

ĐẶC ĐIỂM ĐIỀU TRỊ THAY HUYẾT TƯƠNG Ở TRẺ VIÊM NÃO TỰ MIỄN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Huy Luân¹, Phạm Thái Sơn², Ngô Thị Mai Phương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm não tự miễn (VNTM) có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng và điều trị thay huyết tương (TPE) có thể là lựa chọn điều trị; tuy nhiên, tính an toàn và hiệu quả cần được kiểm tra kỹ lưỡng. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm của TPE ở trẻ VNTM tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu loạt trường hợp VNTM được TPE từ 1/2019 – 6/2022. **Kết quả:** Có 36 trường hợp VNTM phần lớn (94,4%) là viêm não nặng với tuổi trung vị 7,4 và cân nặng trung vị là 24,4 kg, được TPE. Tổng cộng 210 chu kỳ TPE với trung vị là 6 chu kỳ/bệnh nhân, thời gian trung vị là 11,5 ngày, thể tích thay thế trung vị 1 chu kỳ là 1690 mL. Huyết tương tươi đông lạnh (FFP) là dịch thay thế thường dùng (61,1%). Phản ứng phản vệ xảy ra ở 11,4% thủ thuật, cao hơn ở nhóm dịch thay thế FFP; hạ huyết áp xảy ra ở 3,8% chu kỳ. Hạ canxi máu xảy ra ở 44,9% chu kỳ được kiểm tra, hạ canxi có triệu chứng chỉ 1%. Nhiễm trùng sau TPE là 44,4%. Kết cục có 94,4% trường hợp xuất viện, trong đó cải thiện ở 69,4%, thời gian nằm viện trung vị là 39 ngày. Không có sự khác biệt tỉ lệ cải thiện giữa loại dịch thay thế albumin và FFP. Tỉ lệ cải thiện nhóm TPE trước 28 ngày cao hơn. **Kết luận:** FFP hoặc albumin đều có thể được dùng làm dịch thay thế trong TPE ở trẻ VNTM. Theo dõi chặt chẽ và dự phòng ngừa phản vệ, đặc biệt nếu FFP được chọn. Thận trọng khi chỉ định TPE, chỉ nên dùng cho bệnh nặng/diễn tiến không thuận lợi, vì đây là thủ thuật xâm lấn và có tác dụng phụ. Cần theo dõi liên tục để phát hiện, xử trí kịp thời các biến chứng.

Từ khóa: viêm não tự miễn, viêm não kháng NMDAR, điều trị thay huyết tương, liệu pháp miễn dịch

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF TPE IN CHILDREN WITH AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS AT CHILDREN'S HOSPITAL NO. 2

Background: Autoimmune encephalitis (AE) can cause serious complications and therapeutic plasma exchange (TPE) may be the treatment of choice. However, safety and effectiveness need to be thoroughly tested. **Objective:** Characterize the use of TPE in children with AE at Children's Hospital No. 2. **Methods:** A retrospective case series was conducted on patients diagnosed with AE who received TPE from January 2019 to June 2022. **Results:** Of the 36 AE cases received TPE, the majority (94.4%) were

severe, with a median age of 7.4 and median weight of 24.4 kg. A total of 210 TPE cycles were performed, with a median of 6 sessions per patient and a median duration of 11.5 days. The median replacement fluid volume was 1690 mL per session, with 61.1% of patients receiving fresh frozen plasma (FFP), 30.6% receiving albumin, and 8.3% receiving a combination of FFP and albumin. During the procedure, 11.4% of patients experienced anaphylactic reactions (with a higher incidence in the FFP group) and 3.8% experienced hypotension. Hypocalcemia was observed in 44.9% of cycles, with symptomatic hypocalcemia occurring in 1% of patients. After TPE, 44.4% of patients developed nosocomial infections. 94.4% of patients were discharged, with 69.4% showing improvement. There was no significant difference in improvement rates between the use of albumin or FFP as a replacement fluid in TPE. A higher improvement rate was observed in patients who received TPE within 28 days of onset. **Conclusions:** Both FFP and albumin can be used as replacement fluids in TPE for children with autoimmune encephalitis. The utilization of TPE should be approached with caution and reserved solely for severe or unfavorable AE, as it involves an invasive procedure that may induce side effects. Close monitoring is necessary to identify and swiftly address any potential complications, particularly prophylaxis for anaphylaxis when using FFP and nosocomial infections. **Keywords:** Anti-NMDAR encephalitis, autoimmune encephalitis, therapeutic plasma exchange

