

Lựa chọn kháng sinh ban đầu: Phác đồ kinh điển nhằm vào *S. pneumoniae* có thể không phù hợp cho bệnh nhân ĐTĐ. Cần cân nhắc bao phủ Gram âm, nhất là *K. pneumoniae* và *A. baumannii*, trong phác đồ điều trị ban đầu. Kiểm soát đường huyết: Kết quả chứng minh rằng kiểm soát glucose máu tốt có thể làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn nặng và giảm tỷ lệ cấy dương tính. Đây là yếu tố quan trọng trong chiến lược quản lý toàn diện bệnh nhân. Theo dõi kháng kháng sinh: Sự hiện diện của *A. baumannii* và *P. aeruginosa* cảnh báo nguy cơ kháng thuốc, cần xét nghiệm kháng sinh đồ để cá thể hóa điều trị. Nghiên cứu chưa đánh giá đầy đủ căn nguyên không điển hình và virus, do hạn chế kỹ thuật. Cỡ mẫu còn nhỏ, làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các phân tích liên quan đến kiểm soát glucose. Tuy nhiên, kết quả vẫn có giá trị định hướng cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế rõ rệt, đặc biệt *Klebsiella pneumoniae* và *Acinetobacter baumannii*. Tỷ lệ cấy dương tính cao hơn ở nhóm kiểm soát glucose máu kém, cho thấy kiểm soát đường huyết có vai trò quan trọng trong hạn chế nhiễm khuẩn. Cần chú ý lựa chọn kháng sinh ban đầu có phổ tác dụng trên Gram âm, theo dõi sát kháng sinh đồ và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Đồng thời, nên tăng cường tầm soát, dự

phòng và quản lý yếu tố nguy cơ để cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization**, "Pneumonia," 2023, Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. **P. Saeedi et al.**, "Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition," (in eng), *Diabetes Res Clin Pract*, vol. 157, p. 107843, Nov 2019.
3. **J. A. Critchley, I. M. Carey, T. Harris, S. DeWilde, F. J. Hosking, and D. G. Cook**, "Glycemic control and risk of infections among people with type 1 or type 2 diabetes in a large primary care cohort study," (in eng), *Diabetes care*, vol. 41, no. 10, pp. 2127-2135, 2018.
4. **S. Di Yacovo et al.**, "Clinical features, etiology, and outcomes of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus," vol. 92, no. 1, pp. 42-50, 2013.
5. **M. La**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults," (in eng), *Clin Infect Dis*, vol. 44, pp. S27-S72, 2019.
6. **P. K. Liên**, *Giáo trình bệnh học hô hấp (Viêm phổi mắc phải cộng đồng)*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2025.
7. **R. K. Bhattacharya, J. D. Mahnken, and S. K. Rigler**, "Impact of admission blood glucose level on outcomes in community-acquired pneumonia in older adults," (in eng), *Int J Gen Med*, vol. 6, pp. 341-4, 2013.
8. **J. Almirall et al.**, "New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study," (in eng), *European respiratory journal*, vol. 31, no. 6, pp. 1274-1284, 2018.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐÁP ỨNG KÉM VỚI CORTICOID Ở BỆNH NHI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VIÊM NÃO TỰ MIỄN LẦN ĐẦU

Lê Khánh Huyền¹, Trần Đức Anh Quân²,
Phạm Hải Uyên², Nguyễn Lê Trung Hiếu³

TÓM TẮT

Cơ sở: Corticoid là liệu pháp miễn dịch hàng đầu trong điều trị viêm não tự miễn (VNTM) ở trẻ em. Việc tiên lượng sớm đáp ứng điều trị giúp lựa chọn phác đồ phù hợp và cải thiện tiên lượng bệnh. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 85 bệnh nhi được chẩn đoán

