

RLHV ăn uống	Khởi phát sớm	3	15
	Khởi phát muộn	17	85

Nhận xét: Ở nhóm người bệnh khởi phát sớm thường mang các biến thể gene TYROBP, PSEN, SORL1 người bệnh thường rối loạn chức năng vận động, thị giác không gian, teo hồi hải mã cũng như vỏ não thái dương bên, thùy đỉnh trái, các triệu chứng hoang tưởng, kích động ít gặp hơn trên lâm sàng.⁷ Bệnh Alzheimer khởi phát muộn thường mang gene ApoE ε4, teo hồi hải mã, thùy thái dương giữa, vỏ não hồi đại do đó trên lâm sàng lĩnh vực trí nhớ bị ảnh hưởng rõ rệt, các triệu chứng hoang tưởng, kích động, rối loạn hành vi thức ngủ thường phổ biến hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng hành vi gặp khá ít trên nhóm người bệnh khởi phát sớm, phổ biến nhất là lời nói không gây hấn chiếm 76,9%. Đối với nhóm người bệnh khởi phát muộn các triệu chứng hành vi khá đa dạng phổ biến nhất là hành vi không gây hấn chiếm 71,2%, thấp nhất là rối loạn hành vi ăn uống có 17 người bệnh chiếm 23,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh bệnh Alzheimer, khá tương đồng với nghiên cứu của N. Altomari (2022) khi so sánh triệu chứng tâm thần và hành vi giữa nhóm người bệnh khởi phát sớm và muộn, thấy rằng người bệnh Alzheimer khởi phát sớm triệu chứng BPSD có tỷ lệ cao hơn nhưng thường xuất hiện muộn hơn so với nhóm người bệnh khởi phát muộn.⁸

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng hành vi là triệu chứng phổ biến và xuất hiện thường xuyên ở người bệnh Alzheimer. Các triệu chứng hành vi xuất hiện đa

dạng và có sự khác biệt theo mức độ suy giảm nhận thức của người bệnh, gây đau khổ, suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống cho cả người bệnh và người chăm sóc. Do đó, cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alzheimer's Association.** 2024 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 2024;20(5):3708-3821. doi:10.1002/alz.13809
2. **Nguyễn Thanh Bình.** Đặc điểm lâm sàng và gánh nặng chăm sóc cho bệnh nhân Alzheimer giai đoạn nặng. Luận án Tiến Sĩ y học. 2018.
3. **Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, et al.** Alzheimer's disease. *Lancet Lond Engl.* 2021;397(10284):1577-1590. doi:10.1016/S0140-6736(20)32205-4
4. **Nguyễn Đình Nam.** Đặc điểm triệu chứng tâm thần ở bệnh nhân Alzheimer. Luận văn thạc sĩ y học. 2021.
5. **Trịnh Thị Vân Anh.** Đặc điểm triệu chứng loạn thần ở bệnh nhân Alzheimer. Luận văn thạc sĩ y học. 2018
6. **Deardorff WJ, Grossberg GT.** Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's dementia and vascular dementia. *Handbook of Clinical Neurology.* 2019;165:5-32. doi:10.1016/B978-0-444-64012-3.00002-2
7. **Pottier C, Ravenscroft TA, Brown PH, et al.** TYROBP genetic variants in early-onset Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging.* 2016; 48:222.e9-222.e15. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2016.07.028
8. **Altomari N, Bruno F, Laganà V, et al.** A Comparison of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) and BPSD Sub-Syndromes in Early-Onset and Late-Onset Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2022;85(2):691-699. doi:10.3233/JAD-215061

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN PHỔ VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH

Đặng Phúc Đức¹, Nguyễn Hồng Quân³,
Trần Hậu Hoàng^{2*}, Trần Thị Thúy Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng ở bệnh nhân rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 43 bệnh nhân (BN) được chẩn

