

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư vú đều được cải thiện sau khi nhập viện điều trị.

2. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng cuộc sống với hoạt động thể lực, vai trò xã hội, khả năng nhận thức, sức khỏe tổng quát với $p < 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Kim Anh (2016)**. Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III. Tạp Chí Ung Thư Học Việt Nam, 1,260-266
2. **Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận và cộng sự (2012)**. Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020. Tạp chí ung thư học, 1, 13-19.(1)
3. **Nguyễn Văn Chủ và Lê Đình Roanh (2015)**. Đánh giá mối liên quan giữa typ phân tử ung thư

biểu mô tuyến vú và chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI). Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh, 19(5), 127-133.(11)

4. **Linh Thi Tu Nguyen, My Thi Tra Quach, Dung Thi Do, Ha Minh Do, To Van Ta, Thai Hong Trinh, (2015)**, "Novel alteration of mitochondrial tRNATrp in a group of Vietnamese breast cancer patients", Ann Transl Med, 3(S2): AB110, pp 72-73
5. **Từ Quốc Hiệu, Trương Quang Vinh, Nguyễn Thị Thu Phương (2013)**, "Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi về phòng chống ung thư người dân tỉnh Bắc Giang 2012", Tạp chí ung thư học Việt Nam, 1, tr.65-71.
6. **Nguyễn J, Popovic M, Chow E, Cella D et al (2013)**. EORTC QLQ-BR23 and FACT-B for the assessment of quality of life in patients with breast cancer: a literature review.
7. **Dahye Koh, Sihan Song et al (2015-2019)**. Adherence to the American Cancer Society Guidelines for Cancer Survivors and Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Survivors.

NGUYÊN NHÂN VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH VIÊM NÃO Ở TRẺ EM TẠI TỈNH AN GIANG

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm não là bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương thường gặp ở trẻ em, tuy nhiên rất khó xác định nguyên nhân. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xác định tác nhân gây viêm não và mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các trường hợp viêm não cấp ở trẻ em tại An Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả các trường hợp viêm não nhập viện tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019. Để xác định các tác nhân gây viêm não, các mẫu dịch não tủy được làm PCR để tìm Enterovirus và Herpes simplex, làm kỹ thuật Elisa tìm kháng thể IgM kháng virus dengue và virus gây viêm não Nhật bản. **Kết quả:** Trong 2 năm có tất cả 45 trẻ em từ 6 tháng-14 tuổi bị Viêm não. Tỷ lệ xác định được tác nhân gây bệnh là 26,6% trong đó Viêm não Nhật bản (VNNB) B (6 ca), Enterovirus (4 ca) và Herpes simplex (2 ca). 73,4 % không xác định được tác nhân gây bệnh. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm: sốt, ói, co giật, biến đổi tri giác và dấu thần kinh định vị. Các trường hợp xác định nguyên nhân thường ít có triệu chứng co giật, số lượng bạch cầu máu, tỉ lệ neutrophile và nồng độ lactat trong dịch não tủy cao hơn. Cả 2 trường hợp viêm não do Herpes simplex đều có biểu hiện nặng

Nguyễn Ngọc Rạng¹, Dương Thanh Long²

gồm hôn mê, co giật và liệt nửa người. **Kết luận:** Viêm não Nhật bản B và Enterovirus là 2 tác nhân hay gặp nhất viêm não hiện nay tại An Giang. Mặc dù viêm não do Herpes simplex không gặp nhiều nhưng có biểu hiện lâm sàng nặng và tử vong cao.

Từ khóa: Viêm não, trẻ em, Herpes simplex

SUMMARY

ETIOLOGIES AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF CEPHALITIS IN CHILDREN OF AN GIANG PROVINCE

Background: Encephalitis is a common infection of the central nervous system in children, but it is difficult to identify the cause. **Objectives:** To study the etiology of viral encephalitis and to describe the clinical and paraclinical characteristics of viral encephalitis in children of An Giang province. **Subjects and Methods:** A retrospective study describing cases of encephalitis hospitalized at the Woman and Children Hospital of An Giang from January 2018 to December 2019. To identify the causative agents of encephalitis, PCR was performed from CSF to diagnose of Enterovirus and Herpes simplex; Mac-Elisa was performed to diagnose of Dengue and Japanese encephalitis. **Results:** 45 patients from 6 months to 14 years olds, were enrolled in the study. The etiology of viral encephalitis was determined in 26,6 % patients including Japanese encephalitis (6 cases), Enterovirus (4 cases) and Herpes simplex (2 cases). The most common signs and symptoms were: fever, vomit, convulsion, disturbance of consciousness and localizing neurologic signs. The children with positive diagnosis of viral

