

- (2014). "Clinical evaluation of autologous platelet rich fibrin in horizontal alveolar bony defects". J Clin Diagn Res, 8(11), pp. 43-47.
6. **Debnath K., Chatterjee A.** "Treatment of horizontal defect with and without platelet-rich fibrin matrix: A randomized comparative clinical study". J Indian Soc Periodontol, 22(5), pp. 406-413.
7. **Yang L. C., Hu S. W., Yan M., Yang J. J., Tsou S. H., Lin Y. Y.** (2015). "Antimicrobial activity of platelet-rich plasma and other plasma preparations against periodontal pathogens". J Periodontol, 86(2), pp. 310-318.

VIÊM NÃO TỦY RÃI RÁC CẤP Ở TRẺ EM: TÌNH TRẠNG TÁI PHÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Vân¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Cao Vũ Hùng¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 72 trẻ được chẩn đoán viêm não tủy rải rác tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 2/2018 đến tháng 1/2023 với mục tiêu xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát. Kết quả ghi nhận trong thời gian theo dõi $26,9 \pm 17,4$ tháng (ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 63 tháng), tỷ lệ tái phát là 27,8% với các kiểu hình: viêm não tủy rải rác đa pha và viêm não tủy rải rác - viêm thị thần kinh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên cộng hưởng từ giữa nhóm tái phát và không tái phát. Xét nghiệm kháng thể MOG-IgG (myelin oligodendrocyte glycoprotein) dương tính trong huyết thanh là làm tăng nguy cơ tái phát lên 4,33 lần ($p < 0,05$). **Từ khóa:** viêm não tủy rải rác, tái phát, kháng thể kháng MOG.

SUMMARY

ACUTE DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS IN CHILDREN: FOCUS ON RELAPSING PATIENTS AND PROGNOSTIC FACTORS FOR RELAPSE

We studied on 72 children presented with acute disseminated encephalomyelitis in Vietnam National Children's Hospital from February 2018 to January 2023 to evaluate prognostic factors for relapse after ADEM in children. Results: during the follow-up period of 26.9 ± 17.4 months (min: 6 months, max: is 63 months), twenty (27,8%) of included patients had relapsed attacks with the following phenotypes: multiple disseminated encephalomyelitis and acute disseminated encephalomyelitis - optic neuritis. There were no statistically significant differences in clinical characteristics and MRI lesions between relapsing group and monophasic group. A positive MOG -IgG in serum increases the risk of relapse by 4.33 times ($p < 0.05$). **Keywords:** acute disseminated encephalomyelitis, relapse, MOG- IgG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tủy rải rác cấp (ADEM) là bệnh lý

viêm hủy myelin của hệ thần kinh trung ương thông qua cơ chế miễn dịch, đặc trưng bởi bệnh não và tổn thương não đa ổ. Bệnh lý phổ biến hơn ở trẻ em với tỉ lệ mới mắc hàng năm từ 0,23 đến 0,4/100.000 trẻ/năm¹.

Năm 2013, Hiệp hội xơ cứng rải rác đã đồng thuận về định nghĩa cho các hội chứng hủy myelin ở hệ thần kinh trung ương. Theo đó các tiêu chí cần thiết để chẩn đoán ADEM bao gồm: một đợt bệnh có các triệu chứng lâm sàng thần kinh đa ổ do nguyên nhân viêm hủy myelin, bệnh não với biểu hiện thay đổi ý thức hoặc hành vi không giải thích được bởi sốt hoặc tình trạng toàn thân hoặc tình trạng sau cơn giật, MRI sọ não bất thường trong giai đoạn cấp (3 tháng) và không có biểu hiện lâm sàng hoặc tổn thương MRI mới sau 3 tháng từ lúc khởi phát.

