

cao hơn so với ở nữ. Do đó, việc đảm bảo chất lượng quy trình chuyên môn cũng như kiểm soát nhiễm khuẩn tại các khoa phòng cũng như ở đối tượng người bệnh này.

V. KẾT LUẬN

Các chủng vi khuẩn Gram dương phân bố ở nam giới cao hơn ở nữ giới, trong đó tác nhân gây bệnh hàng đầu là *S. pneumoniae*, *Streptococcus spp.*, *S. aureus* và CoNS. Căn nguyên phổ biến nhất tại các khoa ICU và Ngoại là *S. aureus*, trong khi đó, CoNS và *S. pneumoniae* lần lượt là chủng vi khuẩn phổ biến nhất tại các khoa Nội và Nhi. Kết quả nghiên cứu chỉ ra sự cần thiết của việc giám sát liên tục và có hệ thống các tác nhân vi khuẩn Gram dương trong trong bệnh viện nhằm hạn chế sự lây lan của các chủng vi khuẩn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tacconelli, E., et al.**, Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis*, 2018. 18(3): p. 318-327.
2. **Nguyễn Thị Hải và cộng sự**, Tỷ lệ phân bố các chủng vi khuẩn thường gặp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2022. *Nghiên cứu y học*, 2023.

- 172(11): p. 133-140.
3. **Nguyễn Văn Hậu và cộng sự**, Tình hình kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện E năm 2023. *Nghiên cứu y học*, 2024. 175(2): p. 118-128.
4. **Quế Anh Trâm**, Nghiên cứu đặc điểm kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn Gram dương gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An (1/2021-12/2021). *Y học Việt Nam*, 2022. 517(1): p. 257-261.
5. **Shah, S., et al.**, The Prevalence and Antimicrobial Susceptibility Pattern of Gram-Positive Pathogens: Three-Year Study at a Tertiary Care Hospital in Mumbai, India. *J Lab Physicians*, 2022. 14(2): p. 109-114.
6. **Sader, H.S., et al.**, Geographical and temporal variation in the frequency and antimicrobial susceptibility of bacteria isolated from patients hospitalized with bacterial pneumonia: results from 20 years of the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (1997-2016). *J Antimicrob Chemother*, 2019. 74(6): p. 1595-1606.
7. **Lê Na và cộng sự**, Sự phân bố các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm của bệnh nhân viêm phổi điều trị tại bệnh viện đa khoa Thanh Vũ Medic Bạc Liêu. *Y học Việt Nam*, 2022. 518(2): p. 67-71.
8. **Lê Thu Hoài và cộng sự**, Tỷ lệ và căn nguyên viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Y học Việt Nam*, 2022. 517(1): p. 163-166.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Tài Hên¹, Lê Văn Minh¹, Nguyễn Thế Luân²

TÓM TẮT⁵⁵

Đặt vấn đề: Bệnh nhược cơ là một rối loạn thần kinh - cơ tự miễn hiếm gặp, tuy nhiên là một bệnh nặng với tỷ lệ tái phát cao, gây nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên các bệnh nhân nhược cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nhược cơ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** yếu cơ dao động trong ngày là 62,5%, test Prostigmin dương tính là 90,6%, điện cơ với nghiệm pháp kích thích lặp lại dương tính là 96,9%, u tuyến ức chiếm 34,4%. **Kết luận:** bệnh nhược cơ có xu

hướng thường gặp ở tuổi trung niên, với tỷ lệ nữ gần gấp đôi nam, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhược cơ tương đối đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. **Từ khóa:** nhược cơ, bệnh lý thần kinh - cơ, nghiệm pháp kích thích lặp lại.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Background: Myasthenia gravis is a rare autoimmune neuromuscular disorder, however it is a serious disease with a high recurrence rate, causing many challenges in diagnosis and treatment. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics in patients with myasthenia gravis. **Materials and methods:** Cross-sectional description of patients diagnosed and treated for myasthenia gravis at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from January 2022 to March/ 2024. **Results:** muscle weakness fluctuates during the day in 62.5%, positive Prostigmin test in

