

- Xấu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ có kết quả xấu ở 1/73 BN chiếm 1,4%. Bệnh nhân chảy máu nhiều qua dẫn lưu ngay sau khi về phòng chờ tỉnh, số lượng 400 ml, bệnh nhân được mổ mổ cấp cứu lại để kiểm tra và cầm máu. Trong mổ phát hiện nguyên nhân chảy máu do tụt Clip mạch máu động mạch thận. Sau mổ lại BN ổn định, ra viện ngày thứ 8.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 73 trường hợp ung thư thận được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1/2019 - 6/2023 cho thấy kết quả tốt đạt 89%, kết quả trung bình đạt 9,6% và có bệnh nhân đạt kết quả xấu chiếm 1,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long** (2012), kết quả điều trị cắt u thận rộng rãi qua nội soi sau phúc mạc. Tạp chí y học lâm sàng 108.7(3), 59-63.
2. **Ngô Đậu Quyền** (2015), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bệnh lý lành tính mất chức năng tại bệnh viện Việt Đức, trường đại học Y Hà Nội.
3. **Abdoulazizi Bilgo, Amine Saouli*, Tarik Karmouni, Khalid El Khader, Abdellatif Koutani and Ahmed Iben Attya Andaloussi** (2021). Laparoscopic nephrectomy: Moroccan experience of 68 cases. Afr J Urol (2021) 27:70
4. **Cicco A., Salomon L., Gasman D., Hoznek A., Chopin D., Abbou CC.** (1999). Retrospective study of laparoscopic peritoneal radical nephrectomy. Proa Urol. 9(3).453-9.
5. **Dindo D, Demartines N, Clavien PA.** Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240(2):205-213.
6. **Hemal, A.K., et al.** (1999). Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for giant hydronephrosis. J Urol, 162(1), 35-9.
7. **Wille, A.H., Roigas, J., Deger, S., Tullmann, M., Turk, I., and Loening, S.A.** (2004) Laparoscopic Radical Nephrectomy: Techniques, Results and Oncological Outcome in 125 Consecutive Cases. Eur. Urol. 45, 483– 489
8. **Saadettin Yilmaz Eskircapci, Dogu Teber, Michael Schulze, Mutlu Ates, Christian Stock, and Jens J. Rassweiler*** (2007), Laparoscopic Radical Nephrectomy: The New Gold Standard Surgical Treatment for Localized Renal Cell Carcinoma, TheScientificWorldJOURNAL (2007) 7, 825–836

KẾT QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG CHO BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GUILLIAN – BARRÉ VÀ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Chu Quang Liên¹, Nguyễn Tất Thành^{1,2},
Nguyễn Văn Ánh², Hoàng Bùi Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương và một số biến chứng có thể gặp trong quá trình điều trị cho nhóm bệnh nhân nhược cơ và Guillain- Barré. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh án. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhân, trong đó có 32 Guillain-Barré (71,1%) và 13 bệnh nhân nhược cơ (28,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 22/23; 237 cuộc thay huyết tương: 114 cuộc bằng huyết tương tươi đông lạnh và 123 cuộc bằng albumin 5%; cơ lực của các nhóm cơ chính đều cải thiện sau đợt điều trị; 26/237(11%) trường hợp phản vệ, trong đó có 23 trường hợp thay bằng huyết tương tươi đông lạnh xuất hiện phản vệ ở các mức độ và phải chuyển sang albumin 5%, 7 trường hợp bắt buộc phải dừng thủ thuật do phản vệ; các biến chứng khác gặp với tỷ lệ ít hơn: viêm phổi (17,8%), nhiễm trùng catheter