Trong đa số các trường hợp, ADEM biểu hiện dưới dạng đơn pha, tuy nhiên các nghiên cứu theo dõi dọc cho thấy tỉ lệ tái phát của các đợt viêm hủy myelin sau viêm não tủy rải rác cấp có thể dao động từ 10 – 30%^{2,3}. Tái phát được định nghĩa là một đợt biểu hiện lâm sàng mới cùng với tổn thương tương ứng trên MRI xuất hiện sau đợt bệnh đầu tiên ít nhất 3 tháng. Các kiểu hình tái phát có thể là viêm não tủy rải rác đa pha (MDEM), viêm thị thần kinh sau ADEM (ADEM-ON), ADEM là biểu hiện đầu tiên của phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh NMOSD hoặc ADEM là biểu hiện đầu tiên của xơ hóa rải rác (MS – multiple sclerosis). Một số nghiên cứu thấy các yếu tố liên quan đến sự tái phát của mất myelin như: có tiền sử gia đình bị mất myelin do viêm của hệ thần kinh trung ương, hồi phục hoàn toàn về lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ, sự xuất hiện của viêm thị thần kinh, kháng thể kháng MOG tồn tại dai dẳng trong huyết tương^{2,4}.

Tại Việt Nam các nghiên cứu về viêm não tủy rải rác còn rất hạn chế do tỉ lệ mắc bệnh thấp, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và sự khó khăn trong tiếp cận với chụp cộng hưởng từ ở giai đoạn trước. Các báo cáo trước đây chỉ tập trung

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân

Email: vannt@nch.org.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng mà chưa có nghiên cứu nào theo dõi dọc và đánh giá tình trạng tái phát. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tỉ lệ tái phát sau viêm não tủy rải rác cấp và nhận xét các yếu tố liên quan với tình trạng tái phát ở trẻ mắc viêm não tủy rải rác tại bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm từ 2018 đến 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm Tất cả các trẻ được chẩn đoán viêm não tủy rải rác cấp điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương trong 5 năm từ 01/02/ 2018 đến 31/01/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân tiến cứu: được chẩn đoán ADEM theo tiêu chuẩn chẩn đoán IPSSG năm 2013 bao gồm các biểu hiện sau:

- + Biểu hiện lâm sàng thần kinh trung ương đa ổ xuất hiện lần đầu tiên.
- + Bệnh lý não với biểu hiện thay đổi tri giác hoặc tinh thần mà không thể giải thích được bởi sốt, bệnh lý toàn thân hoặc triệu chứng sau cơn giật.
- + Cộng hưởng tử sọ não, tủy sống bất thường với các tổn thương lớn, không rõ ranh giới, lan tỏa liên quan chủ yếu đến chất trắng. Có thể tổn thương chất xám sâu vùng đồi thị hoặc hạch nền.

Bệnh nhân hồi cứu:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán ADEM bởi bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán về lâm sàng và MRI.
- + Bệnh án có đầy đủ thông tin về hành chính, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chẩn đoán khác sau thời gian theo dõi (ví dụ bệnh não chuyển hóa)
- Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca bệnh và theo dõi dọc.

Phương pháp chọn mẫu: lựa chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu. Đối với nhóm lấy số liệu hồi cứu: nghiên cứu viên tiến hành tra mã bệnh nhân với mã bệnh viêm não tủy rải rác cấp (G04) nhập viện từ 1/2/2018 đến 30/6/2022, thu thập hồ sơ bệnh án và lựa chọn các bệnh án đầy đủ thông tin, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ADEM. Sau đó chúng tôi liên hệ với

gia đình bệnh nhân, mời bệnh nhân tái khám, qua đó hồi cứu lại thông tin trong sổ y bạ để đánh giá kết quả điều trị, các đợt tái phát và triệu chứng hiện tại.

Đối với nhóm lấy số liệu tiến cứu (thu thập số liệu từ 01/07/2022 đến 31/01/2023)

Bệnh nhân nghi ngờ ADEM được nhập viện thăm khám đầy đủ, khai thác chi tiết các triệu chứng lâm sàng, tiền sử bệnh tật và thực hiện các thăm dò để chẩn đoán xác định. Nghiên cứu viên trực tiếp thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu và tiến hành theo dõi dọc đánh giá bệnh nhân tại các thời điểm xuất viện, 3 tháng, 6 tháng sau khi xuất viện.

Các biến số nghiên cứu chính. Các biến số chung về đặc điểm đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, tuổi khởi phát, tiền sử nhiễm trùng/ tiêm chủng trong vòng 1 tháng.

Các biến số về triệu chứng lâm sàng bao gồm: sốt, nôn, đau đầu, nhìn mờ, rối loạn ý thức, co giật, liệt khu trú, hội chứng tiểu não, rối loạn cơ tròn.

