

# VIÊM NÃO DO RICKETTSIA Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH

Đỗ Thiện Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Lâm<sup>1</sup>  
Đào Hữu Nam<sup>1</sup> và Nguyễn Sỹ Đức<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Viêm não do Rickettsia ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp. Bệnh có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu, tương tự nhiều các cơ quan khác nhau, chẩn đoán ca bệnh chủ yếu dựa vào dịch tể, vết loét đặc hiệu và xét nghiệm tìm căn nguyên. Điều trị bệnh bằng kháng sinh như Tetracyclin, Chloramfenicol, Doxycyclin vẫn đạt hiệu quả tốt. Chúng tôi báo cáo một trường hợp trẻ nam, 7 tháng tuổi, được chẩn đoán viêm não do Rickettsia. Trẻ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm não kèm theo vết loét đặc hiệu (eschar) và được loại trừ các tác nhân khác. Trẻ được điều trị bằng Chloramphenicol có hiệu quả tốt, hồi phục hoàn toàn.

**Từ khóa:** Viêm não, Sốt mò, Rickettsia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt mò là một bệnh cấp tính lưu hành tại Việt Nam, tác nhân gây bệnh là *Orientia Tsutsugamush*, một loại vi khuẩn gram (-), thuộc họ Rickettsiaceae.<sup>1</sup> Trung gian truyền bệnh là ấu trùng mò (*Trombicula* - hiện nay gọi là *Leptotrombidium*).<sup>2,3</sup> Tình trạng nhiễm trùng do Rickettsia khá phổ biến trên thế giới trong thời gian gần đây.<sup>4-6</sup> Bệnh gặp nhiều ở các nước vùng Đông Á (Trung Quốc, Triều Tiên, Nhật Bản), các nước Đông Nam Á, Ấn Độ, vùng phía Bắc châu Úc và các đảo ở Tây Thái Bình Dương. Đặc điểm lâm sàng sốt mò ở trẻ em rất đa dạng, từ sốt nhẹ đến các biến chứng có thể đe dọa tính mạng như sốc, viêm cơ tim, viêm não.<sup>2,3</sup> Triệu chứng thường gặp là sốt kéo dài 2 - 3 tuần, kèm theo có vết loét trên da, nổi hạch toàn thân, phát ban và có thể tổn thương nhiều cơ quan khác nhau như phổi, gan, thận, thần kinh trung ương.<sup>7</sup> Tình trạng tổn thương thần kinh trung ương do Rickettsia ít gặp, trong

đó phổ biến nhất là viêm màng não hoặc viêm não màng não với các triệu chứng co giật và thay đổi ý thức.<sup>6,8-11</sup> Biến đổi dịch não tủy trong bệnh nhân nhiễm khuẩn thần kinh do Rickettsia là không đặc hiệu, thường gặp tăng tế bào Lympho và tăng Protein.<sup>11</sup> Điều trị sớm bằng Chloramphenicol, Doxycycline hoặc Tetracyclin có kết quả tốt, hạn chế biến chứng, tử vong.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 7 tháng tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào bệnh viện tỉnh với triệu chứng sốt cao ngày thứ 2, ho, khò khè, trẻ được chẩn đoán viêm phổi và điều trị tại bệnh viện bằng kháng sinh, truyền dịch. Trẻ đỡ sốt và xuất viện sau 1 tuần. Sau ra viện 1 ngày, bệnh nhân được nhập lại bệnh viện tỉnh với tình trạng co giật toàn thân, khó thở, nôn không liên quan đến bữa ăn kèm đi ngoài phân lỏng. Xét nghiệm máu thấy: Bạch cầu 18,5 G/L, tỷ lệ trung tính 51,8%, Ure 6,13 mmol/L, Creatinin 120 mmol/L, Glucose 8,95 mmol/L, GOT 132 U/l; GPT 69 U/l, Na<sup>+</sup> 127mmol/L, K<sup>+</sup> 3,7 mmol/l, chụp CT sọ não không phát hiện bất thường. Trẻ được chẩn đoán co giật/ viêm phổi/ tiêu chảy và được sử dụng kháng sinh Cefotaxim đường tĩnh mạch,