VNTM lần đầu tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2024, theo tiêu chuẩn Cellucci. Các bệnh nhân được đánh giá lâm sàng bằng thang điểm CASE tại thời điểm trước điều trị, 1-2 tuần sau điều trị corticoid và sau 3 tháng theo dõi. **Kết quả:** 70,6% bệnh nhân cải thiện điểm CASE sau 1-2 tuần điều trị corticoid; 25,9% cần điều trị thêm (IVIG, thay huyết tương hoặc rituximab). Tỷ lệ đáp ứng với corticoid sau 3 tháng là 68%. Nhóm đáp ứng kém có tỷ lệ cao hơn các triệu chứng suy giảm nhận thức (96,3% so với 75,9%, $p=0,03$), rối loạn ý thức (70,4% so với 44,8%, $p=0,028$), rối loạn vận động (85,2% so với 50%, $p=0,002$) và có nồng độ lactate trong dịch não tủy cao hơn ($p=0,017$). **Kết luận:** Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như rối loạn ý thức, giảm khả năng nói, rối loạn vận động, điểm CASE ban đầu cao và nồng độ lactate dịch não tủy tăng có liên

¹Bệnh viện An Bình

²Bệnh viện Nhi đồng 2 TP. Hồ Chí Minh

³Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Trung Hiếu

Email: nguyentrunghieus@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

quan đến đáp ứng kém với corticoid ở bệnh nhi VNTM.

Từ khóa: viêm não tự miễn, corticoid, đáp ứng điều trị, trẻ em, thang điểm CASE.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH POOR CORTICOSTEROID RESPONSE IN PEDIATRIC PATIENTS WITH FIRST-DIAGNOSED AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS

Background: Corticosteroids are the first-line immunotherapy for autoimmune encephalitis (AE) in children. Early prediction of treatment response is essential for selecting optimal therapeutic strategies and improving patient outcomes. **Methods:** A retrospective study was conducted on 85 pediatric patients newly diagnosed with AE at Children's Hospital 2, from January 2021 to June 2024, based on Cellucci criteria. Clinical outcomes were assessed using the Clinical Assessment Scale for Autoimmune Encephalitis (CASE) at baseline, 1–2 weeks post-treatment, and after 3 months of follow-up. **Results:** 70.6% of patients showed improvement in CASE scores after 1–2 weeks of corticosteroid therapy; 25.9% required additional immunotherapy (IVIG, plasmapheresis, or rituximab). The overall corticosteroid response rate for 3 months was 68%. Patients with poor response had significantly higher rates of cognitive impairment (96.3% vs. 75.9%, $p=0.03$), consciousness disorders (70.4% vs. 44.8%, $p=0.028$), motor dysfunction (85.2% vs. 50%, $p=0.002$), and elevated cerebrospinal fluid (CSF) lactate levels ($p=0.017$). **Conclusions:** Clinical features such as consciousness disturbance, speech impairment, motor dysfunction, higher initial CASE scores, and elevated CSF lactate are associated with poor corticosteroid response in children with AE. These indicators may aid in early identification of patients requiring escalated immunotherapy.

Keywords: autoimmune encephalitis, corticosteroid, treatment response, pediatric, CASE scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tự miễn (VNTM) là tình trạng viêm ở não do đáp ứng miễn dịch chống lại kháng nguyên của chính cơ thể ở hệ thần kinh trung ương. [1] Ở trẻ em, biểu hiện lâm sàng của VNTM đa dạng bao gồm cơn động kinh, rối loạn hành vi và tâm thần, suy giảm ý thức, rối loạn trí nhớ và nhận thức, các triệu chứng ngoại tháp và giảm thông khí do nguyên nhân trung ương. Điều trị là liệu pháp miễn dịch bao gồm điều trị bậc 1 (corticoid tĩnh mạch, globulin miễn dịch, thay huyết tương), và điều trị bậc 2 (rituximab, cyclophosphamide) được dùng khi bệnh tái phát hoặc kháng trị. [2] Việc tiên lượng sớm đáp ứng điều trị là rất quan trọng giúp bác sĩ chọn lựa phác đồ điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân và tư vấn cho người nhà bệnh nhân về diễn tiến bệnh và quá trình hồi phục bệnh. Các công bố trên thế giới ghi nhận tỉ lệ đáp ứng với liệu pháp

