

1. **Bộ Y tế** (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
2. **International Diabetes Federation** (2025). IDF Diabetes Atlas 2025. Truy cập tại: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>, truy cập ngày 18/07/2025.
3. **Đỗ Gia Tuyền** (2021). Bệnh học nội khoa Thận - Tiết niệu. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
4. **Hasanato RM** (2016). Diagnostic efficacy of random albumin creatinine ratio for detection of micro and macro-albuminuria in type 2 diabetes mellitus. Saudi Med J, 37(3): 268–273.
5. **American Diabetes Association** (2025). Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care, 48(Suppl 1): S239–S250. Truy cập tại: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S239/157554, truy cập ngày 17/07/2025.
6. **Bộ Y tế** (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận - Tiết niệu.
7. **Wu AYT, Kong NCT, de Leon FA, et al.** (2005) An alarmingly high prevalence of diabetic nephropathy in Asian type 2 diabetic patients: the MicroAlbuminuria Prevalence (MAP) Study. Diabetologia, 48(1): 17–26.
8. **Yeung RO, Zhang Y, Luk A, et al.** (2014) Metabolic profiles and treatment gaps in young-onset type 2 diabetes in Asia (the JADE programme): a cross-sectional study of a prospective cohort. Lancet Diabetes Endocrinol, 2(12): 935–943.
9. **Thị DT, Hoa LQ, Toàn DV, et al.** (2024) Mối liên quan giữa tỷ số albumin/creatinin niệu và một số thông số ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam, (74): 15–23.
10. **Trương LX, Tài ND, Linh TQP, et al.** (2018) Khảo sát tỷ lệ microalbumin-niêu đường tính trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Quận 2. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 22(2): 139.

VIÊM NÃO TỰ MIỄN DO KHÁNG THỂ KHÁNG THỤ THỂ NMDA TÁI PHÁT NHIỀU LẦN Ở TRẺ EM: MỘT BÁO CÁO CA BỆNH

Bùi Hiếu Anh¹, Nguyễn Minh Quân¹,
Nguyễn Thị Chinh², Phạm Hải Uyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến bệnh một trường hợp viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA tái phát nhiều lần trong vòng hai năm dù đã điều trị duy trì bằng thuốc ức chế miễn dịch tại khoa Thần kinh bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Bệnh nhi nữ 14 tuổi, khởi phát lần đầu với các triệu chứng rối loạn hành vi, co giật và loạn động. Dịch não tủy dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Đã được điều trị với Methylprednisolone tĩnh mạch và thay huyết tương, sau đó phục hồi và tái phát ba lần nữa trong hai năm tiếp theo. Mỗi lần tái phát đều có biểu hiện lâm sàng tương tự nhưng mức độ không nặng như lần đầu và dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Sau lần tái phát thứ tư, bệnh nhi được chuyển sang điều trị bằng Rituximab với đáp ứng tốt. **Kết luận:** Báo cáo ca lâm sàng này minh họa thách thức trong điều trị duy trì và phòng ngừa tái phát viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA ở trẻ em. Cần nhắc sử dụng Rituximab sớm có thể giúp giảm tái phát và tránh tác dụng phụ của corticoid kéo dài.

Từ khóa: Viêm não tự miễn, kháng thể kháng thụ thể NMDA, tái phát, trẻ em, Rituximab

SUMMARY

MULTIPLE RELAPSES OF ANTI-NMDA RECEPTOR AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS IN A CHILD: A CASE REPORT

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics and disease course of a pediatric case of anti-NMDA receptor autoimmune encephalitis with multiple relapses over a two-year period despite maintenance immunosuppressive therapy at the Neurology Department, Children's Hospital 2. **Methods:** Case report. **Results:** A 14-year-old girl initially presented with behavioral changes, seizures, and movement disorder. Cerebrospinal fluid was positive for anti-NMDA receptor antibodies. She was treated with intravenous methylprednisolone and plasma exchange, recovered, and then relapsed three more times over the following two years. Each relapse presented similarly but with milder severity, and remained positive for anti-NMDA receptor antibodies. After the fourth relapse, the patient was switched to Rituximab with a good clinical response. **Conclusion:** This case highlights the challenge in managing relapsing anti-NMDA receptor encephalitis in children. Early consideration of Rituximab may help reduce relapse and limit corticosteroid-related adverse effects. **Keywords:** Autoimmune encephalitis, NMDAR antibody, relapses, children, Rituximab

