

ĐẶC ĐIỂM VIÊM NÃO KHÁNG NMDAR Ở TRẺ EM ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THAY HUYẾT TƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Huy Luân¹, Phạm Thái Sơn², Ngô Thị Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả ở trẻ em mắc viêm não kháng NMDAR được TPE. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trẻ viêm não kháng NMDAR được điều trị thay huyết tương (TPE) từ 1/2019 – 6/2022 tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2. **Kết quả:** Có 32 trẻ viêm não tự miễn (VNTM) - 18 ca viêm não kháng NMDAR và 14 ca có khả năng VNTM kháng thể âm tính. Nhóm viêm não kháng NMDAR có tỉ lệ nam:nữ là 1:2,6 và tuổi trung vị là 7 (4,5-12,3) tuổi. Thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập viện trung vị là 8,5 (4-14) ngày. Phần lớn (89,9%) trường hợp viêm não nặng với rối loạn tri giác (100%), rối loạn tâm thần (94,4%), giảm khả năng nói (94,4%), co giật (83,3%) và rối loạn vận động (100%). Nhóm viêm não kháng NMDAR có tỷ lệ cao hơn các biểu hiện ảo tưởng, tăng động, và rối loạn vận động so với nhóm có khả năng VNTM kháng thể âm tính. Về xét nghiệm cho thấy 83,3% có bất thường dịch não tủy (DNT) với số lượng và tỉ lệ tăng bạch cầu cao hơn so với nhóm còn lại. EEG bất thường trong 75% trường hợp và MRI não chỉ 33,3% ghi nhận bất thường. Điều trị miễn dịch với 5,6% TPE đơn trị, 83,3% IVMT+TPE và 11,1% IVMT+TPE+IVIG. Kết quả với 77,8% cải thiện và thời gian nằm viện trung vị là 39 ngày. **Kết luận:** Triệu chứng thường gặp nhất của viêm não kháng NMDAR nặng bao gồm rối loạn tri giác, tâm thần kinh, giảm khả năng nói và rối loạn vận động. Viêm não kháng NMDAR nặng có đáp ứng tốt sau điều trị miễn dịch, đặc biệt là khi phối hợp IVMT+TPE.

Từ khoá: viêm não tự miễn, viêm não kháng NMDAR, điều trị thay huyết tương

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ANTI-NMDAR ENCEPHALITIS TREATED WITH THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE

Objective: to describe characteristics of children diagnosed with Anti-NMDAR encephalitis who were treated with therapeutic plasma exchange (TPE). **Method:** a retrospective case series, conducted on patients diagnosed with Anti-NMDAR encephalitis underwent TPE treatment at Children's Hospital No. 2, between January 2019 and June 2022. **Results:** a total of 32 patients were enrolled in the study, 18 in the Anti-NMDAR encephalitis group and 14 in the probable antibody-negative autoimmune encephalitis

group. The Anti-NMDAR encephalitis group had a male to female ratio of 1:2.6 and a median age of 7 (4.5-12.3) years old. The median duration from onset to hospital admission was 8.5 (4-14) days. The majority (89.9%) of the Anti-NMDAR encephalitis group had severe encephalitis with symptoms including altered consciousness (100%), psychosis (94.4%), speech impairment (94.4%), seizure (83.3%), and movement disorders (100%). The Anti-NMDAR group also showed a higher frequency of delusions, hyperactivity, and dyskinesias compared to the probable antibody-negative autoimmune encephalitis group. In terms of laboratory evaluation, 83.3% of Anti-NMDAR encephalitis cases showed abnormal cerebrospinal fluid (CSF) results, with a higher white blood cell count and rate of leukocytosis compared to the other group. EEG showed abnormalities in 75% of cases and brain MRI results showed abnormalities in 33.3% of cases. In terms of treatment, 5.6% received TPE monotherapy, 83.3% received IVMT+TPE, and 11.1% received IVMT+TPE+ IVIG. 77.8% of cases showed improvement after treatment, with a median length of hospital stay of 39 days. **Conclusions:** severe Anti-NMDAR encephalitis patients typically showed symptoms of altered consciousness, neuropsychiatric, language deficits, and dyskinesic movements. Severe cases of Anti-NMDAR encephalitis had a higher rate of treatment response, and the combination of IVMT + TPE was effective in improving patient outcomes.