Tác giả liên hệ: Nguyễn Sỹ Đức

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyensyduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 09/01/2023

Ngày được chấp nhận: 15/02/2023

tuy nhiên tình trạng không cải thiện. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Nhi Trung ương vào ngày thứ 7 sau khởi phát bệnh lần 2. Triệu chứng khi nhập viện gồm sốt cao, phổi có ran ẩm 2 bên, SpO<sub>2</sub> 93 - 94%; nhịp tim đều (tần số 170 lần/phút), mạch rõ, gan 3 - 4cm dưới bờ sườn, lách không to; ý thức lơ mơ, có cơn tăng trương lực cơ toàn thân. Kết quả xét nghiệm lúc vào viện: Hb 106 G/l; bạch cầu 16,01 G/l, (tỷ lệ

trung tính 52,2%, lympho 32,0%, mono 15%), tiểu cầu 253 G/L; Ure 1,7 mmol/l, Creatinin 21mmol/l, Glucose 6,32 mmol/l, Protein toàn phần 56,3 g/l, Albumin 36,6 g/l, Na<sup>+</sup> 132 mmol/l, K<sup>+</sup> 3,5 mmol/l, Canxi 2,18mmol/l, Magie 0,89 mmol/l, GOT 139,3 U/L, GPT 66,1 U/L, CRP 9,64 mg/L, Lactat 2,7 mmol/l; xét nghiệm dịch não tủy có thấy thay đổi nhẹ (tế bào có 21 bạch cầu, Protein 0,36 g/ml).

**Bảng 1. Diễn biến một số kết quả xét nghiệm**

Máu ngoại vi	Lúc vào viện	Lúc ra viện (sau 10 ngày)
BC (G/l)	16,01	9,44
BC trung tính (%)	52,2	21,4
Tiểu cầu (G/l)	253	441
Hgb (g/l)	106	118
CRP (mg/l)	9,64	0,654
Albumin (g/l)	36,6	39,7
Natri (mmol/l)	132	137
Kali (mmol/l)	3,5	4,62
Glucose (mmol/l)	6,32	-
GOT (U/l)	139,3	43,1
GPT (U/l)	66,1	37,5
Ure (mmol/l)	1,7	3,25
Creatinin (mmol/l)	21,0	38,2
Siêu âm ổ bụng	Gan không to, nhu mô đều, đường mật không giãn. Lách không to. Thận không tổn thương. Dịch tự do trong ổ bụng 10 mm	
X-quang ngực thẳng	Viêm phế quản	Viêm phế quản
Chụp MRI sọ não	-	Viêm nhân bèo, nhân đuôi, bó tháp phần cuống đại não đối xứng 2 bên

Trẻ được chẩn đoán viêm não/ nhiễm khuẩn huyết, chỉ định điều trị kháng sinh, an thần, truyền dịch, hạ sốt, thở oxy. Sau 1 ngày điều

trị, tình trạng bệnh không cải thiện, trẻ sốt cao, lơ mơ, thở nhanh 60 lần/phút, nhịp tim 150 lần/phút, huyết áp 97/73mmHg, tăng trương lực cơ.

Lúc này trẻ được chỉ định đặt nội khí quản, thở máy, sử dụng kháng sinh Ceftriaxon, an thần, vận mạch, Acyclovir, chống phù não. Xem xét

kỹ tình trạng lâm sàng của trẻ, chúng tôi phát hiện có vết loét khô vùng ngực trái, nghi ngờ do Mò đốt (Hình 1).



**Hình 1. Vết loét vùng ngực trái**

Chúng tôi chẩn đoán ca bệnh viêm não nghi do Rickettsia, thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán và chỉ định điều trị ngay. Đồng thời chúng tôi thực hiện các xét nghiệm tìm bằng chứng trẻ nhiễm các nguyên nhân khác có thể gây

tổn thương thần kinh trung ương như HSV, EV, *Mycoplasma Pneumonia*... và các vi khuẩn gây viêm phổi nặng. Kết quả các xét nghiệm đều âm tính và chỉ có xét nghiệm Rickettsia PCR dương tính trong máu.

