

hai xương cẳng chân và mang lại nhiều ưu điểm như kết hợp xương vững chắc giúp bệnh nhân vận động sớm, ít xấm lấn giảm tối thiểu tổn thương phần mềm, liền xương nhanh hơn, ít biến chứng sau phẫu thuật và sẹo mổ nhỏ.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy cho kết quả nắn chỉnh xương tốt với tỷ lệ liền xương cao và ít biến chứng, thực sự là một phương pháp điều trị hiệu quả cho gãy kín thân xương chày và thân hai xương cẳng chân ở người trưởng thành.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S Kuhn và cộng sự.** Extending the indications of intramedullary nailing with the Expert Tibial Nail®. Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiae Cechoslovaca. 2008;75(2):77.
2. **Leopold Bergervà cộng sự.** Unlocked and locked elastic stable intramedullary nailing in an ovine tibia fracture model: a biomechanical study. Materials Science and Engineering: C. 2014; 40:267-274.
3. **J. D. García Juárez và cộng sự.** [Use of the

orthofix intramedullary nail in tibial shaft fractures. A review of 22 cases]. Acta Ortop Mex. Jul-Aug 2007;21(4):212-6. Uso del clavo centromedular orthofix en fracturas diafisarias de tibia. Una revisión de 22 casos.

4. **Nguyễn Huy Hoàng.** Kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy tại bệnh viện E. Trường đại học y Hà Nội; 2023.
5. **Lê Duy Trung.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
6. **Nguyễn Lê Thịnh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
7. **Paulo Roberto Barbosa de Toledo Lourenço. Tibia, shaft.** AO principle fracture management, 3<sup>rd</sup> edition, Georg Thieme Verlag, Rüdigerstrasse 14, 70469 Stuttgart, Germany, and Thieme New York, 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA, 899-012.
8. **Pol M Rommens, Martin H Hessmann.** Intramedullary nailing: a comprehensive guide. Springer; 2015.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM NÃO TỰ MIỄN KHỞI PHÁT SAU VIÊM NÃO VI RÚT Ở TRẺ EM

Lê Mạnh Tuấn<sup>1</sup>, Đỗ Thiện Hải<sup>2</sup>, Đỗ Thanh Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT<sup>10</sup>

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm não tự miễn sau viêm não vi rút ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 bệnh nhi được chẩn đoán xác định viêm não tự miễn khởi phát sau viêm não vi rút tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 6 năm 2024, chúng tôi thu được 35 bệnh nhân với tuổi trung vị là 5 tuổi (IQR 1 – 9 tuổi), nhóm trẻ dưới 5 tuổi chiếm 57,1%, tỷ lệ nam: nữ = 1,9:1. Các vi rút thường gặp gây khởi phát bệnh với tỷ lệ: herpes simplex virus (HSV) là 57,1%; Japanese encephalitis virus (JEV) là 34,3%; enterovirus (EV) là 8,6%. Thời gian khởi phát triệu chứng bệnh viêm não tự miễn sau đợt viêm não vi rút trung vị là 21 ngày (IQR: 15 – 30 ngày). Triệu chứng khởi phát bệnh đa dạng, hay gặp nhất là sốt tái phát (62,9%), rối loạn vận động (62,9%) và giảm tri giác tái phát (48,6%). Bất thường dịch não tủy ghi nhận ở 77,1% bệnh nhi, chủ yếu tăng tế bào (71,4%) và tăng protein (57,1%). Có 62,9%

bệnh nhân có kháng thể kháng thụ thể NMDA dương tính. Điện não đồ có bất thường hoạt động nền chiếm 88,6%. Hầu hết bệnh nhân có tổn thương cũ trên phim cộng hưởng từ (88,6%) với vị trí tổn thương đa dạng, hay gặp ở thùy đỉnh (34,3%) và thùy thái dương (34,3%), ít gặp các tổn thương mới. **Kết luận:** Viêm não tự miễn ở trẻ em có thể khởi phát sau một số vi rút như HSV, JEV và EV. Triệu chứng lâm sàng của bệnh đa dạng, hay gặp sốt tái, rối loạn vận động và giảm tri giác tái phát. **Từ khóa:** Viêm não tự miễn, viêm não vi rút, thụ thể NMDA, trẻ em.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS FOLLOWING VIRAL ENCEPHALITIS IN CHILDREN