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não tự miễn gây thiếu hụt bán cấp của trí nhớ và nhận thức, thường kèm theo co giật, rối loạn hành vi, giảm ý thức hoặc hôn mê. Chẩn đoán xác định bệnh nhờ phát hiện kháng thể đặc hiệu và trì hoãn điều trị sẽ dẫn tới kết cục xấu. Liệu pháp miễn dịch đầu tay cho bệnh này gồm corticosteroid truyền tĩnh mạch (IVMT), globulin truyền tĩnh mạch (IVIG) và điều trị thay huyết tương (TPE). TPE loại bỏ hiệu quả các tự kháng thể và các chất gây bệnh khác trong huyết tương và là khuyến cáo loại I đối với viêm não NMDAR. Tuy nhiên, việc sử dụng TPE trong điều trị VNTM vẫn còn hạn chế, do khả năng thực hiện thủ thuật, chi phí điều trị cũng như khi tiến hành TPE trên đối tượng bệnh nhi, việc tiếp cận mạch máu là trở ngại và xâm lấn, nguy cơ cao xảy ra các biến chứng khiến cho phương pháp này chưa được sử dụng rộng rãi. Như tác giả Huy P Phan đã ghi nhận biến chứng TPE trên bệnh nhân viêm não kháng NMDAR là 20% thủ thuật [4]. Bệnh viện Nhi Đồng 2 ứng dụng TPE trong điều trị bệnh lý này từ năm 2019 nhưng chưa có báo

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Luân

Email: huyluanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

cáo đánh giá hiệu quả và biến chứng của TPE ở nhóm đối tượng này, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Tiêu chí chọn vào: Trẻ dưới 16 tuổi mắc VNTM được TPE tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ 01/2019 đến ngày 6/2022.

Tiêu chí loại ra: Có tiền sử rối loạn phát triển tâm vận hoặc động kinh.

Quy trình xử trí bệnh nhân VNTM tại Bệnh viện Nhi Đồng 2:

Bệnh nhân nghi ngờ VNTM khi có khởi phát bán cấp với suy giảm trí nhớ (giảm trí nhớ ngắn hạn), hội chứng não cấp hoặc các triệu chứng tâm thần; được xử trí ban đầu như viêm não cấp với chống phù não, acyclovir và làm xét nghiệm tìm nguyên nhân như: nhiễm trùng - siêu vi (cây, tìm HSV, JEV, EV71,...), bệnh mạch máu não, chuyển hoá và ngộ độc; khảo sát EEG, MRI não có chất tương phản; tầm soát khối u (siêu âm bụng, CT ngực, bụng, chậu...); và xét nghiệm tự kháng thể liên quan VNTM. Sau loại trừ các nguyên nhân thay thế, trẻ có mức độ chẩn đoán "có khả năng VNTM" được điều trị miễn dịch tấn công (IVMT, TPE hoặc IVIG) căn cứ vào tình trạng nhiễm trùng, chống chỉ định và nguy cơ diễn tiến nặng trong khi chờ kết quả xét nghiệm tự kháng thể.

Chỉ định TPE cho VNTM tại Bệnh viện Nhi Đồng 2:

- VNTM mức độ nặng: điểm mRS= 4-5 (modified Rankin Scale: thang điểm mRS cải biên thích ứng cho trẻ em theo)

- VNTM mức độ trung bình: điểm mRS=3

o Không đáp ứng với IVMT

o Lúc chuyển sang dạng prednisone uống mà điểm mRS không thay đổi hoặc diễn tiến xấu hơn (mRS tăng ≥ 1 điểm).

Quy trình TPE tại Bệnh viện Nhi Đồng 2:

Trước TPE, giải thích cho người nhà về chỉ định thủ thuật, nguy cơ, biến chứng và thời gian đáp ứng có thể kéo dài, ưu và khuyết điểm của dịch thay thế là albumin 5% và FFP, người nhà ký cam kết và chọn loại dịch thích hợp. Thực hiện TPE bằng máy Prismaflex của hãng Baxter, với phương thức thay huyết tương. Quả lọc TPE 1000 hoặc 2000 theo cân nặng bệnh nhân. Catheter tĩnh mạch 2 nòng dùng cho lọc máu (Balton kích cỡ 6,5, 8, và 12F) theo cân nặng. Dung dịch dùng để đuổi khí trong hệ thống dây dẫn và quả lọc: natriclorua 9‰ 05 lít pha

heparin 2.5UI/ml + natri clorua 9‰ pha albumin. Heparin được dùng để chống đông trong thiết bị.