I. GIỚI THIỆU

Viêm não tự miễn do kháng thể kháng thụ thể NMDA (anti-NMDAR encephalitis) là một trong các nguyên nhân viêm não thường gặp ở trẻ em và thanh thiếu niên. Bệnh có thể biểu

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hiếu Anh

Email: anhbh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

hiện đa dạng với thay đổi hành vi, co giật, loạn vận động, và suy giảm ý thức.^[1] Tuy là bệnh có tiên lượng tốt nếu điều trị sớm và đúng phác đồ, nhưng một số trường hợp có thể tái phát, ảnh hưởng đến chất lượng sống và chức năng thần kinh lâu dài. Tỷ lệ tái phát dao động từ 10% đến 30%, thường xảy ra trong vòng 2 – 3 năm đầu sau đợt bệnh cấp tính.^[2] Việc lựa chọn chiến lược điều trị duy trì hiệu quả để ngăn ngừa tái phát, đặc biệt ở trẻ em, vẫn còn nhiều tranh luận và cần thêm dữ liệu thực tiễn. Mục tiêu của bài báo cáo này là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến của một trường hợp viêm não NMDAR tái phát nhiều lần trong vòng hai năm, nhằm thảo luận chiến lược điều trị duy trì hiệu quả hơn ở bệnh nhi nguy cơ cao.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân N. T. Q. M. nữ, 14 tuổi tiền căn khoẻ mạnh trước đây, phát triển tâm thần vận động bình thường, trước khi khởi phát bệnh học giới. Bệnh khởi phát lần đầu vào tháng 5 năm 2023 với biểu hiện thay đổi hành vi, co giật và giảm ý thức. Xét nghiệm dịch não tủy có 6 tế bào bạch cầu/mm³, dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Hình ảnh cộng hưởng từ não có tiêm thuốc tương phản không phát hiện bất thường (Hình 1). Bệnh nhân được điều trị tấn công bằng methylprednisolone tĩnh mạch liều 30 mg/kg/ngày trong 5 ngày, phối hợp thay huyết tương 7 chu kỳ. Sau đó, tình trạng cải thiện rõ, bệnh nhân hồi phục và trở lại sinh hoạt học tập bình thường.

Tuy nhiên, vào tháng 11 năm 2023, ngay sau khi ngưng corticoid, bệnh nhân bị tái phát lần một với sự xuất hiện trở lại các triệu chứng tương tự, kèm thêm ảo thị. Dịch não tủy có 8 tế bào bạch cầu/mm³ và tiếp tục dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. Bệnh nhân được điều trị lại bằng methylprednisolone tĩnh mạch, sau đó bắt đầu sử dụng thuốc ức chế miễn dịch duy trì là mycophenolate mofetil (MMF), liều tăng dần từ 500 đến 750 mg/ngày.

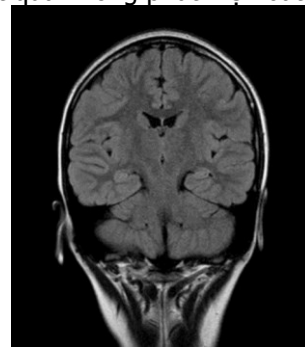
Vào tháng 6 năm 2024, trong khi đang sử dụng prednisone liều duy trì 5 mg cách ngày và MMF 750 mg/ngày, bệnh nhân lại tái phát lần hai với biểu hiện sốt, co giật cục bộ. Dịch não tủy có 5 tế bào bạch cầu/mm³, tiếp tục dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. MRI não vẫn không ghi nhận bất thường. Prednisone được tăng liều lại và MMF được duy trì.

Đợt tái phát thứ ba xảy ra vào tháng 2 năm 2025, khi bệnh nhân đang dùng prednisone liều 10 mg/ngày và MMF 875 mg/ngày. Triệu chứng bao gồm đau đầu, ảo thị, loạn động vùng miệng,

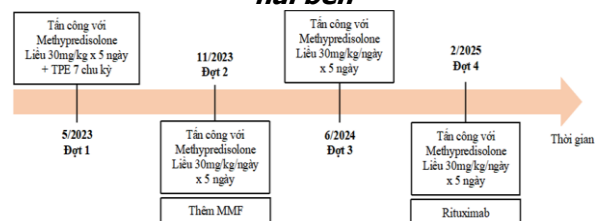
và giảm giao tiếp. Dịch não tủy có 10 tế bào bạch cầu/mm³ và vẫn dương tính với kháng thể kháng thụ thể NMDA. MRI có tiêm thuốc tương phản vẫn bình thường. Đáng chú ý, các lần tái phát đều xảy ra khi liều corticoid đang giảm hoặc ngưng, và bệnh nhân có biểu hiện hội chứng Cushing do sử dụng corticoid kéo dài. Do đó, sau điều trị tấn công lại bằng methylprednisolone tĩnh mạch, bệnh nhân được chuyển sang dùng Rituximab (Hình 2).