**Objective:** This study aims to describe the clinical and subclinical characteristics of autoimmune encephalitis following viral encephalitis in children. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 35 pediatric patients diagnosed with autoimmune encephalitis following viral encephalitis in children at the National Children's Hospital. **Results:** Between January 2019 and June 2024, 35 patients with a median age of 5 years (IQR 1 – 9 years) were included in the study, with the majority being children under 5 years old (57.1%). The male-to-female ratio was 1.9:1. The most common viruses causing the onset of the disease were

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

HSV (57.1%), JEV (34.3%), and EV (8.6%). The median time to onset of autoimmune encephalitis after a viral encephalitis episode was 21 days (IQR: 15 – 30 days). Clinical presentations of autoimmune encephalitis were diverse, with relapse fever (62.9%), movement disorders (62.9%), and recurrent unconsciousness (48.6%) being the most common symptoms. Cerebrospinal fluid abnormalities were observed in 77.1% of patients, with the majority showing hypercytosis (71.4%) and increased protein levels (57.1%). Autoimmune antibody testing in cerebrospinal fluid revealed that 62.9% of patients were positive for NMDA receptor antibodies. EEG abnormalities in background brain activity were found in 88.6% of the cases. Most patients also had old lesions on their MRI scans (88.6%), which were located in various areas, with the parietal lobe (34.3%) and temporal lobe (34.3%) being the most common locations. New lesions were rarely observed. The study concluded that autoimmune encephalitis in children can be triggered by several viruses, including HSV, JEV, and EV. The disease presents with diverse clinical symptoms, often including recurrent fever, movement disorders, and decreased consciousness.

**Keywords:** autoimmune encephalitis, viral encephalitis, NMDA receptor, children.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tự miễn (VNTM) là tình trạng viêm của nhu mô não qua trung gian miễn dịch, gây ra sự thiếu hụt về trí nhớ, các rối loạn về tâm thần, tri giác, thường kéo theo thay đổi ý thức ở nhiều mức độ khác nhau, thường diễn biến cấp hoặc bán cấp (<3 tháng). Trong những năm gần đây, có nhiều nghiên cứu đưa ra bằng chứng VNTM có thể khởi phát sau viêm não do vi rút thông qua cơ chế miễn dịch. Theo tác giả Armangue T (2014), viêm não kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDAR) có thể được kích hoạt bởi viêm não do HSV qua trung gian miễn dịch.<sup>1</sup> Biểu chứng lâm sàng này thường xảy ra ở trẻ em hơn người lớn.<sup>2</sup> Nhận biết kịp thời sự tiến triển bệnh viêm não tự miễn sau khi bệnh nhân mắc viêm não do vi rút ở trẻ là rất quan trọng vì liệu pháp miễn dịch kịp thời có hiệu quả trong điều trị, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gia đình người bệnh.

Triệu chứng lâm sàng giai đoạn viêm não tự miễn thường đa dạng, chủ yếu là triệu chứng loạn động ở trẻ em, trong khi người lớn thường có các bất thường về nhận thức và hành vi. Đối với bệnh nhân sau viêm não HSV, kháng thể kháng thụ thể NMDA tìm thấy ở 20% bệnh nhân có triệu chứng tái phát bệnh.<sup>3</sup> Triệu chứng lâm sàng VNTM sau viêm não JEV cũng bao gồm triệu chứng loạn động, thay đổi hành vi và loạn thần.<sup>4</sup> Các triệu chứng này cũng được phát hiện là cải thiện sau khi điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch. Cơ chế được đưa ra liên quan đến các

kháng thể kháng thụ thể NMDA, các kháng thể bề mặt tế bào thần kinh.<sup>5</sup>

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về bệnh viêm não tự miễn ở trẻ em nhưng chủ yếu trên nhóm viêm não tự miễn kháng thụ thể NMDA, chưa có nghiên cứu nào đầy đủ về nhóm viêm não tự miễn khởi phát sau viêm não vi rút. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm não tự miễn khởi phát sau viêm não vi rút ở trẻ em*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhi dưới 18 tuổi được chẩn đoán xác định viêm não tự miễn theo tiêu chuẩn của tác giả Francesc Graus năm 2016 (đối với bệnh nhân nhập viện trước năm 2020) và của tác giả Celluci T 2020 (đối với bệnh nhân nhập viện từ năm 2020).<sup>6,7</sup>

- Có tiền sử chẩn đoán viêm não vi rút và xét nghiệm dịch não tủy âm tính với vi rút đã mắc.

