

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do adenovirus ở trẻ em chủ yếu gặp ở lứa tuổi dưới 3, đặc biệt là trẻ dưới 12 tháng, với biểu hiện lâm sàng điển hình là sốt cao, ho, khô khè, khó thở, suy hô hấp và tổn thương phổi lan tỏa.

Tỷ lệ viêm phổi nặng chiếm khoảng 33,3%, thường gặp ở trẻ nhỏ, với thời gian sốt kéo dài, bạch cầu và CRP tăng cao, thiếu máu và tổn thương ≥ 2 thùy phổi trên X-quang. Các yếu tố này có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng của bệnh.

Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như tuổi < 12 tháng, sốt ≥ 7 ngày, bạch cầu > 15 G/L, CRP ≥ 6 mg/L, thiếu máu và tổn thương phổi lan rộng có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị kịp thời, nhằm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Lâm, Nguyễn Thị Thanh Thủy.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong của viêm phổi nặng do Adenovirus tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2):29–33.
2. **Nguyễn Ngọc Văn.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm

sàng và yếu tố liên quan của viêm phổi do virus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.

3. **Trần Thị Thủy, Đào Minh Tuấn, Phạm Thu Hiền.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi có nhiễm Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;471(1):131–5.
4. **Đào Minh Tuấn, Nguyễn Thị Ngọc Trân.** Nghiên cứu đặc điểm viêm phế quản phổi do Adenovirus tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Thực hành. 2018;239(10):23–8.
5. **Trần Thanh Thức, Trần Anh Tuấn, Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nặng do Adenovirus ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;504(2):167–71.
6. **Xie L, Zhang B, Xiao N, Zhang F, Zhao X, Liu Q, Xie Z, Gao H, Duan Z, Zhong L.** Epidemiology of human adenovirus infection in children hospitalized with lower respiratory tract infections in Hunan, China. J Med Virol. 2019 Mar;91(3):392–400. doi: 10.1002/jmv.25333. Epub 2018 Oct 28. PMID: 30286268; PMCID: PMC7159165.
7. **Wang, C., Liu, J., Mi, Y. et al.** Clinical features and epidemiological analysis of respiratory human adenovirus infection in hospitalized children: a cross-sectional study in Zhejiang. Virol J 18, 234 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12985-021-01705-x>

ĐẶC ĐIỂM ĐỘNG KINH Ở TRẺ VIÊM NÃO TỰ MIỄN KHÁNG THỤ THỂ N-METHYL-D-ASPARTATE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thu Hường¹, Đào Thị Nguyệt^{1,2}, Đỗ Thanh Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm động kinh ở trẻ bị viêm não tự miễn (VNTM) kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDA) tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang 35 bệnh nhi bị VNTM kháng thụ thể NMDA có động kinh triệu chứng ở Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 05 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ động kinh triệu chứng ở nhóm VNTM kháng thụ thể NMDA là 50%, tuổi trung bình là $7,7 \pm 4$ tuổi, tỷ lệ nữ: nam là 1:0,9. Các cơn co giật xuất hiện trung bình sau $3,1 \pm 4,9$ ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng. Có 51,4% bệnh nhân biểu hiện cơn khởi phát cục bộ và 48,6% bệnh nhân có cơn khởi phát toàn thể (với thời gian trung bình mỗi cơn là $5 \pm 3,7$ phút). 80% trẻ có tần suất ≤ 5 cơn/ ngày tại thời

điểm chẩn đoán. Điện não đồ bất thường ở 58,1% trường hợp, chủ yếu là bất thường hoạt động nền (77,8%), có 27,8% trường hợp xuất hiện sóng dạng động kinh. Chụp cộng hưởng từ sọ não bất thường ở 34,4% trường hợp, vị trí tổn thương thường gặp nhất là thùy thái dương (45,4%) và thùy trán-đỉnh (36,4%). **Kết luận:** Động kinh là triệu chứng thường gặp trong bệnh VNTM kháng thụ thể NMDA ở trẻ em. Nhận định đúng đặc điểm cơn giật có vai trò quan trọng trong lựa chọn thuốc điều trị cũng như tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** Động kinh, viêm não tự miễn, thụ thể NMDA, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF EPILEPSY IN CHILDREN WITH ANTI-N-METHYL-D-ASPARTATE RECEPTOR AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of epilepsy in children diagnosed with anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) autoimmune encephalitis (AE) at the Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study, combining both retrospective and prospective data collection, was conducted on 35 pediatric