¹Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Sản Nhi An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Rạng

Email: nguyenngocrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020

Ngày duyệt bài: 11.12.2020

agents had less convulsion, leukocytosis and high concentration of lactat in CSF. Both patients suffering from Herpes simplex encephalitis had convulsion, coma and hemiplegia. **Conclusion:** Japanese-B virus and Enterovirus are the most common etiology of viral encephalitis in An giang province. Encephalitis due to Herpes simplex is uncommon but it was associated with significant morbidity and mortality

Key words: Encephalitis, Children, Herpes simplex

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương là bệnh lý thường gặp và có tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Viêm não là tình trạng viêm ảnh hưởng đến nhu mô não, nó chiếm tỉ lệ cao và hầu hết các trường hợp viêm não cấp thường nặng nề hơn ở trẻ nhỏ[1,2]. Nguyên nhân viêm não thường do siêu vi trùng: Viêm não Nhật bản (VNNB) B, Enterovirus 71, Herpes Simplex và Dengue.[3] Trước đây, tại khoa Nhi Bệnh viện An Giang chẩn đoán Viêm não thường dựa chủ yếu vào lâm sàng sau khi đã loại trừ các ca VNNB B, vì vậy đa số đều không xác định được tác nhân gây bệnh. Vì vậy mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xác định tác nhân gây bệnh và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp viêm não cấp tại Bệnh viện Sản Nhi An giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả trẻ em trên 1 tháng tuổi đến 14 tuổi, nhập Bệnh viện Sản Nhi An Giang từ tháng 1/2018-12/2019 có dấu hiệu nghi ngờ viêm não. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhi sốt >38°C, có ít nhất một trong những triệu chứng sau: nhức đầu, cổ gượng, rối loạn tri giác, có dấu thần kinh định vị, có chỉ định chọc dò tủy sống.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có tiền căn sốt co giật, bệnh động kinh, những trường hợp không đồng ý chọc dò tủy sống.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu mô tả.

- **Cỡ mẫu:** lấy trọn tất cả các trường hợp nghi ngờ viêm não nhập viện trong thời gian 2 năm 2018-2019

Cách tiến hành: Tất cả các trường hợp thu nhận vào nghiên cứu được chọc dò tủy sống ngay khi có chẩn đoán lâm sàng viêm não và làm các xét nghiệm thường qui như 18 chỉ số huyết học, đường huyết, ion đồ...Xét nghiệm chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào dịch não tủy (DNT): sinh hóa, tế bào học làm tại bệnh viện An Giang; 1 ml dịch não tủy được bảo quản - 20°C và chuyển đến bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới TP Hồ Chí Minh để làm xét nghiệm sinh học

phân tử (real-time PCR) tìm nguyên nhân viêm não (Enterovirus, Herpes simplex...); miễn dịch học (MAC ELISA) tìm Dengue và viêm não Nhật Bản. Các mẫu dịch não tủy có kết quả nuôi cấy và PCR thường qui âm tính sẽ được là PCR tìm 16S rRNA sau đó được giải trình tự để phát hiện vi trùng gây bệnh, Sau khi có kết quả vi sinh, sinh học phân tử chúng tôi loại ra 11 ca viêm màng não mủ. Cuối cùng còn 45 ca (n=45) đủ tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán viêm não đưa vào nghiên cứu phân tích thống kê.

Thu thập dữ liệu: Một biểu mẫu soạn sẵn để thu nhận các biến: giới, tuổi, triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng (máu, DNT) và tác nhân gây bệnh.

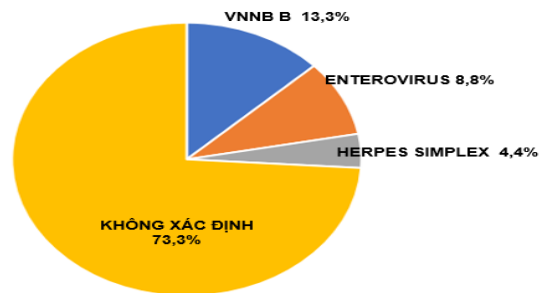
Xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng Excel 2007, trình bày số liệu bằng tỉ lệ % cho các biến định tính, trung bình, độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị cho các biến số liên tục.

Sử dụng phép kiểm T Student cho các biến số có phân phối chuẩn hoặc Man-Whitney cho các biến số không phân phối chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact cho biến định tính. Các test khác biệt có ý nghĩa thống kê khi P<0,05. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 45 trường hợp viêm não, tuổi trung vị 3 (6 tháng- 13 tuổi). Giới nam 29 (56,9%), nữ 16 (31,4%).