đoán NMOSD theo tiêu chuẩn của Hội đồng thuận Quốc tế về chẩn đoán viêm tủy thị thần kinh (IPND) 2015, điều trị tại khoa Nội thần kinh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới (93,4%), tuổi khởi phát trung bình là $44,2 \pm 13,9$ với thời gian mắc bệnh trung bình $24,19 \pm 43,55$ tháng. 83,7% BN có kháng thể kháng aquaporin-4 (AQP4) dương tính. Bệnh có tỉ lệ tái phát cao, 65,8% trong năm đầu và 89,5% trong 5 năm đầu mắc bệnh. Điều trị dự phòng nói chung làm giảm 65,9% tỉ lệ tái phát. Rituximab (RTX) làm giảm 82,4% tái phát với 58,3% thuyên giảm hoàn toàn và tỉ lệ điều trị thất bại thấp 16,7%. Cả Azathioprine (AZA) và Mycophenolate mofetil (MMF) làm giảm tái phát lần lượt 58,8% và 42,4% nhưng đều có tỉ lệ điều trị thất bại cao (41,2%

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hậu Hoàng

Email: dr.hoangtranqy17@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

và 46,2%) trong khi MMF là thuốc dung nạp tốt nhất. **Kết luận:** Các thuốc ức chế miễn dịch cổ điển có hiệu quả khá cao trong điều trị dự phòng ở BN NMOSD. RTX có thể có hiệu quả hơn về giảm tỉ lệ tái phát, trong khi MMF là thuốc dễ dung nạp nhất còn AZA dễ tiếp cận nhất khi bắt đầu điều trị.

Từ khóa: Viêm tủy thị thần kinh, tái phát, tỉ lệ tái phát trung bình năm, thuốc ức chế miễn dịch.

SUMMARY

OUTCOMES OF PROPHYLACTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH NEUROMYELITIS OPTICA SPECTRUM DISORDER

Objective: To evaluate the outcomes of preventive treatment in patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD). **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 43 patients diagnosed with NMOSD according to the 2015 International Panel for NMO Diagnosis (IPND) criteria. All patients were treated at the Department of Neurology, Military Central Hospital 108. **Results:** The disease predominantly affected females (93.4%), with a mean age of onset of 44.2 ± 13.9 years and an average disease duration of 24.19 ± 43.55 months. Aquaporin-4 (AQP4) antibody positivity was observed in 83.7% of patients. NMOSD exhibited a high relapse rate, with 65.8% relapsing within the first year and 89.5% within five years of disease onset. Overall, preventive treatment reduced the relapse rate by 65.9%. Rituximab (RTX) led to an 82.4% reduction in relapses, with 58.3% achieving complete remission and a low treatment failure rate of 16.7%. Both Azathioprine (AZA) and Mycophenolate mofetil (MMF) reduced relapses by 58.8% and 42.4% respectively, but demonstrated high treatment failure rates (41.2% and 46.2%). Notably, MMF was the best-tolerated medication. **Conclusion:** Classical immunosuppressive therapies show considerable efficacy in preventing relapses in NMOSD patients. RTX appears to be more effective in reducing relapse rates, while MMF is the most tolerable and AZA is the most accessible for initial treatment.

Keywords: Neuromyelitis optica spectrum disorder, relapse, annual relapse rate, immunosuppressive drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh là một rối loạn viêm tự miễn dịch của hệ thần kinh trung ương, chủ yếu ảnh hưởng đến tủy sống, dây thần kinh thị giác và ít gặp hơn là thân não và não ¹. Tự kháng thể huyết thanh do tế bào lympho B sản xuất ra nhằm mục tiêu đặc hiệu vào kênh nước AQP4 ở chân tế bào sao, đóng vai trò chính trong cơ chế bệnh sinh, được cho là có tương quan đến mức độ bệnh và có thể dự báo tái phát trong tương lai ². NMOSD là một bệnh có diễn biến cấp tính với đặc điểm lâm sàng rất phong phú, có tỉ lệ tái phát cao, nhất là nhóm kháng thể kháng AQP4 dương tính, dẫn đến tích lũy tổn thương thần kinh gây tàn phế và tử vong ³. Tỉ lệ tử vong và tích lũy khuyết tật có

tương quan chặt chẽ với tần suất các đợt tái phát ⁴. Do đó điều trị NMOSD nhằm hai mục tiêu: điều trị đợt tiến triển cấp tính và phòng ngừa các đợt tái phát.

Tại Việt Nam, chẩn đoán và điều trị NMOSD cũng mới được hiểu biết và quan tâm hơn trong những năm gần đây. Methylprednisolon và/hoặc thay huyết tương vẫn là biện pháp chủ yếu trong điều trị đợt cấp. Các liệu pháp ức chế miễn dịch cổ điển (AZA, MMF, RTX...) thường được sử dụng để điều trị dự phòng do tính sẵn có, chi phí thấp và kinh nghiệm sử dụng, căn cứ theo các khuyến cáo và đồng thuận quốc tế ⁵; mặc dù chưa được chấp thuận chính thức trong điều trị dự phòng ở BN NMOSD. Tuy vậy còn khá ít các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị dự phòng ở BN NMOSD. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị dự phòng ở BN NMOSD tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 43 BN được chẩn đoán NMOSD theo tiêu chuẩn của IPND 2015¹, điều trị tại khoa Nội thần kinh - Bệnh viện 108 theo phác đồ thống nhất:

- Điều trị cấp tính: BN khi được chẩn đoán xác định đợt hoạt động bệnh, điều trị theo phác đồ: methylprednisolon 1000mg x 5 ngày và/hoặc thay huyết tương x 5 lần cách ngày tùy thuộc lâm sàng và đáp ứng điều trị.

- Điều trị dự phòng: lựa chọn thuốc điều trị dự phòng phù hợp với từng trường hợp cụ thể. Một số thuốc và liều thường dùng:

- + Azathioprin: uống 2 – 3 mg/kg/ngày.

- + Mycophenolate mofetil: uống 1000 – 2000mg/ngày, tối đa 3000mg/ngày.

- + Rituximab: Liều khởi đầu 1000mg/lần x 2 lần, cách nhau 14 ngày. Liều duy trì: 1000mg/lần mỗi 6 tháng hoặc sớm hơn dựa trên tỉ lệ tế bào B CD19+

- * Methylprednisolon liều thấp (1-1,5mg/kg cân nặng) đường uống được chỉ định kết hợp trong thời gian chờ các thuốc dự phòng phát huy tác dụng.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, thời gian từ tháng 01/2018 đến 10/2024.

- Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ khám bệnh nội và ngoại trú, ghi nhận các đặc điểm về giới tính, tuổi khởi phát, kết quả xét nghiệm anti-AQP4; các đặc điểm về khởi phát, tái phát và đặc điểm về sử dụng thuốc và tác dụng, tác dụng không mong muốn của các thuốc dự phòng đã và đang sử dụng.

- Thất bại điều trị là bất kỳ sự kiện viêm hệ thần kinh trung ương mới nào xảy ra mặc dù đã điều trị thuốc ức chế miễn dịch. Thất bại điều trị bao gồm cả thất bại do điều trị không đủ (về liều lượng và thời gian) và cả thất bại điều trị mặc dù đã sử dụng thuốc tối ưu.

- Tái phát được định nghĩa là sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu và triệu chứng thần kinh trung ương mới liên quan đến NMOSD gây ra tình trạng khuyết tật kéo dài trên 24 giờ.

- Tỷ lệ tái phát hàng năm (ARR), được định nghĩa là số đợt hoạt động bệnh trung bình mỗi năm, được tính theo các khoảng thời gian:

+ Không điều trị dự phòng: từ khi khởi phát đến khi bắt đầu dùng thuốc dự phòng và các khoảng thời gian BN bỏ trị.

+ Có điều trị dự phòng: các khoảng thời gian có sử dụng thuốc điều trị dự phòng.

+ Điều trị dự phòng bằng thuốc cụ thể: từ khi bắt đầu dùng thuốc đến thời điểm dùng thuốc lần cuối (nếu đổi thuốc hoặc bỏ trị) hoặc đến hiện tại (nếu đang duy trì theo phác đồ).

- Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo quyết định số 3524/QĐ-HVQY ngày 23/8/2024 của Học viện Quân y. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện TƯQĐ 108 cho phép sử dụng, công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 43 BN NMOSD tại Bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian từ 01/2018 đến tháng 10/2024, kết quả như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát (n=43)	< 50 tuổi	30	67,4
	Tuổi trung bình: 44,2±13,9		
Giới tính (n=43)	Nữ	41	95,3
Kháng thể kháng AQP4 (n=43)	Dương tính	36	83,7
Tỷ lệ tái phát (n=38)	1 năm đầu	25	65,8
	5 năm đầu	34	89,5
Thời gian chẩn đoán bệnh	Trung bình: 24,19 ± 43,55 (tháng)		
Thời gian mắc bệnh	Trung bình: 58,47 ± 52,29 (tháng)		

Có 41 BN nữ (95,3%). Tỷ lệ nữ/nam ≈ 20/1. Khởi phát sớm dưới 50 tuổi chiếm 67,4%, tuổi khởi phát trung bình là 44,2 ± 13,9 tuổi. 83,7% BN có kháng thể kháng AQP4 dương tính, tất cả

đều là nữ.

5/43 BN mắc bệnh dưới 1 năm chưa ghi nhận tái phát. 25/38 BN (65,8%) tái phát trong năm đầu tiên và 34/38 BN (89,5%) tái phát trong 5 năm đầu mắc bệnh.

Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi được chẩn đoán NMOSD trung bình là 24,19 ± 43,55 tháng, ngắn nhất là 0 tháng, dài nhất là 211 tháng. Thời gian mắc bệnh trung bình là 58,47 ± 52,29 tháng.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng các đợt hoạt động bệnh (n=113)

HCLS đợt hoạt động	Khởi phát (n=43)		Các đợt hoạt động bệnh (n=113)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
TM	32	74,4	91	80,5
ON	13	30,2	32	28,3
TM + ON	5	11,7	16	14,2
01 HCLS đơn độc	35	81,4	91	80,5

HCLS: hội chứng lâm sàng, TM: viêm tủy cấp, ON: viêm dây thần kinh thị giác

Viêm tủy cấp (74,4% khởi phát, 80,5% các đợt hoạt động) và viêm dây thần kinh thị giác (30,2% khởi phát và 28,3% các đợt hoạt động) là hai hội chứng lâm sàng thường gặp nhất. Không ghi nhận tổn thương trung não và bán cầu đại não. 80,5% các đợt hoạt động bệnh chỉ biểu hiện một hội chứng lâm sàng đơn độc. Trong các đợt hoạt động biểu hiện từ hai HCLS trở lên, thường gặp bệnh cảnh kết hợp của TM và ON, có thể có HCLS khác kèm theo.

2. Đặc điểm điều trị dự phòng ở bệnh nhân NMOSD

* *Tình hình sử dụng thuốc điều trị dự phòng*

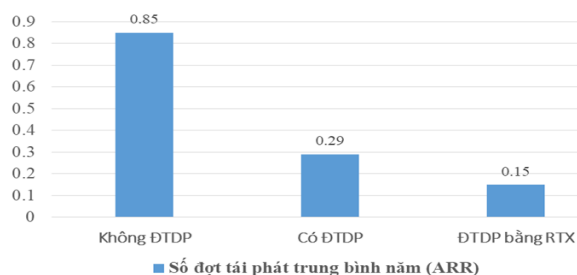
Bảng 3: Tình hình sử dụng thuốc điều trị dự phòng ở bệnh nhân NMOSD

Thuốc	Chỉ định lần đầu	Đã dùng	Đang dùng
AZA	13	17	6
MMF	7	13	5
RTX	15	24	14
Khác	2	3	2

AZA: Azathioprin, RTX: Rituximab, MMF: Mycophenolate mofetil.

Có 37/43 BN đồng ý điều trị dự phòng, trong đó 13 BN dùng AZA, 7 BN dùng MMF và 15 BN dùng RTX. Theo dõi cho đến thời điểm tháng 10/2024, có 27/43 BN đang duy trì thuốc dự phòng, gồm 6 BN dùng AZA, 5 BN dùng MMF và 14 BN dự phòng bằng RTX; 2 BN còn lại sử dụng corticoid và cyclophosphamide.

* *Tỷ lệ tái phát hàng năm (ARR) trước và sau điều trị dự phòng*

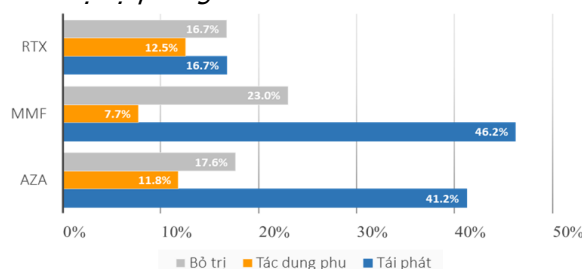


ĐTDP: điều trị dự phòng, RTX: rituximab, ARR: annualized relapse rate

Biểu đồ 1: Tỷ lệ tái phát hàng năm trước và sau điều trị dự phòng

Việc sử dụng các thuốc điều trị dự phòng nói chung làm giảm tỉ lệ tái phát lên tới 65,9% (ARR giảm từ 0,85 xuống 0,29). Riêng RTX có hiệu quả giảm tỉ lệ tái phát tới 82,4% (ARR giảm còn 0,15), trong đó 58,3% hoàn toàn không tái phát trong quá trình điều trị. MMF làm giảm tái phát 42,4% (ARR = 0,49) trong khi AZA giảm tái phát 58,8% (ARR = 0,35).

* Tác dụng không mong muốn của các thuốc điều trị dự phòng



Biểu đồ 2: Tác dụng không mong muốn của các thuốc dự phòng

AZA là thuốc có tỉ lệ thất bại cao với 7/17 BN có tái phát (41,2%), 2 BN (11,8%) có tác dụng phụ và 3/17 (23,5%) BN bỏ trị.

MMF cũng ghi nhận tỉ lệ tái phát cao với 6/13 BN (46,2%), 1 BN (7,7%) xảy ra tác dụng phụ và 3 BN (27,8%) bỏ trị.

RTX là thuốc có tỉ lệ điều trị thất bại thấp nhất (4/24 BN có tái phát, chiếm 16,7%). Có 3 BN (12,5%) có phản ứng phụ đều là phản ứng khi truyền dịch, trong đó 2 BN phải dừng thuốc. Tỉ lệ bỏ trị là 16,7%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trên 43 BN NMOSD với thời gian mắc bệnh trung bình $58,47 \pm 52,29$ tháng, cho thấy độ tuổi khởi phát trung bình là $44,2 \pm 13,9$, có 67,4% BN khởi phát dưới 50 tuổi và 83,7% BN có kết quả xét nghiệm kháng thể kháng AQP4 dương tính, kết quả này tương đương với nghiên cứu Nguyễn

Văn Sỹ và cộng sự (2022) ⁶. Tuy nhiên, tỉ lệ nữ giới trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, chiếm 95,3%, có thể do khác biệt về phạm vi nghiên cứu. Nhìn chung, tỉ lệ mắc NMOSD ở nữ giới cao hơn nhiều so nam giới, nhất là nhóm có kháng thể dương tính. Tỉ lệ tái phát trong năm đầu là 65,8% và trong 5 năm đầu là 89,5%, tương đương với nghiên cứu của Zang.W (59,3% và 86,7%) ⁷. Bệnh thường được chẩn đoán muộn, trung bình $24,19 \pm 43,55$ tháng, tuy vậy, thời gian chẩn đoán bệnh đang được cải thiện trong thời gian gần đây do gia tăng hiểu biết về bệnh cũng như có sự hỗ trợ của các xét nghiệm cận lâm sàng đã được triển khai.

Trong suốt quá trình bệnh, viêm tủy cấp (80,5%) và ON (28,3%) là hai hội chứng lâm sàng thường gặp nhất, trong đó tỉ lệ ON thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Sỹ (69%) ⁶. Theo thống kê của Liu.C và CS (2021) ⁸, nhìn chung trên toàn thế giới, TM và ON vẫn là hai HCLS thường gặp nhất, trong khi TM thường gặp hơn ở nhóm BN châu Á thì ON có vẻ chiếm ưu thế hơn ở khu vực châu Mỹ và châu Phi.

2. Đặc điểm điều trị dự phòng ở bệnh nhân NMOSD. Trong số 37/43 BN đồng ý điều trị dự phòng, chỉ có 27 BN duy trì sử dụng thuốc dự phòng cho đến thời điểm hiện tại, tất cả đều dùng các loại thuốc ức chế miễn dịch cổ điển. Việc điều trị dự phòng bằng các thuốc này đã được chứng minh làm giảm các đợt tấn công, bất kể tình trạng kháng thể ⁵. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tái phát giảm tới 65,9% (ARR giảm từ 0,85 xuống 0,29) khi được điều trị dự phòng.

RTX cho thấy hiệu quả vượt trội trong việc giảm tỉ lệ tái phát, lên tới 82,4% với 58,3% truyền giảm hoàn toàn. Tỉ lệ điều trị thất bại 16,7%, thấp nhất trong 3 loại thuốc thường dùng, tương đương nghiên cứu của Mealy.M.A và CS ⁹. Ngược lại, MMF chỉ làm giảm tái phát 42,4% với tỉ lệ thất bại khá cao 46,2%. AZA giúp giảm tái phát 58,8% nhưng vẫn có tỉ lệ thất bại 41,2%. Hiệu quả của MMF và AZA trong việc giảm tái phát thấp hơn so với nghiên cứu của Mealy.M.A và CS (42,4% và 58,8% so với 87,4% và 72,1%), sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu nghiên cứu.

Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng MMF là thuốc có khả năng dung nạp tốt nhất với chỉ 7,7% BN gặp tác dụng phụ, phù hợp nghiên cứu của Huang.W và CS ¹⁰. Ngoài RTX, AZA cũng thường được chỉ định do tính sẵn có, kinh nghiệm sử dụng và chi phí thấp, phù hợp với điều kiện kinh tế của đa số người dân Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn phổ viêm tủy thị thần kinh là nhóm bệnh có ưu thế rõ rệt ở nữ giới (95,4%) với tuổi khởi phát trung bình là $44,2 \pm 13,9$ tuổi. Tỷ lệ xét nghiệm kháng thể kháng AQP4 dương tính là 83,7%, tất cả đều là nữ. Tỷ lệ tái phát cao, 65,8 trong đầu và 89,5% trong 5 năm đầu. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $58,47 \pm 52,29$ tháng. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là viêm tủy và/hoặc viêm dây thần kinh thị giác, các tổn thương khu vực não khác ít gặp hơn. Bệnh thường được chẩn đoán muộn, trung bình $24,19 \pm 43,55$ tháng.

Việc điều trị dự phòng làm giảm đáng kể tỉ lệ tái phát, bất kể tình trạng kháng thể. RTX có hiệu quả vượt trội hơn so với MMF và AZA, trong khi MMF là thuốc dễ dung nạp nhất. AZA có lợi thế hơn về tính sẵn có và chi phí điều trị thấp hơn so với các thuốc còn lại. Do đó, việc lựa chọn thuốc điều trị dự phòng cần có sự cân nhắc hợp lý, phù hợp với từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wingerchuk, D.M., B. Banwell, J.L. Bennett, et al., International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*, 2015. **85**(2): p. 177-89.
2. Carnero Contentti, E. and J. Correale, Neuromyelitis optica spectrum disorders: from pathophysiology to therapeutic strategies. *J Neuroinflammation*, 2021. **18**(1): p. 208.
3. Ghezzi, A., R. Bergamaschi, V. Martinelli, et al., Clinical characteristics, course and prognosis of relapsing Devic's Neuromyelitis Optica. *J Neurol*, 2004. **251**(1): p. 47-52.
4. Akaishi, T., T. Takahashi, T. Misu, et al., Progressive patterns of neurological disability in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorders. *Sci Rep*, 2020. **10**(1): p. 13890.
5. Kumpfel, T., K. Giglhuber, O. Aktas, et al., Update on the diagnosis and treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders (NMOSD) - revised recommendations of the Neuromyelitis Optica Study Group (NEMOS). Part II: Attack therapy and long-term management. *J Neurol*, 2024. **271**(1): p. 141-176.
6. Nguyễn Văn Tuấn và Nguyễn Văn Sỹ, Đặc điểm lâm sàng của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. **520 - Số 1A - tháng 11**: p. 231 - 236.
7. Zhang, W., L. Cui, Y. Zhang, et al., Questioning the existence of monophasic neuromyelitis optica spectrum disorder by defining a novel long-term relapse-free form from a large Chinese population. *J Neurol*, 2020. **267**(4): p. 1197-1205.
8. Liu, C., M. Shi, M. Zhu, et al., Comparisons of clinical phenotype, radiological and laboratory features, and therapy of neuromyelitis optica spectrum disorder by regions: update and challenges. *Autoimmun Rev*, 2022. **21**(1): p. 102921.
9. Mealy, M.A., D.M. Wingerchuk, J. Palace, et al., Comparison of relapse and treatment failure rates among patients with neuromyelitis optica: multicenter study of treatment efficacy. *JAMA Neurol*, 2014. **71**(3): p. 324-30.
10. Huang, W., L. Wang, B. Zhang, et al., Effectiveness and tolerability of immunosuppressants and monoclonal antibodies in preventive treatment of neuromyelitis optica spectrum disorders: A systematic review and network meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*, 2019. **35**: p. 246-252.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN BÃ Ở MI MẮT TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Ngân Hà^{1,2}, Mai Kiều Hoa¹, Đồng Thị Thu Hồng²,
Dương Công Quyền¹, Trương Thu Huệ¹, Võ Lê Thuỳ Linh¹,
Kiều Đức Chung¹, Vũ Tiến Đạt¹, Nguyễn Thanh Hoài¹, Bùi Thị Minh Nguyệt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu mô tuyến bã (UTBMTB) ở mi mắt tại bệnh viện Mắt trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành 90 bệnh nhân UTBMTB mi mắt đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ năm 2015 đến năm 2024. Hồ sơ

bệnh án được thu thập và phân tích các đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng. **Kết quả:** Lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi với 54 bệnh nhân (62%). Nữ giới chiếm ưu thế hơn nam giới (7:3). Tiền sử tại mắt bao gồm chắp (20,7%). Vị trí u xuất hiện ở mi trên (74%) và góc trong (72%). Các khối u có kích thước ≤ 10 mm chiếm đa số với 63%. Tỷ lệ khối u có ranh giới không rõ, tỏa lan chiếm ưu thế với 57,5%. Tỷ lệ khối u tại mi mắt chiếm 94,3% (82/87), xâm lấn vào nhãn cầu và hốc mắt chiếm 4,6% (4/87), tại xương và các xoang chiếm 1,1% (1/87), không có xâm lấn nội sọ. **Kết luận:** UTBMTB thường gặp ở người lớn tuổi với nữ chiếm ưu thế và thường có tiền sử bị chắp. U thường gặp ở mi trên góc trong và có kích thước ≤ 10 mm. Khối u có thể xâm lấn vào nhãn cầu, hốc mắt và các xoang.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyenngha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025