miễn dịch bậc 1 ở bệnh nhân VNTM chỉ dao động từ 50 đến 70%. [2, 3] Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Yếu tố liên quan đáp ứng kém với corticoid ở bệnh nhi được chẩn đoán viêm não tự miễn lần đầu" với các mục tiêu so sánh các đặc điểm dân số mẫu, lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm đáp ứng kém với corticoid và nhóm đáp ứng với corticoid.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2. Thời gian hồi cứu: từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2024. Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Nhi đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Dân số mục tiêu: Bệnh nhi (<16 tuổi) được chẩn đoán viêm não tự miễn lần đầu tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhi (<16 tuổi) được chẩn đoán VNTM lần đầu theo tiêu chuẩn Cellucci 2020 từ mức độ có thể đến xác định.

- Bệnh nhi được điều trị ban đầu bằng corticoid sau khi được chẩn đoán VNTM.

- Bệnh nhi được đánh giá triệu chứng lâm sàng đầy đủ theo thang điểm CASE ở thời điểm bắt đầu điều trị và 1 – 2 tuần sau điều trị corticoid.

- Bệnh nhi được khảo sát đầy đủ dịch não tủy, điện não đồ và cộng hưởng từ sọ não..

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có đủ minh chứng trong hồ sơ bệnh án để đánh giá thang điểm CASE lúc bắt đầu điều trị corticoid và sau 1 – 2 tuần.

- Không có đủ minh chứng trong sổ tái khám ngoại trú và không liên lạc được với thân nhân bệnh nhi để đánh giá thang điểm CASE sau 3 tháng nếu bệnh nhi không phải điều trị thêm IVIG hay thay huyết tương.

Tiêu chuẩn phân nhóm đáp ứng với corticoid [4]

- Đáp ứng với corticoid: thỏa cả 2 tiêu chuẩn sau: (1) BN không phải điều trị thêm IVIG hoặc thay huyết tương, (2) Điểm CASE ở thời điểm 3 tháng sau điều trị corticoid ≤ 4 điểm.

- Đáp ứng kém với corticoid: Thỏa 1 trong 2 tiêu chuẩn sau: (1) Điểm CASE sau 1 – 2 tuần không cải thiện so với điểm CASE lúc bắt đầu điều trị corticoid và phải điều trị thêm IVIG hoặc thay huyết tương; (2) Điểm CASE sau 3 tháng điều trị corticoid > 4 điểm.

2.4. Thu thập số liệu

Bước 1: Hồi cứu hồ sơ bệnh án trong khoảng thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2024 theo mã ICD của VNTM là G04, các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn vào sẽ được lựa chọn.

Bước 2: Nghiên cứu viên ghi nhận các dữ

liệu dân số mẫu, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và đánh giá điểm CASE lúc bắt đầu điều trị corticoid và sau điều trị corticoid 1 – 2 tuần từ hồ sơ bệnh án.

Bước 3: Nghiên cứu viên ghi nhận điểm CASE sau 3 tháng thông qua sổ tái khám ngoại trú hoặc thông qua liên lạc với thân nhân bệnh nhi bằng điện thoại ở bệnh nhi không điều trị thêm liệu pháp miễn dịch khác (IVIG, thay huyết tương).

Bước 4: Loại những trường hợp không ghi nhận được thông tin để đánh giá điểm CASE ở thời điểm 3 tháng sau điều trị corticoid từ sổ tái khám ngoại trú và không liên lạc được với thân nhân bệnh nhi ở bệnh nhi không điều trị thêm liệu pháp miễn dịch khác (IVIG, thay huyết tương).

2.5. Phương pháp phân tích dữ liệu

Nhập số liệu: bằng phần mềm Microsoft Excel 2019.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm Stata/MP 14.2.