3.1 Tác nhân gây bệnh: Có 12 ca (26,6%) xác định được tác nhân gây viêm não bao gồm: Enterovirus 4 ca; Herpes simplex 2 ca; Viêm não Nhật Bản B 6 ca và 33 ca (73,3%) không xác định được mầm bệnh. Không có bệnh nhân tử vong, tuy nhiên có 2 trường hợp nặng (Viêm não do Herpes simplex) được chuyển yển trên.



Biểu đồ 1. Các tác nhân gây viêm não trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi An giang

Chúng tôi mô tả 02 ca viêm não do Herpes simplex:

Trường hợp 1: Bé trai 10 tuổi. Địa chỉ Chợ Mới, An Giang vào viện trong tình trạng rất nặng

với sốt cao 39°C co giật, hôn mê, liệt nửa người trái, dấu màng não (-). DNT mờ với TB 90/mm³ (N 80%, L 20%), protein 0,6g/L, tỉ lệ đường DNT/đường máu > 0,5. Lactate DNT 2,78mmol/L. Công thức máu có BC tăng cao 24.700/mm³ (N 90%, L 5,5%). CRP 159,6 mg/L.

Trường hợp 2: Bé gái 15 tháng tuổi, địa chỉ Thoại Sơn An Giang, nhập viện vì sốt cao co giật, yếu nửa người phải, rối loạn tri giác, li bì, ngủ gà, sốt cao liên tục, co giật, cổ gượng không rõ. TB 105/mm³ (N 82%, L18%), đạm 0,75 g/L, tỉ lệ đường DNT/ đường máu < 0,5. Lactate DNT 2,48 mmol/L. Công thức máu BC 10500/mm³ (N 60%, 33%), CRP 11,98 mg/L.

Nhận xét: Cả 02 trường hợp đều có biểu hiện co giật nặng, rối loạn tri giác từ vừa đến nặng, sốt cao, đặc biệt đều có dấu thần kinh định vị (liệt nửa người), DNT có 2 chỉ số mang tính chẩn đoán cao là Lactate DNT (không tăng) và đạm DNT(tăng nhẹ). Riêng công thức máu: BC tăng và CRP tăng rất dễ nghĩ đến chẩn đoán viêm màng não mủ do vi khuẩn.

3.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: sốt, trong đó sốt cao chiếm 36% (16), co giật 49% (22), ói 18% (8), nhức đầu 16% (7), rối loạn tri giác 7% (3), dấu yếu liệt nửa người 2% (2). Đặc điểm cận lâm sàng của các trường hợp viêm não được trình bày bảng 1 và 2.

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng (xét nghiệm máu)

Thông số huyết học	Số ca (n=45) (%)
Bạch cầu x 10 ⁹ /L	14,4 ± 5,7
Tỉ lệ Neutro%	65±19%
Tỉ lệ lympho %	26±15%
Tiểu cầu x 10 ⁹ /L	321 ±118
Hemoglobin máu (mg/dL)	10,8 ± 1,6
Đường máu (mmol/L)	5,9 ±1,6

Nhận xét: Số lượng BC trung bình trong máu cao, các thông số khác trong giới hạn bình thường.

Bảng 2. Đặc điểm dịch não tủy

Thông số DNT	Giá trị
Tế bào /mm ³	39 (2-275)*
Tỉ lệ Neutro%	67±20%
Tỉ lệ lympho %	31±19%
Protein g/L	0,43 ±0,30
Glucose (mg/dL)	4,2 ± 1,1
Lactat (mmol/L)	2,0 ±0,6

Nhận xét: Tế bào và protein trong DNT tăng nhẹ, đường DNT không giảm, lactat DNT tăng nhẹ.

So sánh các đặc điểm giữa 2 nhóm xác định được nguyên nhân virus và không xác định được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. So sánh đặc điểm lâm sàng và cận

lâm sàng giữa 2 nhóm

	Nhóm KXĐNN (n=33)	Nhóm XĐNN (n=12)	P
Tuổi	3,8 ±3,4	7,1 ±3,8	0,010
Nhiệt độ	38,1 ±1,0	38,1 ±0,6	0,980
Glasgow	12,3 ±3,9	14,1 ±1,5	0,020
Co giật	20(60,6%)	2 (16,6)	0,001
Bạch cầu máu x10 ⁹ /L	13,3 ±5,5	17,7 ±4,7	0,020
Neutro (%)	60 ±18	76 ±13	0,010
Lympho (%)	31 ±17	28 ±16	0,160
Dịch não tủy Tế bào/mm ³ *			
Neutro (%)	36 (2-275)	69 (2-122)	0,770
Lympho (%)	68 ±18	63 ±26	0,920
Protein (g/L)	31 ±18	30 ±23	0,490
Glucose (mmol/L)	0,41 ±0,33	0,47 ±0,21	0,560
Lactate (mmol/L)	4,2 ±1,2	4,0 ±0,6	0,680
	1,9 ±0,5	2,3 ±0,7	0,050