Theo dõi sau 3 tháng điều trị bằng Rituximab cho thấy trẻ hồi phục tốt, tinh táo hoàn toàn, giao tiếp linh hoạt, có thể quay lại trường học và tham gia các hoạt động thể chất như đánh cầu lông. Thang điểm CASE được đánh giá 2 điểm, tương ứng với khả năng tự lập sinh hoạt, nhưng còn chậm trong học tập và các hoạt động phức tạp.

Trong quá trình theo dõi, bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính (CT) ngực – bụng có tiêm thuốc cản quang để khảo sát khối u, đặc biệt nhằm loại trừ u buồng trứng – một nguyên nhân liên quan đến viêm não NMDAR ở nữ tuổi dậy thì. Kết quả không phát hiện bất thường.



Hình 1. MRI sọ não đứng ngang (coronal) chuỗi xung FLAIR tại thời điểm khởi phát (6/2023) cho thấy tín hiệu nhu mô não bình thường, không ghi nhận tăng tín hiệu vùng hải mã, vỏ não hay thùy thái dương hai bên



Hình 2. Dòng thời gian điều trị và các lần tái phát của bệnh nhân viêm não NMDAR trong vòng hai năm. Bệnh nhân được điều trị tấn công bằng methylprednisolone tĩnh mạch mỗi đợt, phối hợp thay huyết tương ở đợt đầu, bắt đầu MMF sau đợt 2 và dùng Rituximab sau đợt 4

III. BÀN LUẬN

Viêm não tự miễn NMDAR là nguyên nhân phổ biến nhất trong nhóm viêm não tự miễn ở trẻ em và thanh thiếu niên. Mặc dù phần lớn các trường hợp có diễn tiến một pha và phục hồi tốt nếu được điều trị sớm và đầy đủ, nhưng các báo cáo tổng quan cho thấy tỷ lệ tái phát của viêm não tự miễn NMDAR dao động từ 8,3–32,6%.^[2] Trong nghiên cứu hồi cứu ở Italy bởi Nosadini (2019), khoảng 21% bệnh nhi bị tái phát ít nhất một lần.^[3] Nghiên cứu đoàn hệ của Gong (2022) cho thấy tỷ lệ tái phát là 15,9%, với đa số các trường hợp (82%) xảy ra trong vòng 24 tháng đầu sau đợt bệnh cấp và phần lớn (76,9%) có mức độ nhẹ hơn đợt đầu tiên.^[4] Tái phát nhiều lần là một tình huống hiếm gặp, ít được mô tả chi tiết trong y văn, đặc biệt ở nhóm bệnh nhi.

Theo tiêu chuẩn trong các nghiên cứu trước đây, tái phát được định nghĩa là sự xuất hiện trở lại các triệu chứng thần kinh hoặc tâm thần sau tối thiểu hai tháng ổn định hoặc cải thiện lâm sàng, không do nguyên nhân khác.^[3–5] Tuy nhiên, định nghĩa này chưa bao hàm rõ ràng các yếu tố như mức độ triệu chứng, thời gian theo dõi tối thiểu hay tiêu chí loại trừ bệnh lý khác. Gần đây, một định nghĩa lâm sàng đầy đủ hơn đã được đồng thuận bởi các chuyên gia trên thế giới nhằm chuẩn hóa khái niệm tái phát trong viêm não tự miễn NMDAR ở trẻ em. Theo đó, tái phát là sự xuất hiện lại của các triệu chứng và dấu hiệu thần kinh hoặc tâm thần đã từng xuất hiện trước đó, hoặc là sự xuất hiện của các biểu hiện mới, có liên quan đến thay đổi chức năng và kéo dài trên một tuần (hoặc ngắn hơn nếu ảnh hưởng đến sự an toàn), xảy ra sau giai đoạn ổn định hoặc cải thiện tối thiểu một tháng, và không giải thích được bằng tác dụng phụ của thuốc hoặc bệnh lý xen kẽ khác.^[2,6]