**Bảng 2. Sàng lọc tác nhân vi sinh vật gây bệnh khác**

Xét nghiệm	Kết quả
Bệnh phẩm máu	
Cấy máu	Âm tính
<i>Mycoplasma pneumonia</i> IgM	Âm tính
<i>Mycoplasma pneumonia</i> IgG	Âm tính
<i>Toxoplasma</i> IgM	Âm tính
<i>Toxoplasma</i> IgG	Âm tính
<i>Rubella</i> IgM	Âm tính
<i>Rubella</i> IgG	Âm tính
HSV 1 + 2 IgM	Âm tính
HSV 1 + 2 IgG	Âm tính
<i>Cytomegalovirus</i> IgM	Âm tính
<i>Toxoplasma</i> IgG	Âm tính
HIV Ag/Ab	Âm tính

Xét nghiệm	Kết quả
Dịch nội khí quản	
Nuôi cấy vi khuẩn	Âm tính
SAR-CoV-2	Âm tính
Real-time PCR <i>Respirator Syncytial Virus</i>	Âm tính
Real-time PCR <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Âm tính
Real-time PCR <i>Rhinovirus</i>	Âm tính
Real-time PCR <i>Mycoplasma pneumonia</i>	Âm tính
Real-time PCR <i>Adenovirus</i>	
Dịch não tủy	
Enterovirus (EV) ELISA	Âm tính
EV Real-time PCR	Âm tính
Nuôi cấy vi khuẩn	Âm tính
PCR đa mồi chẩn đoán viêm não virus ( <i>Herpes simplex virus type 1; Herpes simplex virus type 2; Varicellazoster virus; Epsteinbarr virus; Cytomegalovirus; Human herpesvirus 6; Human herpesvirus 7</i> )	
Real-time PCR <i>Haemophilus Influenza type B</i>	Âm tính
Real-time PCR <i>Streptococcus Pneumoniae</i>	Âm tính

Do bệnh nhân có tổn thương nhiều cơ quan, chúng tôi quyết định thêm kháng sinh Cloramphenicol đường tĩnh mạch với liều 75 mg/kg/ngày trong 7 ngày. Các triệu chứng của bệnh nhân cải thiện rõ rệt sau khi thêm kháng sinh. Bệnh nhân thoát được máy thở, huyết động ổn định. Sau 3 ngày điều trị, bệnh nhân có kết quả tốt, tinh thần tỉnh táo, không sốt, ăn uống tốt, không co giật, không liệt khu trú, không khó thở. Bệnh nhân được theo dõi đến ngày thứ 12 của bệnh, không thấy xuất hiện các biến chứng, di chứng tinh thần, vận động.

### III. BÀN LUẬN

Trẻ mắc bệnh sốt mò thường có yếu tố dịch tễ (sống trong vùng lưu hành bệnh).<sup>6,13</sup> Yếu tố dịch tễ cần cân nhắc chẩn đoán là trẻ sống ở vùng nông thôn, trung du, miền núi. Ca bệnh

của chúng tôi là trẻ sinh sống tại vùng núi phía Bắc thuộc tỉnh Lào Cai. Trong báo cáo 52 ca bệnh ở Ấn Độ cũng cho thấy, 75% trẻ sống ở vùng nông thôn, trung du.<sup>14</sup> Đây là những khu vực có thể có nhiều bụi rậm, cây cối nên thuận lợi cho ấu trùng mò và trẻ thường xuyên tiếp xúc với trung gian truyền bệnh.

Triệu chứng lâm sàng của trẻ khi nhập viện là lơ mơ, sốt cao, khô khè, gan to, lách to, da xanh nhợt. Bác sĩ lâm sàng chẩn đoán là trường hợp viêm não cấp theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và xét nghiệm tìm các nguyên nhân gây bệnh thường gặp như HSV, JEV, EV, phế cầu, *Haemophilus Influenza typ B*... cũng như loại trừ một số nguyên nhân khác như rối loạn chuyển hóa, nhiễm trùng máu.<sup>15</sup> Trong các báo cáo đặc điểm bệnh ở Việt Nam cũng như trên thế giới thì đều thấy rằng các triệu chứng ở