(4,2%), chảy máu có ý nghĩa (2,1%), tắc quả lọc (0,8%). Ở nhóm Guillain- Barré: tỷ lệ phải thông khí xâm nhập là 6/32; số cuộc thay huyết tương trung bình là 5,3±0,9; tỷ lệ cải thiện nhiều theo điểm Hughes chiếm 87,5%. Ở nhóm bệnh nhân nhược cơ: tỷ lệ phải thông khí xâm nhập là 7/13; số cuộc thay huyết tương trung bình là 5,3±1,6; tỷ lệ cải thiện nhiều theo điểm MGC là 92%. **Kết luận:** Thay huyết tương cải thiện tình trạng yếu cơ ở bệnh nhân Nhược cơ và Guillain-Barré. Thay huyết tương có tính an toàn cao, biến chứng hay gặp là phản vệ, đa số là phản vệ mức độ nhẹ. **Từ khóa:** Thay huyết tương, hội chứng Guillian – Barré, nhược cơ

SUMMARY

RESULTS OF PLASMA EXCHANGE FOR PATIENTS WITH GUILLIAN-BARRÉ SYNDROME AND MYASTHENIA GRAVIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: The study aimed to describe the clinical characteristics, effectiveness of plasma exchange therapy, and potential complications during treatment in patients with myasthenia gravis and Guillain-Barré syndrome. **Methods:** This was a retrospective, descriptive study of patient medical records. **Results:** The study included 45 patients, of which 32 had Guillain-Barré syndrome (71.1%) and 13

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

had myasthenia gravis (28.9%). The male-to-female ratio was 22/23. A total of 237 plasma exchange sessions were performed: 114 using fresh frozen plasma and 123 using 5% albumin. Muscle strength in the major muscle groups improved after the treatment. There were 26/237 (11%) cases of anaphylaxis, with 23 of these occurring during plasma exchange using fresh frozen plasma, requiring a switch to 5% albumin. Seven cases required termination of the procedure due to anaphylaxis. Other complications observed included pneumonia (17.8%), catheter-related infections (4.2%), significant bleeding (2.1%), and filter clogging (0.8%). In the Guillain-Barré group, 6/32 patients required invasive ventilation; the average number of plasmapheresis sessions was 5.3 ± 0.9 ; and 87.5% of patients showed significant improvement based on the Hughes scale. In the myasthenia gravis group, 7/13 patients required invasive ventilation; the average number of plasma exchange sessions was 5.3 ± 1.6 ; and 92% of patients showed significant improvement based on the Myasthenia Gravis Composite (MGC) scale. **Conclusion:** Plasma exchange improves muscle weakness in patients with myasthenia gravis and Guillain-Barré syndrome. The procedure is generally safe, with anaphylaxis being the most common complication, most of which were mild.

Keywords: Plasma exchange, Guillain-Barré syndrome, Myasthenia Gravis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý thần kinh cơ tự miễn là nhóm bệnh lý không phổ biến nhưng gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Trong nhóm bệnh lý này, hệ thống thần kinh ngoại vi có thể bị tấn công bởi các phản ứng miễn dịch sau nhiễm trùng, hội chứng cận u. Các biện pháp điều trị bằng các cơ chế khác nhau nhằm cố gắng kiểm soát phản ứng của hệ thống miễn dịch, các phác đồ điều trị đều dựa trên việc sử dụng immunoglobulin truyền tĩnh mạch, corticosteroid, thay huyết tương, hay nhóm ức chế miễn dịch không phải steroid.¹

Thay huyết tương (PEX) trong nhóm bệnh lý trên đã được nghiên cứu, áp dụng từ những năm 1970 – 1980 trên bệnh nhân Guillain-Barré (GBS)² và nhược cơ (MG).³ Năm 2019, hiệp hội phân tách máu Hoa Kỳ đã đưa ra đồng thuận khuyến nghị thay huyết tương được xếp vào nhóm I (liệu pháp điều trị thứ nhất), II (liệu pháp điều trị thứ hai) ở một số bệnh lý thần kinh cơ tự miễn như: hội chứng Guillain-Barré (nhóm I), cơ nhược cơ (nhóm I, II).⁴ Tại Việt Nam, năm 2013, Nguyễn Công Tấn nghiên cứu về hiệu quả của thay huyết tương ở nhóm bệnh nhân Guillain-Barré cho thấy tỉ lệ hồi phục khả năng vận động sớm cao (76%), thay huyết tương rút ngắn thời gian nằm viện và thông khí nhân tạo so với nhóm không thay huyết tương.⁵ Bệnh viện đại học y Hà Nội đã áp dụng liệu pháp PEX để