Cách thực hiện: Lấy danh sách bệnh nhân dựa vào phần mềm quản lý bệnh viện các trường hợp có TPE chỉ định do bệnh lý thần kinh tại Khoa Nhiễm từ 1/2019 đến 6/2022. Mượn hồ sơ theo danh sách, xem xét tiêu chuẩn chọn vào, thu thập thông tin theo mẫu được soạn sẵn, gồm:

• Thông tin chung; lâm sàng và độ nặng trước chỉ định TPE; xét nghiệm lần đầu ghi nhận trong bệnh án trước TPE

• Điều trị phối hợp: thở máy, kháng sinh, vận mạch, corticoid, IVIG

• Đặc điểm TPE gồm: chỉ định thay, ngày bệnh lúc thay, thời gian TPE, tốc độ bơm máu, thể tích dịch thay thế, thuốc sử dụng trước - trong TPE, các biến chứng của TPE

• Kết quả chính được đánh giá lúc xuất viện.

Cải thiện lâm sàng khi đáp ứng một trong các tiêu chí sau đây:

• mRS giảm ít nhất 1 điểm

• Thay đổi trạng thái từ rối loạn nhận thức sang có nhận thức

• Từ co giật nhiều - không khống chế đến giảm, không co giật

Xử lý dữ liệu: Dữ liệu xử lý bằng phần mềm SPSS. Thống kê phân tích với kiểm định Chi bình phương, chính xác Fisher được sử dụng để so sánh các biến định tính. Với biến định lượng không có phân phối chuẩn, kiểm định phi tham số Mann-Whitney để tìm sự khác biệt giữa trung vị hai mẫu độc lập, hồi qui logistic đơn biến dùng trong phân tích yếu tố liên quan cải thiện. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu với mã số 32/21-BVNĐ2 đã được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện Nhi Đồng 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/1/2019 đến 31/10/2021 tại khoa Nhiễm BV Nhi Đồng 2, có 36 bệnh nhân VNTM được TPE gồm 14 nam (38,9%) và 22 nữ (61,1%), tuổi trung vị 7,4 (2-16) tuổi, cân nặng trung vị là 24,4 (10-61) kg, với các chẩn đoán viêm não kháng NMDAR (n=18), viêm não LGI1 (n=2), viêm não GABAR (n=2), và có khả năng VNTM kháng thể âm tính (n=14). Các bệnh nhân này có thời gian khởi bệnh đến nhập viện trung vị là 5 ngày với rối loạn tri giác (100%), rối loạn tâm thần nhận thức (91,7%), co giật (86,1%) và rối loạn vận động (86,1%); 83,3% bất thường DNT đa số (75%) là tăng số lượng bạch cầu >5 tế bào/mm³. EEG bất thường trong 78,1%

trường hợp, và MRI não với 50% bất thường. Phần lớn bệnh nhân có viêm não nặng lúc TPE (94,4%), mức độ trung bình chỉ 6%.

3.1. Đặc điểm điều trị thay huyết tương.

Về chỉ định 22,2% bệnh nhân được TPE ngay vì viêm não nặng; 78,8% chỉ định sau IVMT (72,2% thể nặng và 5,6% thể trung bình). Tổng cộng có 210 chu kỳ TPE với trung vị là 6 chu kỳ/bệnh nhân, trong thời gian trung vị là 11,5 ngày, với thể tích thay thế trung vị 1 chu kỳ là 1690 ml. Hai trường hợp không thực hiện đủ số thủ thuật theo khuyến cáo là do phản vệ mức độ 2 lúc thực hiện thủ thuật. FFP là dịch thay thế thường dùng (61,1%).

