

tốt, chỉ 15,88% \geq 5.1mm/l. Trong khi đó sau 1 giờ có 63,95% \geq 10mm/l và sau 2h có tới 88,41% \geq 8,5mm/l. Điều này cho thấy để chẩn đoán ĐTĐTK nếu chỉ dựa vào đường máu đói sẽ bỏ sót khá nhiều trường hợp ĐTĐTK.

Có khoảng 15% trường hợp mang thai bị đa ối xảy ra ở những phụ nữ mắc ĐTĐTK. Đa ối được mô tả là sự tăng lượng nước ối do mất cân bằng giữa sản xuất và tái hấp thụ nước ối. Trong điều kiện sinh lý, có thể có sự cân bằng động giữa quá trình sản xuất và tái hấp thụ nước ối. Trong ĐTĐTK, điều này có thể bị phá vỡ do sự tăng tiết quá mức do glucose máu thai nhi cao, tăng áp lực thẩm thấu. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có 12,88% thai phụ có tình trạng đa ối. Tỷ lệ này chỉ bằng 1/2 hoặc 1/3 so với một số nghiên cứu khác được thực hiện tại các địa điểm khác^{5,6}.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ là 33,6 \pm 4,88 tuổi trong đó có 40,58% thai phụ từ 35 tuổi trở lên. Tình trạng ĐTĐTK được phát hiện nhiều nhất ở tuần từ 24 – 28 với 84,98%; Mức tăng cân trung bình trước thời điểm phát hiện ĐTĐTK là 7,38 \pm 3,33 kg với mức tăng từ 6 – 9kg chiếm 37,77% và tăng từ 9kg trở lên chiếm 27,47%. Cả quá trình tăng trên 12kg có 47,21% (trong đó tăng trên 18kg có 11,6%) và tăng dưới 8kg có 16,31%. Tình trạng tăng huyết áp/tiền sản giật tìm thấy ở

3,86% thai phụ. Tại thời điểm phát hiện ĐTĐTK có 12,88% thai phụ bị đa ối trên siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Vụ sức khỏe bà mẹ - trẻ em. Quyết định số 6173 /QĐ-BYT ngày 12 /10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế - Hướng dẫn quốc gia dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ.
- International Diabetes Federation**. IDF Diabetes Atlas 10th edition. 2021.
- Bryan S. Quintanilla Rodriguez, Heba Mahdy**. Gestational Diabetes. National Library of Medicine - 2023.
- Shan D, Qiu P-Y, Wu Y-X, et al**. Pregnancy outcomes in women of advanced maternal age: a retrospective cohort study from China. Scientific reports. 2018;8(1):12239.
- Nguyễn Mạnh Thắng**. Lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ đái tháo đường thai kỳ đê đủ tháng tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2021;502(2):183 - 187.
- Nguyễn Việt Suyết**. Đặc điểm và xử trí sản khoa của đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn chuyên khoa cấp II - trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
- American College of Obstetricians and Gynecologists**. ACOG Committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. Obstet Gynecol. 2013;121(1):210-212.
- Zheng W, Huang W, Liu C, et al**. Weight gain after diagnosis of gestational diabetes mellitus and its association with adverse pregnancy outcomes: a cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):216.

KHẢ NĂNG HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ

Phạm Thị Thúy¹, Nguyễn Văn Tuấn², Nguyễn Thanh Bình³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả khả năng hoạt động hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh ở bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ tuổi từ 18 được điều trị tại Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2023 đến 7/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu thu được 81 bệnh nhân. Tuổi trung bình 46,67 \pm 14,54, tỉ lệ nữ: nam xấp xỉ 2:1. Tuổi khởi phát bệnh trung bình 44,67 \pm 14,71. Tỉ lệ bệnh nhân có tăng sản tuyến ức hoặc u tuyến ức là 42%. Tại thời điểm nhập viện, có 8,7% bệnh nhân thuộc phân loại

MGFA độ IV và V (yếu cơ nặng hoặc phải đặt ống nội khí quản). Khả năng hoạt động hàng ngày với điểm MG-ADL lúc nhập viện trung bình là 11,23 \pm 4,597, khi ra viện là 5,79 \pm 3,133, cải thiện có ý nghĩa thống kê với p=0,000. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ theo thang điểm MG-QOL15 đánh giá thời điểm nhập viện trung bình là 27,19 \pm 10,523, khi ra viện là 18,02 \pm 7,456, cải thiện với p=0,000. **Kết luận:** Nhược cơ làm giảm khả năng hoạt động hàng ngày và giảm chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở các bệnh nhân có yếu cơ nặng.