Kiểm định Chi bình phương được sử dụng để so sánh các biến định tính ở hai mẫu tìm sự khác biệt. Với biến định lượng có phân phối chuẩn, kiểm định t được sử dụng để so sánh hai trung bình của hai mẫu độc lập. Với biến định lượng không có phân phối chuẩn, kiểm định phi tham số Mann-Whitney được sử dụng để kiểm định sự

khác biệt giữa hai mẫu độc lập. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 979/HĐĐĐ-ĐHYD và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi đồng 2, giấy chấp thuận số 247/GCN-BVNĐ2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 85 bệnh nhân VNTM thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Sau 1 – 2 tuần, có 60 BN cải thiện điểm CASE (70,6%). Tất cả 60 BN này tiếp tục được theo dõi thêm 3 tháng và 93,3% hồi phục tốt. Có 4 BN có điểm CASE sau 3 tháng > 4 điểm với triệu chứng rối loạn ngôn ngữ (100%), rối loạn trí nhớ (75%), rối loạn tâm thần (75%), co giật (50%). 25 BN không cải thiện điểm CASE ở thời điểm 1 – 2 tuần sau điều trị corticoid, có 3 BN không điều trị thêm IVIG hoặc thay huyết tương và theo dõi thêm 3 tháng (có 2 BN có hồi phục tốt và 1 BN có điểm CASE sau 3 tháng là 8 điểm với các triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, rối loạn trí nhớ, bất thường dáng đi và yếu chi).

3.1. Đặc điểm dân số mẫu

Bảng 1: So sánh đặc điểm dân số mẫu học giữa nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng với corticoid

Biến số	Đáp ứng kém với corticoid (n=27)	Đáp ứng với corticoid (n=58)	Giá trị p
Tuổi	7,0 [3,0;11,0]	7,0 [4,0;11,0]	0,7763*
Giới			
Nữ	17 (63,0%)	31 (53,5%)	0,41**
Nam	10 (37,0%)	27 (46,6%)	
Thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc nhập viện	8,0 [4,0;21,0]	5,50 [3,0;11,0]	0,1097*
Thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc chẩn đoán VNTM (mức độ từ có thể trở lên)	13,0 [8,0;21,0]	10,0 [7,0;21,0]	0,2169*
Thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc điều trị	14,0 [9,0;24,0]	12,0 [9,0;25,0]	0,4437*

Chú thích: * Kiểm định Mann – Whitney, ** Kiểm định chi bình phương

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng với corticoid

Biến số	Đáp ứng kém với corticoid (n=27)	Đáp ứng với corticoid (n=58)	Giá trị p
Co giật	17 (63%)	37 (64%)	0,941*
Suy giảm trí nhớ	14 (51,9%)	27 (46,6%)	0,649*
Triệu chứng tâm thần	21 (77,8%)	52 (89,7%)	0,184**
Rối loạn ý thức	19 (70,4%)	26 (44,8%)	0,028*
Giảm khả năng	25 (92,6%)	37 (63,8%)	0,005*

nói/cầm lặng			
Rối loạn vận động	23 (85,2%)	29 (50%)	0,002*
Khiếm khuyết thần kinh khu trú	4 (14,8%)	12 (20,7%)	0,519*
Suy giảm nhận thức	26 (96,3%)	44 (75,9%)	0,03**
Thoái triển cấp	4 (14,8%)	4 (6,9%)	0,258**
Rối loạn thần kinh tự chủ	5 (18,5%)	4 (6,9%)	0,135**
Loạn thần	3 (11,2%)	3 (5,2%)	0,377**
Trạng thái động kinh	1 (3,7%)	2 (3,5%)	1**

Chú thích: * kiểm định chi bình phương, ** kiểm định Fisher

Nhóm đáp ứng kém với corticoid có triệu

chứng suy giảm nhận thức, rối loạn ý thức và rối loạn vận động với tỉ lệ cao hơn nhóm đáp ứng với corticoid.

Bảng 3: So sánh mức độ chẩn đoán viêm não tự miễn giữa nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng với corticoid

Biến số	Đáp ứng kém với corticoid (n=27)	Đáp ứng với corticoid (n=58)	Giá trị p
Mức độ chẩn đoán VNTM kháng thể NMDAR	15 (55,6%)	24 (41,4%)	0,470
VNTM kháng thể LGI1	0 (0%)	3 (5,2%)	
Có thể VNTM	5 (18,5%)	9 (15,5%)	
Có khả năng VNTM kháng thể âm tính	7 (25,9%)	22 (37,9%)	