điều trị GBS và MG trong nhiều năm, nhưng chưa có báo cáo nào về nhóm bệnh nhân này tại đây. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hiệu quả của liệu pháp PEX và một số biến chứng có thể gặp trong quá trình PEX trong thời gian triển khai tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Có 45 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Guillain-Barré và Nhược cơ được thay huyết tương điều trị tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn, bệnh nhân thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:

- Bệnh nhân trên 16 tuổi.
- Bệnh nhân có cơn nhược cơ và Guillain-Barré được điều trị bằng thay huyết tương.

Tiêu chuẩn loại trừ, bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân xin dừng điều trị (không do chỉ định của bác sĩ).
- Hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu để tính điểm MGC, Hughes, các thông số của cuộc thay huyết tương.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Thu thập số liệu thông qua hồi cứu bệnh án lưu trữ tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. Cơ lực được đo lường theo thang điểm MRC, điểm mức độ mất khả năng vận động – Hughes,⁶ điểm tổng hợp nhược cơ – MGC⁷ được đánh giá tại thời điểm ngay trước khi có chỉ định PEX và sau kết thúc đợt PEX (thời điểm đánh giá: chọn ngày ra viện nếu thời gian tính từ lúc kết thúc đợt PEX đến khi ra viện < 7 ngày, chọn ngày thứ 7 sau đợt PEX nếu thời gian trên ≥ 7 ngày). Chẩn đoán phản vệ theo hướng dẫn của bộ y tế 2017⁸: tất cả các trường hợp xuất hiện mẩn ngứa, đỏ da hoặc các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán phản vệ xảy ra trong khi PEX và sau khi kết thúc PEX đều được xếp vào nhóm phản vệ. Viêm phổi được chẩn đoán tính từ khi có các triệu chứng của bệnh lý nghiên cứu, bao gồm cả viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện. Tắc mạch được xác định là huyết khối hệ tĩnh mạch (bao gồm cả động mạch phổi), xếp phổi chẩn đoán dựa trên phim X-quang ngực hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực.

Thang điểm Hughes dành cho bệnh nhân GBS, sự cải thiện được chia thành 2 nhóm: cải thiện nhiều (mức độ mất khả năng vận động phục hồi ≥ 1 sau đợt PEX, phục hồi nhanh khi giảm ≥ 2 điểm), không cải thiện (mức độ khả

năng vận động không thay đổi).⁶ Đối với bệnh nhân MG, đánh giá sự cải thiện qua thang điểm MGC: cải thiện nhiều (MGC giảm ≥ 3) và không cải thiện (MGC giảm <3 điểm).⁷

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng t-test để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình của hai biến độc lập. So sánh trung vị khi 2 dãy số phân bố không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa

phòng bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu không làm thay đổi phác đồ chẩn đoán hoặc điều trị của bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu đã thu thập được 45 bệnh nhân với tuổi trung bình $46 \pm 16,8$ tuổi, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, tuổi cao nhất là 76 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n = 45)

Thông số	Không TKXN (n=32)	TKXN (n=13)	Không TKXN (n=26)	TKXN (n=6)	Không TKXN (n=6)	TKXN (n=7)
Tuổi	44,6 \pm 17,3 (18-76)	49,4 \pm 15,8 (20-70)	42,8 \pm 17,1 (18-75)	57,33 \pm 11,4 (40-70)	52 \pm 17,2 (32-76)	42,6 \pm 16,5 (20-57)
Giới	18 nam 14 nữ	5 nam 8 nữ	16 nam 10 nữ	3 nam 3 nữ	2 nam 4 nữ	4 nam 3 nữ
Thời gian nằm viện	14,9 \pm 5,3 (6-33)	19,4 \pm 13,3 (9-61)	14,3 \pm 5 (6-33)	13 \pm 3,8 (9-18)	17,3 \pm 6 (10-26)	24,9 \pm 16,3 (14-61)
Thời gian nằm hồi sức tích cực	0,5 \pm 1,4 (0-5)	10,2 \pm 3,8 (5-18)	0,2 \pm 1 (0-5)	10,3 \pm 4,8 (5-18)	2 \pm 1,9 (0-5)	10,1 \pm 3,1 (6-15)
Thời gian bị/nhập viện đến khi PEX	7,8 \pm 5,3 (0-25)	5,1 \pm 4 (1-15)	8,8 \pm 5,1 (0-25)	5,8 \pm 2,9 (2-10)	3 \pm 3 (1-9)	4,6 \pm 4,9 (1-15)
Thời gian TKXN		7,5 \pm 2,6 (3-13)		7,7 \pm 2,4 (4-11)		7,4 \pm 3 (3-13)
Số cuộc PEX đến khi rút ống nội khí quản		4,1 \pm 1,9 (2-9)		4,5 \pm 0,8 (4-6)		3,71 \pm 2,5 (2-9)

