

mangostanin và mangostinone...[5,6]. Những xanthones này là các chất chống oxy hóa, độc tế bào và chống ung thư trên các mô hình in vitro và in vivo trong nhiều nghiên cứu [4-8]. Trong nghiên cứu này, cao chiết vỏ quả măng cụt không ảnh hưởng đến trọng lượng hoặc tỷ lệ tử vong của chuột so với lô mô hình DMBA. Cao chiết vỏ quả măng cụt (GM) với liều 3,6g/kg/ngày kéo dài thời gian xuất hiện khối u so với lô mô hình DMBA và lô điều trị GM với liều thấp hơn là 1,2 g/kg/ngày. Trên kết quả mô bệnh học, lô chuột được điều trị bằng cao chiết vỏ quả măng cụt có tỷ lệ mẫu mô ung thư tuyến vú thấp hơn so với lô đối chứng DMBA. Như vậy, cao chiết vỏ quả măng cụt (*Garcinia mangostana* L.) có hoạt tính chống ung thư vú trên chuột nhắt được gây u vú bởi DMBA. Vì vậy, *Garcinia mangostana* L. có thể là một liệu pháp triển vọng trong việc phòng ngừa và hỗ trợ điều trị ung thư vú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng thành công mô hình gây ung thư vú trên chuột nhắt cái bằng hóa chất DMBA. Vỏ quả măng cụt (*Garcinia mangostana* L.) có thể ngăn chặn sự hình thành và tiến triển của các khối u trong mô hình ung thư vú do DMBA gây ra ở chuột. Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong giữa các lô được điều trị bằng *Garcinia mangostana* L. ở liều 1,2 và 3,6 g/kg/ngày. Tuy nhiên, thời gian xuất hiện khối u ở lô chuột được điều trị với liều cao thì kéo dài hơn so với lô điều trị liều thấp *Garcinia mangostana* L.

VI. LỜI CẢM ƠN

Công trình nghiên cứu được hoàn thành với sự hỗ trợ kinh phí của Đề tài cơ sở (mã số 21.05) của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, 2004, tr.428.
2. **Ferlay Jacques, Murielle Colombet, et al.** Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*, 2021, 149, pp. 778-789.
3. **Blowers Elaine and Sharon Foy.** Breast cancer overview: Current treatments. *Practice Nursing*, 2009, 20, pp. 282-286.
4. **Obolskiy D., Pischel I., Siritwatanametanon N., Heinrich M.** *Garcinia mangostana* L.: a phytochemical and pharmacological review. *Phytother Res* 2009, 23, pp. 1047-65.
5. **Gutierrez-Orozco F., Failla ML.** Biological activities and bioavailability of mangosteen xanthones: a critical review of the current evidence. *Nutrients* 2013, 5, pp. 3163-83.
6. **Mohamed. G. A., Al-Abd. A. M., El-Halawany. A. M. et al.** New xanthones and cytotoxic constituents from *Garcinia mangostana* fruit hulls against human hepatocellular, breast and colorectal cancer cell lines. *Journal of ethnopharmacology*, 2017, 198, pp. 302-312.
7. **Currier N, Solomon SE, Demicco EG, et al.** Oncogenic signaling pathways activated in DMBA-induced mouse mammary tumors. *Toxicol Pathol.* 2005; 33(6), pp. 726-737.
8. **See. I., Ee. G., Jong. V. et al.** Cytotoxic activity of phytochemicals from *Garcinia mangostana* L. and *G. benthamiana* (Planch. & Triana) Pipoly against breast cancer cells. *Natural product research.* 2021, 35(24), pp. 6184-6189.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA PHỔ BỆNH VIÊM TỬY THỊ THẦN KINH