Điểm CASE lúc bắt đầu điều trị của nhóm đáp ứng kém với (n= 27) là 10 [7,0;13,0], nhóm đáp ứng với corticoid (n=58) là 6,0 [4,0;9,0], p= 0,007, kiểm định Mann – Whitney có ý nghĩa thống kê.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4: So sánh đặc điểm dịch não tủy giữa nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng với corticoid

Biến số	Đáp ứng kém với corticoid (n=27)	Đáp ứng với corticoid (n=58)	Giá trị p
Tế bào DNT	9,0 [2,0;40,0]	9,0 [3,0;25,0]	0,8985*
Protein DNT	0,26 [0,20;0,33]	0,24 [0,18;0,30]	0,4582*
Glucose DNT/Glucose máu	0,65 [0,60;0,71]	0,68 [0,58;0,75]	0,924**
Lactate DNT (mmol/L)	1,60 [1,40;1,90]	1,45 [1,30;1,70]	0,0166*

Chú thích: * kiểm định Mann - Whitney, ** kiểm định T

Nhóm bệnh nhân đáp ứng kém với corticoid có nồng độ lactate trong dịch não tủy cao hơn so với bệnh nhân đáp ứng với corticoid,

Bảng 5: So sánh đặc điểm MRI sọ não bất thường và điện não đồ bất thường giữa nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng với corticoid

Biến số	Đáp ứng kém với corticoid (n=25)	Đáp ứng với corticoid (n=51)	Giá trị p
MRI sọ não bất thường	12 (44,4%)	22 (37,9%)	0,568
Điện não đồ bất thường	22 (81,5%)	47 (81,0%)	0,961

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số mẫu. Qingyun Kang (2022) ghi nhận trẻ nhỏ (≤ 3 tuổi) với VNTM kháng thể kháng NMDAR có tiên lượng xấu hơn, được giải thích do trẻ nhỏ tuổi thì có tỉ lệ sốt và trạng thái động kinh cao hơn, điều này càng làm nặng hơn tình trạng tổn thương não. [5]

Fei Liu (2022) ghi nhận thời gian từ lúc khởi phát bệnh đến lúc điều trị không liên quan đến đáp ứng điều trị với liệu pháp miễn dịch với p lần lượt là 0,053 và 0,43. [2]

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Seda Kanmaz (2023) ghi nhận trên 23 bệnh nhi được chẩn đoán VNTM, triệu chứng rối loạn vận động làm tăng khả năng bệnh nhân phải điều trị liệu pháp miễn dịch bậc 2 với p = 0,039. [7] Có mối liên hệ giữa triệu chứng rối loạn vận động và đáp ứng kém với corticoid. Triệu chứng rối loạn ý thức, suy giảm nhận thức, suy giảm khả năng nói ở nhóm đáp ứng kém nhiều hơn nhóm đáp ứng với corticoid.[7]

Seda Kanmaz (2023) ghi nhận rối loạn thần kinh tự chủ không ảnh hưởng kết cục lâu dài với p = 0,55. [7] Fei Liu (2022) ghi nhận rối loạn thần kinh tự chủ làm tăng khả năng đáp ứng kém với điều trị bậc 1 với p = 0,001.[2] Triệu chứng rối loạn thần kinh tự chủ ít gặp ở trẻ em hơn so với người lớn nên số bệnh nhân có rối loạn thần kinh tự chủ trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Seda Kanmaz khá thấp, lần lượt là 9 và 3 bệnh nhân. Tỉ lệ trạng thái động kinh của nhóm đáp ứng kém với corticoid xấp xỉ bằng với nhóm đáp ứng corticoid (3,7% so với 3,5%, p = 1). Qingyun Kang (2022) và Jianzhao Zhang (2019) ghi nhận nhóm BN hồi phục không hoàn toàn có tỉ lệ trạng thái động kinh cao hơn nhóm hồi phục hoàn toàn (mRS = 0 hoặc không có di chứng ở lần đánh giá cuối cùng) với p lần lượt là 0,01 và 0,017. [5, 6].