giai đoạn sớm của bệnh thường không rõ ràng, không đặc hiệu như sốt các mức độ khác nhau, ho, viêm long đường hô hấp trên, nhịp tim nhanh.<sup>6,16</sup> Nhìn chung các triệu chứng có thể giống như biểu hiện của bệnh lý nhiễm trùng hô hấp hay nhiễm trùng toàn thân khác.<sup>6,9,13</sup> Triệu chứng tổn thương thần kinh mức độ nhẹ có thể gặp khi trẻ trong tình trạng sốc, suy hô hấp, viêm cơ tim, tổn thương thần kinh trung ương... nên cần phân biệt với viêm não khi chẩn đoán. Bệnh nhân của chúng tôi là trường hợp viêm não kèm theo có vết loét đặc hiệu ở vùng ngực trái của trẻ. Chúng tôi nghi ngờ đây là trường hợp viêm não có thể do Rickettsia, và lấy mẫu làm xét nghiệm PCR đồng thời điều trị đặc hiệu bằng Chloramphenicol sớm. Báo cáo phân tích 52 ca mắc Rickettsia (đều trong nhóm 1 - 12 tuổi) tại một bệnh viện ở Ấn Độ cho thấy các triệu chứng thường gặp ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thần kinh trung ương là sốt (100%), đau đầu (56%), co giật (81%), thay đổi tri giác (93%), thay đổi hành vi (62%) và nôn (37%), trong khi dấu hiệu vết loét chỉ xuất hiện ở 25% trường hợp.<sup>14</sup> Tác giả Tikare báo cáo ca bệnh là trẻ 4 tuổi được chẩn đoán Viêm não do Rickettsia ở Ấn Độ cũng thấy có triệu chứng sốt, phát ban, co giật, gan to, lách to nhưng không có hạch cổ và không có vết loét đặc hiệu.<sup>17</sup>

Dịch não tủy của bệnh nhân biến đổi không đáng kể, có 21 bạch cầu/ml với tỷ lệ trung tính là 29%, lympho 41%, mono 28% và protein là 0,38 g/l; Tác giả Chiranth và cộng sự tiến hành đánh giá dịch não tủy 30 trẻ có tổn thương thần kinh trung ương do Rickettsia thấy rằng có tăng nhẹ số lượng tế bào trong dịch não tủy, trong đó tế bào lympho chiếm ưu thế và tăng Protein.<sup>20</sup> Qua đây chúng ta có thể thấy, dựa trên lâm sàng và kết quả dịch não tủy thường khó có thể định hướng được căn nguyên Rickettsia, dẫn tới việc điều trị đặc hiệu có thể chậm trễ. Do

vậy, đối với những bệnh nhân nặng đến từ các khu vực nguy cơ cao mắc sốt mò, bác sĩ lâm sàng có thể cân nhắc chỉ định xét nghiệm tìm Rickettsia như một xét nghiệm thường quy để tìm căn nguyên gây bệnh.

Khảo sát tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não sau điều trị 10 ngày thấy có tổn thương viêm nhân bào, nhân đuôi, bó tháp phần cuống đại não đối xứng 2 bên. Kết quả các xét nghiệm này cũng giống các nhiễm trùng khác, không có tính đặc hiệu cho trường hợp nhiễm Rickettsia. Kết quả bệnh nhân chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của tác giả Chiranth khi thấy tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh là không đặc hiệu, tổn thương thường gặp nhất là phù não, một số bệnh nhân có thể thấy thay đổi tín hiệu ở tiểu não, hạch nền, hồi hải mã. Báo cáo ca bệnh trẻ 4 tuổi tại Ấn Độ cho thấy trên hình ảnh chụp CT sọ não không nhận thấy bất thường.<sup>17</sup> Điều này có thể do việc xác định tổn thương bằng kỹ thuật chụp CT sọ não có thể có hạn chế, khó xác định tổn thương ở giai đoạn sớm.

