

## V. KẾT LUẬN

Khô mắt ở bệnh nhân VKDT biểu hiện chính là khô mắt giảm chế tiết với test Schirmer I giảm và sợi biểu mô, thường gặp ở nữ với tuổi trung bình 55.32 tuổi.

Mức độ nặng của khô mắt không liên quan đến mức độ hoạt động VKDT và chỉ số RF, nhưng lại liên quan đến thời gian mắc bệnh: thời gian mắc VKDT càng dài thì mức độ khô mắt càng nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al.** TFOS DEWS II Definition and Classification Report. The Ocular Surface. 2017;15(3):276-283. doi:10.1016/j.jtos.2017.05.008
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Viêm khớp dạng thấp. Published online 2012.
3. **Ma W, Wang G, Li X, et al.** Study of Factors Influencing Dry Eye in Rheumatoid Arthritis. Journal of Ophthalmology. 2020;2020:1-8. doi:10.1155/2020/5768679
4. **K L C, G Hiremath S, Pujar C.** Dry eye in rheumatoid arthritis patients: Correlation with disease activity. IJCEO. 2019;5(2):227-231. doi:10.18231/j.ijceo.2019.054
5. **Abd-Allah NM, Hassan AA, Omar G, et al.** Dry eye in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. Immunological Medicine. 2020;43(2):92-97. doi:10.1080/25785826.2020.1729597
6. **Paul Pandian V, Srinivasan R.** Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. OPTH. Published online February 2015:393. doi:10.2147/OPTH.S77210
7. **Eldaly ZH, Saad SA, Hammam N.** Ocular surface involvement in patients with rheumatoid arthritis: Relation with disease activity and duration. The Egyptian Rheumatologist. 2020;42(1):5-9. doi:10.1016/j.ejr.2019.05.004
8. **Jayaraj K, Alvin T, Charles K, Antony T.** Correlation of ocular manifestations with the duration and activity of disease in patients with rheumatoid arthritis. Int J Med Sci Public Health. 2017;6(1): 34. doi:10.5455/ijmsph.2016.11062016543

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH NHƯỢC CƠ SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN ỨC

Đinh Thị Lợi<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu 66 bệnh nhân nhược cơ đã cắt tuyến ức tại Trung tâm Thần kinh, Khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 01/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân 44,42±11,59 tuổi, tuổi dưới 50 (chiếm 71,2%), nữ giới có 65,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 3,28±2,84 năm; tỷ lệ test kháng thể kháng AchR dương tính 80,3%; test kích thích thần kinh lặp lại dương tính 75,8%. Bệnh nhân được cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức (72,7%). Kết quả giải phẫu bệnh có 56,1% bệnh nhân ung thư; 43,9% quá sản tuyến ức. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng giảm sau phẫu thuật, triệu chứng sụp mi (giảm từ 72,7% xuống còn 56,1%); nói khó (53,0% xuống 22,7%); nuốt khó (28,8% xuống 13,6%); p<0,05. Chưa thấy sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng nhìn đôi, khó thở, yếu môi cơ chân tay. Tỷ lệ cơ nhược cấp trước can thiệp 43,9% giảm còn 37,9%, p>0,05. Sau phẫu thuật người bệnh giai đoạn

I chiếm 7,6% tăng lên 41,4%; giai đoạn II trở lên 92,4% giảm còn 57,6%; p<0,05. **Kết luận:** Bệnh nhân nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức có cải thiện các triệu chứng lâm sàng rõ rệt. **Từ khóa:** bệnh nhược cơ, giải phẫu bệnh, cắt tuyến ức

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERIZATION OF MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS AFTER THYMECTOMY