Vũ Văn Khôi,¹ Nguyễn Văn Tuấn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố tiên lượng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 38 bệnh nhân NMOSD có kháng thể kháng Aquaporin 4 dương tính tại Trung tâm Thần Kinh bệnh

viện Bạch Mai. **Kết quả:** Bệnh nhân nữ chiếm 81,6% và độ tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 52,6%, tuổi trung bình $41,9 \pm 13,8$. Triệu chứng lâm sàng liệt vận động gặp 89,5%, rối loạn cảm giác 86,5%, triệu chứng của thị giác 21,1% và hội chứng thân não 18,4%. Triệu chứng liệt vận động có thể gây tàn tật cao hơn ở bệnh nhân với điểm EDSS tăng có ý nghĩa thống kê giữa nhóm liệt tứ chi với nhóm liệt hai chi cũng như giữa nhóm liệt hai chân và không liệt vận động tương ứng với $p=0,007$ và $0,015$; $p=0,013$ và $0,011$. Tuổi bệnh nhân có tương quan tuyến tính thuận với điểm EDSS trung bình tại cả 2 thời điểm vào viện và ra viện lần lượt với hệ số tương quan $r=0,401$ và $0,338$ với $p=0,013$ và $0,038$, độ tin cậy 95%. Nhóm bệnh nhân không phụ thuộc vào hỗ trợ (EDSS < 6) có độ tuổi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với và bệnh nhân phụ

¹Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khôi

Email: vankhoi693022@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2022

Ngày duyệt bài: 29.11.2022

thuộc vào hỗ trợ (EDSS \geq 6) với $p=0,015$. **Kết luận:** Triệu chứng liệt vận động, rối loạn cảm giác và thần kinh thị giác gặp tỷ lệ cao. Triệu chứng liệt vận động ban đầu càng nặng, tuổi càng cao thì mức độ tàn tật của bệnh nhân càng lớn.

Từ khóa: Viêm tủy thị thần kinh, phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, kháng thể kháng Aquaporin 4

SUMMARY

SOME PROGNOSTIC FACTORS OF NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDERS (NMOSD)

Objective: Analyze some prognostic factors of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD). **Subjects:** We selected 38 patients were diagnosed with neuromyelitis optica with positive Anti-Aquaporin 4 antibody between January 2020 and June 2022 at the Neurology Center of Bach Mai Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Study on 38 patients diagnosed with NMOSD with positive Anti-Aquaporin 4 antibody, mainly female patients with 31 (approximately 81.6%) with a male/female ratio of 1:4.28 and age group. Most patient are middle-aged (30-49 years old, accounting for 52.6%) and the average age is 41.9 ± 13.8 years old. The most common symptoms were pyramidal symptoms (motor paralysis) and sensory disturbances accounting for the majority of patients 89.5% and 86.5%, followed by optic nerve symptoms with 21.1% and brainstem symptoms with 18.4%. It has not been found that gender is a factor that can help predict disability with EDSS score between the two sexes not statistically significant at both the time of admission and discharge with $p=0.141$ and 0.433 . The symptoms of motor paralysis could predict a higher degree of disability in patients with a statistically significant increase in EDSS score between the quadriplegic group and the paraplegic group as well as between the paraplegic and non-paraplegic group. both survey times with $p=0.007$ and 0.015 , $p=0.013$ and 0.011 . Patient age has a mean positive linear correlation with EDSS score at both the time of admission and discharge with correlation coefficients $r=0.401$ and 0.338 , respectively, with $p=0.013$ and 0.038 , 95% confidence. The group of patients Independent of support (EDSS $<$ 6) had a statistically significant lower age than and Patients Dependent of Support (EDSS \geq 6) with $p=0.015$. **Conclusion:** In summary, through the study Analysis of some prognostic factors of the spectrum of neuromyelitis optica, we found that the spectrum of neuromyelitis optica is a common autoimmune disease in women, the average age of age, with prominent symptoms of motor paralysis and symptoms of the optic nerve (blurred vision, pain,...). Gender is not a prognostic factor, the more severe the initial motor paralysis, the greater the extent of disability according to Kurtzke of the patient, similar to the age of the patient.