Xét nghiệm ELISA được chúng tôi thực hiện vào ngày thứ 8 kể từ khi có triệu chứng đầu tiên và dương tính với Rickettsia. Xét nghiệm này có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối tốt và được sử dụng trong chẩn đoán các ca bệnh ở một số quốc gia như Nepal, Israel.<sup>21-23</sup> Việc chẩn đoán ca bệnh trên lâm sàng, xét nghiệm ELISA, xét nghiệm loại trừ các tác nhân gây bệnh khác và theo dõi kết quả điều trị cho phép chẩn đoán ca bệnh viêm não do Rickettsia. Trong một số nghiên cứu trên thế giới, tại Châu Âu, Sri Lanka, Ấn Độ, Israel thì chẩn đoán cũng dựa trên lâm sàng, xét nghiệm ELISA, xét nghiệm loại trừ tác nhân khác và kết quả điều trị.<sup>4,5,13,23</sup>

Điều trị các trường hợp “Sốt mò” đến nay vẫn sử dụng 2 loại kháng sinh chính là Doxycyclin và Chloramphenicol cho hiệu quả tốt.<sup>9,13</sup> Mặc dù Doxycyclin vẫn là kháng sinh được ưu tiên

lựa chọn đầu tiên, tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam chưa có chế phẩm đường tĩnh mạch, đối với những bệnh nhân nhỏ tuổi tác dụng của thuốc sẽ giảm đi khi không thể nuốt được nguyên viên. Ca bệnh của chúng tôi được chỉ định sử dụng Cloramphenicol đường tĩnh mạch ngay sau khi phát hiện eschar trên da, theo dõi các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy tình trạng bệnh ổn định rất nhanh, ngừng các biện pháp hỗ trợ điều trị như thở máy, thở oxy... trong vòng 48 giờ.

#### IV. KẾT LUẬN

Viêm não do Rickettsia ở trẻ em là một bệnh lí hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không đặc hiệu và dễ bỏ sót chẩn đoán. Ngoài việc loại trừ các nguyên nhân gây nhiễm trùng thần kinh thường gặp khác, chúng ta phải nhận biết được và đặt ra chẩn đoán Rickettsia ở những bệnh nhân đến từ vùng có yếu tố dịch tễ để có biện pháp chẩn đoán, điều trị đặc hiệu kịp thời nhằm hạn chế các can thiệp, hạn chế biến chứng và giảm nguy cơ tử vong.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bennett E John, Raphael D, Martin J. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Elsevier: London, UK. 2019;9th ed:2244-2248.
2. Parola P, Paddock CD, Socolovschi C, et al. Update on tick-borne rickettsioses around the world: A geographic approach. *Clinical microbiology reviews*. Oct 2013;26(4):657-702. doi: 10.1128/cmr.00032-13.
3. Walker DH, Fishbein DB. Epidemiology of rickettsial diseases. *European journal of epidemiology*. May 1991;7(3):237-45. doi: 10.1007/bf00145672.
4. Kularatne SA, Rajapakse RP, Wickramasinghe WM, et al. Rickettsioses in the central hills of Sri Lanka: Serological evidence of increasing burden of spotted fever group.

*International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*. Nov 2013;17(11):e988-92. doi: 10.1016/j.ijid.2013.05.014.

5. Portillo A, Santibáñez S, García-Álvarez L, et al. Rickettsioses in Europe. *Microbes and infection*. Nov-Dec 2015;17(11-12):834-8. doi: 10.1016/j.micinf.2015.09.009.

6. Trung NV, Hoi LT, Dien VM, et al. Clinical Manifestations and Molecular Diagnosis of Scrub Typhus and Murine Typhus, Vietnam, 2015-2017. *Emerging infectious diseases*. Apr 2019;25(4):633-41. doi: 10.3201/eid2504.180691.

7. Sekeyová Z, Danchenko M, Filipčík P, et al. Rickettsial infections of the central nervous system. *PLoS neglected tropical diseases*. Aug 2019;13(8):e0007469. doi: 10.1371/journal.pntd.0007469.

8. Bernabeu-Wittel M, Segura-Porta F. Rickettsioses. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*. Mar 2005;23(3):163-72. Enfermedades producidas por Rickettsia. doi: 10.1157/13072167.