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of myasthenia gravis after thymectomy. **Subjects and methods:** A study was conducted on 66 patients with myasthenia gravis who underwent thymectomy at the Neurological Center, Department of Thoracic Surgery - Bach Mai Hospital from 10/2019 to 01/2023. **Results:** The mean age was 44.42±11.59 years old, under 50 years old (accounting for 71.2%); 65.2% were women. The mean time of disease onset was 3.28±2.84 years. The positive anti-AchR antibody test rate was 80.3%; 87.9% of repeat tests were positive. Most subjects had complete thymus resection (72.7%). Pathological results: 58.1% of the subjects had cancer; 41.9% were hyperplastic. The rate of clinical symptoms decreased after surgery, eyelid ptosis (reduced from 72.7% to 56.1%), difficulty speaking (53.0% to 22.7%), and difficulty swallowing (28.8% to 13.6%); the difference was statistically significant, p<0.05. There were no statistically significant differences before and after surgery in the symptoms of double vision, shortness of breath, and

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Lợi

Email: dr.ducloi@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

limb muscle weakness. The rate of acute myasthenic attacks before thymectomy was 43.9%, reduced to 37.9%; however, the difference was not statistically significant  $p>0.05$ . After surgery, the proportion of stage 1 patients increased from 7.6% to 41.4%; Patients with stage II or higher decreased to 57.6%. The difference in the clinical stage before and after surgery was statistically significant,  $p<0.05$ . **Conclusion:** Patients with myasthenia gravis after thymectomy have improved clinical symptoms.

**Keywords:** Clinical and paraclinical characterization, Myasthenia gravis, Thymectomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis) là một rối loạn tự miễn do cơ thể người bệnh có tự kháng thể chống lại các thụ cảm thể acetylcholine ở màng sau khớp thần kinh - cơ, làm cho các thụ cảm thể này giảm cả về số lượng lẫn chất lượng, dẫn tới tình trạng giảm hoặc mất dẫn truyền thần kinh - cơ, hậu quả làm yếu cơ có tính chất dao động trong ngày, tăng lên sau khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi và khi dùng thuốc kháng men cholinesterase. Tuy là bệnh mạn tính, hiếm gặp, nhưng ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của người bệnh, có thể bị tàn phế do tình trạng nhược cơ toàn thân và tử vong do các cơn nhược cơ gây suy hô hấp kịch phát. Tỷ lệ tử vong theo tuổi khoảng 1/1 triệu dân.[1] Trong số các bệnh nhân nhược cơ có khoảng 70% liên quan đến bất thường tuyến ức, trong đó u tuyến ức chiếm khoảng 15% và quá sản tuyến ức chiếm gần 60%. Phương pháp phẫu thuật cắt tuyến ức là một trong các phương pháp điều trị được khuyến cáo và có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát triệu chứng của bệnh nhược cơ. Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng sau phẫu thuật tuyến ức của các bệnh nhân rất khác nhau, từ nhẹ, ổn định lâu dài cho đến diễn biến nặng, có cơn nhược cơ cấp. Tại Việt Nam còn rất ít những công trình nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhược cơ sau phẫu thuật cắt tuyến ức.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhược cơ và đã được cắt tuyến ức.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân trên 16 tuổi, được chẩn đoán xác định nhược cơ bằng lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng, và bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức. Bệnh nhân được theo dõi sau mổ ít nhất 6 tháng

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ không đầy đủ thông tin, không liên lạc được khi ra viện, chưa đủ thời gian theo dõi. Bệnh nhân và người nhà không hợp tác.

**Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Thần kinh, Khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu

**Địa điểm và thời gian:** Trung tâm Thần kinh, Khoa Phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 01/2023

**Cỡ mẫu:** n=66. Chọn mẫu thuận tiện.

Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, tuổi khởi phát, giới, địa dư; bệnh lý kết hợp

- Đặc điểm lâm sàng: thời gian mắc bệnh, triệu chứng khởi phát (sụp mí, nhìn đôi, khó nói,...); giai đoạn lâm sàng theo phân loại của Ossermann, cơn nhược cơ cấp.

- Đặc điểm cận lâm sàng: test kháng thể kháng thụ thể Acetylcholin (AChRs); test kích thích thần kinh lặp lại (RNS).