Keywords: Neuromyelitis optica, neuromyelitis optica spectrum disorders, Aquaporin 4 antibodies

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh

(Neuromyelitis optica spectrum disorders-NMOSD) là một bệnh lý tự miễn của hệ thần kinh trung ương, được đặc trưng bởi tổn thương viêm, mất myelin qua trung gian tế bào và tổn thương sợi trục thứ phát, tác động chủ yếu đến dây thần kinh thị giác và cột tủy. Tỷ lệ hiện mắc bệnh NMOSD khác nhau từ 0,5-10 /100.000, nữ gặp nhiều hơn nam giới khoảng 5- 10 lần, tỷ lệ tái phát ở nữ giới cũng cao hơn nam giới 5-10 lần^{1,2}. Tuổi khởi phát trung bình từ 32-41. Đây là những người bệnh đang ở lứa tuổi lao động, mức độ khuyết tật thần kinh tích lũy, nặng nề, chủ yếu liệt vận động và giảm thị lực và chất lượng cuộc sống giảm nhiều, gây ảnh hưởng lớn đến kinh tế cho gia đình và xã hội. Ở Việt nam trước đây vẫn biết đến phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, khoảng 6 năm nay nhờ có cộng hưởng từ và xét nghiệm kháng thể, NMOSD được hiểu rõ hơn cả lâm sàng và sinh lý bệnh học, nhưng hầu như còn rất ít nghiên cứu về bệnh này, đặc biệt là các yếu tố giúp tiên lượng bệnh nhân. Xuất phát từ thực tế này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: *Phân tích một số yếu tố tiên lượng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn 38 bệnh nhân được chẩn đoán phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh có kháng thể có kháng thể kháng aquaporin 4 dương tính từ tháng 01/2020 tới tháng 06/2022 tại Trung tâm Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đều đáp ứng đủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán quốc tế NMOSD năm 2015 dựa trên lâm sàng, tổn thương trên cộng hưởng từ và có kháng thể kháng aquaporin 4 dương tính.³

*Đối với bệnh nhân có AQP4 dương tính:

Chẩn đoán xác định NMOSD nếu có ít nhất 1/6 đặc điểm lâm sàng chính sau:

1. Viêm thị thần kinh cấp hoặc 2. Viêm tủy cấp hoặc 3.Hội chứng khu vực gáy nôn (area postrema syndrome) với những giai đoạn nấc hoặc buồn nôn và nôn không giải thích được hoặc 4.Hội chứng thân não cấp hoặc 5. Triệu chứng ngủ rũ hoặc hội chứng lâm sàng vùng gian não cấp tính với tổn thương điển hình NMOSD ở vùng gian não trên cộng hưởng từ. 6. Hội chứng có các triệu chứng tương ứng với tổn thương não điển hình của NMOSD.

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Cỡ mẫu lấy theo mẫu thuận tiện từ tháng 01/2020 tới tháng 06/2022 tại Trung tâm Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai.

+ Mức độ tàn tật theo thang điểm EDSS (an expanded disability status scale), chia 2 mức độ chính < 6 điểm và ≥ 6 điểm (bệnh nhân này cần sự giúp đỡ của người xung quanh, và phải hạn chế vận động trên xe lăn, trên giường).⁴

+ Xét nghiệm kháng thể kháng AQP4: Tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm AQP4 – IgG tại Laboratory: Green Cross Laboratories. Address 107, Ihyeonro 30beon-gil, Giheng-gu, Yongin-Si, Gyeonggi-do, Korea. Tell +82-31-280-9908 Bệnh phẩm: Huyết thanh. Phương pháp: Indirect immunofluorescence. Thuốc thử: Anti-Aquaporin-4 IIFT (Euroimmun). Thông qua Labo xét nghiệm Kỹ thuật cao tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung về bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Giá trị
Lứa tuổi	Số BN (%)
≤ 20	1 (2,6%)
20-29	6 (15,8%)
30-39	11 (28,9%)
40-49	9 (23,7%)
50-59	7 (18,4%)
≥ 60	4 (10,5%)
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)	41,9 ± 13,8
Giới tính	Số BN
Nam (%)	7 (18,4%)

Nữ (%)	31 (81,6%)
--------	------------

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,9 ± 13,8 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1: 4,2; nữ giới chiếm đa số 81,6%), trong đó lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất trong khoảng 20-49 tuổi 86,9%.