- Bố, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thời gian theo dõi sau điều trị liệu pháp miễn dịch đầu tiên chưa đủ 3 tháng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thời gian nghiên cứu:** trong 5 năm, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2024. Trong đó hồi cứu bệnh án trong thời gian từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 6 năm 2023 và tiến cứu bệnh án từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024.

**Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm thần kinh và Trung tâm Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Nhi Trung ương.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả bệnh nhân chẩn đoán viêm não tự miễn sau viêm não vi rút đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

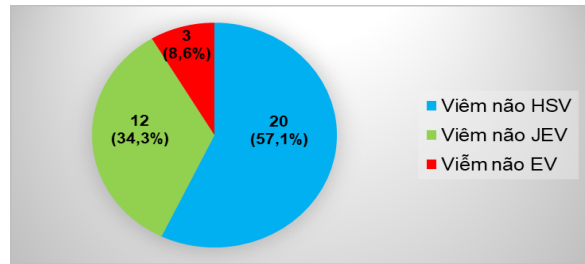
**2.3. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng: thống kê mô tả (tỷ lệ %, giá trị trung vị, tứ phân vị), X<sup>2</sup> test, Fisher exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua hội đồng khoa học của trường Đại Học Y Hà Nội và Hội đồng y đức của Bệnh viện Nhi Trung ương theo số quyết định số 506 BVNTW – HĐĐĐ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm

2019 đến tháng 06 năm 2024, chúng tôi thu được 35 bệnh nhi được đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Độ tuổi trung vị là 5 tuổi (IQR 1 – 9) tuổi, tuổi nhỏ nhất là 9 tháng tuổi, lớn nhất là 14 tuổi. Nhóm trẻ dưới 5 tuổi có tỷ lệ cao nhất (57,1%) và tỷ lệ nam: nữ = 1,9:1. Thời gian khởi phát triệu chứng đầu tiên sau đợt viêm não vi rút trung vị 21 ngày (IQR: 15 – 30 ngày), sớm nhất là 7 ngày, muộn nhất là 45 ngày. Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán có trung vị là 8 ngày (IQR: 5 – 14 ngày). Các vi rút thường gặp gây khởi phát viêm não tự miễn là HSV, JEV và EV.



**Biểu đồ 1. Loại vi rút gây khởi phát viêm não tự miễn**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân khởi phát sau viêm não HSV (57,1%) và JEV (34,3%).

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng giai đoạn viêm não tự miễn**

Triệu chứng sau nhiễm vi-rút		HSV (n <sub>1</sub> =20)	JEV (n <sub>2</sub> =12)	EV (n <sub>3</sub> =3)	Tổng (n=35)
Sốt	Sốt tái phát	11(55,0%)	3(25,0%)	0(0,0%)	14(40,0%)
	Sốt kéo dài	0(0,0%)	2(16,7%)	0(0,0%)	2(5,7%)
Thần kinh	Co giật tái phát có kiểm soát	7(35,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	7(20,0%)
	Co giật tái phát không kiểm soát	1(5,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(2,9%)
	Giảm tri giác tái phát	11(55,0%)	4(33,3%)	2(66,7%)	17(48,6%)
Tâm thần	Rối loạn hành vi	6(30,0%)	7(58,3%)	2(66,7%)	15(42,9%)
	Rối loạn cảm xúc	4(20,0%)	6(50,0%)	2(66,7%)	12(34,3%)
<b>Rối loạn vận động</b>		15(75,0%)	6(50,0%)	1(33,3%)	22(62,9%)
<b>Rối loạn giấc ngủ</b>		6(30,0%)	3(25,0%)	1(33,3%)	10(28,6%)
<b>Rối loạn ngôn ngữ</b>		2(10,0%)	5(41,7%)	0(0,0%)	7(20,0%)

**Nhận xét:** Triệu chứng khởi phát viêm não tự miễn đa dạng, hay gặp là triệu chứng sốt tái phát (62,9%), giảm tri giác tái phát (48,6%) và rối loạn vận động (62,9%). Trong đó, nhóm khởi phát sau viêm não HSV thường gặp triệu chứng giảm tri giác tái phát, sốt và co giật tái phát. Nhóm khởi phát sau JEV và EV hay gặp rối loạn hành vi, cảm xúc và rối loạn vận động.