Bảng 1: Đặc điểm điều trị thay huyết tương

Đặc điểm	Chung	Tỉ lệ phần trăm/ trung vị - khoảng tứ phân vị
Thông số TPE	N=210	
Số chu kỳ	6	5-7
Thể tích thay thế (ml)	1690	1200-2130
Thời gian từ nhập viện đến lúc TPE (ngày)	9	4,3-13
Thời gian từ khởi phát đến lúc TPE (ngày)	17	13-23
Số ngày TPE (ngày)	11,5	9-14
Phối hợp liệu pháp miễn dịch	N=36	
TPE đơn trị	8	22,2
IVMT + TPE	23	63,9
IVMT + TPE + IVIG	5	13,9
Liệu pháp bậc 2	1	2,8
Loại dịch thay thế	N=36	
Albumin n (%)	11	30,6
FFP n (%)	22	61,1
Albumin + FFP n (%)	3	8,3
Thuốc trước - trong thủ thuật	N=210	
Heparin	210	100
An thần n (%)	144	68,6
Calcium n (%)	65	31,1
Methylprednisolone n (%)	142	67,6
Diphenhydramin n (%)	144	68,6

3.2. Biến chứng của điều trị thay huyết tương

Bảng 2: Biến chứng liên quan huyết động-phản vệ

Biến chứng TPE	FFP N=132 n (%)	Albumin N=78 n (%)	Chung (N=210 chu kỳ) n (%)
Liên quan huyết động-phản vệ	20(15,1)	4(5,1)	24(11,4)
Hạ huyết áp	5 (3,8)	3 (3,8)	8 (3,8)

Phản vệ độ I	6 (4,5)	1 (1,3)	7 (3,3)
Phản vệ độ II	9 (6,8)	0	9 (4,3)
Phản vệ độ III và IV	0	0	0

Nhận xét: Biến chứng liên quan đến phản vệ trong 11,4% thủ thuật, xảy ra nhiều ở nhóm sử dụng dịch thay thế là FFP hơn là albumin.

Bảng 3: Biến chứng khác liên quan TPE

Biến chứng khác	Tần số N=210	Tỉ lệ phần trăm (%)
Khí trong hệ thống	0	0
Đông màng lọc	2	1
Vỡ màng lọc	4	2
Hạ thân nhiệt	0	0
Hạ canxi máu n=178	80	44,9
Hạ canxi có triệu chứng	2	1
Chảy máu	2	1
Giảm tiểu cầu	5	2,4

Nhận xét: Biến chứng liên quan màng lọc thấp; tỉ lệ hạ canxi máu cao, hạ canxi có triệu chứng thấp (1%) với co rút tay chân. Có 5 trường hợp giảm tiểu cầu và 2 trường hợp (1%) biến chứng xuất huyết tại vị trí đặt catheter, cải thiện sau băng ép.

Bảng 4: Biến chứng nhiễm trùng

Biến chứng nhiễm trùng	FFP N=22 n (%)	Albumin N=14 n (%)	Chung N=36 n (%)	p*
Nhiễm trùng trước TPE	-	-	12(33,3)	-
Nhiễm trùng sau TPE	12(54,5)	4(28,6)	16(44,4)	0,126
Nhiễm trùng huyết	10(45,4)	4(28,6)	14(38,9)	0,311
Viêm phổi	6(27,3)	2(14,3)	8(22,2)	0,360
Nhiễm trùng catheter TPE	3(13,6)	2(21,4)	5(13,9)	0,875

*: Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Nhiễm trùng trong quá trình nằm viện là cao; nhiễm trùng sau TPE là 18 trường hợp (44,4%) nhiều nhất là nhiễm trùng huyết 38,8%. Không khác biệt về tình trạng nhiễm trùng sau TPE ở 2 nhóm dịch thay thế.

3.3. Kết quả điều trị. 94,4% trường hợp xuất viện, trong đó 69,4% cải thiện. Hai trường hợp xin về trong tình trạng nặng. Thời gian nằm viện trung vị là 39 ngày.

3.4. Các yếu tố liên quan cải thiện lúc xuất viện

Bảng 5: Các yếu tố liên quan cải thiện lúc xuất viện

Yếu tố	Cải thiện n=25	Không cải thiện n=11	Tỉ số chênh	p*

TPE trước 28 ngày từ lúc khởi phát n (%)	24 (96)	7 (63,6)	13,7	0,029
Số chu kỳ m (KTPV)	6 (5-7)	6 (5-6)	-	0,590 [#]
Dịch thay thế FFP n (%)	16 (64)	6 (54,5)	1,4	0,593
Dịch thay thế Albumin n (%)	9 (36)	5 (45,5)		
TPE đơn trị n (%)	5 (20)	3 (27,3)	1,3	0,739
IVMT +TPE n (%)	19 (76)	7 (63,6)	1,8	0,448
IVMT +TPE + IVIG n (%)	1 (4)	4 (36,4)	-	-

*: hồi qui logistic đơn biến,

#: kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Nhóm được TPE trước 28 ngày có tỉ lệ cải thiện cao hơn. Không có sự khác biệt giữa tỉ lệ cải thiện về loại dịch thay thế (albumin và FFP) sử dụng, cũng như TPE đơn trị so với phối hợp IVMT + TPE. Không khác biệt về số chu kỳ TPE giữa 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định và thời điểm thay huyết tương.