*trung vị (trị nhỏ nhất-trị lớn nhất); KXĐNN: Không xác định nguyên nhân; XĐNN: Xác định được nguyên nhân

Nhận xét: Trị số BC máu, tỉ lệ neutrophile, trị số lactate ở nhóm XĐNN cao hơn ở nhóm KXĐNN. Nhóm XĐNN có điểm Glasgow cao hơn so với nhóm KXĐNN, tuy nhiên tỉ lệ co giật ở nhóm KXĐNN cao hơn. Về xét nghiệm DNT: tế bào, protein và đường máu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, chỉ có chỉ số lactat DNT nhóm XĐNN cao hơn nhóm KXĐNN (p=0,050).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tác nhân gây viêm não. Tại Bệnh viện Nhi sản An giang, trung bình mỗi năm có 30 ca được chẩn đoán viêm não trên lâm sàng. Các năm trước đây, phòng xét nghiệm bệnh viện An giang chỉ thực hiện được huyết thanh chẩn đoán Viêm não Nhật bản (VNNB) B, vì vậy không xác định được các tác nhân gây bệnh khác. Một nghiên cứu trước đây tại BV An giang, tỉ lệ VNNB B chiếm 45,5% các ca viêm não [4]. Trong những năm gần đây, dịch tay chân miệng do enterovirus tăng mạnh và 29,5% các ca nhiễm enterovirus 71 (EV 71) có triệu chứng thần kinh [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45 ca viêm não. Nguyên nhân gây viêm não nhiều nhất vẫn là VNNB B (6 ca), Enterovirus (4 ca) và Herpes simplex (2 ca). Các nguyên nhân này cũng tương tự nghiên cứu tại Thái Lan năm 1996–1998 tại Bangkok [6], và tại Takeo, Cambodia, đa số viêm não trẻ em do VNNB B và virus dengue [7]. Tuy nhiên nghiên cứu chúng tôi không có virus dengue. Thực ra trong thời

gian nghiên cứu, có 8 ca viêm não do dengue ở người lớn tại khoa Nhiễm bệnh viện An giang (số liệu chưa công bố). Như vậy VNNB B và Enterovirus vẫn là một trong hai tác nhân hàng đầu chiếm tỉ lệ cao.

VNNB B hiện nay vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất gây viêm não trẻ em và người lớn tại Việt nam [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp viêm não do VNNB B gặp ở nhóm tuổi từ 3 tuổi – 10 tuổi. 6 trường hợp này đều có biểu hiện lâm sàng nhẹ, xuất hiện trong tình trạng ổn định. Một tác nhân mới nổi lên gây viêm não trẻ em tại Việt nam là enterovirus 71, một khảo sát tiền cứu trên 150 trẻ em có biểu hiện viêm não-màng não ở bệnh viện Nhi Đồng 1 thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2006, Enterovirus là tác nhân thường gặp nhất, khác nhóm Enterovirus bệnh Tay-chân-miệng thường gặp là Enterovirus 71, bệnh xảy ra ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo. Nghiên cứu của chúng tôi, 4 trường hợp này gặp ở lứa tuổi: 6 tuổi (1 ca), 10 tuổi (2 ca) và 13 tuổi (1 ca). Cả 4 trường hợp này bệnh cảnh nhẹ, xuất viện sớm trong tình trạng ổn định, khác với bệnh lý viêm não cấp và tối cấp trong bệnh viêm não do Enterovirus 71 trong bệnh Tay-chân-miệng. Vì chúng tôi chưa định tip huyết thanh nên chưa xác định có phải nguyên nhân là EV 71.