Từ khóa: Thang điểm MG-ADL, thang điểm MG-QOL15, nhược cơ, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND QUALITY OF LIFE IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS

Objective: We describe the activities of daily function and quality of life in patients with myasthenia gravis. **Subjects and Methods:** This is a descriptive case series study involving patients aged 18 and older, diagnosed with myasthenia gravis, and treated at the

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

Neurology. **Results:** The study included 81 patients. The average age was 46.67 ± 14.54 years, with a female-to-male ratio of approximately 2:1. The average age of disease onset was 44.67 ± 14.71 years. The percentage of patients with thymic hyperplasia or thymoma was 42%. At the time of hospital admission, 8.7% of patients were classified as MGFA grade IV or V (severe muscle weakness or requiring intubation). Daily function, as assessed by the MG-ADL score at hospital admission, had an average of 11.23 ± 4.60 , which improved to 5.79 ± 3.13 at discharge, showing statistically significant improvement ($p=0.000$). Quality of life, assessed using the MG-QOL15 score, averaged 27.19 ± 10.52 at admission and improved to 18.02 ± 7.46 at discharge, with a significant improvement ($p=0.000$). **Conclusion:** Myasthenia gravis reduces daily functional activities and quality of life, particularly in patients with severe muscle weakness.

Keywords: MG-ADL scale, MG-QOL15 scale, myasthenia gravis, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ là bệnh lý tự miễn ở khớp nối thần kinh cơ, gây yếu cơ vận với tính chất dao động. Ngày nay, những tiến bộ trong điều trị đã giúp phần lớn bệnh nhân đạt được tình trạng ổn định và có thể tham gia vào các hoạt động thường ngày. Tuy nhiên, bệnh nhân nhược cơ vẫn bị tái phát nhiều và chi phí cho điều trị cũng lớn, chất lượng cuộc sống và khả năng tham gia các hoạt động hàng ngày cũng bị suy giảm. Để có cái nhìn toàn diện hơn về các tác động của bệnh lên bệnh nhân nhược cơ, từ đó đưa ra được các biện pháp hỗ trợ, chăm sóc hợp lý, với mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả khả năng tham gia hoạt động hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh nhược cơ được điều trị tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2023 đến 7/2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân từ ≥ 18 tuổi và theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhược cơ của Nhật Bản:⁴

A. Triệu chứng

- (1) Sụp mí mắt
- (2) Liệt cơ vận nhãn
- (3) Yếu cơ mặt
- (4) Khó nói
- (5) Khó nuốt
- (6) Yếu cơ nhai
- (7) Yếu cơ cổ
- (8) Yếu cơ chi
- (9) Rối loạn hô hấp

Lưu ý: Những triệu chứng này dễ bị mệt mỏi và dao động trong ngày.

B. Kháng thể tự miễn gây bệnh

(1) Kháng thể kháng thụ thể acetylcholine dương tính

(2) Kháng thể kháng thụ thể tyrosine kinase (MuSK) đặc hiệu cơ dương tính

C. Rối loạn tại khớp thần kinh - cơ

(1) Dương tính với test gây yếu cơ mí mắt

(2) Dương tính với test chườm đá

(3) Dương tính với test edrophonium chloride (Tensilon)

(4) Dương tính với test kích thích lặp lại

(5) Tăng "jitter" trên điện cơ sợi đơn độc

D. Dấu hiệu chẩn đoán hỗ trợ

Tiền sử cải thiện khi điều trị bằng phương pháp lọc huyết tương

E. Xác định chẩn đoán

Chẩn đoán: Chẩn đoán nhược cơ (MG) được đưa ra nếu có một trong hai điều kiện sau:

1. Có Một hoặc nhiều triệu chứng từ mục A và có bất kỳ tiêu chuẩn nào của mục B.

2. Có Một hoặc nhiều triệu chứng từ mục A và có bất kỳ tiêu chuẩn nào mục C và loại trừ các bệnh khác.

Có khả năng: Có Một hoặc nhiều triệu chứng từ mục A và mục D đúng và loại trừ các bệnh khác.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán hội chứng nhược cơ: các hội chứng nhược cơ bẩm sinh; nhược cơ do thuốc, yếu cơ do nhiễm độc tố vi khuẩn Clostridium botunium; hội chứng Lambert – Eaton.