Các biến số về triệu chứng cận lâm sàng bao gồm: bất thường dịch não tủy, kháng thể kháng MOG, bất thường MRI khi khởi phát, bất thường MRI sau 3 tháng.

Các biến số liên quan đến tái phát bao gồm: thời gian theo dõi, số lần tái phát, kiểu hình tái phát, thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi tái phát lần đầu tiên.

Xử lý số liệu: các số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Các thuật toán Chi-square, Fisher's exact test được sử dụng để xác định mối liên quan. Các so sánh, thống kê được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đề cương tại Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Hà Nội số 1689/QĐ-ĐHYHN, hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương số 2365/BVNTW-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong khoảng thời gian từ 1/2/2018 đến 31/1/2023 chúng tôi thu thập được 72 bệnh nhi đủ điều kiện tham gia nghiên cứu trong đó có 47 bệnh nhân hồi cứu và 25 bệnh nhân tiến cứu. Tuổi trung vị của nhóm trẻ mắc ADEM là 5,9 tuổi, trẻ nhỏ tuổi nhất là 7 tháng tuổi, trẻ lớn tuổi nhất là 14,5 tuổi, trong đó nhóm 6- 12 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (40,3%). Tỉ lệ nam/nữ là 1/1.

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của trẻ mắc viêm não tủy rải rác cấp

Nhóm tuổi (năm)	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
< 3	11	15,3
3 - <6	27	37,5
6 - <12	29	40,3
≥12	5	6,9
Tổng số	72	100
Tuổi trung vị (năm), IQR	5,9 (3,9-9,2)	

3.2. Đặc điểm tái phát. Thời gian theo dõi được tính từ đợt bệnh đầu tiên đến thời điểm đánh giá cuối cùng. Thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân là $26,9 \pm 17,4$ tháng, trong đó bệnh nhân được theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 63 tháng.

Trong thời gian theo dõi, có 20 trong tổng số

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và kết quả tái phát của trẻ mắc viêm não tủy rải rác cấp tính (n=72)

Đặc điểm lâm sàng	n(%) (n=72)	Tái phát		OR(95%CI)	P
		Có (n=20)	Không (n=52)		
Giới-Nam	36 (50%)	11(55%)	25(48,1%)	1,32 (0,47-3,72)	0,59 ^a
Nhìn mờ	11 (15,3%)	4 (20%)	7 (13,5%)	1,6 (0,42-6,23)	0,49 ^b
Cơ giật	4 (5,6%)	0	4 (7,7%)	1,42 (1,22-1,65)	0,57 ^b
Thay đổi ý thức	34 (47,2%)	7 (35%)	27 (51,9%)	0,5 (0,17-1,45)	0,2 ^a
Liệt vận động	27 (37,5%)	7 (35%)	20 (38,5%)	0,86 (0,29-2,52)	0,79 ^a
Triệu chứng tiểu não	15 (20,8%)	6 (30%)	9 (17,3%)	2,05 (0,62-6,77)	0,24 ^a
Liệt thần kinh sọ	10 (13,9%)	3 (15%)	7 (13,5%)	1,1 (0,26-4,9)	1 ^b
Rối loạn cơ tròn	13 (18,1%)	5 (25%)	8 (15,4%)	1,8 (0,52-6,47)	0,34 ^a

Chú thích: (a) Chi-square test; (b) Fisher's exact test

Kết quả phân tích cho thấy không có triệu chứng lâm sàng nào có giá trị dự đoán nguy cơ tái phát sau đợt bệnh đầu tiên. Tuy nhiên, chúng tôi cũng quan sát thấy nhóm tái phát có tỉ lệ

72 bệnh nhân có đợt tái phát hủy myelin tiếp theo, chiếm 27,8%. Các kiểu hình tái phát chúng tôi gặp là viêm não tủy rải rác đa pha (MDEM), và viêm não tủy rải rác – viêm thị thần kinh (ADEM-ON). Chúng tôi không gặp các kiểu hình ADEM-NMOSD, ADEM-MS trong thời gian theo dõi.

Trong số 20 bệnh nhân có tái phát, nhóm chỉ tái phát 1 đợt hủy myelin chiếm tỉ lệ cao nhất (50%). Có 4 bệnh nhân có từ 5 đợt tái phát trở lên, đặc biệt có 1 bệnh nhân có tới 10 đợt tái phát trong thời gian theo dõi 8 năm. Thời điểm hay gặp tái phát nhất là 10 tháng sau đợt bệnh đầu tiên (IQR: 5- 14,5 tháng).

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng tái phát

bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ (biểu hiện tổn thương thần kinh thị giác) cao hơn so với nhóm không tái phát (20% so với 13,5%). Tương tự, triệu chứng tiểu não cũng hay gặp hơn ở nhóm tái phát so với nhóm không tái phát (30% so với 17,3%).

Bảng 3: Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương cộng hưởng từ và kết quả tái phát của trẻ mắc viêm não tủy rải rác cấp (n=72)

Tổn thương cộng hưởng từ	n(%)	Tái phát		OR (95%CI)	P
		Có (n=20)	Không (n=52)		
Tổn thương vỏ não	14 (19,4%)	4 (20%)	10 (19,2%)	1,05 (0,29-3,83)	1 ^b
Tổn thương đồi thị	18 (25%)	8 (40%)	10 (19,2%)	2,8 (0,9-8,88)	0,068 ^a
Tổn thương tiểu não	19 (26,5%)	5 (25%)	14 (26,9%)	0,91 (0,28-2,95)	0,87 ^a
Tổn thương tủy sống	22 (30,6%)	7 (35%)	15 (28,8%)	1,33 (0,44-3,98)	0,61 ^a
Số ổ tổn thương ≥ 2	67 (93,1%)	18 (90%)	49 (94,2%)	1,81 (0,28-11,76)	0,61 ^b
Tổn thương trên MRI tồn tại sau 3 tháng (n=68)	48 (70,6 %)	15 (75%)	33 (68,8%)	0,73 (0,23-2,39)	0,60 ^a
MOG -IgG (+)	24 (42,8%) (n=56)	12 (66,7%) (n=18)	12 (31,6%) (n=38)	4,33 (1,31- 14,32)	0,013 ^a

Chú thích: (a) Chi-square test; (b) Fisher's exact test

Kết quả phân tích cho thấy không có đặc điểm nào trên cộng hưởng từ là yếu tố dự đoán nguy cơ tái phát. Tỉ lệ tổn thương đồi thị ở nhóm

tái phát cao hơn so với nhóm không tái phát (40% so với 19,2%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi có 56 bệnh nhân được làm xét nghiệm kháng thể MOG, trong số này có 18 bệnh

nhân có các đợt tái phát sau đó. Kết quả phân tích cho thấy bệnh nhân có kháng thể kháng MOG dương tính có nguy cơ tái phát cao gấp 4,33 lần nhóm không có kháng thể này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p là 0,013.

IV. BÀN LUẬN

72 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung vị là 5,9, trong đó nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 6 đến 12 tuổi (Bảng 1). Tuổi khởi phát bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Y. Yamaguchi tại Nhật Bản năm 2016⁵ và nghiên cứu của Jayakrishnan (2010) [6].