Điểm CASE trung vị ở nhóm đáp ứng kém với corticoid cao hơn so với nhóm đáp ứng với corticoid (10 điểm so với 6 điểm) với p = 0,0007. Qingyun Kang (2022) chỉ ra rằng bệnh nhân có điểm mRS tối đa cao hơn thì có khả năng không đáp ứng với điều trị liệu pháp miễn dịch bậc 1 (p < 0,001). [5] Fei Liu (2022) cũng cho thấy điểm mRS cao trước điều trị có liên quan đến không đáp ứng với điều trị liệu pháp miễn dịch bậc 1 (p < 0,001). [2] Tuy nhiên, thang điểm mRS có thể không chính xác và có lẽ không lý tưởng để phát hiện những di chứng không liên quan đến vận động. [2] Nghiên cứu của chúng tôi dùng thang điểm CASE để đánh giá mức độ nặng của bệnh viêm não tự miễn. Thang điểm này có ưu điểm

là đánh giá được 9 nhóm triệu chứng trong bệnh VNTM nên toàn diện hơn và giải quyết được những hạn chế của thang điểm mRS. Nghiên cứu của tác giả Hao Zhou (2022) chỉ ra rằng thang điểm CASE tương đồng với mRS, nhưng có thể tốt hơn mRS trong việc đánh giá mức độ nặng và tiến triển của bệnh VNTM ở trẻ em. [8] Thang điểm CASE để theo dõi diễn tiến của bệnh và dự đoán đáp ứng với điều trị corticoid ở bệnh nhi viêm não tự miễn.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Nồng độ lactate trong dịch não tủy cao ở nhóm nhóm đáp ứng kém với corticoid, lactate trong dịch não tủy cao có liên quan đến tình trạng nhiễm trùng huyết vì tình trạng này có thể gây ra giảm tưới máu đến các cơ quan, trong đó có não, dẫn đến thiếu oxy cục bộ, khiến tế bào não phải chuyển sang quá trình chuyển hóa kỵ khí, dẫn đến sự tăng sản xuất và tích tụ lactate trong dịch não tủy. Nồng độ lactate trong dịch não tủy cao ở nhóm đáp ứng kém với corticoid có khả năng phản ánh tình trạng nhiễm trùng huyết đi kèm trên bệnh nhân VNTM, điều này làm ảnh hưởng xấu đến kết cục của bệnh nhân. Qingyun Kang (2022) cho thấy triệu chứng sốt có liên quan đến tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân VNTM đã gợi ý rằng tình trạng nhiễm trùng có thể có liên quan đến kết cục kém. [5]

Fei Liu (2022) trên 128 BN được chẩn đoán VNTM cho thấy bệnh nhân VNTM kháng thể kháng NMDAR có khuynh hướng đáp ứng kém với điều trị liệu pháp miễn dịch bậc 1, trong khi bệnh nhân VNTM kháng thể kháng LGI1 có khuynh hướng có đáp ứng tốt với điều trị. [2] Jianzhao Zhang (2019) ở trẻ em được chẩn đoán VNTM với thời gian theo dõi kéo dài (ít nhất 1 năm) cho thấy đa số bệnh nhân VNTM kháng thể kháng NMDAR có tiên lượng tốt, chiếm tỉ lệ 84,3%. [6]

Bất thường trên MRI sọ não và điện não đồ không liên quan đến đáp ứng kém với corticoid. các nghiên cứu khác ở trẻ em được chẩn đoán viêm não tự miễn cho thấy bất thường trên MRI sọ não và điện não đồ không liên quan đến tiên lượng hồi phục. Nghiên cứu của tác giả Qingyun Kang (2022) cho thấy MRI sọ não bất thường và điện não đồ bất thường không có liên quan đến tiên lượng hồi phục với p lần lượt là 0,215 và 0,188. [5] Jianzhao Zhang (2019) cho kết quả tương đồng khi cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ MRI sọ não bất thường và điện não đồ bất thường giữa nhóm hồi phục hoàn toàn và nhóm hồi phục không hoàn toàn với p lần lượt là 0,433 và 0,602. [6] Hao Zhou (2022) ghi nhận bất thường trên điện não đồ và MRI sọ não không ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh viêm