**Bảng 2. Đặc điểm điện não đồ và dịch não tủy**

Cận lâm sàng		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Điện não đồ</b>			
Hoạt động nền	Bình thường	4	11,4
	Sóng chậm toàn thể	11	31,4
	Sóng chậm khu trú	19	54,3
	Sóng delta bàn chải	1	2,9
Hoạt động kích phát dạng động kinh	Toàn thể	8	22,9
	Khu trú	3	8,6
	Cơn dưới lâm sàng	1	2,9
<b>Dịch não tủy</b>			
<b>Bất thường</b>		27	77,1%
Tế bào	Tế bào > 5	25	71,4
	Trung vị (IQR)	12 (4 – 28)	
Sinh hóa	Protein > 0,45 g/L	20	57,1
	Trung vị (IQR) g/L	0,51 (0,31 – 0,74)	
	Glucose < 2,3	0	0,0
Kháng thể	Trung vị (IQR)	3,76 (3,27 – 4,24)	
	NMDAR (+)	22	62,9
	NMDAR (-)	13	37,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ có bất thường hoạt động nền trên điện não đồ là 88,6%. Hoạt động kích phát dạng động kinh chiếm 31,5%. Có 77,1% bệnh nhân có bất thường dịch não tủy, trong đó chủ yếu là tăng tế bào và tăng protein. Có 62,9% bệnh nhân có kháng thể kháng NMDAR

dương tính trong dịch não tủy.

**Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ sọ não**

Đặc điểm	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Đặc</b>	Tổn thương mới	10	28,6

<b>điểm tổn thương</b>	Tổn thương cũ	16	45,7
	Dịch hóa nhu mô não	2	5,7
	Teo não	9	25,7
	Xuất huyết não	6	17,1
<b>Vị trí tổn thương</b>	Thùy trán	11	31,4
	Thùy đỉnh	12	34,3
	Thùy chẩm	6	17,1
	Thùy thái dương	12	34,3
	Đồi thị	18	51,4
	Chất trắng cạnh não thất	5	14,3

**Nhận xét:** Hầu hết bệnh nhân có tổn thương trên phim cộng hưởng từ (88,6%). Trong đó, phần lớn là các tổn thương cũ (45,7%). Vị trí tổn thương đa dạng, hay gặp nhất ở thùy đỉnh (34,3%) và thùy thái dương (34,3%), ít gặp các tổn thương mới.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu được 35 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm não tự miễn khởi phát sau viêm não vi rút với tuổi trung vị là 5 tuổi (IQR 1 – 9 tuổi). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Zhang M và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 34 bệnh nhân với tuổi trung bình là 7 tuổi, nhóm trẻ dưới 6 tuổi là 41,2% và tác giả Nguyễn Thị Bích Vân (2022) với tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi là 45,1%.<sup>3,6</sup> Điều đó cho thấy viêm não tự miễn sau viêm não vi rút thường xảy ra ở nhóm tuổi trẻ nhỏ. Ở độ tuổi này trẻ chưa biết mô tả các triệu chứng cụ thể, rõ ràng nên bệnh dễ bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với bệnh khác. Do đó, cần theo dõi sát triệu chứng của bệnh nhân để có thể chẩn đoán sớm và điều trị bệnh kịp thời.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy viêm não tự miễn có thể khởi phát sau viêm não do ba loại vi rút là HSV, JEV và EV. Trong đó chúng tôi thấy nhóm trẻ viêm não tự miễn khởi phát sau HSV gặp với tỷ lệ cao nhất (57,1%).