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

patients with symptomatic epilepsy due to anti-NMDAR AE from January 2020 to May 2025. **Results:** The prevalence of symptomatic epilepsy in this cohort was 50%. The mean age was 7.7 ± 4 years, with a female-to-male ratio of 1:0.9. Seizures typically occurred approximately 3.1 ± 4.9 days after the onset of initial symptoms. Focal seizures were observed in 51.4% of cases, and generalized seizures in 48.6%, with a mean duration of 5 ± 3.7 minutes. At diagnosis, 80% of patients experienced ≤ 5 seizures per day. Electroencephalographic abnormalities were present in 58.1% of cases, primarily background slowing (77.8%), and epileptiform discharges in 27.8%. Brain magnetic resonance imaging revealed abnormalities in 34.4% of cases, most frequently involving the temporal lobes (45.4%) and frontoparietal regions (36.4%). **Conclusion:** Epilepsy is a common manifestation of anti-NMDAR AE in children. Accurate characterization of seizure features is essential for guiding antiepileptic therapy and prognosis. **Keywords:** Epilepsy, autoimmune encephalitis, NMDA receptor, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trong những rối loạn thần kinh thường gặp nhất ở trẻ em, được định nghĩa là tình trạng rối loạn tạm thời chức năng sinh lý của não bộ do sự phóng điện kịch phát, quá mức và đồng bộ của các neuron vỏ não.¹ Khi các cơn động kinh có tính chất tái phát, tình trạng này được xác định là bệnh động kinh. Theo các nghiên cứu dịch tễ, tỷ lệ mắc bệnh động kinh ở trẻ em dao động từ 0,4 đến 8/1000, trong đó các quốc gia kém hoặc đang phát triển, đặc biệt là khu vực nông thôn ghi nhận tỷ lệ mắc cao hơn, và trẻ nam bị ảnh hưởng nhiều hơn nữ.² Việc xác định căn nguyên gây động kinh có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và định hướng điều trị. Liên đoàn Chống động kinh Quốc tế (ILAE) phân loại động kinh theo 6 nhóm nguyên nhân: cấu trúc, di truyền, nhiễm trùng, chuyển hóa, miễn dịch và chưa rõ nguyên nhân.³ Trong đó, nhóm nguyên nhân miễn dịch đang ngày càng được quan tâm nhờ các tiến bộ trong kỹ thuật sinh học phân tử và phát hiện tự kháng thể liên quan đến hệ thần kinh trung ương, như kháng thể kháng thụ thể N-methyl-D-aspartate (NMDA).⁴

Viêm não tự miễn (VNTM) kháng thụ thể NMDA là thể bệnh phổ biến nhất ở trẻ em, thường biểu hiện bằng các triệu chứng như rối loạn hành vi, rối loạn tri giác và đặc biệt là co giật trong giai đoạn cấp tính.⁵ Khoảng 85% bệnh nhân xuất hiện cơn co giật, chủ yếu là các cơn khởi phát khu trú (42%) là co giật khu trú lan tỏa hai bên dạng co cứng-co giật, 32% là co giật khu trú kèm rối loạn ý thức). Trung bình cần sử dụng 2 loại thuốc chống động kinh để kiểm soát co giật trong giai đoạn cấp và người ta thấy rằng

tỷ lệ tiến triển thành động kinh mạn tính thấp.⁶

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, VNTM kháng thụ thể NMDA đã được chẩn đoán và điều trị ngày càng nhiều trong những năm gần đây. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tập trung mô tả đặc điểm động kinh trong nhóm bệnh nhân này tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đặc điểm động kinh ở trẻ bị viêm não kháng thụ thể NMDA tại Bệnh viện Nhi Trung ương", nhằm cung cấp bức tranh tổng quan về đặc điểm động kinh ở bệnh nhân VNTM, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị động kinh trong nhóm bệnh nhi đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán VNTM của tác giả Celluci T năm 2020, có động kinh triệu chứng trong quá trình bị bệnh và có kết quả xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể NMDA dương tính.⁷ Bố, mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử chẩn đoán động kinh trước chẩn đoán bệnh viêm não tự miễn > 3 tháng. Bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang loạt ca bệnh. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán VNTM có động kinh triệu chứng trong thời gian nghiên cứu sẽ được thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu bằng phỏng vấn người nhà và tham khảo hồ sơ bệnh án.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 05 năm 2025.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Thần kinh và phòng khám chuyên khoa Thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung ương.

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, khu vực sống.

+ Tiền sử gia đình, tiền sử bản thân.

+ Đặc điểm lâm sàng: Thời điểm khởi phát co giật (ngày); Hình thái cơn khởi phát (cơn cục bộ, cơn toàn thể, không phân loại); Thời gian cơn (phút); Tần suất cơn tại thời điểm chẩn đoán (số cơn/ ngày).