não tự miễn. [8] Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác, chúng tôi thấy rằng điện não đồ bất thường và MRI sọ não bất thường không phản ánh mức độ nặng cũng như không ảnh hưởng đến đáp ứng với điều trị liệu pháp miễn dịch và kết cục của bệnh nhi được chẩn đoán VNTM. Điều này cho thấy các bác sĩ lâm sàng không nên dựa vào kết quả bất thường trên MRI sọ não và điện não đồ để đánh giá mức độ nặng và tiên lượng cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như rối loạn ý thức, giảm khả năng nói, rối loạn vận động, điểm CASE ban đầu cao và nồng độ lactate dịch não tủy tăng có liên quan đến đáp ứng kém với corticoid ở bệnh nhi VNTM

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Uy CE, Binks S, Irani SR.** Autoimmune encephalitis: clinical spectrum and management. *Practical neurology.* Oct 2021;21(5):412-423. doi:10.1136/practneurol-2020-002567
2. **Liu F, Zhang B, Huang T, et al.** Influential Factors, Treatment and Prognosis of Autoimmune Encephalitis Patients With Poor Response to Short-Term First-Line Treatment. *Frontiers in neurology.* 2022;13:861988. doi:10.3389/fneur.2022.861988
3. **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. *The Lancet Neurology.* Feb 2013;12(2):157-65. doi:10.1016/s1474-4422(12)70310-1
4. **Nosadini M, Thomas T, Eyre M, et al.** International Consensus Recommendations for the Treatment of Pediatric NMDAR Antibody Encephalitis. *Neurology(R) neuroimmunology & neuroinflammation.* Jul 2021;8(5)doi:10.1212/nxi.0000000000001052
5. **Kang Q, Liao H, Yang L, Fang H, Hu W, Wu L.** Clinical Characteristics and Short-Term Prognosis of Children With Antibody-Mediated Autoimmune Encephalitis: A Single-Center Cohort Study. *Original Research.* 2022-July-08 2022; 10doi:10.3389/fped.2022.880693
6. **Zhang J, Ji T, Chen Q, et al.** Pediatric Autoimmune Encephalitis: Case Series From Two Chinese Tertiary Pediatric Neurology Centers. *Frontiers in neurology.* 2019;10:906. doi:10.3389/fneur.2019.00906
7. **Kanmaz S, Yilmaz S, Toprak DE, et al.** Assessment of Prognostic Factors and Validity of Scoring Models in Childhood Autoimmune Encephalitis. *Turkish archives of pediatrics.* Mar 2023;58(2): 142-153. doi:10.5152/TurkArchPediatr.2023.2219850.
8. **Zhou H, Deng Q, Yang Z, et al.** Performance of the clinical assessment scale for autoimmune encephalitis in a pediatric autoimmune encephalitis cohort. *Frontiers in immunology.* 2022;13:915352. doi:10.3389/fimmu.2022.915352

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SÂU RĂNG Ở HỌC SINH TIỂU HỌC NGƯỜI MÔNG TẠI TRƯỜNG SAN SẢ HỒ XÃ TẢ VAN TỈNH LÀO CAI NĂM 2025

Nguyễn Hà My¹, Lưu Văn Tường¹, Mạc Đăng Tuấn¹,
Lương Thị Phương Lan¹, Nguyễn Thị Quỳnh¹,
Đặng Đức Nhu¹, Bùi Thị Xuân¹, Nguyễn Ngọc Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng sâu răng và xác định một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học người Mông xã Tả Van, tỉnh Lào Cai năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** phỏng vấn trực tiếp và khám sâu răng cho 300 học sinh từ lớp 1 đến lớp 5. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng chung ở học sinh là 63,33%. Các dấu hiệu lâm sàng sâu răng chủ yếu là răng bị biến đổi màu sắc 54,67%, đau nhức tại răng sâu 48,33%, ăn uống khó khăn 44,33%, có lỗ sâu trên răng 39,67% và mất răng do sâu 30,67%. Tỷ lệ sâu răng sữa là 57,66%, sâu răng vĩnh viễn là 44,33%. Nhóm răng sâu gặp nhiều nhất là nhóm răng hàm lớn chiếm 51,66%, nhóm răng cửa là 46,66%. Chỉ số sâu mất trám răng sữa (smtr) là 4,4, chỉ số sâu mất trám răng vĩnh viễn (SMTv) là 1,7. Sâu răng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thu nhập hộ gia đình, với tiền sử suy dinh dưỡng, với kiến thức vệ sinh răng miệng, với việc chải răng hàng ngày, với niềm tin sức khỏe của học sinh. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng ở học sinh tiểu học người Mông còn cao (63,33%). Sâu răng đã ảnh hưởng đến sức khỏe và việc ăn uống của học sinh. Tỷ lệ sâu răng có liên quan đến các yếu tố quan trọng như kiến thức, vệ sinh răng miệng và niềm tin sức khỏe của học sinh.