Theo đồng thuận điều trị viêm não kháng NMDAR ở trẻ em [3], nên sớm điều trị và IVMT được ưu tiên sử dụng trong tất cả mức độ viêm não, sau đó là phối hợp với IVIG hoặc TPE là cho trường hợp không/ kém đáp ứng. TPE là thủ thuật có nguy cơ nhiều xảy ra tai biến cũng như chi phí điều trị cao, nên cần cân nhắc, nên chỉ định cho trường hợp VNTM nặng hoặc kém đáp ứng điều trị; cũng như cần thảo luận để đạt được sự đồng thuận từ thân nhân bệnh nhi. Thời gian từ lúc nhập viện TPE trung vị là 9 ngày, đây là khoảng thời gian chẩn đoán, loại trừ viêm não do các nguyên nhân khác và là thời gian theo dõi tác dụng đáp ứng của corticoid. Thời gian từ lúc khởi bệnh đến TPE trung vị 17 ngày, đáp ứng khuyến cáo khởi đầu liệu pháp miễn dịch trước 4 tuần. Chúng tôi cũng nhận thấy TPE sớm trước 28 ngày có cải thiện cao hơn (Bảng 5). Trong tổng quan hệ thống của Suppiej [6], thời gian trung vị từ khi khởi phát bệnh đến TPE cho trẻ mắc viêm não kháng NMDAR là 34 ngày và tỷ lệ hồi phục hoàn toàn cao hơn với nhóm được điều trị miễn dịch trong 30 ngày (69,4%) so với sau 30 ngày (59,2%), mặc dù khác biệt không có ý nghĩa [6]. Báo cáo của Irani cũng thấy kết cục tốt của viêm não kháng NMDAR liên quan mạnh đến khởi đầu liệu pháp miễn dịch sớm (trước 40 ngày sau khởi phát) [8].

Liều - chu kỳ điều trị thay huyết tương

Chúng tôi tuân thủ hướng dẫn theo đồng

thuận [3], sử dụng 1,5 thể tích huyết tương ước đoán. Một số báo cáo dùng liều là 1 lần thể tích huyết tương ước đoán như tác giả Huy P Pham, TPE được sử dụng (phối hợp corticosteroid, IVIG và/hoặc rituximab) cho 9 bệnh nhân với tổng cộng có 56 thủ thuật, cách ngày với dịch thay thế là albumin 5%; một bệnh nhân cải thiện sau 3 chu kỳ TPE, và 4 bệnh nhân cải thiện đáng kể tại thời điểm xuất viện [4]. Còn DeSena đánh giá hiệu quả của phối hợp corticoid với TPE ở 10 bệnh nhân, cho thấy 7/10 bệnh nhân có cải thiện điểm mRS, Sự cải thiện có thể thấy sau chu kỳ thứ ba, thứ năm ở 9/14 bệnh nhân [1]. Báo cáo của Suppiej [6], số chu kỳ trung bình là 7, nhiều nhất tới 20. Bệnh sinh của VNTM với kháng thể kháng kháng nguyên bề mặt tảo bào thuộc lớp IgG, và TPE sẽ làm giảm 70% tổng IgG sau 3 chu kỳ, 90% sau 5 chu kỳ cách ngày. Khi hàng rào máu não bị tổn thương trong VNTM, TPE làm giảm nồng độ kháng thể trong huyết tương so với DNT, theo sau là chuyển dịch kháng thể bệnh lý từ DNT sang tuần hoàn hệ thống. Kết thúc TPE phụ thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân, loại VNTM, và biến chứng thủ thuật.

Dịch thay thế. Albumin 5% là dịch thay thế được chọn theo khuyến cáo; còn chúng tôi dùng FFP với tỉ lệ cao hơn và nhận thấy không có sự khác biệt về cải thiện lúc xuất viện giữa hai nhóm dịch thay thế này ($p>0,05$, Bảng 5). Chọn lựa dịch thay thế tùy vào tiền căn dị ứng với chế phẩm máu/albumin, tình trạng rối loạn đông máu có trước và chấp thuận về chi phí - nguy cơ thủ thuật của thân nhân bệnh nhi.

Biến chứng của TPE:

Biến chứng liên quan huyết động-phản vệ. Với dịch thay thế là FFP gây dị ứng và phản vệ nhiều hơn albumin 5%. Điều này thấy rõ qua kết quả của chúng tôi: phản vệ độ I xuất hiện ở 15,1% chu kỳ ở dịch thay thế là FFP so với 5,1% ở albumin. Phản vệ độ II đã xảy ra ở 6,8% chu kỳ ở dịch thay thế là FFP trong khi không trường hợp sốc phản vệ nào xảy ra ở albumin. Các nghiên cứu thường ghi nhận phản vệ xảy ra ở dịch thay thế là FFP. Theo tác giả Lu J [2] ở 435 trẻ em với 1201 thủ thuật TPE cho thấy những biến chứng nhẹ, thường gặp nhất là ngứa và mề đay 7%, sau đó là tăng huyết áp (1,92%) và hạ huyết áp (1,17%), không có tử vong, tỉ lệ xảy ra biến chứng ở trẻ em nhiều hơn ở trẻ lớn. Thuốc trước thủ thuật như paracetamol và kháng histamine làm giảm nguy cơ phản ứng nhẹ như nổi mề đay và sốt trong TPE. Nếu bệnh nhân có tiền sử phản ứng truyền máu trước đó, corticosteroid có thể được sử dụng. Do đó,

chúng tôi đã sử dụng các dự phòng này trong 2/3 số chu kỳ.

Hạ huyết áp là thường xảy ra khi TPE ở trẻ em và đòi hỏi phải truyền dịch. Chúng tôi nhận thấy hạ huyết áp xảy ra ở 3,8% thủ thuật và tỉ lệ như nhau ở cả 2 loại dịch thay thế. Các yếu tố nguy cơ hạ huyết áp bao gồm hạ canxi máu, thiếu máu và viêm não kháng NMDAR do rối loạn chức năng thực vật. Sử dụng đồng thời thuốc an thần để giảm kích động ở bệnh nhân VNTM có thể làm tăng nguy cơ rối loạn huyết động do dẫn mạch. Trong nghiên cứu của Yang Zhang [7], tụt huyết áp xảy ra trong 56 (29%) thủ thuật, bao gồm các đợt hạ huyết áp thoáng qua đáp ứng điều trị bằng truyền dịch hoặc thuốc vận mạch trong 55 thủ thuật và hạ huyết áp nặng (65/40 mmHg) phải ngừng TPE trong 1 thủ thuật.

Biến chứng giảm các thành phần máu.

Giảm tiểu cầu có thể do tương tác máu - màng lọc TPE hoặc do heparin. Xuất huyết ít được báo cáo và có thể hạn chế bằng điều chỉnh rối loạn đông máu và đặt catheter dưới hướng dẫn của siêu âm. Tỷ lệ hạ canxi máu cao (44,9%) nhưng hạ canxi có triệu chứng thấp. Các báo cáo ít ghi nhận triệu chứng hạ canxi ở TPE trẻ em do khả năng mô tả những triệu chứng như khó tiêu, buồn nôn, nôn, đau bụng, đau đầu và chóng mặt. Các tình trạng nghiêm trọng hơn gồm co cơ kiểu uốn ván, loạn nhịp tim và co giật cũng được báo cáo trong hạ canxi liên quan đến TPE, đặc biệt khi canxi ion hóa <0,8mmol/L. Trong nghiên cứu chúng tôi, các trường hợp hạ canxi, nguy cơ hạ canxi máu được dự phòng bằng truyền canxi trước và trong thủ thuật.

Biến chứng liên quan hệ thống tách huyết tương. Đông, vỡ màng lọc TPE là vấn đề nghiêm trọng, có thể làm thủ thuật không thực hiện được tiếp. Điều này hay gặp ở trẻ em là đối tượng kém hợp tác và VNTM cũng ảnh hưởng ý thức và loạn động làm ảnh hưởng quá trình TPE: rút máu khó khăn, bít nghẹt catheter, thậm chí tụt catheter. Ghi nhận của Yang Zhang, trong 193 chu kỳ TPE, vận động không tự chủ xảy ra trong 45 chu kỳ (32%) gây ra hai chu kỳ đông máu trong hệ thống TPE dẫn đến gián đoạn thủ thuật [7]. Vì vậy, để bảo đảm thuận lợi trong thủ thuật, 2/3 bệnh nhân của chúng tôi đã được dùng an thần hoặc tăng liều thuốc an thần ban đầu.

Biến chứng liên quan nhiễm trùng.

Nhiễm trùng sau TPE trong kết quả của chúng tôi là cao (44,4%) và không khác biệt giữa 2 nhóm dịch thay thế trong kết quả của chúng tôi. Theo Pohn, nhiễm trùng liên quan TPE là không thường gặp, ngay cả ở bệnh nhân đang điều trị

ức chế miễn dịch như báo cáo với 86 người lớn viêm thận lupus nặng, không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm trùng giữa bệnh nhân được TPE và nhóm không TPE [5]. Nhiễm trùng ở kết quả chúng tôi là phối hợp của: phơi nhiễm với các chế phẩm máu, lưu catheter kéo dài, sử dụng corticoid kéo dài, bệnh nhân giảm ý thức giảm khả năng tự chăm sóc, giảm thông khí trung ương tăng nhu cầu thở máy và tăng xuất tiết đàm nhớt. Tình trạng nhiễm trùng sau TPE cũng là yếu tố cần nhắc khi lựa chọn giữa TPE và IVIG trong VNTM: ưu tiên IVIG hơn TPE do không làm nặng nhiễm trùng và không xâm lấn.

Kết quả điều trị. Kết quả của chúng tôi tương tự của tác giả Suppiej [6], 63,5% bệnh nhân viêm não kháng NMDAR cải thiện lúc kết thúc TPE; nhưng thấp hơn Yang Zhang [7], 94% bệnh nhân VNTM cải thiện sau 2 tháng. Thời gian nằm viện trong kết quả chúng tôi tới 39 ngày, do diễn tiến chậm và kéo dài của VNTM. Các bằng chứng gần đây về nồng độ kháng thể cao hơn trong DNT và tăng tương bào trong não, cho thấy vị trí sản xuất kháng thể xảy ra phía sau hàng rào máu não, điều này giải thích hiệu quả thấp của TPE ở rối loạn này so với các bệnh lý qua kháng thể hệ thống. Tuy nhiên, tác giả Yang Zhang định lượng nồng độ kháng thể liên quan VNTM trong DNT trước và sau điều trị miễn dịch bậc 1, cho thấy nhóm TPE có tỉ lệ giảm nồng độ kháng thể/DNT là 37% trường hợp so với 7 % ở nhóm không TPE [7]. Ngoài loại bỏ các kháng thể khỏi tuần hoàn nhờ TPE, qua đó giảm kháng thể lưu thông và tế bào lympho vào hệ thần kinh trung ương, nên được kết hợp với các liệu pháp miễn dịch khác, đặc biệt là steroid trong VNTM.

V. KẾT LUẬN

Các thông số TPE trong nghiên cứu tuân theo chỉ dẫn của ASFA. FFP hoặc albumin đều có thể được dùng làm dịch thay thế trong TPE ở trẻ VNTM. Theo dõi chặt chẽ và dự phòng ngừa phản vệ, đặc biệt nếu FFP được chọn. Thận trọng khi chỉ định TPE, chỉ nên dùng cho bệnh nặng/diễn tiến không thuận lợi, vì đây là thủ thuật xâm lấn và có tác dụng phụ. Cần theo dõi liên tục để phát hiện, xử trí kịp thời các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DeSena A D, Noland D K, Matevosyan K, et al. (2015). Intravenous methylprednisolone versus therapeutic plasma exchange for treatment of anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibody encephalitis: A retrospective review. J Clin Apher. 30 (4), p. 212-6.
2. Lu J, Zhang L, Xia C, et al. (2019). Complications