TKXN: Thông khí xâm nhập; Thời gian: Tính bằng ngày.

Tỉ lệ bệnh nhân phải thông khí xâm nhập ở cả hai nhóm là 13/45 (28,9%), trong đó nhóm MG có tỉ lệ là 7/13 (53,8%). So sánh thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân không TKXN với cần TKXN ở nhóm bệnh GBS và MG không có sự khác biệt với p lần lượt là (0,55 và 0,44).

3.2. Đặc điểm các thông số về thay huyết tương

Bảng 2. Thông số về thay huyết tương

Thông số	Giá trị trung bình Chung	Giá trị trung bình GBS	Giá trị trung bình MG
Số lần PEX	5,3 \pm 1,2 (3-9) n=45	5,3 \pm 0,9 (3-7) n=32	5,3 \pm 1,6 (3-9) n=13
PEX bằng HTTĐL	3 \pm 1,9 (1-6) n=38	3,0 \pm 1,9 (1-6) n=29	2,9 \pm 1,8 (1-5) n=9
Lượng HTTĐL/lần (ml/kg)	40,5 \pm 5,9 (28-62) n=38	40,3 \pm 6,7 (28-62) n=29	40,8 \pm 1,9 (38-44) n=9
PEX bằng Albumin 5%	4,1 \pm 1,5 (1-8) n=30	4 \pm 1,5 (1-6) n=20	4,3 \pm 1,8 (2-8) n=10
Lượng Albumin	43,4 \pm 8,1	42 \pm 7,5	46,4 \pm 8,8

5%/lần (ml/kg)	(31-60) n=30	(31-60) n=20	(40-60) n=10
----------------	-----------------	-----------------	-----------------

HTTĐL: Huyết tương tươi đông lạnh

Số cuộc PEX trung bình ở nhóm GBS là $5,3 \pm 0,9$, nhóm MG là $5,3 \pm 1,6$. Có tổng 237 cuộc PEX, trong đó có 114 cuộc bằng HTTĐL, 123 cuộc bằng albumin 5%. Nhóm GBS có 168 cuộc PEX, 88 cuộc HTTĐL, 80 cuộc albumin 5%; nhóm MG có 69 cuộc PEX; 26 cuộc HTTĐL, 43 cuộc bằng albumin 5%. Có 7 bệnh nhân ngay từ đầu đc PEX bằng albumin 5%, 23 trường hợp PEX bằng HTTĐL xuất hiện phản vệ chuyển sang albumin 5%.

3.3. Cải thiện lâm sàng trước và sau thay huyết tương

Bảng 3. Cải thiện cơ lực các nhóm cơ chính trước và sau thay huyết tương

	Chỉ số	Trước PEX	Sau PEX	p
Guillian-Barré	Gập đầu lại	4 \pm 1,2	4,5 \pm 1	<0,01
	Nâng cánh tay	3,9 \pm 1	4,4 \pm 1	<0,01
	Nâng, giữ 2 chân	3,3 \pm 1,3	4,2 \pm 1,1	<0,01
	Gập đùi vào bụng	3,3 \pm 1,3	4,2 \pm 1,1	<0,01
Nhược cơ	Gập đầu lại	2,9 \pm 1,1	4,4 \pm 0,5	0,01
	Nâng cánh tay	4,1 \pm 1	4,7 \pm 0,6	0,04

	Nâng, giữ 2 chân	4±0,9	4,7±0,6	<0,01
	Gập đùi vào bụng	4±0,9	4,8±0,6	<0,01

Cơ lực của các nhóm cơ chính đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm sau đợt PEX so với trước khi PEX ở cả hai nhóm GBS và MG.