Trong ca lâm sàng này, bệnh nhi nữ có bốn lần xuất hiện trở lại hội chứng lâm sàng điển hình của NMDARE, mỗi lần cách nhau tối thiểu 4 tháng, với các biểu hiện như thay đổi hành vi, co giật, loạn động và giảm tương tác. Cả bốn đợt đều có bằng chứng kháng thể anti-NMDAR dương tính trong dịch não tủy và được chỉ định điều trị lại bằng liệu pháp miễn dịch, nên thỏa mãn đầy đủ tiêu chuẩn tái phát cập nhật gần đây. Một nghiên cứu của Day (2021) cho thấy rằng kháng thể kháng NMDAR trong dịch não tủy dương tính kéo dài sau 12 tháng có giá trị tiên lượng rõ ràng: những bệnh nhân này có nguy cơ tái phát cao hơn hoặc di chứng lâu dài về chức năng thần kinh.^[7]

Về các yếu tố nguy cơ viêm não tự miễn

NMDAR tái phát, nghiên cứu của Gong (2022) cho thấy giới nữ và khởi trị chậm sau khởi phát triệu chứng là các yếu tố nguy cơ tái phát có ý nghĩa thống kê.^[4] Báo cáo của Nosadini (2019) ở nhóm bệnh nhi ghi nhận rằng nguy cơ tái phát giảm đáng kể ở những bệnh nhân được điều trị phối hợp ≥ 3 liệu pháp miễn dịch ngay trong đợt bệnh đầu tiên, với Hazard ratio là 0,208 (KTC 95%: 0,046 – 0,941; $p = 0,042$). Điều này gợi ý rằng chiến lược điều trị tích cực sớm có thể giúp giảm nguy cơ tái phát về sau.^[3]

Việc chuyển sang sử dụng Rituximab sau lần tái phát thứ tư trong ca này được cân nhắc dựa trên nguy cơ tái phát cao, sự phụ thuộc corticoid kéo dài gây hội chứng Cushing, và hiệu quả không rõ ràng của MMF. Sau khi dùng Rituximab, bệnh nhi có cải thiện rõ rệt cả về lâm sàng và khả năng sinh hoạt xã hội, cho thấy hiệu quả và tính an toàn của liệu pháp này trong nhóm bệnh nhi tái phát nhiều lần. Báo cáo ca lâm sàng này đóng góp dữ liệu thực tiễn quý giá về một trường hợp viêm não tự miễn NMDAR tái phát nhiều lần ở trẻ em – tuy hiếm gặp nhưng có nguy cơ cao di chứng thần kinh lâu dài. Trường hợp này làm nổi bật sự cần thiết của việc áp dụng tiêu chuẩn tái phát cập nhật, phân tầng nguy cơ sớm để cá thể hóa chiến lược điều trị, và cân nhắc sử dụng Rituximab sớm hơn thay vì trì hoãn đến khi bệnh nhân đã tái phát nhiều lần. Ngoài ra, việc theo dõi định kỳ, hỗ trợ học tập – tâm lý – xã hội và đánh giá chức năng thần kinh lâu dài là cần thiết để đảm bảo kết quả điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Viêm não NMDAR là thể thường gặp nhất của viêm não tự miễn do kháng thể kháng bề mặt tế bào thần kinh, đặc biệt ở trẻ em. Viêm não NMDAR có thể tái phát nhiều lần và đòi hỏi chiến lược điều trị duy trì linh hoạt. Rituximab là một lựa chọn hiệu quả trong trường hợp tái phát nhiều lần hoặc phụ thuộc corticoid. Phát hiện sớm và can thiệp kịp thời đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Graus F, et al** (2016). A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. *Lancet Neurol*;15(4):391–404.
2. **Ren J, Qiu W, Li J.** (2024). Diagnosis and Treatment of Anti-NMDAR Encephalitis in Children: An Up-to-Date Review. *Curr Neurol Neurosci Rep*;24(1).
3. **Nosadini M, Granata T, Matricardi S, et al.** (2019). Relapse risk factors in anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *Dev Med Child Neurol*;61(9):1101–1107.