- of therapeutic plasma exchange: A retrospective study of 1201 procedures in 435 children. *Medicine (Baltimore)*. 98 (50), p. e18308.
3. **Nosadini M, Thomas T, Eyre M, et al. (2021).** International Consensus Recommendations for the Treatment of Pediatric NMDAR Antibody Encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 8 (5).
 4. **Pham H. P, Daniel-Johnson J A, Stotler B A, et al. (2011).** Therapeutic plasma exchange for the treatment of anti-NMDA receptor encephalitis. *J Clin Apher*. 26 (6), p. 320-5.
 5. **Pohl M A, Lan S-P, Berl T, et al. (1991).** Plasmapheresis does not increase the risk for infection in immunosuppressed patients with severe lupus nephritis. *Annals of internal medicine*. 114 (11), p. 924-929.
 6. **Suppiej A, Nosadini M, Zuliani L, et al. (2016).** Plasma exchange in pediatric anti-NMDAR encephalitis: A systematic review. *Brain Dev*. 38 (7), p. 613-22.
 7. **Zhang Y, Huang H. J, Chen W. B, et al. (2021).** Clinical efficacy of plasma exchange in patients with autoimmune encephalitis. *Ann Clin Transl Neurol*. 8 (4), p. 763-773.
 8. **Irani S R, Vincent A (2011).** NMDA receptor antibody encephalitis. *Current neurology and neuroscience reports*. 11 (3), p. 298-304.

THỰC TRẠNG MÒN RĂNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHƯỜNG PHƯƠNG LIÊN, ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI NĂM 2022

Luu Văn Tường¹, Đào Thị Dung¹, Nguyễn Việt Đa Đôn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thực trạng mòn răng (mòn cổ răng và mòn mặt nhai) và một số yếu tố liên quan tới tình trạng này ở người cao tuổi tại phường Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 424 đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi (trên 60 tuổi) tại Trạm Y tế phường Phương Liên, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội từ ngày 1/11/2021 đến 30/11/2021. Số liệu được thu thập thông qua bảng hỏi có sẵn, tình trạng răng miệng của đối tượng nghiên cứu được các bác sĩ thuộc Bộ môn Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội khám và xác định. **Kết quả:** Tỷ lệ người cao tuổi mòn cổ răng là 69,3%, chủ yếu ở răng hàm nhỏ (59,2%). Tỷ lệ mòn mặt nhai là 69,1%, chủ yếu ở răng hàm lớn là 62,3%. Các yếu tố liên quan tới tình trạng mòn răng ở người cao tuổi là nghề nghiệp và tuổi. Người cao tuổi có triệu chứng ê buốt răng có nguy cơ: mòn cổ răng cao gấp 3,88 lần, mòn mặt nhai cao gấp 2,06 lần so với người không có ê buốt răng.

Từ khóa: mòn răng, mòn cổ răng, mòn mặt nhai, người cao tuổi, người già.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF TOOTH WEAR AND RELATED FACTORS IN THE ELDERLY IN PHUONG LIEN WARD, DONG DA, HA NOI, IN 2022

Objectives: The study was conducted to

understand the current status of tooth wear (wear neck tooth and occlusal surface wear) and some factors related to this condition in the elderly in Phuong Lien, Dong Da, Hanoi in 2022. **Methodology:** The cross-sectional study was performed with 424 elderly people (aged 60+ years old) at Phuong Lien, Dong Da, Hanoi and, University of Medicine and Pharmacy (Hanoi National University) from November 1, 2021 to November 30, 2021. Data were collected through available questionnaires, the dental status of the study subjects was examined and determined by doctors from the University of Medicine and Pharmacy, Hanoi National University. **Results:** The rate of elderly people with cervical wear was 69.3%, mainly in premolars (59.2%). The rate of occlusal surface wear is 69.1%, mainly in molars (62.3%). Factors associated with tooth wear in the elderly are occupation and age. Sensitivity is one of the symptoms of tooth wear, subjects with symptoms of sensitivity have the significant ability to detect tooth wear earlier than subjects without tooth sensitivity. Elderly people with tooth sensitivity are 3.88 times more likely to develop tooth wear than people without tooth sensitivity.

Keywords: tooth wear, elder adult, elder person.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe răng miệng là một trong những vấn đề cần được quan tâm trong chính sách chăm sóc sức khỏe người cao tuổi (NCT). Tổn thương tổ chức cứng của răng, đặc biệt là tổn thương mòn răng, rất phổ biến trong số các vấn đề bệnh lý về răng miệng.

Mòn răng là một thuật ngữ dùng để mô tả sự mất mô cứng trên bề mặt răng, điều này có thể là kết quả của việc xói mòn, nhai mòn hoặc mài mòn [1]. Trong suốt cuộc đời, cấu trúc răng có nhiều thay đổi về mặt giải phẫu và mô học do

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính Luu Văn Tường

Email: tuongdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023