4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Về triệu chứng lâm sàng bao gồm sốt cao, co giật, nhức đầu, rối loạn tri giác, dấu thần kinh định vị. là các triệu chứng thường gặp trong viêm não được mô tả trong y văn. Giữa nhóm XĐNN và KXĐNN không thấy có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng, ngoại trừ nhóm KXĐNN lại có triệu chứng co giật nhiều hơn (20 ca so với 2 ca, $p < 0,05$). Nhận xét về cận lâm sàng trong các ca viêm não chúng tôi ghi nhận BC trong máu tăng nhiều, đặc biệt nhóm XĐNN có số BC máu trung bình là 17.700 ± 4.700 , với tỉ lệ Neutrophile tăng cao ($76 \pm 13\%$). Điều này khác với mô tả kinh điển trong viêm não do virus nhưng phù hợp với nhận xét của tác giả PonePrasert, khi nghiên cứu các trường hợp VNNBB tại Thái Lan, tác giả nhận thấy 81% có BC tăng cao và đa số là đa nhân trung tính. Nhận xét này cũng tương tự như báo cáo trước đây của chúng tôi trên các ca VNNBB [4] và của Le Duc Hinh tại BV Bạch Mai, Hà nội [8].

Về xét nghiệm dịch não tủy, số tế bào tăng vừa (39 tế bào), lượng protein tăng vừa (30mg%), đường trong giới hạn bình thường, lactate DNT $< 3\text{mmol/l}$. Điều này phù hợp với mô tả trong y văn và các nghiên cứu trong

nước[4]. Tuy nhiên các trường hợp XĐNN có nồng độ lactat trong dịch não tủy cao hơn ($2,3 \pm 0,7\text{mmol/L}$ so với $1,9 \pm 0,5\text{mmol/L}$ ($p = 0,05$). Có 2 trường hợp viêm não được xác định tác nhân gây bệnh là Herpes simplex gặp ở trẻ 15 tháng tuổi và 10 tuổi. Bệnh cảnh lâm sàng cả 2 trường hợp đều nặng, với hôn mê, co giật, và đều có dấu thần kinh định vị (liệt nửa người). Hai trường hợp này đã được chuyển tuyến trên, nên rất tiếc chúng tôi không biết được kết cục của bệnh nhân. Tuy nhiên vấn đề đặt ra có thể dự phòng thuốc acyclovir tĩnh mạch cho các trường hợp viêm não thể cấp và tối cấp. Đây cũng là hướng mở ra cho những nghiên cứu tiếp sau về lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Viêm não là bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương thường gặp ở trẻ em, tác nhân gây bệnh chính hiện nay tại An giang là Viêm não Nhật bản B, Enterovirus và Herpes simplex. Mặc dù viêm não do Herpes simplex không gặp nhiều nhưng có biểu hiện nặng và tiên lượng xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ishikawa T, Asano Y, Morishima T, Nagashima M, Sobue G, Watanabe K, et al.** Epidemiology of acute childhood encephalitis. Aichi Prefecture, Japan, 1984–90
2. **Brain Dev 1993;15(3): 192–7. Meligy B, Kadry D, Draz IH, Marzouk H, El Baroudy NR, El Rifay AS.** Epidemiological Profile of Acute Viral Encephalitis in a Sample of Egyptian Children. Open Access Maced J Med Sci. 2018 Feb 14;6(2):423-429.
- 3 **Wills B, Farrar J.** Central nervous system infections in the tropics: diagnosis, treatment and prevention. *Curr Opin Infect Dis* 2000;13(3):259-264.
4. **Phạm Văn Kiểm và Nguyễn Ngọc Rạng** . Nhận xét lâm sàng và điều trị 36 trường hợp viêm não Nhật Bản B tại BVĐKTT An Giang, Kỷ yếu Hội nghị Khoa học, Bệnh viện An giang năm 2003.
5. **Tu PV, Thao NT, Perera D, Huu TK, Tien NT, Thuong TC, How OM, Cardoso MJ, McMinn PC.** Epidemiologic and virologic investigation of hand, foot, and mouth disease, southern Vietnam, 2005. *Emerg Infect Dis.* 2007 Nov;13(11):1733-41.
6. **Chokephaibulkit K, Kankirawatana P, Apintanapong S, et al.** Viral etiologies of encephalitis in Thai children. *Pediatr Infect Dis J.* 2001 Feb; 20(2):216-8.
7. **Srey VH, Sadones H, Ong S, Mam M, Yim C, Sor S, Grosjean P, Reynes JM, Grosjean P, Reynes JM.** Etiology of encephalitis syndrome among hospitalized children and adults in Takeo, Cambodia, 1999-2000. *Am J Trop Med Hyg.* 2002 Feb; 66(2):200-7.
8. **Le DH.** Clinical aspects of Japanese B encephalitis in North Vietnam. *Clin Neurol Neurosurg.* 1986; 88(3):189-92.