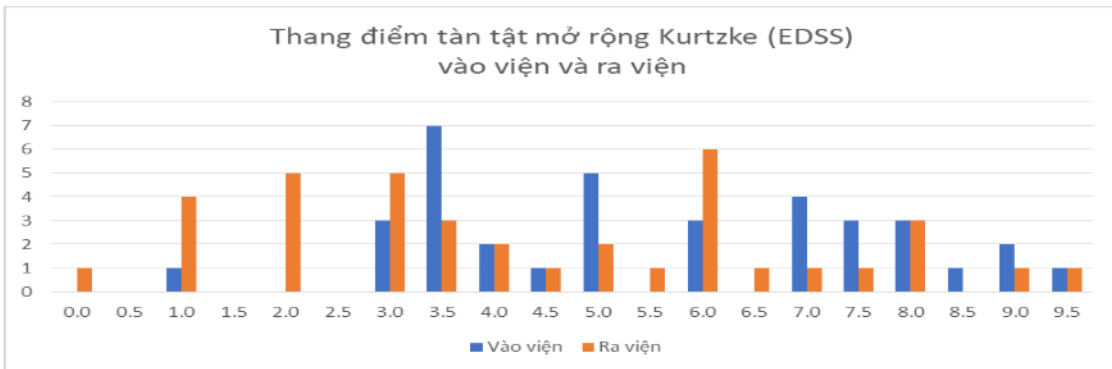
3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của NMOSD

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng NMOSD

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Triệu chứng hệ tháp (liệt vận động trung ương)	34	89,5%
Liệt 1 chân	4	10,5%
Liệt 2 chân	13	34,2%
Liệt nửa người	4	10,5%
Liệt tứ chi	13	34,2%
Triệu chứng thần kinh thị giác	8	21,1%
1 mắt	3	7,9%
2 mắt	5	13,2%
Triệu chứng rối loạn cảm giác	33	86,8%
Hội chứng thân não (liệt thân kinh sọ, nôn nấc,...)	7	18,4%
Triệu chứng rối loạn cơ tròn	15	39,5%

Nhận xét: Các bệnh nhân có triệu chứng liệt vận động và rối loạn cảm giác chiếm tỉ lệ cao nhất với lần lượt 89,5% và 86,8%, theo sau đó là các triệu chứng của rối loạn cơ tròn, thần kinh thị giác và thân não lần lượt là 39,5%, 21,1%, 18,4%.

3.3. Liên quan giữa một số yếu tố tiên lượng với thang điểm tàn tật mở rộng của Kurtzke



Biểu đồ 1. Mức độ tàn tật theo thang điểm Kurtzke

Nhận xét: Thang điểm tàn tật mở rộng và mức độ tàn tật theo Kurtzke (EDSS) phân bố rải rác ở nhiều mức độ tuy nhiên có xu hướng phân bố ở các giá trị tàn tật nhẹ (< 6) ở nhóm bệnh nhân ra viện.

3.3.1. Mối liên quan giữa giới tính với thang điểm tàn tật Kurtzke

Bảng 3. Mối liên quan giữa giới tính với thang điểm tàn tật Kurtzke

Giới	Số bệnh nhân	Trung bình điểm Kurtzke	p T-test
Điểm Kurtzke Vào viện	Nam	7	0,141
	Nữ	31	
Điểm Kurtzke Ra viện	Nam	7	0,433
	Nữ	31	

Nhận xét: Kết quả so sánh trung bình giá trị thang điểm tàn tật của Kurtzke giữa nam và nữ

không có ý nghĩa thống kê lần lượt với $p=0,141$ và $p=0,433$ (đều $p>0,05$). Tuy nhiên vẫn nhận thấy có sự khác biệt về trung bình điểm Kurtzke lúc vào viện và ra viện giữa 2 giới nam và nữ với điểm trung bình cao hơn ở giới nữ, thấy rõ nhất ở điểm Kurtzke lúc vào viện.