9. Premaratna R, Loftis AD, Chandrasena TG, et al. Rickettsial infections and their clinical presentations in the Western Province of Sri Lanka: A hospital-based study. *International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases*. Mar 2008;12(2):198-202. doi: 10.1016/j.ijid.2007.06.009.

10. Trung NV, Hoi LT, Hoa TM, et al. Systematic Surveillance of Rickettsial Diseases in 27 Hospitals from 26 Provinces throughout Vietnam. *Tropical medicine and infectious disease*. May 31 2022;7(6). doi: 10.3390/tropicalmed7060088.

11. Rajapakse S, Weeratunga P, Sivayoganathan S, et al. Clinical manifestations of scrub typhus. *Transactions of The Royal*



*Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2017;111(2):43-54. doi: 10.1093/trstmh/trx017.

12. Thijssen HS LP, van't Hek LG, Hurkx GA. An unsuspected imported disease: meningo-encephalitis contracted in Spain. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2004;148:113-117.

13. Narendra Rathi Akavy. IAP Guidelines on Rickettsial Diseases in Children. *INDIAN PEDIATRICS*. MARCH 15, 2017;2019:54 .

14. Prakash V K, MM Patil, Patil SV. Rickettsial meningoencephalitis - rising concern in children. *Current Pediatric Research; International Journal of Pediatrics*. 02 May, 2022, 2020;4(1):23-25. doi: 10.35841/0971-9032.26.5.1386-1391.

15. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí viêm não cấp ở trẻ em. Quyết định Số: 2322/QĐ-BYT. 2006.

16. Sood AK, Sachdeva A. Rickettsioses in Children - A Review. *Indian journal of pediatrics*. Nov 2020;87(11):930-936. doi: 10.1007/s12098-020-03216-z.

17. Tikare NV, Shahapur PR, Bidari LH, et al. Rickettsial meningoencephalitis in a child - A case report. *Journal of Tropical Pediatrics*. 2009;56(3):198-200. doi: 10.1093/tropej/fmp065.

18. Kumar M, Krishnamurthy S, Delhikumar CG, et al. Scrub typhus in children at a tertiary hospital in southern India: Clinical profile and complications. *Journal of Infection and Public*

*Health*. 2012;5(1):82-88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2011.11.001>.

19. Krishnan R, Pillai RK, KE E, et al. Pediatric scrub typhus in Southern Kerala: An emerging public health problem. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2016;4(2):89-94. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2016.03.003>.

20. SB Chiranth Ka, Vykuntraju K Gowda, et al. Profile of Neurological Manifestations in Children Presenting With Rickettsial Disease. *Indian Pediatrics*. 2022;59.

21. Kularatne SA, Edirisingha JS, Gawarammana IB, et al. Emerging rickettsial infections in Sri Lanka: the pattern in the hilly Central Province. *Tropical medicine & international health: TM&IH*. Sep 2003;8(9):803-11. doi: 10.1046/j.1365-3156.2003.01108.x.

22. Pérez JE, Estrada GI, Zapata Y, et al. Frequency of antibodies and seroconversion against Rickettsia spp in patients consulting health institutions in the department of Caldas, Colombia, 2016 - 2019. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*. Oct 15 2021;41(2):103-117.

23. Sharabi S, Sagi O, Ben-Shimol S. Serologic Diagnosis of Acute Rickettsiosis in Children in Southern Israel. *The Pediatric infectious disease journal*. Dec 1 2021;40(12):e521-e523. doi: 10.1097/inf.00000000003303.

## Summary

### RICKETTSIAL ENCEPHALITIS: A CASE REPORT

Rickettsial encephalitis is a rare disease in children. The disease has non-specific clinical and subclinical symptoms, and lesions in many different organs. Case diagnosis is mainly based on epidemiology, eschar ulcers and laboratory tests. Treatment with antibiotics such as Tetracycline, Chloramfenicol, and Doxycycline is still effective. We report a 7-month-old male child diagnosed

with Rickettsial encephalitis. He met the diagnostic criteria for encephalitis with specific ulcers (eschar). Treatment with Chloramphenicol had a good effect and patient recovered fully.

**Keywords: Encephalitis, Scrub typhus, Rickettsial.**