Keywords: Anti-NMDAR encephalitis, autoimmune encephalitis, therapeutic plasma exchange

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hơn một thập kỷ qua, đã có những tiến bộ mới trong chẩn đoán và điều trị VNTM nói chung và viêm não tự kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (viêm não kháng NMDAR) nói riêng. Điều trị nhằm vào kháng thể trong bệnh lý này gồm: corticoid, IVIG và điều trị thay huyết tương (TPE). TPE là loại bỏ các chất trung gian gây bệnh khỏi cơ thể (đại phân tử độc hại và các tự kháng thể gây bệnh); là khuyến cáo loại I chứng cứ 1C cho viêm não kháng NMDAR. Trong báo cáo của Huy P Pham [4], chín bệnh nhân viêm não kháng NMDAR được TPE cho thấy một bệnh nhân đã cải thiện sau ba chu kỳ TPE, và bốn bệnh nhân cải thiện đáng kể tại thời điểm xuất viện. Theo dõi lâu dài cho thấy việc bắt đầu sớm TPE có vẻ có lợi; tuy nhiên cỡ mẫu quá nhỏ để đưa ra kết luận. Bệnh viện Nhi Đồng 2 nhiều năm qua đã ứng dụng TPE trong điều trị viêm não kháng NMDAR nặng hoặc kém đáp ứng corticoid với kết quả ban đầu khá khả quan. Ở Việt Nam, cho đến nay, vẫn chưa có

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Luân

Email: huyluanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

ngiên cứu về đặc điểm và đánh giá điều trị ở nhóm viêm não kháng NMDAR nặng, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Tiêu chí chọn vào: Trẻ dưới 16 tuổi mắc VNTM được TPE tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ 01/2019 đến ngày 6/2022. Chẩn đoán VNTM lúc xuất viện, cụ thể:

Viêm não kháng NMDAR: có lâm sàng nghi ngờ VNTM và kháng thể kháng NMDAR trong dịch não tủy dương tính.

Có khả năng VNTM kháng thể âm tính: có 3 tiêu chí sau:

1. Khởi phát \leq 3 tháng của bệnh não hoặc các triệu chứng tâm thần (tình trạng tâm thần/mức độ ý thức; dấu thần kinh khu trú, suy giảm nhận thức, thoái lui tiến triển cấp; rối loạn vận động, co giật không giải thích bởi các rối loạn co giật trước đây hoặc tình trạng khác) loại trừ các nguyên nhân thay thế khác

2. Và ít nhất 1 trong số các chỉ số sau đây của viêm: thay đổi dịch não tủy (DNT) hướng viêm (tế bào bạch cầu $>$ 5 tế bào/mm³; đặc điểm công hưởng từ (MRI) của viêm não; thay đổi điện não đồ (EEG) với sóng chậm hoặc hoạt động dạng động kinh

3. Và xét nghiệm kháng thể liên quan VNTM âm tính

Tiêu chí loại ra: Có tiền sử rối loạn phát triển tâm vận hoặc động kinh.