3.3.2. Mối liên quan giữa triệu chứng liệt vận động với thang điểm Kurtzke

Bảng 4. Mối liên quan giữa triệu chứng liệt vận động hai chân với thang điểm Kurtzke

Triệu chứng tháp		Số bệnh nhân	Trung bình điểm Kurtzke	Mức độ chênh lệch	p T-test
Điểm Kurtzke Vào viện	Không liệt	4	2,88	3,05	0,007
	2 chi	13	5,92		
Điểm Kurtzke khi Ra viện	Không liệt	4	2,00	2	0,015
	2 chi	13	4,00		

Nhận xét: Thang điểm tàn tật mở rộng Kurtzke (EDSS) lúc vào và ra viện giữa 2 nhóm bệnh nhân liệt 2 chân và không liệt có sự tăng hơn rõ rệt tại nhóm bệnh nhân liệt 2 chân với mức tăng lần lượt là 3,05 và 2,00 điểm tương ứng với điểm Kurtzke lúc vào và ra viện với $p=0,007$ với khoảng tin cậy 99% và $p=0,015$, khoảng tin cậy 95%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa triệu chứng liệt vận động với thang điểm Kurtzke

Triệu chứng tháp		Số bệnh nhân	Trung bình điểm Kurtzke	Mức độ chênh lệch	p T-test
Điểm Kurtzke Vào viện	Không liệt	13	5.92	1.50	0.013
	2 chi	13	7.42		
Điểm Kurtzke Ra viện	Không liệt	13	4.00	2.35	0.011
	2 chi	13	6.35		

Nhận xét: Thang điểm tàn tật mở rộng Kurtzke (EDSS) khi bệnh nhân vào viện và ra viện giữa 2 nhóm bệnh nhân liệt 2 chân và liệt tứ chi có sự tăng hơn rõ rệt tại nhóm bệnh nhân liệt tứ chi với mức tăng lần lượt là 3,05 và 2,00 điểm tương ứng với điểm Kurtzke lúc vào và ra viện với $p=0,013$ và $0,011$; khoảng tin cậy 95%.

3.3.3. Mối liên quan giữa tuổi bệnh nhân và mức độ tàn tật Kurtzke khi vào viện

Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi và mức độ tàn tật Kurtzke khi vào viện

Mức độ tàn tật mở rộng vào viện (EDSS)	Số bệnh nhân	Trung bình tuổi	Mức độ chênh lệch	p T-test
Tàn tật nhẹ (EDSS < 6)	15	35,60	10,36	0,015
Tàn tật nặng (EDSS ≥ 6)	23	45,96		

Nhận xét: Tuổi trung bình giữa 2 nhóm tàn tật nhẹ và tàn tật nặng dựa trên thang điểm tàn tật mở rộng Kurtzke lúc vào viện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$, trong đó tuổi trung bình của nhóm tàn tật nặng cao hơn rõ rệt nhóm tàn tật nhẹ, với trung bình độ chênh lệch khoảng 10,36 tuổi.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tuổi và mức độ tàn tật Kurtzke khi ra viện

Mức độ tàn tật mở rộng Ra viện (EDSS)	Số bệnh nhân	Trung bình tuổi	Mức độ chênh lệch	p T-test
Tàn tật nhẹ (EDSS < 6)	24	38,88	8,13	0,115
Tàn tật nặng (EDSS ≥ 6)	14	47,00		

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm tàn tật nhẹ và tàn tật nặng dựa trên thang điểm tàn tật mở rộng Kurtzke lúc ra viện là không có có ý nghĩa thống kê với $p=0,115$, độ tin cậy 95%. Tuy nhiên chúng ta vẫn thấy có sự chênh lệch giữa độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm này lên tới 8,13 tuổi.

Bảng 7. Mối tương quan tuyến tính giữa điểm EDSS khi vào viện và ra viện với tuổi bệnh nhân

	Điểm EDSS vào viện	Điểm EDSS ra viện

Tuổi	Hệ số tương quan	0,401	0,338
		P	0,013

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân có tương quan tuyến tính thuận với điểm EDSS tại cả 2 thời điểm vào viện và ra viện lần lượt với hệ số tương quan $r=0,401$ và $0,338$ với $p=0,013$ và $0,038$, độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 38 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy bệnh nhân chủ yếu là nữ với 31

(chiếm tỉ lệ 81,6%) với tỉ lệ nam/nữ là 1:4,28 và độ tuổi chiếm đa số là độ tuổi trung niên (30-49 tuổi chiếm 52,6%) cũng như độ tuổi trung bình khoảng 41,9 tuổi. Kết quả này là tương đồng với các kết quả nghiên cứu của Papp et al⁵ với tỉ lệ nam/nữ từ 1/2,3 đến 1/7,6, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao trong khoảng 30-49 tuổi (tùy theo từng nghiên cứu thành phần). Kết quả của chúng tôi cũng có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Li et al⁶ với tỉ lệ nam/nữ = 1/4,71, độ tuổi chiếm tần số cao nhất từ 45-59 tuổi. Sự khác biệt này có thể chủ yếu là do sự khác biệt về số lượng mẫu.

Đặc điểm lâm sàng trong nhóm nghiên cứu chúng tôi quan sát thấy triệu chứng thần kinh thường gặp nhất là triệu chứng của tổn thương bó tháp (liệt vận động) và triệu chứng rối loạn cảm giác, thường là biểu hiện của viêm tủy cắt ngang chiếm phần lớn số bệnh nhân với tương ứng là 34 và 33 bệnh nhân (chiếm 89,5% và 86,5%), theo sau đó là triệu chứng của thần kinh thị giác với 8 bệnh nhân (chiếm 21,1%). Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu tổng hợp của Pandit et al⁷ trong đó các triệu chứng của hệ tháp thường chiếm khoảng 45,9-69% và triệu chứng thần kinh thị giác khoảng 35,3-62%. Sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác biệt về cỡ mẫu cũng như địa điểm lấy mẫu nghiên cứu và bệnh nhân của chúng tôi đa phần có tổn thương tủy sống.

Phân tích yếu tố tiên lượng là giới tính với mức độ tàn tật mở rộng của Kurtzke (EDSS) khi vào viện và xuất viện cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tàn tật và giới tính với $p=0,141$ với lúc vào viện và $p=0,433$ lúc ra viện. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu tổng hợp của Kunchok et al⁸ với không thấy có sự liên quan của giới tính tới nguy cơ đợt cấp hay chính là các đợt tổn thương gây tích lũy tàn tật ở bệnh nhân NMOSD.

Phân tích yếu tố tiên lượng về triệu chứng liệt vận động (không liệt, liệt 2 chân, liệt tứ chi) với mức độ tàn tật mở rộng của Kurtzke có thể thấy sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm, trong đó điểm EDSS thấp nhất ở nhóm không liệt và tăng dần ở nhóm liệt 2 chân và cao nhất ở nhóm liệt tứ chi trong cả 2 thời điểm vào viện và ra viện. Trong đó, chúng tôi nhận thấy khác biệt về chênh lệch điểm EDSS giữa 2 thời điểm vào viện và ra viện giữa nhóm không liệt và liệt 2 chân so với liệt 2 chân và liệt tứ chi. Cụ thể: Chênh lệch điểm EDSS giữa nhóm không liệt và liệt 2 chân tại thời điểm vào viện và ra viện lần lượt là 3,05 và 2,00 trong khi đó giữa nhóm liệt 2 chân và liệt

tứ chi lần lượt là 1,50 và 2,35. Sự khác biệt này thể hiện cho việc triệu chứng liệt 2 chân sau quá trình điều trị có đáp ứng tốt hơn triệu chứng liệt tứ chi dẫn tới sự cải thiện tốt hơn về điểm EDSS của bệnh nhân.