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: La Tài Hên

Email: lataihen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024

90.6%, electromyography with repeated stimulation test positive in 96.9%, thymoma in 34.4%. **Conclusion:** myasthenia gravis tends to be common in middle age, with the female ratio nearly twice that of male. Clinical and paraclinical manifestations of myasthenia gravis are relatively diverse with different levels. **Keywords:** myasthenia gravis, neuromuscular disease, repetitive stimulation test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (myasthenia gravis) là một rối loạn thần kinh - cơ tự miễn, đặc trưng bởi tình trạng yếu và mỏi cơ. Bệnh làm cho cơ bị mất cơ lực, không co được và gây ra các biểu hiện lâm sàng như: yếu cơ, nhanh mệt khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi và khi dùng thuốc kháng men cholinesterase [7].

Bệnh khởi phát ở bất kỳ lứa tuổi nào, thường gặp độ tuổi 30-50 (đối với phụ nữ) và từ 60 tuổi trở lên (đối với nam). Tỷ lệ mới mắc hàng năm là 4.1-30/1.000.000 dân, tỷ lệ lưu hành bệnh dao động từ 150-200/1.000.000 dân [5]. Phân bố bệnh liên quan đến tuổi và giới, ở bệnh nhược cơ khởi phát sớm (trước 40 tuổi) thì tỷ số nam/nữ là 1/3, ở độ tuổi 40-50 thì tỷ lệ này bằng nhau, trong khi nhược cơ khởi phát muộn (sau 50 tuổi) có xu hướng cao hơn ở nam giới với tỷ số nam/nữ là 3/2. Người châu Á có tỷ lệ nhược cơ ở người trẻ tuổi cao hơn các chủng tộc khác [7].

Tuy bệnh không phổ biến nhưng nhược cơ là một bệnh nặng, người bệnh có thể bị tàn phế do tình trạng nhược cơ toàn thân và tử vong do các cơn nhược cơ hô hấp kịch phát. Do bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi trong độ tuổi lao động (từ 20 - 50 tuổi) nên việc đi sâu nghiên cứu về căn bệnh này có một ý nghĩa xã hội rất lớn [8].

Đến nay việc chẩn đoán sớm căn bệnh này vẫn còn gặp nhiều khó khăn, vì biểu hiện lâm sàng giai đoạn đầu của bệnh rất đa dạng và có thể bị che lấp bởi rất nhiều các bệnh lý khác. Do vậy bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn nên các tổn thương ở màng sau của các synap thần kinh - cơ không còn khả năng hồi phục, gây ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị [6].

Với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh đã giúp phát hiện tốt những trường hợp có quá sản hoặc u tuyến ức để chỉ định phẫu thuật một cách hợp lý dựa theo giai đoạn lâm sàng của bệnh. Bởi theo nhiều nghiên cứu bệnh có liên quan rõ rệt tới tuyến ức: 10-15% trường hợp có u tân sinh của tuyến ức, 65% có tăng sản các nang lympho ở tủy tuyến ức [6].

Tuy bệnh có thể được phát hiện thông qua một số cận lâm sàng như điện cơ thường quy (EMG), điện cơ sợi đơn độc kích thích lặp lại liên tiếp, định lượng kháng thể kháng acetylcholine...

Nhưng việc phát hiện bệnh sớm lại gặp nhiều khó khăn do điều kiện của y tế tuyến cơ sở chưa thể đáp ứng cũng như hiểu biết của người dân về bệnh còn hạn chế, nên trong giai đoạn sớm bệnh dễ bị chẩn đoán nhầm hoặc bỏ sót [8].

Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhược cơ tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ và bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ từ năm 2022 đến năm 2024 với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân nhược cơ được điều trị nội trú tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ và bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Khi bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn

Tiêu chuẩn 1 (lâm sàng): khi bệnh nhân có ít nhất một trong các đặc điểm sau:

- Yếu cơ thay đổi trong ngày, tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi.

- Có tiền sử bệnh nhược cơ và đang dùng thuốc điều trị bệnh nhược cơ, bao gồm các bệnh nhân nhược cơ đã được phẫu thuật cắt tuyến ức.