Quy trình xử trí bệnh nhân VNTM tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 như sau:

Bệnh nhân nghi ngờ VNTM khi có khởi phát bán cấp với suy giảm trí nhớ (giảm trí nhớ ngắn hạn), hội chứng não cấp hoặc các triệu chứng tâm thần; được xử trí ban đầu như viêm não cấp với chống phù não, acyclovir và làm xét nghiệm tìm nguyên nhân như: nhiễm trùng - siêu vi (cây, tìm HSV, JEV, EV71,...), bệnh mạch máu não, chuyển hoá và ngộ độc; khảo sát EEG, MRI não có chất tương phản; tầm soát khối u; và xét nghiệm tự kháng thể liên quan VNTM. Sau loại trừ các nguyên nhân thay thế, trẻ có mức độ chẩn đoán "có khả năng VNTM" được điều trị miễn dịch tấn công với IVMT, TPE hoặc IVIG căn cứ vào tình trạng nhiễm trùng, chống chỉ định và nguy cơ diễn tiến nặng trong khi chờ kết quả xét nghiệm tự kháng thể.

Chỉ định TPE cho VNTM tại Bệnh viện Nhi Đồng 2:

- VNTM mức độ nặng: điểm mRS= 4-5

(modified Rankin Scale: thang điểm mRS cải biên thích ứng cho trẻ em [3])

- VNTM mức độ trung bình: điểm mRS=3

o Không đáp ứng với IVMT

o Lúc chuyển sang prednisone uống mà điểm mRS không thay đổi hoặc diễn tiến xấu hơn (mRS tăng \geq 1 điểm).

Cách thực hiện. Lấy danh sách bệnh nhân dựa vào phần mềm quản lý bệnh viện các trường hợp có TPE chỉ định do bệnh lý thần kinh tại Khoa Nhiễm từ 1/2019 đến 6/2022. Mượn hồ sơ theo danh sách, xem xét tiêu chuẩn chọn vào, thu thập thông tin theo mẫu được soạn sẵn, gồm: thông tin chung; lâm sàng và độ nặng trước chỉ định TPE; xét nghiệm lần đầu ghi nhận trong bệnh án trước TPE; điều trị phối hợp: thở máy, kháng sinh, vận mạch, corticoid, IVIG...; đánh giá kết quả lúc xuất viện. Cải thiện lâm sàng khi đáp ứng một trong các tiêu chí sau đây:

• mRS giảm ít nhất 1 điểm

• Thay đổi trạng thái từ rối loạn nhận thức sang có nhận thức

• Từ co giật nhiều - không khống chế đến giảm, không co giật.

Xử lý dữ liệu: với phần mềm SPSS. Thống kê phân tích với kiểm định Chi bình phương, chính xác Fisher được sử dụng để so sánh các biến định tính. Với biến định lượng không có phân phối chuẩn, kiểm định phi tham số Mann-Whitney để tìm sự khác biệt giữa trung vị hai mẫu độc lập. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu với mã số 32/21-BVNĐ2 đã được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Đồng 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2019 đến 6/2022 tại khoa Nhiễm BV Nhi Đồng 2, có 36 trường hợp VNTM được TPE trong đó: viêm não kháng NMDAR (n=18) được đưa vào nghiên cứu, chúng tôi so sánh với nhóm có khả năng VNTM kháng thể âm tính (n=14: 0/14 NMDAR, 0/5 GABAR, 0/5 LGI1, 0/5 CASPR2, 0/5 AMPAR).

3.1. Đặc điểm dân số - dịch tễ. Nhóm viêm não kháng NMDAR gồm 5 nam (27,8%) và 13 nữ (72,2%), tuổi trung vị 7 (4,5-12,3) tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi. Có 3 trường hợp (16,7%) nhiễm trùng và 2 trường hợp (11,1%) chấn thương đầu trước khởi bệnh; không phát hiện khối u qua tầm soát.

Bảng 1: Đặc điểm dân số - dịch tễ

Đặc điểm	Viêm não kháng NMDAR	VNTM kháng thể âm tính	P

	N=18	N=14	
Nam: Nữ	1:2,6	1:1	0,198 ^b
Tuổi (năm) m (KTPV)	7 (4,5-12,3)	7,4 (5,2-9,5)	0,776 ^a
Nhiễm trùng trước khởi bệnh n (%)	3 (16,7)	2(14,3)	0,876 ^b
Chấn thương đầu n (%)	2 (11,1)	0	-

^a: Kiểm định Mann-Whitney; ^b: Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Không khác biệt về đặc điểm dân số và dịch tễ giữa hai nhóm viêm não.

3.2. Đặc điểm lâm sàng. Thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập viện trung vị là 8,5 (4-14) ngày. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp tại thời điểm chỉ định TPE là rối loạn tri giác (100%), rối loạn tâm thần (94,4%), giảm khả năng nói (94,4%), co giật (83,3%) và rối loạn vận động (100%). Phần lớn (89,9%) bệnh nhân có viêm não mức độ nặng lúc TPE, mức độ trung bình 11,1%.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	Viêm não kháng NMDAR N=18 n (%)	VNTM kháng thể âm tính N=14 n (%)	p*
Thời gian từ khởi phát đến lúc nhập viện (ngày) m (KTPV)	8,5 (4-14)	4 (1,8-12)	0,131*
Mất ngủ	12(66,7)	5(35,7)	0,082 ^a
Ngủ nhiều	1(5,6)	1(7,1)	-
Giảm khả năng nói	17(94,4)	12(85,7)	0,568 ^b
Rối loạn tri giác	18(100)	14(100)	-
Rối loạn tâm thần	17(94,4)	12(85,7)	0,568 ^b
Ao tưởng	6(33,3)	0	0,024 ^b
Đề bị kích thích	15(83,3)	8(57,1)	0,132 ^b
Tăng động	14(77,8)	6(42,9)	0,043 ^a
Căng trương lực	14(77,8)	10(71,4)	0,703 ^a
Sốt lúc khởi bệnh	7(38,9)	10(71,4)	0,067 ^a
Co giật	15(83,3)	12(85,7)	1 ^a
Trạng thái động kinh	2(11,1)	5(35,7)	0,195 ^b
Rối loạn TKTV	6(33,3)	6(42,9)	0,581
Rối loạn vận động	18(100)	9(64,3)	0,01 ^b
-Nhai miệng	8(44,4)	1(7,1)	0,04 ^b
-Căn lưỡi	0	0	-
-Loạn trương lực cơ	17(94,4)	9(64,3)	0,064 ^b
-Đơ cứng	0	1(7,1)	-
Mức độ viêm não Trung bình	2(11,1)	3(21,4)	0,492 ^a
Nặng	16(89,9)	11(78,6)	

^{*}: Kiểm định Mann-Whitney

^a: Kiểm định Chi bình phương

^b: Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Các biểu hiện ảo tưởng, tăng động, rối loạn vận động (nhai miệng, loạn trương lực cơ) nhiều hơn có ý nghĩa ở nhóm viêm não kháng NMDAR ($p < 0,05$). Mức độ viêm não không khác biệt giữa 2 nhóm viêm não.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Xét nghiệm dịch não tủy: Có 83,3% trường hợp có bất thường DNT, đa số là tăng số lượng bạch cầu > 5 tế bào/mm³ (75%), 22,2% trường hợp tăng đạm trong DNT, chỉ 11,1% trường hợp có giảm glucose DNT.

Bảng 3: Đặc điểm xét nghiệm dịch não tủy

Xét nghiệm DNT	Viêm não kháng NMDAR N=18	VNTM kháng thể âm tính N=14	p*
Số lượng bạch cầu (tế bào/mm ³) m (KTPV)	24 (13-59)	8 (2-40)	0,08*
Số lượng bạch cầu > 5 tế bào/mm ³ n (%)	17(94,4)	8(57,1)	0,027 ^a
Tăng protein n (%)	3(22,2)	5(35,7)	0,228 ^b
Giảm glucose n (%)	2(11,1)	1(7,1)	1,000 ^b

^{*}: Kiểm định Mann-Whitney

^a: Kiểm định Chi bình phương

^b: Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Số lượng bạch cầu/DNT và tỉ lệ tăng bạch cầu/DNT cao hơn ở nhóm viêm não kháng NMDAR.

Điện não đồ và cộng hưởng từ não: Có 16 trường hợp được đo EEG kết quả bất thường trong 75% trường hợp, đa số là hoạt động sóng chậm (62,5%), hoạt động động kinh chỉ ghi nhận trong 12,6% trường hợp trong đó 1 trường hợp có dấu hiệu extreme delta brush. Tất cả trường hợp đều được chụp MRI não và chỉ 33,3% ghi nhận bất thường, chủ yếu là tổn thương dưới vỏ (27,8%); tổn thương vỏ não chỉ chiếm 5,6%.

Bảng 4: Đặc điểm điện não đồ và cộng hưởng từ não

Đặc điểm	Viêm não kháng NMDAR n (%)	VNTM kháng thể âm tính n (%)	p*
EEG	N=16	N=12	
Bình thường	4 (25)	3 (25)	0,637
Động kinh	1 (6,3)	2 (16,7)	
Hoạt động sóng chậm	10(62,5)	7(58,3)	
Extremely delta brush	1 (6,3)	0	
MRI não	N=18	N=14	
Bình thường	12(66,7)	5(35,7)	0,287
Tổn thương dưới vỏ	5 (27,8)	7 (50)	

Tổn thương đa ổ	1 (5,6)	3 (21,4)
Tổn thương vỏ não	1 (5,6)	2 (14,3)
Thùy thái dương	1 (5,6)	2 (14,3)

*: Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Các đặc điểm EEG và MRI não không khác biệt giữa 2 nhóm viêm não.

Đặc điểm điều trị: Điều trị miễn dịch với 5,6% TPE đơn trị, 83,3% IVMT+TPE và 11,1% IVMT+TPE+IVIG (IVIG dùng sau TPE). Điều trị hỗ trợ với 100% kháng sinh tĩnh mạch, 38,9% cần thở máy và 27,8% phải dùng vận mạch.

Bảng 5: Đặc điểm điều trị

Đặc điểm	Viêm não kháng NMDAR N=18 n (%)	VNTM kháng thể âm tính N=14 n (%)	p*
Liệu pháp miễn dịch			
TPE đơn trị	1(5,5)	6(42,9)	0,03
Phối hợp IVMT+TPE	15 (83,3)	6(42,9)	
Phối hợp IVMT+TPE+IVIG	2(11,1)	2(14,2)	
Điều trị khác			
Kháng sinh	18(100)	14(100)	-
Thở máy	7(38,9)	8(57,1)	0,305
Nhu cầu vận mạch	5(27,8)	7(50)	0,198

*: Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Nhóm viêm não kháng NMDAR có khuynh hướng phối hợp IVMT+TPE chủ yếu, trong khi nhóm có khả năng VNTM kháng thể âm tính thì TPE đơn trị tương đương với phối hợp IVMT+TPE.

Kết quả: Có 94,4% trường hợp được xuất viện, trong đó 14 trường hợp (77,8%) cải thiện và 3 trường hợp (22,2%) chưa cải thiện; 1 trường hợp xin về. Thời gian nằm viện trung vị là 39 ngày.

Bảng 6: Kết quả điều trị

Kết quả	Viêm não kháng NMDAR N=18	VNTM kháng thể âm tính N=14	p
Thời gian nằm viện (ngày) m (KTPV)	41 (23,5-54,3)	35 (30-55)	0,775 ^a
Cải thiện n (%)	14(77,8)	8(57,1)	0,267 ^b
Không cải thiện n(%)	4(22,2)	6(42,9)	

^a: Kiểm định Mann-Whitney

^b: Kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: kết quả điều trị không khác nhau giữa 2 nhóm viêm não về thời gian nằm viện, kết cục và cải thiện lúc xuất viện. Nhóm viêm não

kháng NMDAR có tỉ lệ cải thiện cao hơn lúc xuất viện, mặc dù không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy nhiều triệu chứng liên quan đến não kháng NMDAR bao gồm ảo giác, giảm khả năng nói/ câm lạng, rối loạn hành vi, co giật, rối loạn vận động đều có tỉ lệ cao, phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán của bệnh. Kết quả này tương đồng với tác giả Yang Zhang [8] trong VNTM nặng (chủ yếu viêm não kháng NMDAR) thì rối loạn ý thức (93%), rối loạn hành vi tâm thần (86%) và co giật động kinh (81%). Các triệu chứng ảo tưởng, rối loạn vận động và tăng động là những triệu chứng xuất hiện nhiều hơn có ý nghĩa ở nhóm viêm não kháng NMDAR so với các nhóm kháng thể âm tính trong báo cáo của chúng tôi. Mặc dù các khởi phát cấp của rối loạn tâm thần là ít gặp và khó chẩn đoán ở trẻ em trước tuổi dậy thì [2], nhưng kết quả của chúng tôi cho thấy đây là nhóm triệu chứng rất đáng chú ý. Rối loạn tâm thần tiến triển nhanh mặc dù đã điều trị và/hoặc có các triệu chứng hoặc dấu hiệu thần kinh khác sẽ làm tăng nghi ngờ VNTM [2]. Rối loạn vận động thường gặp trong báo cáo của chúng tôi; đặc biệt là loạn trương lực cơ toàn thân và cơ vùng mặt có thể là đặc điểm gợi ý viêm não kháng NMDAR.

Xét nghiệm DNT với tăng tế bào bạch cầu là dấu hiệu viêm thường gặp trong viêm não kháng NMDAR, trong khi tăng đạm và giảm glucose ít gặp trong báo cáo của chúng tôi. MRI não bình thường trong 50% trường hợp, các bất thường đa dạng và không đặc trưng giúp chẩn đoán, điều này cũng tương tự y văn đã báo cáo. EEG cho thấy bất thường cao chủ yếu là sóng chậm, động kinh cũng gặp nhưng không tương xứng với tỉ lệ co giật nhiều lần, thậm chí trạng thái động kinh trên lâm sàng; hình ảnh extreme delta brush được mô tả nhiều trong viêm não kháng NMDAR, nhưng ít gặp trong báo cáo của chúng tôi. Kết quả này tương tự tác giả Yang Sai, 87% trẻ viêm não kháng NMDAR có EEG bất thường, với 1 trường hợp có extreme delta brush [5]. Theo tác giả Nilanka, EEG bất thường rất thường gặp và là một dấu hiệu hữu ích liên quan tiên lượng kết cục xấu hơn và tử vong ở trẻ VNTM [7].

Corticoid đơn trị không hiệu quả bằng corticoid phối hợp TPE, trong tiền cứu đánh giá hiệu quả của phối hợp corticoid với TPE ở 10 bệnh nhân viêm não kháng NMDAR, tác giả DeSena đã cho thấy 7/10 bệnh nhân có cải thiện chỉ số mRS so với 3/10 ở nhóm chỉ dùng

corticoid; sự cải thiện mRS sau khi dùng steroid trong nhóm này là -0,1 so với 0,4 sau khi TPE [1]. Trong nhóm viêm não kháng NMDAR của chúng tôi, có 17 trường hợp phối hợp IVMT - TPE (Bảng 5), thì có 14 trường hợp cải thiện (82,4%) (Bảng 6), cho thấy đây có thể là phối hợp hiệu quả ở bệnh này. Kết quả này thấp hơn trong tổng kết của Suppiej với 23 trẻ viêm não kháng NMDAR được phối hợp corticoid + TPE, đã có 22 trường hợp cải thiện (95,7%) [6]. IVMT - TPE là phối hợp được khuyến cáo điều trị viêm não kháng NMDAR nặng ở trẻ em [3]. TPE đơn trị cho thấy tỉ lệ cải thiện không cao; còn IVIG thì chi phí cao nên cân nhắc sử dụng sau điều trị corticoid + TPE mà kém đáp ứng. Phân tích kết quả lúc xuất viện, mặc dù tỉ lệ cải thiện cao hơn ở nhóm viêm não kháng NMDAR, chúng tôi thấy không có khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm viêm não (Bảng 6).

Hạn chế. Do là nghiên cứu hồi cứu từ hồ sơ và cỡ mẫu là nhỏ nên một số dấu lâm sàng của VNTM (đặc biệt triệu chứng tâm thần) có thể không được ghi nhận đầy đủ; các điều trị không thống nhất. Kết cục chỉ đánh giá ở thời điểm xuất viện trong khi bệnh lý có diễn tiến kéo dài nên tỉ lệ chưa hồi phục còn cao. Thêm nữa, chúng tôi đã không thể định lượng kháng thể trước và sau điều trị để củng cố giả thuyết cho các liệu pháp nhằm vào kháng thể. Dù vậy, nghiên cứu đã cho thấy phối hợp IVMT - TPE có thể giúp cải thiện tình trạng bệnh nhân viêm não kháng NMDAR nặng.

V. KẾT LUẬN

Viêm não kháng NMDAR ở trẻ em biểu hiện bởi một loạt các triệu chứng đa dạng, nổi bật là

rối loạn hành vi - cảm xúc, rối loạn giấc ngủ, suy giảm tri giác và rối loạn vận động; về xét nghiệm bất thường EEG hay gặp với hoạt động sóng chậm và thay đổi DNT, MRI não thay đổi ở ¼ số trường hợp. TPE cho thấy tỉ lệ cải thiện cao và được khuyến cáo cho viêm não kháng NMDAR ở trẻ em thể nặng hoặc kém đáp ứng sau khi đã điều trị với corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **DeSena A D, Noland D K, Matevosyan K, et al. (2015).** Intravenous methylprednisolone versus therapeutic plasma exchange for treatment of anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibody encephalitis: A retrospective review. *J Clin Apher.* 30 (4), p. 212-6.
2. **Jafarpour S, Santoro J D (2022).** Autoimmune Encephalitis. *Pediatr Rev.* 43 (4), p. 198-211.
3. **Nosadini M, Thomas T, Eyre M, et al. (2021).** International Consensus Recommendations for the Treatment of Pediatric NMDAR Antibody Encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 8 (5).
4. **Pham H. P, Daniel-Johnson J A, Stotler B A, et al. (2011).** Therapeutic plasma exchange for the treatment of anti-NMDA receptor encephalitis. *J Clin Apher.* 26 (6), p. 320-5.
5. **Sai Yang, Zhang X, Feng M, et al. (2018).** Clinical diagnosis and treatment of pediatric anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: A single center retrospective study. *Exp Ther Med.* 16 (2), p. 1442-1448.
6. **Suppiej A, Nosadini M, Zuliani L, et al. (2016).** Plasma exchange in pediatric anti-NMDAR encephalitis: A systematic review. *Brain Dev.* 38 (7), p. 613-22.
7. **Wickramasinghe N, Dasanayake D, Malavige N, et al. (2021).** Autoimmune encephalitis in a South Asian population. *BMC Neurol.* 21 (1), p. 203.
8. **Zhang Y, Huang H. J, Chen W. B, et al. (2021).** Clinical efficacy of plasma exchange in patients with autoimmune encephalitis. *Ann Clin Transl Neurol.* 8 (4), p. 763-773.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY: MỘT NGHIÊN CỨU HỒI CỨU ĐA TRUNG TÂM

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Vũ Khang Ninh³

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn 2018-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 109 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới, dạ dày D2 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 205±38,5 phút. Số hạch trung bình vết