- Bệnh nhân chẩn đoán nhược cơ có kèm các bệnh lý thần kinh hoặc bệnh lý cơ gây yếu cơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện toàn bộ

Cách thức tiến hành nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ sẽ được thăm khám và được ghi nhận các thông tin theo bệnh án nghiên cứu, bao gồm các thông tin về: nhân khẩu – xã hội học, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, khả năng hoạt động hàng ngày ở bệnh nhân nhược cơ trước và sau điều trị (theo thang điểm MGADL), chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân nhược cơ trước và sau điều trị (theo thang điểm MGQOL15).

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập, làm sạch, quản lý và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

Các phép thống kê được sử dụng phù hợp với từng biến và mục đích phân tích. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng là $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi: tuổi trung bình là 46,67 ± 14,542, trong đó tuổi nhỏ nhất là 18, tuổi lớn nhất là 70.

Giới: tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế với 67,9%, tỉ lệ nữ: nam xấp xỉ 2:1.

Tuổi khởi phát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,67 ± 14,71

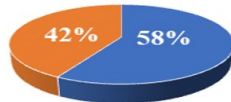
Đặc điểm nhóm cơ yếu

Bảng 1. Phân bố các nhóm cơ yếu

| Nhóm cơ | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|-------------|--------------|---------|
| Cơ ổ mắt | 71 | 87,65 |
| Cơ hầu họng | 17 | 20,99 |
| Cơ tứ chi | 42 | 51,85 |
| Cơ hô hấp | 15 | 18,51 |

Bất thường tuyến ức (tuyến ức tăng sản hoặc có u tuyến ức)

Tỉ lệ bệnh nhân có bất thường tuyến ức



■ Tuyến ức bình thường

Biểu đồ 1. Đặc điểm tuyến ức của nghiên cứu Phân loại mức độ nặng trên lâm sàng theo MGFA

| Phân độ MGFA | Số bệnh nhân | Tỉ lệ % |
|--------------|--------------|---------|
| Độ I | 26 | 32,1 |
| Độ II | 34 | 41,9 |
| Độ III | 14 | 17,3 |
| Độ IV | 2 | 2,5 |
| Độ V | 5 | 6,2 |

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân yếu cơ mức độ nặng với phân độ MGFA độ IV và V (yếu cơ nặng) chiếm tỉ lệ thấp với 8,7%.

3.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ

Khả năng hoạt động hàng ngày

| Điểm MGADL | Phân bố bệnh nhân theo điểm MGADL khi vào viện (T0) | | Phân bố bệnh nhân theo điểm MGADL khi ra viện (T1) | | P |
|-----------------|---|------|--|------|--------------------|
| | n | % | n | % | |
| ≤8 | 26 | 32,1 | 65 | 80,2 | 0,000 (test Anova) |
| 9-16 | 44 | 54,3 | 16 | 19,8 | |
| 17-24 | 11 | 13,6 | 0 | 0 | |
| Tổng | 81 | 100 | 81 | 100 | |
| Điểm trung bình | 11,23 ± 4,597 | | 5,79 ± 3,133 | | |

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện (T0):

Điểm MGADL trung bình là 11,23 ± 4,597 (khả năng hoạt động hàng ngày bị suy giảm ở mức độ trung bình). Bệnh nhân chỉ bị giảm khả năng hoạt động hàng ngày ở mức độ nhẹ và trung bình (86,4%).

Tại thời điểm ra viện (T1): Điểm MGADL trung bình cải thiện đáng kể (Từ 11,23 ± 4,597 xuống 5,79 ± 3,133 với p<0,05). Khi ra viện, không có bệnh nhân nào bị suy giảm nặng đến rất nặng khả năng hoạt động hàng ngày.

Chất lượng cuộc sống

| Điểm GGOL15 | Phân bố bệnh nhân theo điểm MGQOL15 khi vào viện (T0) | | Phân bố bệnh nhân theo điểm MGQOL15 khi ra viện (T1) | | P |
|-----------------|---|------|--|------|--------------------|
| | n | % | n | % | |
| ≤ 15 | 13 | 16 | 26 | 32,1 | 0,000 (test Anova) |
| 16 - 30 | 38 | 46,9 | 52 | 64,2 | |
| 31 - 45 | 27 | 33,3 | 3 | 3,7 | |
| 46 - 60 | 3 | 3,7 | 0 | 0 | |
| Tổng | 81 | 100 | 81 | 100 | |
| Điểm trung bình | 27,19 ± 10,523 | | 18,02 ± 7,456 | | |

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện (T0): Điểm MGQOL15 trung bình là 27,19 ± 10,523. Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống giảm sút ở mức độ ít, tỉ lệ nặng nề chiếm 3,7%.

Tại thời điểm ra viện (T1): Điểm MGQOL15 trung bình có cải thiện nhiều sau điều trị, tuy nhiên vẫn ở mức độ có giảm sút chất lượng cuộc sống ít. Sau điều trị, không còn bệnh nhân bị suy giảm chất lượng cuộc sống nặng nề. Tỉ lệ bệnh nhân suy giảm nhiều chỉ chiếm 3,7%. Hầu hết bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hoặc bị suy giảm ít.

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhược cơ trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới.^{2,3} Bệnh nhân phần lớn trong độ tuổi lao động. Do đó khi nhược cơ khởi phát, ảnh hưởng đến khả năng hoạt động hằng ngày của bệnh nhân, sẽ làm giảm sức lao động, gây gánh nặng lên kinh tế gia đình và xã hội.

Tuổi khởi phát bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,67 ± 14,71. Hầu hết bệnh nhân có độ tuổi khởi phát sớm (trước 50 tuổi). Điều này phù hợp với các số liệu nghiên cứu trước đây về nhược cơ, được cho là bệnh khởi phát ở "phụ nữ trẻ và nam giới già".

Đặc điểm nhóm cơ yếu với triệu chứng yếu

cơ ở mắt gặp ở hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này phù hợp khi các số liệu trước đây cũng cho thấy khoảng 85% bệnh nhân gặp tình trạng yếu cơ ở mắt khi khởi phát, sau đó triệu chứng có thể tiến triển gây nhược cơ toàn thể, ảnh hưởng đến cơ trực thân, cơ chi thậm chí cả cơ hô hấp.⁴

Bất thường tuyến ức chiếm 42% bệnh nhân trong đó tuyến ức tăng sản hoặc u tuyến ức. Tuyến ức đã được biết đến đóng vai trò quan trọng trong bệnh nhược cơ từ lâu, ước tính 65% bệnh nhân nhược cơ có thể có tăng sản tuyến ức và 15% có thể phát hiện u tuyến ức.⁵

Phân loại mức độ nặng trên lâm sàng theo MGFA: Bệnh nhân có biểu hiện yếu cơ chi khu trú tại mắt (MGFA độ I) thấp, chỉ chiếm 32,1%, mặc dù như chúng ta biết hầu hết bệnh nhân nhược cơ khởi phát ban đầu là ở cơ ở mắt. Điều này có thể được lý giải là do nhiều bệnh nhân biểu hiện triệu chứng nhẹ chỉ ở mắt nên không có chỉ định nhập viện, nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện ở bệnh nhân điều trị nội trú, và cũng do ở giai đoạn sau, phần lớn bệnh nhân nhược cơ thể mắt sẽ tiến triển thành nhược cơ toàn thể. Tỷ lệ bệnh nhân có yếu nặng cơ hầu họng và cơ hô hấp (MGFA độ IV và V) chiếm 8,7%, con số này tương đương với nghiên cứu của Vũ Thị Thúy và cs năm 2024 ở 78 bệnh nhân nhược cơ.⁶ Những bệnh nhân có MGFA độ IV và V bị giảm sút nghiêm trọng khả năng hoạt động, thời gian nằm viện thường kéo dài hơn, điều trị tốn kém hơn. Điều này góp phần làm suy giảm thêm chất lượng cuộc sống của họ.

Khả năng hoạt động hằng ngày theo thang điểm MG-ADL. Thang điểm MG-ADL đang được sử dụng phổ biến ngày nay nhằm giúp bác sĩ đánh giá, theo dõi triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân dựa vào việc bệnh nhân nhớ lại các triệu chứng của mình. Đánh giá tốt triệu chứng lâm sàng không những giúp bác sĩ điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp mà còn cho cái nhìn tổng thể về ảnh hưởng của bệnh lên cuộc sống của bệnh nhân, từ đó có các chiến lược chăm sóc, hỗ trợ bệnh nhân toàn diện hơn. Thang điểm MG-ADL là công cụ tương đối đơn giản, dễ thực hiện và thời gian đánh giá nhanh (< 10 phút). Kết quả của chúng tôi thu được tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm khả năng hoạt động hằng ngày ở mức trung bình đến nặng và rất nặng khá cao, chiếm 67,9%. Con số này cho thấy hiệu quả của quản lý, theo dõi điều trị nhược cơ còn thấp.

Sau thời gian điều trị nội trú, điểm MG-ADL trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện đáng kể, giảm khoảng 5 điểm. Thay đổi

này chỉ ra có sự cải thiện có ý nghĩa trên lâm sàng. Theo nghiên cứu của Muppidi S năm 2022 sử dụng thang điểm MG-ADL cho thấy giảm 2 điểm chỉ ra sự cải thiện lâm sàng tốt (độ nhạy 77%, độ đặc hiệu 82%).⁷

Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm MG-QOL15. Thang điểm MG-ADL là thước đo các triệu chứng nhược cơ nhưng không đánh giá được các khía cạnh khác của bệnh, các vấn đề mà bệnh nhân nhược cơ phải đối mặt, do đó nó không phản ánh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Cũng vì thế, thang điểm MG-QOL15 đánh giá chất lượng cuộc sống cụ thể ở người bệnh nhược cơ thường được dùng kết hợp với thang điểm MG-ADL giúp nhân viên y tế có cái nhìn toàn diện hơn về bệnh nhân.⁸

Điểm MG-QOL15 trung bình tại thời điểm vào viện là $27,19 \pm 10,523$, thuộc mức suy giảm chất lượng cuộc sống ít. Trong một nghiên cứu của Diez Porras L (2022) sử dụng thang MG-QOL15 đánh giá trên 47 bệnh nhân nhược cơ có phân loại MGFA từ IIa đến V, trước khi điều trị điều hòa miễn dịch có điểm MG-QOL15 trung bình là 25,93, con số này cũng khá tương đương với nghiên cứu của chúng tôi mặc dù chúng tôi thu được theo phân loại MGFA từ độ I đến V. Nghiên cứu này không tìm thấy có mối liên hệ giữa chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ với các yếu tố như tuổi, giới, phẫu thuật cắt tuyến ức, phân độ MGFA.⁹ Điều này có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống bị suy giảm nhiều hoặc nặng nề chiếm tới 37%. Trong khi đó khi đánh giá bằng MG-ADL, tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm khả năng hoạt động hằng ngày ở mức trung bình đến nặng và rất nặng là 67,9%, tỷ lệ bệnh nhân thuộc phân loại MGFA độ III – V (yếu cơ từ mức độ vừa đến cần đặt ống nội khí quản) là 26%. Chênh lệch lớn giữa các con số này gợi ý chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ không chỉ bị ảnh hưởng bởi mức độ yếu cơ, khả năng hoạt động hằng ngày mà còn bởi các yếu tố khác. Điều này thúc đẩy việc cần tiếp tục thực hiện các nghiên cứu sâu hơn nhằm đánh giá các yếu tố liên quan. Chúng tôi thu được điểm MG-QOL15 trung bình tại thời điểm ra viện giảm gần 10 điểm so với thời điểm nhập viện, chỉ ra việc điều trị phù hợp góp phần rất lớn vào cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân nhược cơ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 81 bệnh nhân nhược cơ thu được tuổi trung bình $46,67 \pm 14,54$, tỷ lệ nữ: nam xấp xỉ 2:1. Tuổi khởi phát bệnh trung bình

44,67 ± 14,71. Khi vào viện, có 8,7% bệnh nhân có yếu cơ nặng hoặc phải hỗ trợ hô hấp (phân loại MGFA độ IV và V). Chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện rõ rệt khi ra viện với điểm MG-ADL trung bình (khả năng hoạt động hàng ngày) 5,79 ± 3,133 và điểm chất lượng cuộc sống MG-QOL15 là 18,02 ± 7,456 tương ứng lúc vào viện 11,23 ± 4,597 và 27,19 ± 10,523 với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Murai H.** [The Japanese Clinical Guidelines 2022 for Myasthenia Gravis and Lambert-Eaton Myasthenic Syndrome: An Overview]. *Brain Nerve* 2024; 76(1): 7-12.
2. **La Tài Hên, Lê Văn Minh, Nguyễn Thế Luân** (2024). 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. *Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 541 Số 2*; 223-227
3. **Guastafierro E., Tramacere I., Toppo C. et al.** (2020). Employment in Myasthenia Gravis: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*, 54(4), 304–312.
4. **Bubuioc A.-M., Kudabayeva A., Turuspekova S. et al.** (2021). The epidemiology of myasthenia gravis. *J Med Life*, 14(1), 7–16.
5. **Priola A.M. and Priola S.M.** (2014). Imaging of thymus in myasthenia gravis: from thymic hyperplasia to thymic tumor. *Clin Radiol*, 69(5), e230-245.
6. **Vũ Thị Thúy, Nguyễn Lê Trung Hiếu** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh nhược cơ có phẫu thuật tuyến ức. *Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 541 Số 2*; 34-38
7. **Muppidi S., Silvestri N.J., Tan R. et al.** (2022). Utilization of MG-ADL in myasthenia gravis clinical research and care. *Muscle Nerve*, 65(6), 630–639.
8. **Burns T.M., Grouse C. k, Wolfe G.I. et al.** (2011). The MG-QOL15 for following the health-related quality of life of patients with myasthenia gravis. *Muscle & Nerve*, 43(1), 14–18.
9. **Diez Porras L., Homedes C., Alberti M.A. et al.** (2022). Quality of Life in Myasthenia Gravis and Correlation of MG-QOL15 with Other Functional Scales. *J Clin Med*, 11(8), 2189.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN PHÂN LẬP, TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA HỒI SỨC BỆNH VIỆN TÂM ANH 2022 – 2024

Trần Văn Khoa¹, Vũ Thị Vui², Nguyễn Ngọc Vương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm vi khuẩn, tính kháng kháng sinh và kết quả điều trị trên bệnh nhân nhiễm khuẩn tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện đa khoa Tâm anh 2022 – 2024. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 người bệnh nhiễm khuẩn được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội có kết quả cấy dương tính từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 4 năm 2024. **Kết quả:** 71 bệnh nhân nhiễm khuẩn được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực có kết quả nuôi cấy dương tính, độ tuổi trung bình 71,6 ± 14,7, nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỉ lệ cao nhất 35,2%, tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn 49,3%, vi khuẩn gram âm chiếm chủ yếu 67,9%, E.Coli là vi khuẩn thường gặp nhất chiếm 32,1%; tiếp đến K.Pneumoniae chiếm 13,6%, nhóm vi khuẩn gram (+) chiếm tỉ lệ thấp hơn trong đó thường gặp Staphylococcus chiếm 6,2% và Enterococcus Spp ciếm 9,8%.. Chủng vi khuẩn E.Coli còn nhạy với nhóm carbapenem và amikacin và xu hướng kháng quinolon, S.Aureus hầu như kháng

penicillin, còn nhạy với vancomycin, linezolid, tigecyclin. Tỉ lệ điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp là 64,8%. Sử dụng phù hợp kháng sinh theo kinh nghiệm có liên quan đến kết quả điều trị. **Kết luận:** Tỉ lệ vi khuẩn gram âm chiếm chủ yếu. Tình trạng nhạy cảm kháng sinh xu hướng giảm ngay cả với kháng sinh dự trữ. Việc lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm phù hợp có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn, vi khuẩn, kháng sinh, kết quả điều trị

SUMMARY

INFECTION IN INTENSIVE CARE UNIT OF TAM ANH HOSPITAL, HANOI FROM 2022 TO 2024: MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTIC AND TREATMENT RESULTS

Objective: Describe bacterial characteristics, antibiotic resistance and treatment results in infected patients at the Intensive Care Unit of Tam Anh General Hospital 2022 - 2024. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 71 infected patients treated at the Intensive Care Department - Tam Anh General Hospital, Hanoi with positive culture results from April 2022 to April 2024. **Results:** 71 infected patients in the Intensive Care Department with positive culture results, the average age was 71,6 ± 14,7; respiratory infections is the highest rate of 35.2%, septic shock rate is 49,3%, gram-negative bacteria mainly for 67.9%, 9,9% are infected with ≥ 2 bacteria. The highest rate of

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

²Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Khoa

Email: vankhoatran1108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024