Từ khóa: Sâu răng, kiến thức, học sinh tiểu học, người Mông.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO TOOTH DECAY IN PRIMARY PUPILS OF MONG PEOPLE AT SAN SA HO SCHOOL, TA VAN COMMUNE, LAO CAI PROVINCE 2025

Objective: To describe the clinical features of dental caries and identify some related factors among Mong ethnic primary school students in Ta Van commune, Lao Cai province in 2025. **Subjects and Methods:** Direct interviews and dental examinations for 300 pupils from grades 1 to grades 5. A cross-sectional descriptive study. **Results:** The overall rate of dental caries among pupils is 63,33%. The main clinical signs of dental caries are color changes in teeth is 54,67%, pain in decayed teeth is 48,33%,

difficulty eating is 44,33%, presence of cavities on teeth at 39,67%, and tooth loss is 30,67%. The rate of baby tooth decay is 57,66%, and permanent tooth decay is 44,33%. The most affected group of teeth is the molars, which account for 51,66%, followed by the incisors at 46,66%. The decayed, missing, and filled index for baby teeth (smtr) is 4,4, while the index for permanent teeth (SMTv) is 1,7. Dental caries is statistically significantly associated with household income, history of malnutrition, Knowledge of oral hygiene, daily tooth brushing and pupils' health beliefs. **Conclusions:** The rate of tooth decay among Mong primary school pupils is still high (63,33%). Tooth decay has affected the health and eating habits of pupils. The rate of tooth decay is related to Important factors such as knowledge, oral hygiene and health beliefs of the pupils. **Keywords:** Tooth decay, knowledge, Primary pupil, Mong people.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là tình trạng bệnh lý phổ biến ở lứa tuổi học đường. Sâu răng là một bệnh đa yếu tố do vệ sinh răng miệng kém. Bệnh sâu răng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, khả năng học tập và chất lượng cuộc sống của trẻ và là vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Đây là một trong những căn bệnh có thể phòng ngừa được nhưng hiện nay vẫn đang gia tăng trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO 2017), tỷ lệ sâu răng ở học sinh từ 6-11 tuổi trung bình từ 26% - 90% tùy từng quốc gia và khu vực. Chỉ số sâu mất trám trung bình đối với răng sữa là 4,8 và đối với răng vĩnh viễn là 2,4[1]. Theo báo cáo điều tra sức khỏe răng miệng quy mô toàn quốc năm 2019 của Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa của học sinh 6-10 tuổi là 85,6%, sâu răng sớm là 47,5%. Học sinh 9-11 tuổi có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 34,3%[2].

Lào Cai là tỉnh miền núi phía Bắc, tỷ lệ học sinh mắc sâu răng còn cao, theo một số nghiên cứu cho thấy, học sinh 6-11 tuổi bị sâu răng chiếm 60%-75%[6]. Một trong những nguyên nhân có liên quan chính là các em học sinh không chải răng, vệ sinh răng miệng thường xuyên. Hầu hết các em chưa có kiến thức và thực hành tốt chăm sóc răng miệng. Cha mẹ chưa quan tâm đến sức khỏe răng miệng của trẻ và còn cho trẻ ăn vặt nhiều...dẫn đến tỷ lệ sâu

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa
Email: nghiakhnh2016@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025
Ngày duyệt bài: 19.11.2025