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên sau đợt viêm não vi rút trung bình là 21 ngày (IQR 15 – 30 ngày), trong đó sớm nhất là 7 ngày ở bệnh nhân sau viêm não do EV, thời gian muộn nhất là 45 ngày ở bệnh nhân sau viêm não do HSV. Khi phân tích giữa các nhóm vi rút, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân viêm não tự miễn sau viêm não HSV có thời gian xuất hiện triệu chứng muộn nhất với thời gian trung bình là 30 ngày (IQR: 20,5 – 35,5 ngày). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Armangue T (2018), thời gian trung bình xuất hiện triệu chứng viêm não thứ phát ở 27 bệnh nhân tuổi ≤ 4 tuổi là 26 ngày (IQR là 24 - 32 ngày), trên nhóm trẻ lớn và người lớn (tuổi trung bình là 42

tuổi), thời gian trung bình xuất hiện viêm não thứ phát là 43 ngày (IQR là 25 - 54 ngày).<sup>1</sup> Sự xuất hiện viêm não thứ phát ở trẻ lớn và người lớn thường xuất hiện muộn hơn so với trẻ nhỏ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng của bệnh đa dạng, trong đó hay gặp nhất là các triệu chứng về thần kinh và tâm thần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Armangue T (2013) thấy triệu chứng thường gặp là triệu chứng thần kinh (60%) và triệu chứng tâm thần (40%).<sup>1</sup> Suy giảm tri giác tái phát là triệu chứng thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ 48,6%. Trong nghiên cứu của Zhang M tỷ lệ này là 8%<sup>7</sup>, điều này liên quan đến thời điểm chẩn đoán bệnh, vì bệnh viêm não tự miễn thường có tính chất bán cấp nên suy giảm tri giác thường xuất hiện muộn hơn. Triệu chứng tâm thần khởi phát hay gặp là rối loạn hành vi (42,9%) và ít gặp hơn là rối loạn cảm xúc chiếm 34,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Anh Tuấn (2022) khi triệu chứng rối loạn hành vi cũng khá thường gặp (chiếm 31,1%) trong khi đó các triệu chứng loạn thần ít gặp hơn (6,6%).<sup>6</sup> Triệu chứng toàn thân hay gặp nhất là sốt tái phát (45,7%). Đặc điểm sốt không đặc trưng cho bệnh viêm não tự miễn, nhưng là một gợi ý trong quá trình theo dõi và điều trị.

Tất cả các bệnh nhân đều được ghi điện não đồ, trong đó có 88,6% có bất thường hoạt động nền và 34,3% bệnh nhân có hoạt động kích phát dạng động kinh trên điện não đồ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trên thế giới của tác giả Florance NR (2009) thấy 100% có bất thường trên điện não đồ, bất thường hoạt động nền với sóng chậm khu trú hoặc toàn thể 88%, hoạt động sóng động kinh 28%.<sup>8</sup>

Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả bệnh nhân được xét nghiệm dịch não tủy (bao gồm xét nghiệm tế bào, hóa sinh và xét nghiệm kháng thể kháng NMDAR). Kết quả cho thấy có 25 bệnh nhân (71,4%) có tăng tế bào và 57,1% bệnh nhân có tăng protein. Có 22 bệnh nhân (62,9%) có kháng thể kháng NMDAR dương tính trong dịch não tủy, trong đó có 16 bệnh nhân sau viêm não HSV, 6 bệnh nhân sau viêm não JEV và không có bệnh nhân nào sau viêm não EV. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng viêm não tự miễn có thể khởi phát sau viêm não EV, tuy nhiên cả 3 trường hợp đều không tìm thấy kháng thể tự miễn trong dịch não tủy. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên hạn chế đánh giá.

Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ sọ não, cho kết quả: 88,6% có bất

thường, trong đó tổn thương mới chiếm 28,6%; các loại tổn thương thường đa dạng và tổn thương có thể ở nhiều vị trí (không có bệnh nhân nào có tổn thương hoại tử mới). Tổn thương hay gặp nhất là các ổ tổn thương cũ (45,7%), các tổn thương khác: teo não (25,7%), xuất huyết não (17,1%) và dịch hóa nhu mô não (5,7%). Kết quả nghiên cứu này cho thấy các tổn thương trên cộng hưởng tử cao hơn các nghiên cứu trên thế giới, khi so sánh với tác giả Florance NR (2009) và Xu X (2020) lần lượt là 31,0% và 35,9%.<sup>8,9</sup> Có sự khác biệt này là do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm đối tượng mắc bệnh viêm não thứ phát sau viêm não (đã có tổn thương trong giai đoạn viêm cấp do vi rút) nên ở giai đoạn viêm não tự miễn các tổn thương vẫn còn tồn tại.