Bảng 4. Cải thiện theo thang điểm Hughes và MRC

		Cải thiện nhiều n(%)	Không cải thiện n(%)
Guillain-Barré (n=32)	Hughes	28(87,5)	4(12,5)
Nhược cơ (n=13)	MGC	12(92%)	1(8%)

Ở nhóm GBS: trước PEX điểm Hughes chủ yếu là nhóm 3 điểm (56,3%), nhóm 4-5 điểm (34,4%), sau đợt PEX nhóm Hughes từ 0-2 điểm chiếm 81,3%. Điểm Hughes giảm 2-3 điểm chiếm 71,9%; có 4 bệnh nhân thay đổi Hughes < 1 điểm, tỉ lệ cải thiện nhiều là 87,5%. Ở nhóm MG, điểm MGC ngay trước PEX cao nhất là 45 nhỏ nhất là 11, thay đổi trung bình là 14,4±9, chỉ có 1/13 bệnh nhân không cải thiện sau PEX. Có 7/13 ở nhóm MG vẫn phải lưu sonde dạ dày do nuốt kém sau khi ra viện.

3.4. Một số biến chứng do thay huyết tương và bệnh lý

Bảng 5. Các biến chứng

Các biến chứng		Chung n(%)	Nhóm Guillain-Barré	Nhóm nhược cơ
Do PEX	Phản vệ	26/237(10,9)	18/168	8/69
	Cơ thất phế quản	0/237(0)	0/168	0/69
	Chảy máu	1/47(2,1)	0/32	1/15
	Tắc quả lọc	2/237(0,8)	1/168	1/69
	Nhiễm trùng catheter	2/47(4,3)	0/32	2/15
	Bắt buộc dừng PEX do phản vệ	7/237(3)	3/168	4/69
Do bệnh lý	Tắc mạch	0/45(0)	0/32	0/13
	Viêm phổi	8/45(17,8)	4/32	4/13
	Xẹp phổi	2/45(4,4)	0/32	2/13
	Loét do tì đè	3/45(6,7)	0/32	3/13

Nhóm GBS phản vệ xảy ra 18/168 cuộc PEX, trong đó có 1 phản vệ độ III, 2 phản vệ độ II, còn lại 15 phản vệ độ I. Nhóm MG, phản vệ xảy ra 8/69 cuộc PEX, trong đó có 2 phản vệ độ III, 2 phản vệ độ II, 4 phản vệ độ I. Phần lớn các trường hợp phản vệ đều xảy ra khi PEX bằng HTTĐL, 7 trường hợp bắt buộc phải dừng liệu pháp PEX giữa cuộc. Có 2 trường hợp nhiễm trùng huyết liên quan đến catheter dẫn đến thay catheter. Các biến chứng liên quan đến bệnh lý chủ yếu là viêm phổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 1/2021 đến 7/2024 chúng tôi thu thập được 45 hồ sơ bệnh án (32 Guillain-Barré, 13 Nhược cơ) thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội, ít hơn so với số bệnh nhân nghiên cứu của các tác giả khác (GBS: Nguyễn Công Tấn - 66 trường hợp từ 1/2008 đến 1/2012, Trần Đình Trung từ 9/2017 đến 8/2018 có 34 trường hợp; nhóm MG: Nguyễn Gia Bình - 30 bệnh nhân MG từ 1/2008 đến 2/2011, có chỉ định PEX),^{5,9,10} nguyên nhân là do trong thời gian này tại bệnh viện chưa có khoa thần kinh riêng nên việc thu dung và điều trị bệnh nhân thuộc nhóm bệnh lý thần kinh cơ tự miễn còn hạn chế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 6/32 (18,7%) bệnh nhân GBS cần phải TKXN do liệt cơ hô hấp và có độ tuổi trung bình (57,33±11,4), thời gian nằm hồi sức trung bình (10,3±4,8) lớn hơn so với nhóm không TKXN. Tỉ lệ bệnh nhân GBS cần TKXN thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Công Tấn (37,9%);⁵ còn ở nhóm MG là 53,8%, ít hơn so với nghiên cứu trên 30 bệnh nhân của Nguyễn Gia Bình (66,7%).¹⁰ Sau đợt PEX, tất cả trường hợp cần TKXN đều được rút nội khí quản, chuyển khoa nội tổng hợp điều trị, không có trường hợp nào cần phải mở khí quản hay thở máy dài ngày, trong số đó có bệnh nhân nằm lâu nhất tại khoa hồi sức là 18 ngày. Tỉ lệ cần phải TKXN của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác ở Việt Nam^{5,10} có thể do sau 10 năm với sự sẵn có hơn của phương tiện nên nhiều bệnh nhân được thay huyết tương sớm khi chưa có suy hô hấp.