Tiêu chuẩn 2: khi bệnh nhân có ít nhất một trong ba đặc điểm sau:

- Test prostigmin dương tính.

- Nghiệm pháp kích thích lặp lại dương tính.

- Định lượng kháng thể kháng thụ thể acetylcholin dương tính.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Nhược cơ kèm theo tổn thương thần kinh trung ương, thần kinh ngoại biên hoặc các bệnh lý tại cơ khác; hội chứng nhược cơ; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

$$n = \frac{z^2(1-\alpha/2)}{d^2} p(1-p)$$

Với n là cỡ mẫu.

Z: là trị số phân phối chuẩn với mong muốn mức tin cậy là 95% thì $\alpha = 0,05$ nên ta có $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

d: là sai số tương đối cho phép, chọn $d = 0,1$.

$p=0,913$: tỷ lệ xét nghiệm dương tính kháng thể kháng Acetylcholine ở bệnh nhân nhược cơ là 91,3% theo nghiên cứu "Đánh giá nồng độ kháng thể kháng thụ cảm thể Acetylcholine ở

bệnh nhân nhược cơ” tại khoa Nội Thần Kinh Bệnh viện 103 – Học viện Quân Y của tác giả Phan Thanh Hiếu [4]. Từ đó chúng tôi có cỡ mẫu n = 31. Thực tế thu thập được 32 mẫu.

2.2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội Thần Kinh bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và khoa Nội Thần Kinh – Cơ Xương Khớp bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2022 đến hết tháng 7 năm 2024.

2.2.4. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính.
- Đặc điểm lâm sàng: hoàn cảnh khởi phát, tính chất yếu cơ, đánh giá sức cơ trước khi điều trị, phân loại lâm sàng bệnh nhược cơ trước khi điều trị, có tổn thương các đôi dây thần kinh sọ, cơn nhược cơ, bệnh lý đi kèm, test prostigmin.
- Đặc điểm cận lâm sàng: đo điện cơ với nghiệm pháp kích thích lặp lại, định lượng kháng thể kháng thụ thể acetylcholine, công thức máu, chụp CT-scan ngực, chụp X-quang ngực.

2.4. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu

2.4.1. Công cụ thu thập số liệu: mẫu thu thập số liệu soạn sẵn, bệnh án.

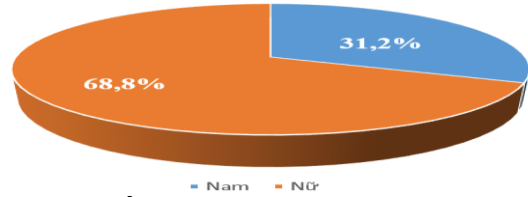
2.4.2. Phương pháp thu thập số liệu. Mỗi bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ được khảo sát theo phiếu thu thập số liệu soạn sẵn: tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ, thực hiện các xét nghiệm máu, khảo sát điện cơ và hình ảnh học.

2.4.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Mã hóa các biến số, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương được Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học và Hội Đồng Y Đức của Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ thông qua. Tất cả đối tượng tham gia đều được giải thích rõ về nội dung nghiên cứu. Các đối tượng đều tham gia tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu ở 32 bệnh nhân, tuổi trung bình là 47,84 ± 16,91, trong đó độ tuổi lớn nhất là 74, tuổi nhỏ nhất là 18. Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 31,2%, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 68,8%.



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Hoàn cảnh khởi phát

Hoàn cảnh khởi phát	Tần số	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	15	46,9
Stress	11	34,4
Không tuân thủ điều trị	1	3,1
Không rõ yếu tố khởi phát	5	15,6

Nhận xét: Hoàn cảnh khởi phát thường gặp là liệt nhiễm trùng (46,9%), stress (34,4%), không rõ yếu tố khởi phát (15,6%), thấp nhất là không tuân thủ điều trị (3,1%).

Bảng 2. Tính chất yếu cơ

Tính chất yếu cơ	Tần số	Tỷ lệ %
Yếu cơ dao động trong ngày	20	62,5
Yếu cơ liên quan đến gắng sức	1	3,1
Cả hai tính chất trên	11	34,4

Nhận xét: Tính chất yếu cơ thường gặp là yếu cơ dao động trong ngày (62,5%), yếu cơ dao động trong ngày và yếu cơ liên quan đến gắng sức (34,4%), thấp nhất là yếu cơ chỉ liên quan đến gắng sức (3,1%).

Bệnh nhân có sức cơ trước điều trị từ 0-2/5 có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,5%, sức cơ từ 3-5/5 có 28 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 87,5%.

Bảng 3. Phân loại lâm sàng theo MGFA

Phân loại MGFA	Tần số	Tỷ lệ %
I	1	3,1
IIa	3	9,4
IIb	7	21,9
IIIa	8	25,0
IIIb	9	28,1
IVb	3	9,4
V	1	3,1

Nhận xét: Mức độ yếu cơ thường gặp nhất theo MGFA là IIIb (28,1%), tiếp đến là IIIa (25%). Rất ít bệnh nhân vào viện với mức độ I (3,1%) và V (3,1%).

Bệnh nhân có tổn thương dây thần kinh sọ kèm theo có 1 bệnh nhân chiếm 3,1%. 31 bệnh nhân không kèm theo liệt dây thần kinh sọ chiếm 96,9%.

Bệnh nhân có cơn nhược cơ khi vào viện là 12 bệnh nhân chiếm 37,5%, 20 bệnh nhân không có cơn nhược cơ chiếm 62,5%.

Bảng 4. Bệnh lý kèm theo

Bệnh lý kèm theo	Tần số	Tỷ lệ %
Bệnh lý tự miễn khác	1	3,1

Tăng huyết áp	9	28,1
Đái tháo đường	2	6,3
Bệnh lý khác	1	3,1
Không bệnh lý kèm	19	59,4

Nhận xét: Bệnh nhân không có bệnh lý kèm theo chiếm chủ yếu (59,4%). Bệnh lý tự miễn khác kèm theo chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,1%).

Bệnh nhân có test Prostigmin dương tính là 29 chiếm 90,6%, 3 bệnh nhân không thực hiện test Prostigmin chiếm 9,4% và không có bệnh nhân nào có test Prostigmin âm tính.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Bệnh nhân có kết quả điện cơ với nghiệm pháp kích thích lặp lại dương tính là 21 chiếm tỷ lệ 65,6%, 10 bệnh nhân có kết quả âm tính chiếm 31,3% và 1 bệnh nhân không thực hiện đo điện cơ chiếm 3,1%.

Có 1 bệnh nhân được xét nghiệm định lượng kháng thể kháng thụ thể acetylcholin với kết quả dương tính chiếm 3,1%, các bệnh nhân còn lại không thực hiện xét nghiệm này.

Bệnh nhân có công thức máu là tăng bạch cầu là 18 chiếm tỷ lệ 56,3%, 14 bệnh nhân không tăng bạch cầu chiếm 43,7%.

Bệnh nhân viêm phổi trên Xquang ngực là 14 chiếm 43,7%, 18 bệnh nhân không viêm phổi chiếm 56,3%.

Bệnh nhân có u tuyến ức trên CT-scan ngực là 11 chiếm 34,4%, 21 bệnh nhân không u tuyến ức chiếm 65,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,84 \pm 16,91$, trong đó là nam chiếm 31,2%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Hiếu với độ tuổi trung bình là $44,96 \pm 15,74$, nam chiếm 40% [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Hoàn cảnh khởi phát lúc nhập viện chiếm tỉ lệ cao nhất là nhiễm trùng 46,9%. Kết quả này cũng khá tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân với tỉ lệ 55% bệnh nhân khởi phát bởi nhiễm trùng khi nhập viện. Về tính chất yếu cơ thì yếu cơ dao động trong ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 62,5% [3]. So với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân thì tính chất yếu cơ bao gồm yếu cơ dao động trong ngày và yếu cơ thay đổi khi gắng sức chiếm tỷ lệ 100%, theo đó thì bệnh nhân của chúng tôi có mức độ yếu cơ trên lâm sàng tương đối đa dạng [3]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân có kết quả sức cơ khi nhập viện với 100% là liệt. So với nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sức cơ khi nhập viện có 87,5% liệt và 12,5% yếu, điều này có thể do những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ nhược cơ nhẹ hơn [3].

Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân vào viện với các mức độ lâm sàng tương đối đa dạng theo phân loại của MGFA, chiếm tỷ lệ cao nhất là phân loại IIIb với 28,1%, có 1 trường hợp phân loại V. Theo nghiên cứu của Phạm Kiều Anh Thơ, tỷ lệ các nhóm phân loại hầu như gần bằng nhau với 23,3% ở các phân loại I, IIa, IIb và không có bệnh nhân nào phân loại V. Kết quả này cho thấy sự tương đồng về phân loại bệnh nhân khi vào viện giữa 2 nghiên cứu [2]. Về đánh giá tình trạng liệt dây sọ kèm theo, chúng tôi ghi nhận có 3,1% bệnh nhân có tình trạng liệt dây sọ. kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân với 2,5% bệnh nhân. Bệnh nhân vào viện với cơ nhược cơ được ghi nhận lại trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 37,5%, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân ghi nhận tỷ lệ này là 40% [8].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân rõ hoặc không có yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4%, kế tiếp là tăng huyết áp 28,1%. Trong nghiên cứu của Phạm Lê Huyền Trân, yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp 37,5%, kế tiếp là không rõ yếu tố nguy cơ 30%. Qua kết quả này cho thấy yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh trong các nghiên cứu thường là không rõ hoặc có tiền căn tăng huyết áp đã được chẩn đoán trước đó [3]. Về đánh giá test Prostigmin trước khi vào viện, có 90,6% có kết quả dương tính, có 9,4% bệnh nhân không thực hiện test do bệnh tiến triển nặng ngay từ đầu cần được hồi sức nội khoa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn với 88,4% bệnh nhân trong nghiên cứu được test và có kết quả dương tính [1].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nhóm nghiên cứu, có 21 bệnh nhân có kết quả điện cơ với nghiệm pháp kích thích lặp lại dương tính chiếm 65,5%, số bệnh nhân có kết quả âm tính 10 chiếm 31,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Kiều Anh Thơ với 70% bệnh nhân dương tính [2]. Về định lượng kháng thể kháng thụ thể acetylcholine, chỉ có 1 bệnh nhân được làm và có kết quả dương tính chiếm 3,1%. Kết quả này chênh lệch rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Hiếu, với 92 bệnh nhân nhược cơ được xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể acetylcholine thì có 84 bệnh nhân dương tính chiếm tỷ lệ 91,3%. Sự chênh lệch này do điều kiện xét nghiệm sẵn có tại trung tâm nghiên cứu của chúng tôi và sự đồng ý thực hiện của bệnh nhân tham gia nghiên cứu [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân khi vào viện có công thức máu tăng bạch cầu

chiếm 56,3%, so với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân 62,5% [3]. Kết quả này khá tương đồng với nhau và có tương quan với hoàn cảnh khởi phát là nhiễm trùng khi vào viện. Tình trạng viêm phổi trên Xquang ngực có 43,7% bệnh nhân, tương đồng với nghiên cứu của Phạm Lê Huyền Trân với tỷ lệ 55% bệnh nhân có viêm phổi. Khảo sát CT-scan ngực có 11 bệnh nhân có ghi nhận u tuyến ức chiếm tỷ lệ 34,3%, so với nghiên cứu của tác giả Phạm Lê Huyền Trân thì tỷ lệ này là 20% bệnh nhân. Kết quả này có sự chênh lệch có thể có liên quan đến phân độ MGFA của bệnh nhân chúng tôi tham gia nghiên cứu ở mức độ trung bình-nặng hơn [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh nhược cơ có xu hướng thường gặp ở tuổi trung niên, với tỷ lệ nữ gần gấp đôi nam, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhược cơ tương đối đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Do đó, việc đánh giá tổng quát và chi tiết về mặt thần kinh là rất quan trọng để tìm ra các đặc điểm để hỗ trợ chẩn đoán và điều trị một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn, Triệu Thị Tạo. (2022). Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm

2. Phạm Kiều Anh Thơ, Lê Đình Tùng, Nguyễn Thành Bình. (2021). Đặc điểm lâm sàng và test kích thích thần kinh lặp lại ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí nghiên cứu y học, 137(1), 213-221.
3. Phạm Lê Huyền Trân, Lê Văn Minh. (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân nhược cơ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ năm 2017 đến năm 2019. Unpublished Luận văn Bác Sĩ Nội Trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phan Thanh Hiếu, Phan Việt Nga, Nhữ Đình Sơn, Nguyễn Giang Nam, Đỗ Khắc Đại. (2014). Đánh giá nồng độ tự kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholin ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Y học Việt Nam, 9(1), 32-35.
5. Dresser, L., Wlodarski, R., Rezanja, K. & Soliven, B. (2021). Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. J Clin Med, 10(11).
6. Hehir, M. K. & Silvestri, N. J. (2018). Generalized Myasthenia Gravis: Classification, Clinical Presentation, Natural History, and Epidemiology. Neurol Clin, 36(2), 253-260.
7. Tannemaat, M. R., Huijbers, M. G. & Verschuuren, Jjgm. (2024). Myasthenia gravis-Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Handb Clin Neurol, 200, 283-305.
8. García Estévez, D. A. & Pardo Fernández, J. (2023). Myasthenia gravis. Update on diagnosis and therapy. Med Clin (Barc), 161(3), 119-127.

ĐẶC ĐIỂM NỒNG ĐỘ HUYẾT THANH CỦA IL-17, IL-23, TNF- α TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG ĐIỀU TRỊ BẰNG UVB DẢI HẸP SỬ DỤNG LIỀU CHIẾU THEO LIỀU ĐỎ DA TỐI THIỂU

Phạm Thị Minh Phương¹, Quách Thị Hà Giang¹, Nguyễn Văn Thường^{1,2}, Lê Huyền My¹, Trần Sơn Tùng², Hoàng Thị Phượng¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nồng độ huyết thanh của các cytokine viêm (IL-17, IL-23 và TNF- α) trên bệnh nhân vảy nến thông thường trước và sau điều trị bằng tia UVB dải hẹp (NB-UVB) sử dụng liều chiếu tính theo liều đỏ da tối thiểu (MED). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 62 bệnh nhân vảy nến thông thường mức độ trung bình đến nặng tại được điều trị bằng NB-UVB với liều chiếu khởi đầu tính theo MED, với tần suất chiếu 2-3 lần/tuần đến khi đạt PASI 75. Khảo sát nồng độ các cytokine trước điều trị của các bệnh nhân trước và sau

khí đạt PASI 75. Nghiên cứu tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2019. **Kết quả:** Nồng độ huyết thanh trung bình của IL-17, IL-23 và TNF- α lần lượt là $6,41 \pm 11,1$, $16,38 \pm 24,83$ và $128,14 \pm 350,45$ UI/l. Không tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ các cytokine với chỉ số PASI trước điều trị hay chỉ số khối cơ thể (BMI). 39/62 bệnh nhân đạt PASI 75 trong thời gian theo dõi điều trị được khảo sát nồng độ cytokine tại thời điểm đạt PASI 75, nồng độ IL-17 giảm có ý nghĩa thống kê ($p=0,013$, độ tin cậy 95%), trong khi nồng độ của IL-23 và TNF- α thay đổi không đáng kể. **Kết luận:** Điều trị bằng NB-UVB có thể cải thiện lâm sàng và cả nồng độ cytokine trong máu trên bệnh nhân vảy nến thông thường.

Từ khóa: vảy nến thông thường, cytokine viêm, UVB dải hẹp (NB-UVB), liều đỏ da tối thiểu (MED).

SUMMARY

THE SERUM LEVEL OF IL-17, IL-23, TNF- α IN PSORIASIS PATIENTS TREATED BY NARROW BAND UVB WITH THE REGIMEN

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Thị Hà Giang

Email: drhagiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024