## V. KẾT LUẬN

Viêm não tự miễn ở trẻ em có thể khởi phát sau viêm não do vi rút HSV. JEV và EV.

Triệu chứng bệnh thường đa dạng, thường gặp sốt tái phát, suy giảm tri giác tái phát và rối loạn vận động. Hầu hết các trường hợp dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Do đó các bác sĩ lâm sàng cần chỉ định xét nghiệm chẩn đoán sớm bệnh viêm não tự miễn và điều trị sớm cho bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng trên sau viêm não vi rút.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armangué T, Leypoldt F, Málaga I, et al.** Herpes simplex virus encephalitis is a trigger of

- brain autoimmunity. *Ann Neurol.* 2014;75(2):317-323. doi:10.1002/ana.24083
2. **Giri YR, Parrill A, Damodar S, et al.** Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents: A Systematic Review and Quantitative Analysis of Reported Cases. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(4):236-248.
3. **Prüss H.** Postviral autoimmune encephalitis: manifestations in children and adults. *Curr Opin Neurol.* 2017;30(3): 327-333. doi:10.1097/WCO.0000000000000445
4. **Jiannan M, Wei H, Li J.** Japanese encephalitis-induced anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis: A hospital-based prospective study. *Brain & development.* 2020;42(2). doi:10.1016/j.braindev.2019.09.003
5. **Liu B, Liu J, Sun H, et al.** Autoimmune encephalitis after Japanese encephalitis in children: A prospective study. *Journal of the Neurological Sciences.* 2021;424:117394. doi:10.1016/j.jns.2021.117394
6. **Nguyễn Thị Bích Vân, Cao Vũ Hùng, Đặng Anh Tuấn và cộng sự** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm não kháng thụ thể NMDA ở trẻ em. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1, 187-190.
7. **Zhang M, Li W, Zhou S, et al.** Clinical Features, Treatment, and Outcomes Among Chinese Children With Anti-methyl-D-aspartate Receptor (Anti-NMDAR) Encephalitis. *Front Neurol.* 2019; 10:596. doi:10.3389/fneur.2019.00596
8. **Florance NR, Davis RL, Lam C, et al.** Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor (NMDAR) Encephalitis in Children and Adolescents. *Ann Neurol.* 2009;66(1):11-18. doi:10.1002/ana.21756
9. **Xu X, Lu Q, Huang Y, et al.** Anti-NMDAR encephalitis: A single-center, longitudinal study in China. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2020; 7(1): e633. doi:10.1212/NXI.0000000000000633

# KẾT QUẢ CAI THỞ MÁY CỦA PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ THÍCH ỨNG THÔNG MINH Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

Nguyễn Đức Mạnh<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2,3</sup>, Đặng Quốc Tuấn<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả áp dụng phương thức thông khí hỗ trợ thích ứng thông minh (iASV) trong cai thở máy cho bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát tiến cứu trên 20

bệnh nhân đợt cấp COPD nhập trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai đủ điều kiện cai thở máy từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024. Các thông số theo dõi chính như tuổi, các chỉ số khí máu: pH, PaCO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, lactat; các thông số lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở, spO<sub>2</sub> được thu thập tại các thời điểm: nhập viện, bắt đầu cai máy thở bằng iASV, sau cai thở máy 30 phút, sau 60 phút, sau 120 phút, trước khi rút ống nội khí quản hoặc trước khi chuyển lại thông khí kiểm soát và sau rút ống nội khí quản. Bệnh nhân được đánh giá thành công khi không phải đặt lại nội khí quản sau 48 giờ. **Kết quả nghiên cứu:** Trong số 20 bệnh nhân nghiên cứu (tuổi trung bình 71 ± 9,1 tuổi; 100% nam giới) cho kết quả có 16(80%) bệnh nhân rút ống nội khí quản thành công. Ở nhóm cai máy thành công, có thời gian cai

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024