Số cuộc thay huyết tương trung bình là 5,3±1,2, và không có sự khác nhau giữa nhóm GBS và MG (lần lượt là 5,3±0,9 và 5,3±1,6). Ở nhóm TKXN, trung bình cần 4,5 cuộc (GBS) và 3,7 cuộc (MG) để có thể rút nội khí quản, có bệnh nhân MG chỉ cần 2 lần thay huyết tương đã có thể rút nội khí quản. Thể tích dịch thay thế trung bình khi thay bằng huyết tương tươi đông lạnh và albumin 5% lần lượt là 40,5±5,9 ml/kg và 43,4±8,1 ml/kg, tương đương với thể tích dịch thay thế trung bình ước tính 35 - 40 ml/kg/cuộc theo nhiều nghiên cứu, tuy nhiên còn có một số bệnh nhân được thay thế với thể tích cao 1,5 lần thể tích ước tính (tương đương với 60 ml/kg/cuộc). Kết quả này cũng tương đương với nhiều nghiên cứu khác ở Việt Nam và một số tác giả trên thế giới.^{5,10}

So sánh cơ lực ngay trước và sau đợt PEX, cơ lực trung bình của các nhóm cơ chính đều cải

thiện có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm GBS, sự cải thiện thấy rõ hơn ở nhóm cơ tứ chi, trong khi ở nhóm MG thì là cơ nâng cổ ($2,9 \pm 1,1$ lên $4,4 \pm 0,5$). Hạn chế trong nghiên cứu là chúng tôi không đủ thông số về NIP và Vt để so sánh hiệu quả đối với nhóm cơ hô hấp. Theo thang điểm Hughes với GBS, tỉ lệ cải thiện nhiều là 87,5%, lớn hơn so với kết quả của Nguyễn Công Tấn (69,7%), và chỉ có 4 trường hợp không thay đổi điểm. Với MG, tỉ lệ cải thiện nhiều theo điểm MGC là 92%, chỉ có 1 bệnh nhân không cải thiện, và còn 7 bệnh nhân phải lưu sonde dạ dày khi ra viện do yếu cơ hầu họng, giảm khả năng nuốt tuy nhiên cơ tứ chi và cơ thân mình đều cải thiện tốt.

Tỉ lệ phản vệ là 26/237 cuộc PEX, chủ yếu xảy ra khi thay bằng huyết tương tươi đông lạnh (23/114 cuộc – 20,2%). Tất cả các trường hợp phản vệ đều xảy ra trong và ngay sau khi PEX, có 7 trường hợp phản vệ độ II-III dẫn đến bắt buộc phải dùng thủ thuật, các trường hợp nhẹ chỉ có biểu hiện ngoài da thì được theo dõi sát và đổi sang thay bằng albumin 5% ở lần sau. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu ở Việt Nam: phản ứng dị ứng gặp ở 26,2% nhóm GBS và 28,9% nhóm MG,^{5,10} nguyên nhân có thể là do trong các nghiên cứu trên chủ yếu thay huyết tương bằng huyết tương tươi đông lạnh nên gặp tỉ lệ cao hơn. Theo nghiên cứu của Lyu có 5/39 bệnh nhân GBS có phản ứng dị ứng, còn của Nikolina: 78/4857 cuộc thay huyết tương trong đó có 32/629 (5%) cuộc dùng huyết tương tươi đông lạnh làm dịch thay thế.