4. **Gong X, et al.** (2021). Long-term functional outcomes and relapse of anti-NMDA receptor encephalitis: a cohort study in Western China. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*;8(2):e962.
5. **Feng J, et al.** (2022). Recurrence of anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: a cohort study in central China. *Front Neurol*;13:832634.
6. **Nosadini M, et al.** (2021). International consensus recommendations for the treatment of pediatric NMDAR antibody encephalitis. *Neurology*;97(8):e856–e868.
7. **Day GS, Peery H, Dunn S, Friedman D, Nasrallah M, Lippmann R, et al.** (2021). Prognostic Value of Persistent CSF Antibodies at 12 Months in Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis. *JAMA Neurol*;78(8):1001–8.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ SECUKINUMAB Ở BỆNH NHÂN VẢY NẾN THỂ MẢNG MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH – NẶNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị ở bệnh nhân vảy nến thể mảng mức độ trung bình – nặng điều trị bằng secukinumab tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 8 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, tiến hành trên 60 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định vảy nến thể mảng mức độ trung bình – nặng và điều trị bằng secukinumab. Các yếu tố được khảo sát gồm: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể (BMI), thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia. Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên tỷ lệ đạt PASI 75 sau 16 tuần. Phân tích thống kê sử dụng Chi-square/Fisher's exact test và hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,0 \pm 14,1$ năm; nam giới chiếm 73,3%. BMI trung bình là $23,3 \pm 2,1$ kg/m², trong đó 15,0% bệnh nhân thừa cân/béo phì. Tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu bia lần lượt là 25,0% và 28,3%. Nhóm có BMI bình thường đạt tỷ lệ PASI 75 cao hơn đáng kể so với nhóm thừa cân/béo phì (90,0% so với 65,0%; $p < 0,05$). Bệnh nhân không hút thuốc và không uống rượu bia đạt PASI 75 cao hơn so với nhóm có thói quen này (85,0% so với 60,0% và 88,0% so với 62,5%; $p < 0,05$). Phân tích hồi quy logistic đa biến xác định BMI ≥ 25 là yếu tố độc lập làm giảm khả năng đạt PASI 75 (OR=0,08; CI 95%: 0,01–0,45; $p=0,004$). Các yếu tố khác như tuổi, giới, hút thuốc và uống rượu bia có xu hướng ảnh hưởng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hiệu quả điều trị vảy nến bằng secukinumab chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, trong đó BMI ≥ 25 là yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm khả năng đáp ứng. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của quản lý cân nặng, đồng thời cần kết hợp tư vấn bỏ thuốc lá và hạn chế rượu bia để tối ưu hóa hiệu quả điều trị cho bệnh nhân vảy nến thể

mảng mức độ trung bình – nặng.

Từ khóa: Vảy nến thể mảng, Secukinumab, PASI 75, Chỉ số khối cơ thể, Yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH SECUKINUMAB TREATMENT RESPONSE IN PATIENTS WITH MODERATE-TO-SEVERE PLAQUE PSORIASIS AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: This study aimed to investigate factors associated with treatment response in patients with moderate-to-severe plaque psoriasis treated with secukinumab at Nghe An General Friendship Hospital. **Subject and Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted on 60 patients aged ≥ 18 years, clinically diagnosed with moderate-to-severe plaque psoriasis and treated with secukinumab. Factors assessed included age, sex, disease duration, body mass index (BMI), smoking, and alcohol consumption. Treatment efficacy was evaluated by the proportion of patients achieving PASI 75 at week 16. Statistical analyses included Chi-square/Fisher's exact test and multivariate logistic regression. **Results:** The mean age of patients was 52.0 ± 14.1 years; 73.3% were male. The mean BMI was 23.3 ± 2.1 kg/m², with 15.0% overweight/obese. Smoking and alcohol consumption were reported in 25.0% and 28.3% of patients, respectively. Patients with normal BMI achieved a significantly higher PASI 75 response compared with overweight/obese patients (90.0% vs. 65.0%; $p < 0.05$). Non-smokers and non-drinkers had higher PASI 75 rates compared with smokers (85.0% vs. 60.0%) and drinkers (88.0% vs. 62.5%) ($p < 0.05$). Multivariate logistic regression identified BMI ≥ 25 as an independent factor associated with reduced likelihood of achieving PASI 75 (OR=0.08; 95% CI: 0.01–0.45; $p=0.004$). Other factors (age, sex, smoking, alcohol consumption) showed a trend of influence but did not reach statistical significance. **Conclusion:** The efficacy of secukinumab in plaque psoriasis is influenced by multiple factors, with BMI ≥ 25 being an independent prognostic factor reducing treatment response. These findings highlight the

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Huyền

Email: phamhuyenykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025