Phân tích yếu tố tiên lượng là tuổi với mức độ tàn tật mở rộng cả Kurtzke (EDSS) khi vào viện và ra viện cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về trung bình tuổi giữa nhóm bệnh nhân Không phụ thuộc vào hỗ trợ (EDSS < 6) và bệnh nhân cần có hỗ trợ của người xung quanh (EDSS ≥ 6). Trong đó tuổi trung bình của nhóm không phụ thuộc thấp hơn có ý nghĩa thống kê nhóm phụ thuộc vào hỗ trợ với $p=0,015$ tại thời điểm vào viện và không có ý nghĩa thống kê với $p=0,115$ tại thời điểm ra viện. Ngoài ra, tuổi bệnh nhân có tương quan tuyến tính thuận với điểm EDSS tại cả 2 thời điểm vào viện và ra viện lần lượt với hệ số tương quan $r=0,401$ và $0,338$ với $p=0,013$ và $0,038$, độ tin cậy 95%. Kết quả này có sự tương ứng với kết quả nghiên cứu tổng hợp của Kunchok et al⁸ với sự tăng lên của điểm EDSS liên quan với sự tăng lên của tuổi ($\beta=0,45$ mỗi 10 năm, $p<0,001$). Tuy sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm vào thời điểm ra viện có thể do số lượng mẫu nhỏ, đáp ứng với điều trị của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân chẩn đoán NMOSD có kháng thể Anti-Aquaporin 4 dương tính chúng tôi thu được: nữ giới chiếm 81,6%, tỉ lệ nam/nữ là 1:4,28 và độ tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 52,6%, tuổi trung bình $41,9 \pm 13,8$. Triệu chứng lâm sàng liệt vận động gặp 89,5%, rối loạn cảm giác 86,5%, triệu chứng của tổn thương thị giác 21,1% và hội chứng thân não 18,4%.

Triệu chứng liệt vận động có thể gây tàn tật cao hơn ở bệnh nhân với điểm EDSS tăng có ý nghĩa thống kê giữa nhóm liệt tứ chi với nhóm liệt hai chi cũng như giữa nhóm liệt hai chân và không liệt vận động tương ứng với $p=0,007$ và $0,015$; $p=0,013$ và $0,011$. Tuổi bệnh nhân có tương quan tuyến tính thuận với điểm EDSS trung bình tại cả 2 thời điểm vào viện và ra viện lần lượt với hệ số tương quan $r=0,401$ và $0,338$ với $p=0,013$ và $0,038$. Nhóm bệnh nhân không phụ thuộc vào hỗ trợ (EDSS < 6) có độ tuổi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với và bệnh nhân phụ thuộc vào hỗ trợ (EDSS ≥ 6) với $p=0,015$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cook LJ, Rose JW, Alvey JS, et al. Collaborative International Research in Clinical and Longitudinal Experience Study in NMOSD.

- Neurol - Neuroimmunol Neuroinflammation. 2019;6(5). doi:10.1212/NXI.0000000000000583
2. **Wingerchuk DM.** Neuromyelitis optica: effect of gender. *J Neurol Sci.* 2009;286(1-2):18-23. doi:10.1016/j.jns.2009.08.045
 3. **Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al.** International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology.* 2015;85(2):177-189. doi:10.1212/WNL.0000000000001729
 4. **Kurtzke JF.** Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology.* 1983;33(11):1444-1452. doi:10.1212/wnl.33.11.1444
 5. **Papp V, Magyari M, Aktas O, et al.** Worldwide Incidence and Prevalence of Neuromyelitis Optica: A Systematic Review. *Neurology.* 2021;96(2):59-77. doi:10.1212/WNL.00000000000011153
 6. **Li Z, Yuan M, Zhang C, Gu H, Wang Y, Shi FD.** Incidence of neuromyelitis optica spectrum disorder (NMOSD) in China: A national population-based study. *Lancet Reg Health - West Pac.* 2020; 2:100021. doi:10.1016/j.lanwpc.2020.100021
 7. **Pandit L, Asgari N, Apiwattanakul M, et al.** Demographic and clinical features of neuromyelitis optica: A review. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2015;21(7):845-853. doi: 10.1177/1352458515572406
 8. **Kunchok A, Malpas C, Nytrova P, et al.** Clinical and therapeutic predictors of disease outcomes in AQP4-IgG+ neuromyelitis optica spectrum disorder. *Mult Scler Relat Disord.* 2020; 38:101868. doi:10.1016/j.msard.2019.101868

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI RỐI LOẠN HÀNH VI Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN HỖN HỢP HÀNH VI VÀ CẢM XÚC KHỞI PHÁT TUỔI THANH THIẾU NIÊN

Bùi Văn Lợi^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Lê Thị Thu Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan với rối loạn hành vi ở người bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang người bệnh rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi khởi phát bệnh từ 10-19 tuổi điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia- Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 08 năm 2022. **Kết quả:** Nhóm rối loạn hành vi phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm hành vi "thường vi phạm các quy tắc phù hợp với lứa tuổi" với tỷ lệ 62,9%. Tỷ lệ người bệnh có hành vi gây hấn chiếm đến 67%. Trong nhóm nghiên cứu, có đến 18,6% có ý tưởng tự sát và 14,3% có hành vi tự sát. Các yếu tố tuổi, giới và tình trạng kinh tế- xã hội không liên quan đến các nhóm rối loạn hành vi ở người bệnh. Nhóm có hành vi gây hấn có đặc điểm tuổi và tuổi khởi phát cao hơn đáng kể so với nhóm không có hành vi gây hấn. Giới tính nam có tỷ lệ có mức độ rối loạn hành vi nặng cao hơn nữ (p=0,04). Không có sự liên quan giữa rối loạn trầm cảm với các nhóm rối loạn hành vi. **Kết luận:** Phần lớn trẻ có rối loạn hành vi có biểu hiện vi phạm các quy tắc phù hợp lứa tuổi. Hành vi gây hấn và ý tưởng và hành vi tự sát xảy ra phổ biến ở trẻ rối loạn hành vi. Tuổi có liên quan đến sự xuất hiện hành vi gây hấn nhưng không ở các nhóm rối loạn hành vi ở người

bệnh rối loạn hỗn hợp hành vi và cảm xúc khởi phát tuổi thanh thiếu niên. Giới tính nam có liên quan đến mức độ rối loạn hành vi nặng hơn. Sự tồn tại đồng diễn rối loạn trầm cảm không có ảnh hưởng đến các nhóm rối loạn hành vi.

Từ khóa: rối loạn hành vi, rối loạn hỗn hợp cảm xúc và hành vi, thanh thiếu niên

SUMMARY

RELATED FACTORS OF CONDUCT DISORDER SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MIXED DISORDERS OF CONDUCT AND EMOTION WITH ONSET IN ADOLESCENCE

Objectives: To describe some related-factors of conduct disorder in patients with mixed disorders of conduct and emotion with onset in adolescence. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of patients with mixed disorders of conduct and emotion with onset of illness from 10-19 years of age who were inpatients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital from August 2021 to August 2022. **Results:** In our research, the most common conduct disturbance type is "usually violate age-appropriate norms" with prevalence of 62,9%. There are 67% patients with aggressive behaviours. In our research group, 18,6% had suicidal idea and 14,3% had suicidal attempts. There was no relationship between age, gender, socioeconomic status and the four categories of conduct disorder. Aggressive behaviour group were significantly older than those that expressed no aggressive behaviour. Male gender has higher rate of severe conduct disorder than female (p=0,04). There was no association between comorbid depressive disorder and conduct disorder groups. **Conclusion:** The majority of children with conduct disorder exhibit violations of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức khỏe Tâm thần

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Lợi

Email: buitrinhloi@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2022

Ngày duyệt bài: 30.11.2022