Viêm phổi là biến chứng bệnh lý hay gặp nhất, có 8/45 (17,8%), và đều là những trường hợp phải nằm tại khoa hồi sức, trong đó có 2 trường hợp bị viêm phổi trước khi nhập khoa hồi sức, yếu tố nguy cơ của viêm phổi ngoài do TKXN, còn do nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh cơ thường có yếu cơ hô hấp, ứ đọng dịch hầu họng kết hợp với khả năng ho khạc kém dễ dẫn đến viêm phổi do hít. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỉ lệ viêm phổi cũng rất khác nhau giữa các nghiên cứu, dao động từ 3%- 33%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Công Tấn, Nguyễn Gia Bình: 25% ở nhóm GBS và 26,7% nhóm MG bị viêm phổi trong quá trình điều trị, có thể là do các gói biện pháp dự phòng viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy sau hơn 10 năm được triển khai tốt hơn.^{5,10}

Không có bệnh nhân nào tắc mạch, có 2/45 trường hợp bị xẹp phổi và 3/45 trường hợp có ghi nhận loét do tì đè. Tỉ lệ này là nhỏ có thể là do

thời gian nằm hồi sức ngăn ngừa cả với nhóm có TKXN (10 ngày), và kết hợp triển khai các gói dự phòng viêm phổi liên quan đến thở máy, thay đổi tư thế bệnh nhân mỗi 2 giờ được áp dụng tốt.

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương cải thiện tình trạng yếu cơ ở bệnh nhân Nhược cơ và Guillain-Barré. Thay huyết tương có tính an toàn cao, biến chứng hay gặp là phản vệ, đa số là phản vệ mức độ nhẹ và được khắc phục bằng cách thay dịch thể từ huyết tương tươi đông lạnh sang albumin 5%. Do sự sẵn có của phương tiện và sự tuân thủ của các gói dự phòng nên tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh lý thần kinh cơ tự miễn được hưởng lợi từ liệu pháp thay huyết tương cao hơn so với trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kraker J, Živković SA.** Autoimmune Neuromuscular Disorders. *Curr Neuropharmacol.* 2011;9(3): 400-408. doi:10.2174/157015911796558000
- Brettie RP, Gross M, Legg NJ, Lockwood M, Pallis C.** Treatment of Acute Polyneuropathy by Plasma Exchange. *The Lancet.* 1978;312(8099): 1100. doi:10.1016/S0140-6736(78)91837-8
- Olarte MR, Schoenfeldt RS, Penn AS, Lovelace RE, Rowland LP.** Effect of Plasmapheresis in Myasthenia Gravis 1978-1980. *Ann N Y Acad Sci.* 1981;377(1):725-728. doi:10.1111/j.1749-6632.1981.tb33770.x
- Padmanabhan A, Connolly-Smith L, Aquilino N, et al.** Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue. *J Clin Apheresis.* 2019;34(3):171-354. doi:10.1002/jca.21705
- Nguyễn Công Tấn.** (2013). Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp thay thế huyết tương trong cấp cứu hội chứng Guillain-Barré. Viện Nghiên cứu Khoa học Dược Lâm Sàng 108.
- Koningsveld R van, Steyerberg EW, Hughes RA, Swan AV, Doorn PA van, Jacobs BC.** A clinical prognostic scoring system for Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol.* 2007;6(7):589-594. doi:10.1016/S1474-4422(07)70130-8
- Burns TM, Conaway M, Sanders DB.** The MG Composite: A valid and reliable outcome measure for myasthenia gravis. *Neurology.* 2010;74(18): 1434. doi:10.1212/WNL.0b013e3181dc1b1e
- Thông tư 51/2017/TT-BYT** Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ - Cơ sở dữ liệu quốc gia về VBQPPL - Bộ Y tế. Truy cập ngày 20 tháng 7, 2024. <https://vbpl.vn/boyte/Pages/vbqpq-van-ban-goc.aspx?ItemID=128248>
- Trần Đình Trung.** (2018). Đánh giá hiệu quả phương pháp thay huyết tương bằng dịch thay thế albumin 5% trong điều trị hội chứng Guillain-Barré. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Gia Bình.** (2011). Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu, điều trị một số bệnh.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA TRONG 3 NĂM 2021 – 2023