Trong thời gian theo dõi trung bình là 26,7 ± 17,4 tháng, chúng tôi gặp 20 trẻ có biểu hiện tái phát, chiếm 27,8%. Năm 2002, nhóm tác giả Tenenbaum S báo cáo kết quả theo dõi trên 84 bệnh nhân được chẩn đoán ADEM sau thời gian trung bình 6,6 ± 3,8 năm thấy có 10% bệnh nhân bị tái phát⁶. Một nghiên cứu khác trên 29 trẻ mắc ADEM tại Iran thấy sau thời gian theo dõi trung bình 23,1 tháng có 9 trẻ biểu hiện tái phát chiếm tỉ lệ 31%⁷. Như vậy tỉ lệ tái phát các đợt hủy myelin ở bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán viêm não tủy rải rác cấp trong các nghiên cứu khá chênh lệch. Sự khác biệt này có thể do thời gian theo dõi cũng như cỡ mẫu của các nghiên cứu là khác nhau. Mặt khác do viêm não tủy là bệnh lý tương đối hiếm gặp, do đó hầu hết các nghiên cứu trên nhóm bệnh lý này ở trẻ em đều có cỡ mẫu nhỏ, do đó có sự khác biệt về tỉ lệ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa nhóm tái phát và nhóm không tái phát không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm lâm sàng cũng như tổn thương trên cộng hưởng từ. Kết luận này cũng tương đồng với các nghiên cứu của nhóm tác giả Kariyawasam (2015) và Taghdiri (2019)^{7,8}. Tuy nhiên, chúng tôi cũng quan sát thấy nhóm tái phát có tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ và triệu chứng tiểu não cao hơn so với nhóm không tái phát (20% so với 13,5% và 30% so với 17,3%). Đặc điểm này phù hợp với nghiên cứu của Kariyawasam với 7/8 bệnh nhân tái phát có tổn thương não dưới lều. Về đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ, nhóm tái phát có tỉ lệ tổn thương đồi thị là 40% trong khi tỉ lệ này ở nhóm không tái phát chỉ có 19,2%. Các sự khác biệt này mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê nhưng cần được ghi nhận và có thêm các nghiên cứu khác để đánh giá.

Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra yếu tố dương tính với kháng thể kháng MOG có liên quan đến

sự tái phát bệnh viêm não tủy rải rác cấp (OR=4,33; p<0,05). Tỉ lệ tái phát trong nhóm có kháng thể MOG dương tính của chúng tôi lên tới 50% (12/24 bệnh nhân). Santoro (2019) thấy các bệnh nhân mắc ADEM có kháng thể kháng MOG dương tính có tỉ lệ tái phát cao khoảng 34%⁹. Nghiên cứu của Lopez (2018) cho thấy tỉ lệ tái phát cao (88%) ở những bệnh nhân mắc ADEM có kháng thể tồn tại dai dẳng sau 6 tháng⁴. Như vậy có kháng thể kháng MOG dương tính là một yếu tố nguy cơ của tái phát các đợt hủy myelin, kết luận này đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu trên thế giới. Vì vậy việc chỉ định xét nghiệm kháng thể kháng MOG là cần thiết giúp tiên lượng nguy cơ tái phát ở nhóm bệnh lý viêm não tủy rải rác. Nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ đánh giá kháng thể kháng MOG khi bệnh nhân có triệu chứng đợt đầu hoặc đợt tái phát của bệnh mà chưa theo dõi được hiệu giá kháng thể và đánh giá thời gian tồn tại của kháng thể ở từng bệnh nhân nên việc đánh giá mối liên quan của sự xuất hiện kháng thể kháng MOG với sự tái phát của bệnh chưa đầy đủ, cần có một nghiên cứu theo dõi dọc về diễn biến của bệnh và thời gian tồn tại của kháng thể kháng MOG.

V. KẾT LUẬN

Viêm não tủy rải rác cấp tính là một tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi tổn thương cấp tính và đa ổ ở não và tủy sống, hay gặp nhất ở lứa tuổi 6 – 12 tuổi và không có sự khác biệt giữa hai giới. Mặc dù đa số bệnh nhân biểu hiện dưới dạng đơn pha, tỉ lệ tái phát các đợt hủy myelin sau đó trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,8%, trong đó hai thể tái phát hay gặp là viêm não tủy rải rác đa pha và viêm não tủy rải rác- viêm thị thần kinh. Không có đặc điểm lâm sàng hay hình ảnh tổn thương cộng hưởng từ nào có ý nghĩa tiên lượng nguy cơ tái phát ngoại trừ xét nghiệm kháng thể kháng MOG dương tính trong huyết thanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cole J, Evans E, Mwangi M, Mar S. Acute Disseminated Encephalomyelitis in Children: An Updated Review Based on Current Diagnostic Criteria. *Pediatr Neurol.* 2019;100:26-34. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2019.06.017
2. Suppiej A, Vittorini R, Fontanin M, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in children: focus on relapsing patients. *Pediatr Neurol.* 2008; 39(1): 12-17. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2008. 03.009
3. Mikaeloff Y, Caridade G, Husson B, Suissa S, Tardieu M, Neuropediatric KIDSEP Study Group of the French Neuropediatric Society. Acute disseminated encephalomyelitis cohort study:

- prognostic factors for relapse. Eur J Paediatr Neurol EJPJN Off J Eur Paediatr Neurol Soc. 2007; 11(2): 90-95. doi: 10.1016/j.ejpn.2006. 11.007
4. **López-Chiriboga AS, Majed M, Fryer J, et al.** Association of MOG-IgG Serostatus With Relapse After Acute Disseminated Encephalomyelitis and Proposed Diagnostic Criteria for MOG-IgG-Associated Disorders. JAMA Neurol. 2018;75(11): 1355-1363. doi:10.1001/jamaneurol.2018.1814
 5. **Yamaguchi Y, Torisu H, Kira R, et al.** A nationwide survey of pediatric acquired demyelinating syndromes in Japan. Neurology. 2016;87(19): 2006-2015. doi:10.1212/WNL.0000000000003318
 6. **Tenembaum S, Chamoles N, Fejerman N.** Acute disseminated encephalomyelitis: a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. Neurology. 2002;59(8):1224-1231. doi:10.1212/wnl.59.8.1224
 7. **Taghdiri MM, Amouzadeh MH, Esmail Nejad SS, Abasi E, Alipour A, Akhavan M.** Epidemiological, Clinical, and Laboratory Characteristics of Acute Disseminated Encephalomyelitis in Children: A Retrospective Study. Iran J Child Neurol. 2019;13(4):65-73.
 8. **Kariyawasam S, Singh RR, Gadian J, et al.** Clinical and radiological features of recurrent demyelination following acute disseminated encephalomyelitis (ADEM). Mult Scler Relat Disord. 2015;4(5):451-456. doi:10.1016/j.msard.2015.06.013
 9. **Santoro JD, Chitnis T.** Diagnostic Considerations in Acute Disseminated Encephalomyelitis and the Interface with MOG Antibody. Neuropediatrics. 2019;50(5):273-279. doi:10.1055/s-0039-1693152

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ SUY THẬN VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC ĐỘ PHÂN GIẢI CAO VÀ CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Thị Thanh Hương¹,
Nguyễn Đình Tiên², Nguyễn Vĩnh Hưng²

cao, do đó việc quản lý tốt trong điều trị cho bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối bằng lọc máu chu kỳ giúp hạn chế tổn thương phổi trên nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Bệnh thận mạn tính, chức năng phổi, cắt lớp vi tính độ phân giải cao

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy thận với đặc điểm lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực độ phân giải cao và chức năng hô hấp ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh Viện E. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc có phân tích 134 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020. **Kết quả:** Có sự liên quan giữa triệu chứng phù và rối loạn thông khí phổi, hình ảnh tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao với $p < 0,05$, Có mối liên quan giữa rối loạn cân bằng kiềm toan và rối loạn chức năng hô hấp, hình ảnh tổn thương phổi trên HRCT ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ với $p < 0,05$. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ Albumin huyết tương với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là 0,371 và 0,406. Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ ure với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là -0,39; -0,368. Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ creatinin với thông số FEV1 và FVC với hệ số tương quan là -0,588; -0,51. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ, triệu chứng phù có liên quan đến rối loạn thông khí phổi và gây tổn thương phổi trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN LEVEL OF RENAL FAILURE WITH CLINICAL CHARACTERISTICS, HIGH-RESOLUTION CHEST COMPUTATION SCIENCE AND RESPIRATORY FUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ON CYCLICAL HEMODIALYSIS

Objectives: Evaluate the relationship between the degree of kidney failure with clinical characteristics, high-resolution chest computed tomography and respiratory function in patients with chronic kidney failure on dialysis at Hospital E. **Subjects and method:** cross-sectional descriptive study, longitudinal follow-up analyzing 134 chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Hospital E from October 2017 to October 2020. **Results:** There is a correlation between symptoms of edema and pulmonary ventilation disorders, images of lung damage on high-resolution computed tomography with $p < 0.05$, there is a relationship between acid-base balance disorders and respiratory dysfunction. respiratory, lung damage images on HRCT in patients with chronic kidney failure on dialysis with $p < 0.05$. There is a positive correlation between plasma Albumin concentration and parameters FEV1 and FVC with correlation coefficients of 0.371 and 0.406. There

¹Bệnh viện E

²Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: toahuongkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024