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Điện não đồ, cộng hưởng từ sọ não.

- **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 bình), χ^2 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 2423 BVNTW – HĐĐĐ ngày 23/09/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025, chúng tôi thu được 35 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	<8 tuổi	19	54,3
	≥8 tuổi	16	45,7
	Trung bình ($X \pm SD$)	7,7 ± 4 tuổi	
Giới	Nam	17	48,6
	Nữ	18	51,4
Địa dư	Thành thị	5	14,3
	Nông thôn	30	85,7
Tiền sử bệnh	Khỏe mạnh	30	85,7
	Cơ giật do sốt	3	8,6
	Viêm não Herpes simplex virus	2	5,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,7 tuổi, nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi, tỷ lệ nữ: nam là 1:0,9. Một số bệnh nhi có tiền sử sốt cao co giật (8,6%) hoặc viêm não Herpes simplex virus (HSV) trước đó (5,7%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng động kinh ở trẻ viêm não kháng thụ thể NMDA

Đặc điểm lâm sàng		n	%
Có động kinh	Không	35	50
	Có	35	50
Kiểu cơn khi khởi phát	Cục bộ	Cơn giật mắt, miệng	7 38,9
		Cơn giật chi	10 55,5
		Cơn cục bộ toàn thể hóa	1 5,6
	Toàn thể	17	48,6
Tần suất cơn tại thời điểm chẩn đoán (cơn/ngày)	≤5 cơn	28	80
	6-10 cơn	7	20
Số ngày trung bình khởi phát co giật ($X \pm SD$)		3,1±4,9 ngày	
Thời gian trung bình 1 cơn ($X \pm SD$)		5,0±3,7 phút	

Nhận xét: Kiểu cơn động kinh bao gồm 51,4% cơn khởi phát cục bộ với ưu thế là cơn giật chi (55,5%) và cơn giật mắt, miệng một bên (38,9%) và 48,6% cơn khởi phát toàn thể. Tại thời điểm chẩn đoán, 80% trẻ có ≤ 5 cơn/ngày, các cơn co giật xuất hiện trung bình sau 3,1 ngày

kể từ khi khởi phát triệu chứng bệnh đầu tiên, với thời gian trung bình của mỗi cơn là 5 phút.

Bảng 3. Đặc điểm điện não đồ

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Điện não đồ	Có thực hiện	31	88,6
	Không thực hiện	4	11,4
Kết quả	Bất thường	Bình thường	13 41,9
		Hoạt động nền chậm	14 77,8
		Sóng delta diềm bàn chải	1 5,6
		Sóng dạng động kinh	5 27,8

Nhận xét: Trong số 35 trẻ được nghiên cứu, có 31 trẻ (88,6%) được ghi điện não đồ. Có 58,1% trường hợp có bất thường trên điện não đồ, trong đó hay gặp nhất là bất thường hoạt động nền (77,8%).

Bảng 4. Đặc điểm cộng hưởng từ sọ não

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Cộng hưởng từ sọ não	Có thực hiện	32	91,4
	Không thực hiện	3	8,6
Kết quả	Bất thường	Bình thường	21 65,6
		Thùy thái dương	5 45,4
		Thùy trán-đỉnh	4 36,4
		Hồi hải mã	1 9,1
		Chất trắng	1 9,1

Nhận xét: Có 91,4% trường hợp được chụp cộng hưởng từ sọ não, trong đó 34,4% trường hợp có bất thường. Các tổn thương gặp nhiều nhất tại thùy thái dương (45,4%) và thùy trán-đỉnh (36,4%).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 5 năm 2025, chúng tôi thu được 35 bệnh nhi với độ tuổi trung bình là 7,7 ± 4 tuổi, tỷ lệ nam và nữ gần bằng nhau (nam: 48,6%; nữ: 51,4%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước như của Liu và cộng sự (2022) và Gong và cộng sự (2022), cho thấy bệnh thường gặp ở trẻ dưới 12 tuổi và phân bố giới tính tương đối đồng đều.^{8,9} Tiền sử bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 8,6% trẻ có sốt cao co giật và 5,7% có tiền sử viêm não do HSV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Liu và cộng sự (2022), nghiên cứu của tác giả ghi nhận 3/50 trẻ (6%) có tiền sử viêm não do HSV và tiến triển thành động kinh mạn tính, điều này gợi ý rằng nhiễm HSV trước đó có thể làm tăng nguy cơ động kinh trong bệnh VNTM kháng thụ thể NMDA.⁸

Thời gian trung bình khởi phát co giật là 3,1 ± 4,9 ngày, trong đó 94,3% bệnh nhân có co

giật xảy ra trong vòng hai tuần kể từ khi khởi phát bệnh. Về kiểu cơn, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chủ yếu là cơn cục bộ (51,4%) và cơn toàn thể (48,6%). Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu trước như của tác giả Liu và cộng sự (2020) ghi nhận 74,2% cơn là cục bộ, trong khi Gong và cộng sự (2022) báo cáo tỷ lệ cơn co cứng-co giật hai bên lên tới 75%.^{9,10} Điều này cho thấy sự đa dạng trong biểu hiện động kinh ở nhóm bệnh nhân này, có thể phụ thuộc vào vị trí tổn thương não. Trong các cơn khởi phát cục bộ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cơn giật chỉ một bên là chủ yếu chiếm 55,5% và cơn giật mắt, miệng một bên chiếm 38,9%, chỉ có 1 cơn cục bộ toàn thể hóa.

Thời gian trung bình cơn co giật trong nghiên cứu của chúng tôi là $5 \pm 3,7$ phút, dài hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác. Theo Wright và cộng sự (2022) báo cáo cơn co giật khu trú kéo dài 30 - 90 giây và cơn co giật toàn thể kéo dài 1 - 3 phút. Tương tự, Peng và cộng sự (2021) ghi nhận cơn co giật khu trú kéo dài 20 - 60 giây, cơn co giật toàn thể kéo dài 1 - 2 phút, với 13% bệnh nhân có trạng thái động kinh. Sự khác biệt về thời gian cơn co giật có thể xuất phát từ cách phân loại loại cơn hoặc phương pháp theo dõi. Nghiên cứu của chúng tôi dựa vào sự chứng kiến và kể lại của cha mẹ bệnh nhi nên có thể có sai sót do nhớ lại. Tần suất cơn co giật tại thời điểm chẩn đoán tương đối thấp, với 80% bệnh nhân có ≤ 5 cơn/ngày. So sánh với nghiên cứu của Wright và cộng sự (2022) và Peng và cộng sự (2021), tỷ lệ này thấp hơn rõ rệt. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân của chúng tôi được phát hiện và điều trị sớm hơn hoặc mức độ bệnh nhẹ hơn ở nhóm nghiên cứu hiện tại.

Về cận lâm sàng, 88,6% bệnh nhân được ghi điện não đồ, trong đó 58,1% có bất thường, chủ yếu là sóng nền chậm (77,8%) và sóng dạng động kinh (27,8%). Sóng delta diềm bàn chải đặc trưng nhưng không đặc hiệu cho bệnh, chỉ xuất hiện ở 5,6% trường hợp - tương đương với nghiên cứu của Liu và cộng sự (2020), nhưng thấp hơn so với người lớn.¹⁰ Sự khác biệt này có thể do thời điểm ghi điện não đồ ở bệnh nhân của chúng tôi sớm chủ yếu khi mới vào viện. Tổn thương trên cộng hưởng từ sọ não được ghi nhận ở 34,4% trường hợp, chủ yếu ở thùy thái dương (45,4%) và thùy trán-đỉnh (36,4%). Tỷ lệ bất thường này tương đồng với nghiên cứu của de Bruijn và cộng sự (2020) nhưng thấp hơn nghiên cứu của Chen và cộng sự (2021) (55,9%). Điều này có thể do bệnh nhân của

chúng tôi thường được chụp cộng hưởng từ sớm ở giai đoạn mới khởi phát triệu chứng nên có thể chưa rõ tổn thương trên phim.

V. KẾT LUẬN

Động kinh là triệu chứng thường gặp trong giai đoạn cấp của bệnh VNTM kháng thụ thể NMDA ở trẻ em, với tỷ lệ khoảng 50% trường hợp. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là các cơn toàn thể và cục bộ với tần suất thấp và thời gian ngắn. Điện não đồ hay gặp bất thường hoạt động nền (77,8%), ít gặp hoạt động kịch phát dạng động kinh (27,8%). Tổn thương trên cộng hưởng từ sọ não gặp ở 34,4% trường hợp, tuy nhiên không đặc hiệu. Việc nhận diện sớm đặc điểm cơn giật và phối hợp các công cụ cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh, góp phần cải thiện kết quả điều trị lâu dài cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy and the International Bureau for Epilepsy. *Epilepsia*. 2005;46(4):470-472.
2. Camfield P, Camfield C. Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic Disord*. 2015;17(2):117-123.
3. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):512-521.
4. Bien CG, Holtkamp M. "Autoimmune epilepsy": encephalitis with autoantibodies for epileptologists. *Epilepsia*. 2017;58(Suppl 2):50-59.
5. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol*. 2013;12(2):157-165.
6. Chavez-Castillo M, Ruiz-Garcia M, Herrera-Mora P. Characterization and Outcomes of Epileptic Seizures in Mexican Pediatric Patients With Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis. *Cureus*. 2020;12(5):e8211.
7. Cellucci T, Van Mater H, Graus F, et al. Clinical approach to the diagnosis of autoimmune encephalitis in the pediatric patient. *Neurology Neuroimmunology & Neuroinflammation*. 2020;7(2):e663.
8. Liu X, Yan B, Wang R, et al. Clinical Characteristics and Follow-Up of Seizures in Children With Anti-NMDAR Encephalitis. *Front Neurol*. 2022;13:851360.
9. Gong Y, Zhang J, Liu M, et al. Seizure Semiology in Antibody-Associated Autoimmune Encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2022;9(4):e1176.
10. Liu X, Yan B, Wang R, et al. Seizure Characteristics, Outcome, and Risk of Epilepsy in Pediatric Anti-N-Methyl-d-Aspartate Receptor Encephalitis. *Pediatr Neurol*. 2020;105:35-40.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG THẬN ĐỘ V TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Nguyên Vũ¹, Nguyễn Xuân Hoà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương thận độ V tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu đánh giá tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng của 22 bệnh nhân khi vào viện dựa theo dữ liệu nghiên cứu. Dữ liệu được thu thập dưới dạng bệnh án giấy và điện tử, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. **Kết quả:** Nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân chấn thương thận độ V là $26,77 \pm 11,82$ tuổi, với nhóm tuổi dưới 20 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%) do các hoạt động nguy cơ cao như lái xe máy hoặc lao động nặng. Chấn thương phối hợp ngoài thận chiếm 68,2% và chấn thương thận đơn thuần chiếm 22,7% và có bệnh lý nền tại thận chiếm 9,1%. Nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối (90,9%). **Kết luận:** Chấn thương thận độ V tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chủ yếu gặp ở nam giới dưới 20 tuổi, với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông chiếm 86%.

Từ khóa: chấn thương thận độ V, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH GRADE V RENAL TRAUMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with grade V renal trauma at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study evaluating the clinical and paraclinical status of 22 patients upon hospital admission based on research data. Data were collected from both paper and electronic medical records and processed using SPSS statistical software. **Results:** The study at Viet Duc University Hospital showed that the average age of patients with grade V renal trauma was 26.77 ± 11.82 years, with the under-20 age group accounting for the highest proportion (40.9%) due to high-risk activities such as traffic accidents or heavy labor. Associated extrarenal injuries accounted for 68.2%, isolated renal trauma for 22.7%, and pre-existing renal conditions for 9.1%. Males accounted for an overwhelming majority (90.9%). **Conclusion:** Grade V renal trauma at Viet Duc University Hospital primarily occurs in males under 20 years of age, with traffic accidents being the leading cause (86%).

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hoà

Email: drhoanguyenxuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

Keywords: grade V renal trauma, clinical characteristics, paraclinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận độ V là mức độ nghiêm trọng nhất trong phân loại của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (AAST), đặc trưng bởi rách rời hoàn toàn nhu mô thận, tổn thương hoặc đứt cuống thận, thường gây mất máu ồ ạt và đe dọa tính mạng người bệnh.¹ Đây là tình trạng tổn thương phức tạp, khó điều trị, thường gặp trong các tai nạn tốc độ cao như tai nạn giao thông hoặc ngã từ độ cao lớn – những nguyên nhân ngày càng phổ biến trong bối cảnh đô thị hóa và phát triển kinh tế ở Việt Nam. Tuy nhiên, với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh việc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để phân loại, đánh giá mức độ tổn thương và tiên lượng điều trị đã trở nên chính xác hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân chấn thương thận độ V được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/01/2024 đến hết 31/12/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương thận độ V theo phân loại tổn thương thận AAST 2018. Tổn thương thận được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính bao gồm cả chấn thương thận đơn thuần và phối hợp. Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đủ dữ liệu nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ.** Những bệnh chấn thương thận độ V do các thương tổn bởi can thiệp thủ thuật điều trị gây nên hoặc biến chứng sau các tổn thương thận độ thấp hơn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả hồi cứu, nhằm phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương thận độ V điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2025.

Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương thận độ V theo phân loại của Association for the Surgery of Trauma (AAST) năm 2018, có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án. Dữ liệu được thu thập từ bệnh án giấy và điện tử, bao gồm các thông tin về tuổi, giới, cơ chế chấn thương (tai