Nguyễn Văn Thương¹, Lê Thị Thanh Minh¹,
Nguyễn Mạnh Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 159 bệnh nhân viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ 1/2021 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $38,7 \pm 8,4$ tuổi; Tỷ lệ mổ nội soi (71,1%), mổ mở (28,9%). Tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung viêm dính với (99,4%). Các hình thái tổn thương VTC cũng có tỷ lệ cao: ứ mủ (95,6%), dính tiểu khung (86,2%). Can thiệp trong phẫu thuật như rửa ổ bụng (100,0%), gỡ dính (98,7%). (84,3%) được đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Thời gian trung bình mổ mở là $93,7 \pm 51,1$ phút, mổ nội soi $65,8 \pm 25,4$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình $6,4 \pm 2,0$ ngày. Tất cả bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật. Biến chứng trong và sau phẫu thuật (6,9%). **Từ khóa:** Viêm phần phụ

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVICINFLAMMATORY DISEASE AT THANH HOA OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 3 YEARS 2021 - 2023

Objective: Review the results of treatment for Pelvic Inflammatory Disease operated at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective description study of 159 PID patients operated at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2021 to December 2023. **Results:** The mean age was 38.7 ± 8.4 years. The prevalence of laparoscopy (71.1%) and laparotomy (28.9%). The most common lesion was inflammation of the fallopian tube (99.4%). The common fallopian tube lesions were: pus retention (95.6%), pelvic adhesions (86.2%). Surgical interventions such as abdominal lavage (100.0%), removing adhesion (98.7%), abdominal drainage (84.3%). The average time of open surgery was 93.7 ± 51.1 minutes; laparoscopic surgery was 65.8 ± 25.4 minutes. The average postoperative time was 6.4 ± 2.0 days. All patients received preoperative antibiotic treatment. Complications during and after surgery were (6.9%). **Keywords:** Pelvic Inflammatory Disease.

¹Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thương

Email: vannhuthuong95th@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm khuẩn vòi tử cung, buồng trứng hay hệ thống dây chằng quanh tử cung và vòi tử cung. Bệnh lý này thường hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục và độ tuổi sinh đẻ. Nếu không được điều trị kịp thời và tích cực viêm phần phụ sẽ để lại những tổn thương ở vòi tử cung, buồng trứng và các mô lân cận, dẫn tới hậu quả và biến chứng nghiêm trọng như đau tiểu khung (18%), tắc hai vòi tử cung, dẫn đến vô sinh do vòi (20%) hay chửa ngoài tử cung (9%), ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của người phụ nữ. Điều trị viêm phần phụ theo quan điểm trước đây chủ yếu là điều trị nội khoa với việc sử dụng liệu pháp kháng sinh. Thường dùng kháng sinh phối hợp, dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Chỉ định can thiệp ngoại khoa trong các trường hợp mổ cấp cứu vì các biến chứng như vỡ khối áp xe vòi buồng trứng gây viêm phúc mạc, hoặc điều trị nội không kết quả.

Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trực thuộc sở y tế Thanh Hóa, trong những năm gần đây bệnh viện tiếp nhận và điều trị viêm phần phụ ngày càng nhiều, đặc biệt những bệnh nhân nặng có chỉ định phẫu thuật, với mong muốn tìm hiểu thêm về bệnh lý này cũng như nhìn lại kết quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa, nhằm rút kinh nghiệm, nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm 2021 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 159 bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm từ tháng 1/2021 – tháng 12/2023

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh án thiếu các thông tin phục vụ nghiên cứu. Bệnh án phẫu thuật vô sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu