment medications and results. **Subjects:** 31 patients with erythema nodosum were treated at at Allergy and clinical immunology Department, Bach mai hospital

from 1/1998 to 4/2007. **Methods:** Cross-sectional retrospective study. **Results:** 1. Erythema nodosum causes: Upper and lower respiratory infections, tuberculosis, drug allergy autoimmune diseases...However, 45.1 % the causes of is unknown.2. Clinical manifestations: The peak incidence of EN occurs between 20–39 years of age. Women are 3.41 times more commonly affected than men. EN often occurs in early six months of year. The peak incidence of EN in March. The nodules may occur anywhere, especially in anterior shins (100%) and tenderness (83%). EN colour changes from red to yellow. Additional, EN can includes fever (80%), joint pain (54.8%).etc. 3. Test findings: Anemia is remarkable condition (74.2%), Erythrocyte sedimentation rate rises after first hour (48.76±36.59mm) and second hour (65.28±40.73 mm) 4. Treatment results: 100% patients were recover complete with using 4 medication groups including corticoid, antibiotic, anti-inflammation and antihistamin H1. Hospitalized times mean is 12.8±7.4 days. **Conclusion:** There are many causes of EN including infections, tuberculosis, drugs allergy and autoimmune diseases. However, 45.1% the causes is unknown. Women are more commonly than men. EN often occur in anterior both shins and tenderness. Test findings shows that have anemia and ESR elevation.

Key words: Erythemanodosum, panniculitis

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồng ban nút (erythema nodosum) là một hội chứng viêm cấp tính trên da, tiến triển trong vòng từ 3 đến 6 tuần. Biểu hiện của hồng ban nút (EN) là sự xuất hiện sẩn cục mầu đỏ trên da và thường giới hạn ở mặt dưới của các chi, hay gặp ở mặt trước xương chày. Nhiều ý kiến thống nhất cho rằng EN là một loại phản ứng dị ứng điển hình trên da. Nguyên nhân: viêm nhiễm đường hô hấp do vi khuẩn, virus mà chủ yếu là do liên cầu, do lao, phong, do bệnh tự miễn, nguyên nhân do bệnh ác tính (u lympho) và phần lớn là vô căn...

Mô bệnh học hồng ban nút là tình trạng viêm mô mỡ dưới da (panniculitis). Tổn thương mô bệnh học là sự xâm nhập của các tế bào đơn nhân vào vách tiểu thụy mỡ là các bè xơ (fibrous trabeculae) của mô mỡ ở hạ bì (subcutaneuos).

EN đã được biết đến do rất nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về EN nhằm làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh, đặc điểm lâm sàng và đáp ứng điều trị. Đáng chú ý là nghiên cứu của Lê Kinh Duệ, Nghiên cứu phản ứng hồng ban nút ở bệnh nhân phong được điều

trị đa hoá trị của Trần Hậu Khang...Tuy nhiên số nghiên cứu về EN còn ít và chủ yếu tập trung EN ở bệnh nhân phong. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: Nghiên cứu hội chứng hồng ban nút tại Khoa Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai từ năm 1998- 2007 nhằm hai mục tiêu sau:

Xác định một số nguyên nhân của hồng ban nút ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Dị ứng- MDLS Bệnh viện Bạch Mai.

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng hồng ban nút, thuốc điều trị và kết quả.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 31 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Dị ứng –Miễn dịch lâm sàng Bệnh Viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 1998 đến tháng 4 năm 2007.

2. Phương pháp nghiên cứu.

2.1. Phương pháp: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.2 Chọn mẫu: Cỡ mẫu được lựa chọn theo mẫu lâm sàng thuận tiện

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán là hồng ban nút, điều trị nội trú tại Khoa Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng Bệnh Viện Bạch Mai.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh án không đầy đủ, chẩn đoán không rõ ràng.

2.5. Bệnh án nghiên cứu: Được thực hiện theo mẫu bệnh án chuyên ngành Dị ứng- MDLS. Những thông tin chính cần thu thập:*Hành chính, lâm sàng, các xét nghiệm, nguyên nhân gây bệnh, các thuốc sử dụng trong điều trị, kết quả điều trị*

3. Phương pháp xử lý số liệu.

Số liệu thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình Epi-Info version 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nguyên nhân của EN

Bảng 1. Nguyên nhân được tìm thấy gây ra hội chứng hồng ban nút (N=31):

Nguyên nhân	n	%
Nhiễm trùng hô hấp	Viêm phổi	1 3,2
	Viêm phế quản	3 9,7
	Viêm đường hô hấp trên	2 6,5
Lao	Lao hạch	1 3,2
	Lao phổi	2 6,5
Tự miễn	Viêm gan tự miễn	1 12,9
	Viêm mạch	1 3,2
	Basedow	1 3,2
Bướu cổ đơn thuần	1 3,2	
Dị ứng thuốc	Ampicilin	1 3,2
	Erythromycin	1 3,2
	Rovamycin	1 3,2
	Thuốc Nam	1 3,2
Chưa rõ NN	14 45,1	

Nhận xét:

Có 45.1% bệnh nhân không tìm thấy nguyên nhân. Những nguyên nhân của EN bao gồm nguyên nhân do nhiễm trùng, bệnh tự miễn, dị ứng thuốc, lao...

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân EN.

2.1. Đặc điểm người bệnh.

2.1.1. Sự phân bố theo giới: Tỷ lệ nam/nữ = 1/3,4 (7 nam và 24 nữ)

2.1.2. Sự phân bố theo tuổi: Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thấp nhất là 17 tuổi cao nhất là 71 tuổi, tuổi hay gặp nhất là 20-40 là 13 người(41,9%)

Bảng 2: Sự phân bố bệnh nhân theo các tháng trong năm

Tháng	n	%
1	2	6,4
2	3	9,6
3	6	19,3
4	2	6,4
5	5	16,1
6	3	9,6
7	1	3,2
8	2	6,4
9	1	3,2
10	4	12,9
11	3	9,6
12	0	0

*Nhận xét:

Tháng 3 là thời điểm bệnh nhân vào viện nhiều nhất: 19,3%. Bệnh nhân vào viện tập trung trong 6 tháng đầu năm: 67,7%

2.2. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 3. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng EN:

Triệu chứng	n	%
Hồng ban nút	31	100
Sốt	25	80,6
Đau khớp	17	54,8
Phù	10	32,3
Đau cơ	5	16,1
Cứng khớp buổi sáng	1	3,2
Nổi hạch(cổ, nách, bẹn)	4	12,9
Ngứa	5	16,1
Tắc mạch	2	6,4

*Nhận xét: 100% số bệnh nhân có ban đỏ. Các triệu chứng sốt và đau khớp cũng thường gặp (80,6%; 54,6%).

2.3. Đặc điểm của hồng ban nút:

Bảng 4: Vị trí xuất hiện hồng ban nút

Vị trí	Cẳng tay	Cẳng chân	Đùi	Đầu mặt-thân	Toàn thân
n	9	31	11	9	6
Tỷ lệ%	29,0	100	35,5	29,0	19,4

*Nhận xét:

Cẳng chân là vị trí gặp ở tất cả số bệnh nhân nghiên cứu (100%). Đùi là vị trí thường gặp thứ 2 (35,5%).Ban nút ở toàn thân ít gặp hơn (19,4%).

2.4. Kích thước hồng ban nút.

Kích thước hồng ban nút thường khoảng từ 1-5cm: 90,3%. Có 9,7% số bệnh nhân có hồng ban nút kích thước >5cm ở dạng mảng, đám.

Bảng 5: Các triệu chứng của hồng ban nút

Triệu chứng	n	Tỷ lệ%
Ấn đau	26	83,8
Sung, nóng	5	16,1
Loét hoại tử	1	3,2
Phồng nước trên ban	1	3,2
Xuất huyết	2	6,4
Teo da	4	12,9

*Nhận xét: ấn đau là triệu chứng hay gặp nhất của ban nút: 83,3%. Teo da sau khi hồng ban nút thoái triển hay gặp thứ 2: 21,9%. Loét và phồng nước trên ban ít gặp: 3,2%

2.5. Đặc điểm xét nghiệm của hội chứng EN:

Bảng 6: Công thức máu ngoại vi của 31 bệnh nhân nghiên cứu

Xét nghiệm		n	Kết quả của bệnh nhân	Hàng số bình thường
Hồng cầu(T/l)	Nam	7	3,77±0,66	4,3-5,8
	Nữ	24	4,21±0,54	3,9-5,4
Hematocrit(l/l)	Nam	7	0,32±0,05	0,38-0,5
	Nữ	24	0,35±0,04	0,35-0,47
Hemoglobin(g/l)	Nam	7	107,78±18,94	140-160
	Nữ	24	115,83±14,87	125-145
Bạch cầu(G/l)		31	10,14±4,92	4-10(G/l)
Máu lắng		29	1h	48,76±36,59
			2h	65,28±40,73

*Nhận xét: Số lượng trung bình hồng cầu, hematocrit, huyết sắc tố của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cả nam và nữ đều thấp hơn giá trị bình thường. Số lượng bạch cầu trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cao hơn giá trị bình thường. Trung bình tốc độ máu lắng sau 1h và 2h đều tăng cao hơn trị số bình thường: 1h: 48,76±36,59 mm; 2h: 65,28±40,73 mm.

2.6. Protein niệu:

Bảng 7: Kết quả xét nghiệm protein niệu(n =26)

Protein niệu	n	%	X±S
Âm tính	19	73,1	
Dương tính	7	26,9	0,59±0,43
Tổng	26	100	

*Nhận xét: 29,6% bệnh nhân có protein niệu dương tính, lượng protein trong nước tiểu không cao, X±S = 0,59±0,43 g/L.

3. Kết quả điều trị.

3.1. Số ngày nằm viện của bệnh nhân EN: ($\bar{X} \pm S = 12,8 \pm 7$)

3.2. Các thuốc dùng trong điều trị EN:

Bảng 8: Các nhóm thuốc chính sử dụng trong điều trị EN

STT	Nhóm thuốc	Bệnh nhân được dùng thuốc	
		n	%
1	Kháng sinh	19	61,3
2	Corticoid	31	100
3	Kháng histamin	13	41,9
4	Hạ sốt, giảm đau	12	38,7

Kết quả điều trị: 100% bệnh nhân ra viện trong tình trạng đỡ và khỏi hẳn, không có bệnh nhân nào tử vong hay nặng lên

BÀN LUẬN

1. Nguyên nhân của hồng ban nút.

Nguyên nhân của hồng ban nút.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thấy rằng có 17 bệnh nhân tìm được nguyên nhân (54,9%). Trong đó nhiễm trùng là nguyên nhân hay gặp nhất 9/31 (29,03%). Nguyên nhân do lao có 3 bệnh nhân với bệnh cảnh lao phổi và lao hạch (9,7%). Bệnh tự miễn 9,7% và dị ứng thuốc chiếm tỉ lệ 12,9%. Bệnh nhân dị ứng với các thuốc là: ampicilin, erythromycin, rovanmycin và thuốc nam. Có 45,1% số bệnh nhân không tìm thấy nguyên nhân. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các tác giả Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkesen C, Ozturk R cho rằng khoảng 30%-50% là không rõ nguyên nhân [6].

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của EN.

2.1. Đặc điểm người bệnh:

2.1.1. Phân bố theo giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 31 bệnh nhân có 7 nam và 24 bệnh nhân nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ nữ: nam = 3,4:1. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: Moragas, Hebel. Wolff K, Johnson RA, Suurmond R (2005). Một số nghiên cứu của các tác giả trong nước còn cho biết tỉ lệ nữ: nam 6:1 cho đến 7:1. Điều này có thể giải thích là do sự ảnh hưởng của nội tiết tố nữ đến bệnh.

2.1.2. Phân bố theo tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng hồng ban nút có thể gặp ở mọi lứa tuổi: tuổi của bệnh nhân gặp trẻ nhất là 17 tuổi và già nhất là 71 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là từ 20-39 chiếm tỉ lệ 41,9%. Như vậy kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Wolff K, Johnson RA, Suurmond R (2005) [5], Jeanette L Hebel, Moragas.

2.1.3. Sự phân bố bệnh nhân theo mùa: Theo nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân nhập viện chủ yếu vào 6 tháng đầu năm: 21/ 31 bệnh nhân (67,7%) và tập trung vào hai tháng là tháng 3 và tháng 5 trong năm: 19,3%; 16,1%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Moragas. Tác giả này cũng cho rằng bệnh xuất hiện chủ yếu vào 6 tháng đầu năm và tập trung vào mùa hè và ít gặp ở các tháng khác trong năm. Điều này vẫn chưa giải thích được.

2.2. Đặc điểm lâm sàng:

2.2.1. Biểu hiện lâm sàng:

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng biểu hiện lâm sàng của hội chứng hồng ban nút khá phong phú và có sự khác biệt phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh. Nổi ban đỏ xuất hiện ở 100% bệnh nhân, thời gian xuất hiện trước hoặc sau khi vào viện. Màu sắc ban sẩn thay đổi từ đỏ, xanh tím, vàng. 21,9% teo da nhẹ và tăng sắc tố tại vị trí nút sau khi lặn. Sốt và đau khớp cũng là những triệu chứng hay gặp với tỉ lệ lần lượt là: 80,6%; 54,8%.

2.2.2. Đặc điểm của hồng ban nút:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí xuất hiện của hồng ban nút ở mặt trước xương chày là 100% ở bệnh nhân. Đây là vị trí đặc hiệu. Các vị trí tiếp theo

là ở đùi, cẳng tay, đầu mặt-thân và cuối cùng là toàn thân lần lượt chiếm tỉ lệ là: 35,5%, 29%, 29%, và 19,4% phù hợp với tác giả White WL, Hitchcock MG (1999) cho rằng EN gặp ở mọi nơi trên cơ thể[4]. Có 6 bệnh nhân thấy xuất hiện ban sẩn ở toàn thân và chúng tôi nhận thấy rằng những bệnh nhân này có thời gian nằm viện dài, biểu hiện lâm sàng phức tạp và có nhiều biến chứng.

Giải thích về vị trí hay gặp của tổn thương trong EN, nhiều tác giả cho rằng tổn thương EN là do có sự lắng đọng PHMD. Chính ở các phần xa của cơ thể như: cẳng chân, cẳng tay do tốc độ tuần hoàn chậm nên dễ ứ trệ, vì vậy PHMD dễ lắng đọng hơn và vì vậy thương tổn gặp ở vùng này là nhiều nhất. Kích thước của ban nút chủ yếu là những sẩn cục ở dưới da kích thước khoảng 1-5 cm chiếm 90,3%. Chỉ có 9,7 % bệnh nhân có hồng ban nút ở dạng mảng kích thước <5cm. Ngoài ra chúng tôi cũng thấy có đến 83,8% bệnh nhân có cảm giác đau buốt khi nắn bóp các nốt cục, teo da sau thoái lui gặp khoảng 12,9%.

2.3. Đặc điểm xét nghiệm của hội chứng EN.

* Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3/31 bệnh nhân được sinh thiết da với tổn thương chủ yếu được mô tả là sự xâm nhập của tế bào bạch cầu vào lớp tế bào mỡ ở hạ bì. Chủ yếu là tế bào viêm đơn nhân (Lympho và Mono).

* Kết quả chụp XQ tim phổi cho thấy: 4 bệnh nhân (12,9%) có hình ảnh viêm PQ, 2 bệnh nhân (6,5%) có hình ảnh nghi ngờ tổn thương phổi kẽ, 2 bệnh nhân lao phổi. 23 bệnh nhân (74,1%) bệnh nhân có hình ảnh XQ phổi bình thường.

* Tình trạng thiếu máu biểu hiện rõ rệt trong nhóm nghiên cứu với số lượng trung bình hồng cầu, hematocrit, huyết sắc tố của nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều thấp hơn giá trị bình thường. Số lượng bạch cầu trung bình ở EN tăng cao: 10,14±4,92 G/L, tốc độ máu lắng tăng cao trong cả 2h(1h: 48,76±36,59 mm, sau 2h: 65,28±40,73 mm) bạch cầu đa nhân trung tính cũng tăng (73,27±12,17). Kết quả này phù hợp với ý kiến cho rằng hội chứng EN là bệnh cảnh của viêm cấp tính.

* Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 bệnh nhân được làm xét nghiệm protêin niệu có 7 người dương tính chiếm tỉ lệ 26,9%. Protêin niệu trung bình trong nhóm dương tính là không cao X±S = 0,59±0,43 g/L.

3. Kết quả điều trị:

3.1. Thời gian điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình nằm viện của bệnh nhân EN là ngắn: 12,8±7,4 ngày. Điều này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm lâm sàng của hội chứng hồng ban nút là một hội chứng viêm cấp tính và tổn thương chủ yếu trên da, tổn thương nội tạng không nặng nề.

3.2. Kết quả điều trị.

Trong điều trị hồng ban nút chúng tôi sử dụng 4 nhóm thuốc chính là: corticoid, kháng sinh, NSAID, Kháng histamin H1. Kết quả 100% bệnh nhân ra viện. Không có bệnh nhân nào nặng lên hoặc tử vong.

Điều này phù hợp với ý kiến cho rằng EN là một bệnh viêm cấp tính và có thể tự thoái lui cũng như điều trị không mấy phức tạp và lành tính.

KẾT LUẬN

1. Nguyên nhân của EN.

Nguyên nhân gây EN bao gồm nhiễm trùng, lao, bệnh tự miễn, dị ứng thuốc và một phần lớn chưa tìm thấy nguyên nhân (45,1%).

Nhiễm trùng là nguyên nhân gặp nhiều nhất (29,03%) trong những bệnh nhân có nguyên nhân.

2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân EN:

2.1. Đặc điểm lâm sàng.

Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 20-39 chiếm 41,9%. Có sự khác biệt về tỉ lệ nữ: nam = 3,4:1. EN hay gặp vào 6 tháng đầu năm, tháng 3 và tháng 5 chiếm tỉ lệ cao nhất là: 19,3%; 16,1%.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của hội chứng hồng ban nút là sẩn cục xuất hiện đặc hiệu ở mặt trước xương chày (100%), ấn đau buốt (83,3%), cùng với sự thay đổi màu sắc từ đỏ sang xanh tím đến vàng. Sốt, đau khớp cũng là những triệu chứng hay gặp lần lượt là: 80,6%; 54,8%.

2.2. Xét nghiệm.

Thay đổi về xét nghiệm của bệnh nhân EN nổi bật lên là tình trạng thiếu máu: 74,2% Máu lắng tăng cao cả sau 1h: 48,76±36,59 mm, sau 2h: 65,28±40,73 mm

3. Kết quả điều trị.

Các nhóm thuốc chính được dùng để điều trị hội chứng hồng ban nút: corticoid, kháng sinh, kháng histamin h1.

Thời gian nằm viện trung bình bệnh nhân: 12,8±7,4 ngày.

Tất cả bệnh nhân EN điều trị tại Khoa Dị ứng-MDLS Bệnh viện Bạch Mai đều đỡ và hết giai đoạn cấp tính ra viện (100%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ryan TJ (1998). "Cutaneous vasculitis". in Burns DA, Breathnach SM. *Textbook of Dermatology* (6th ed.). London: Blackwell Science Ltd. pp. 2155–225.
2. Camilleri MJ, Su WPD (2003). "Panniculitis". in Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI. *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
3. Cribier B, Caille A, Heid E, Grosshans E (1998). "Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases". *Int J Dermatol* **37** (9): 667–72.
4. White WL, Hitchcock MG (1999). "Diagnosis: erythema nodosum or not?". *Semin Cutan Med Surg* **18** (1): 47–55
5. Wolff K, Johnson RA, Suurmond R (2005). "Section 7: Miscellaneous inflammatory disorders". *Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology* (5th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Professional.
6. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkesen C, Ozturk R (2004). "Erythema nodosum: an experience of 10 years". *Scand J Infect Dis* **36** (6-7): 424–7.