### Một số tiêu chuẩn đánh giá:

- + Xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể Achetylcholin: xét nghiệm dương tính AChR - Ab  $\geq 0,5$ nmol/l; Âm tính: Nồng độ AChR-Ab  $< 0,5$  nmol/l.

- + Nghiệm pháp kích thích thần kinh lặp lại (RNS): Dương tính rõ khi: hình ảnh giảm biên độ của các điện thế đáp ứng với kích thích lần thứ tư hoặc thứ năm giảm ít nhất 10% so với đáp ứng lần đầu tiên. Dương tính không rõ khi: điện thế đáp ứng thứ năm giảm từ 5% đến dưới 10% so với đáp ứng đầu tiên, lúc này chúng ta cho bệnh nhân co cơ gắng sức tối đa trong 1 phút sau đó kích thích lặp lại liên tiếp tần số 3Hz ngay sau gắng sức và phút thứ 1,2,3,4 sau gắng sức để tìm hiện tượng kiệt sức sau gắng sức. Nếu thấy sự suy giảm biên độ sóng thứ 4 so với sóng thứ 1 trên 10% thì test được khẳng định dương tính. Âm tính: Biên độ từ 5% trở xuống.

Phương pháp thu thập số liệu: Khám lâm sàng; Xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể Acetylcholin (AChRs); Ghi test kích thích thần kinh lặp lại (RNS). Bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Mô tả kết quả: các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ); các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%).

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Số liệu thu thập

chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu, nhằm mục đích nâng cao và bảo vệ sức khoẻ, không vì các mục đích khác. Bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích và yêu cầu của nghiên cứu đồng thời tự nguyện tham gia nghiên cứu mới đưa vào danh sách. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đề cương bác sĩ chuyên khoa 2 trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của lãnh đạo của Bệnh viện Bạch Mai.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung, đặc điểm tiền sử bệnh mắc kèm (n=66)**

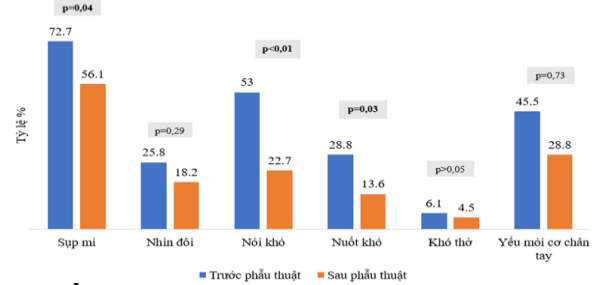
Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi (TB± SD) min-max		44,42± 11,59	Min-max: 22- 81
Nhóm tuổi	< 50	47	71,2
	≥ 50	19	28,8
Giới tính	Nữ	43	65,2
	Nam	23	34,8
Nghề nghiệp	Nông dân	25	37,9
	Công nhân	21	31,8
	Văn phòng	9	13,6
	Hưu trí	3	4,6
	Khác	8	12,1
Địa dư	Nông thôn	43	66,2
	Thành thị	22	22,8
<b>Đặc điểm thời gian mắc bệnh, khởi phát</b>			
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)		3,28±2,84	Min-max: 1-18 năm
Tuổi khởi phát trung bình		41,43±11,89	Min-max: 20-79

Tuổi trung bình chung ở nhóm đối tượng nghiên cứu 44,42±11,59 tuổi với tuổi nhỏ nhất 22 tuổi, lớn nhất 81 tuổi. Phần lớn đối tượng có tuổi dưới 50 (chiếm 71,2%), nữ giới chiếm 65,2%. Tỷ lệ đối tượng là nông dân, công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (69,7%); văn phòng cán bộ nhân viên 13,9%; 4,6% là hưu trí. Phần lớn đối tượng sống ở nông thôn 66,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình của đối tượng là 3,28±2,84 năm; với tuổi khởi phát trung bình là gần 41 tuổi.

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật, giải phẫu tuyến ức (n=66)**

Đặc điểm		n	%
Kết quả phẫu thuật	Không cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức	18	27,3
	Cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức	48	72,7
Giải phẫu bệnh tuyến ức	Quá sản	29	43,9
	Ung thư	37	56,1
<b>Tổng</b>		<b>66</b>	<b>100</b>

Phần lớn đối tượng cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức (72,7%); 27,3% không cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức. Kết quả giải phẫu bệnh 56,1% đối tượng có ung thư; 43,9% quá sản.



**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng trước và sau phẫu thuật (n=66)**

Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng giảm sau phẫu thuật, các triệu chứng thường gặp sụp mí (giảm từ 72,7% xuống còn 56,1%); nói khó (53,0% xuống 22,7%); nuốt khó (28,8% xuống 13,6%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Chưa thấy sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng nhìn đôi, khó thở, yếu mỏi cơ chân tay.

**Bảng 3. Cơ nhược cấp trước và sau phẫu thuật (n=66)**

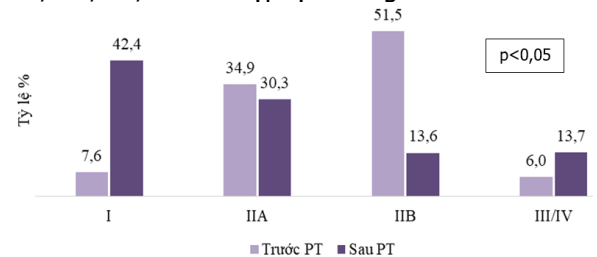
Cơ nhược cấp	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
Không	37 (56,1)	41 (62,1)	0,48
Có	29 (43,9)	25 (37,9)	
<b>Tổng</b>	<b>66 (100)</b>	<b>66 (100)</b>	

Tỷ lệ cơ nhược cấp trước can thiệp 43,9% giảm còn 37,9%; tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

**Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân sau phẫu thuật (n=62)**

Đặc điểm	n	%	
Test kháng thể kháng AchR	Dương tính	53	80,3
	Âm tính	3	4,6
	Không làm	10	15,1
Test lặp lại	Dương tính	50	75,8
	Âm tính	16	24,2

Tỷ lệ Test kháng thể kháng AchR dương tính 80,3%; 75,8% test lặp lại dương tính.



**Biểu đồ 2. Giai đoạn lâm sàng trước và sau phẫu thuật (n=66)**

Trước phẫu thuật tỉ lệ người bệnh giai đoạn I thấp chỉ có 7,6%; phần lớn là giai đoạn II trở lên (chiếm 92,4%) (trong đó IIA 34,9%; IIB là 51,5%; III là 6,1%); sau phẫu thuật tỉ lệ người bệnh giai đoạn 1 tăng lên 41,4%; tỷ lệ người bệnh giai đoạn II trở lên giảm xuống còn 57,6%; sự khác biệt giai đoạn lâm sàng trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Nhược cơ là bệnh tự miễn mãn tính do cơ thể người bệnh có các tự kháng thể kháng lại các thụ thể Acetylcholine ở màng sau synap thần kinh cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh thường gặp ở đối tượng có tuổi dưới 50 (chiếm 71,2%), nữ giới chiếm 65,2% với tuổi khởi phát trung bình là  $41,43 \pm 11,89$  tuổi. Đặc điểm này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước [2], cho thấy khi ghi nhận bệnh nhược cơ có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, nhưng gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi khoảng 50.

Nhược cơ là bệnh miễn dịch, tuy nhiên tùy theo thể và giai đoạn nhược cơ, bệnh nhân có các biểu hiện lâm sàng khác nhau. Các nghiên cứu bệnh nhược cơ cho thấy các cơ mắt là những cơ bị tổn thương sớm nhất. Tổn thương cơ nâng mi gây hiện tượng sụp mi mắt một hoặc cả hai bên. Trong kết quả của chúng tôi 63,6% đối tượng có sụp mi. Số lượng các nếp gấp ở màng sau synap và mật độ thụ thể Acetylcholin của các cơ vòng mi ít hơn so với các nhóm cơ vân ở vị trí khác, bên cạnh đó có khoảng 20% tế bào cơ tại cơ vòng mi thuộc nhóm tế bào ưu thế tạo trương lực cơ hơn cơ rút cơ dẫn đến đa số trên những bệnh nhân nhược cơ thường có biểu hiện triệu chứng sụp mi. Ngoài ra, tổn thương cơ hầu họng và cơ mặt làm cho bệnh nhân thay đổi giọng nói, nói ngọng, khó phát âm. Nhai mỗi tăng dần trong khi ăn dẫn đến trễ hàm, khó khép hàm, trường hợp nặng phải dùng tay để khép hàm. Bệnh nhân có thể nuốt khó, sặc khi nuốt, không huyết sáo, không phồng má được, chúng tôi gặp đến 28,8% đối tượng nuốt khó. Sau phẫu thuật, tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng giảm đi rõ rệt, các triệu chứng thường gặp sụp mi (giảm từ 72,7% xuống còn 56,1%); nói khó (53,0% xuống 22,7%); nuốt khó (28,8% xuống 13,6%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Điều này cho thấy hiệu quả của việc cắt phẫu thuật tuyến ức trong cải thiện các triệu chứng lâm sàng.

Do tuyến ức đóng vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh bệnh nhược cơ, phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức và u tuyến ức có ý nghĩa rất quan

trọng. Các nghiên cứu cũng chỉ ra do nhược cơ là bệnh tự miễn có tính chất toàn thân nên kết quả phẫu thuật phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Trong đó, quan trọng nhất là chỉ định phẫu thuật phù hợp và phẫu thuật phải đảm bảo lấy được hết toàn bộ tuyến ức, u tuyến ức cũng như tổ chức mỡ xung quanh tuyến. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức được xem như là một yếu tố tiên lượng của bệnh nhược cơ. Theo Beghi và cộng sự những bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến ức có tỷ lệ thuyên giảm gấp 1,6 lần nhóm không cắt tuyến ức và tỷ lệ thuyên giảm gấp 1,7 lần trong năm đầu tiên mắc bệnh [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đối tượng cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức (67,7%); 32,3% không cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức; kết quả giải phẫu bệnh 58,1% đối tượng có ung thư; 41,9% quá sản. Các nghiên cứu về điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ đều thống nhất các yếu tố sử dụng làm cơ sở chỉ định mổ cắt tuyến ức là: tuổi, tình trạng nhược cơ, thời gian mắc bệnh, hiệu giá kháng thể AchR và tổn thương của tuyến ức [4]. Dựa phân loại Ossermann phân nhóm bệnh nhân nhược cơ thành 4 nhóm, trong đó gồm nhược cơ đơn thuần cơ mắt: nhóm I, nhược cơ toàn thân nhẹ: nhóm IIA, nhược cơ trung bình: nhóm IIB, nhược cơ nặng: nhóm III và IV. Kết quả ghi nhận trước phẫu thuật tỉ lệ người bệnh giai đoạn I thấp chỉ có 7,6%; phần lớn là giai đoạn II trở lên (chiếm 92,4%) (trong đó IIA 34,9%; IIB là 51,5%; III là 6,1%); sau phẫu thuật tỉ lệ người bệnh giai đoạn 1 tăng lên 41,4%; tỷ lệ người bệnh giai đoạn II trở lên giảm xuống còn 57,6% (trong đó giai đoạn IIA là 30,3%; IIB là 13,6%; III và IV là 13,7%); sự khác biệt giai đoạn lâm sàng trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Một số nghiên cứu cho thấy cũng thường gặp ở nhóm II, kết quả Phùng Anh Tuấn 69,3% nhóm IIA, [2] nghiên cứu của Mai Văn Viên trên các bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103 cho thấy tỷ lệ nhược cơ nhóm I là 10,25%, nhóm IIA là 48,77%, nhóm IIB là 38,11% và nhóm III là 2,87% [5]. Nguyễn Thị Thu (2020) có nhược cơ toàn thân chiếm 87,7%; trong đó, loại IIA chiếm 21,9%, loại IIB chiếm 43,3%, loại III chiếm 16,6% và loại IV chiếm 5,9% [6]. Bệnh nhân sau phẫu thuật và khoảng thời gian theo dõi bệnh, bệnh nhân yếu cơ mức độ trung bình đến nặng (IIB, III, IV) đã giảm và phần lớn đối tượng cải thiện về giai đoạn I của bệnh. Bệnh nhược cơ có xu hướng cải thiện sau phẫu thuật, và trong nghiên cứu của chúng tôi sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,05$ .

Sự xuất hiện các kháng thể tự miễn được ghi nhận là cơ chế bệnh sinh chính gây nên sự yếu mỏi cơ trên những bệnh nhân nhược cơ, 80% bệnh nhân nhược cơ có sự hiện diện của kháng thể AchR, 10 - 15% bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức; trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nhược cơ có kháng thể AchR dương tính là 80,3%; tương đồng với nghiên cứu của Phạm Kiều Anh Thơ (2021) là 73,3 [7].

Hiệp hội Y học chẩn đoán điện Hoa Kỳ năm 2001 đã khuyến nghị sử dụng test kích thích thần kinh lặp lại (RNS) trong chẩn đoán bệnh nhân nhược cơ với ưu điểm không xâm lấn, độ nhạy dao động từ 30 – 70% tương ứng với phân nhóm bệnh nhân [8]. Chúng tôi ghi nhận nghiệm pháp kích thích lặp lại có kết quả dương tính (chiếm 75,8%). Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu (78,1%), Anirban Gupta MD (77,8%). Trong một số trường hợp bệnh nhân không thể định lượng được kháng thể AchR trong huyết thanh, các bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng kết quả test kích thích thần kinh lặp lại để chẩn đoán, theo dõi bệnh nhân nhược cơ.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của bệnh nhân 44,42±11,59 tuổi, tuổi dưới 50 (chiếm 71,2%), nữ giới có 65,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 3,28±2,84 năm; tỷ lệ test kháng thể kháng AchR dương tính 80,3%; test kích thích thần kinh lặp lại dương tính 75,8%. Bệnh nhân được cắt bỏ hoàn toàn tuyến ức (72,7%). Kết quả giải phẫu bệnh có 56,1% bệnh nhân ung thư; 43,9% quá sản tuyến ức.

- Sau phẫu thuật, tỉ lệ các triệu chứng sụp mi (giảm từ 72,7% xuống còn 56,1%); nói khó

(53,0% xuống 22,7%); nuốt khó (28,8% xuống 13,6%);  $p < 0,05$ . Chưa thấy sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ở các triệu chứng nhìn đôi, khó thở, yếu mỏi cơ chân tay. Sau phẫu thuật, nhược cơ giai đoạn I chiếm 7,6% tăng lên 41,4%; giai đoạn II trở lên 92,4% giảm còn 57,6%;  $p < 0,05$ , cơn nhược cấp trước can thiệp 43,9% giảm còn 37,9%,  $p > 0,05$

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Conti-Fine, B.M., M. Milani, and H.J. Kaminski**, Myasthenia gravis: past, present, and future. The Journal of clinical investigation, 2006. 116(11): p. 2843-2854.
2. **Phùng Anh Tuấn**, Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ. 2018: Đại học Y Hà Nội.
3. **Beghi, E., et al.**, Prognosis of myasthenia gravis: a multicenter follow-up study of 844 patients. Journal of the neurological sciences, 1991. 106(2): p. 213-220.
4. **Davenport, E. and R.A. Malthaner**, The role of surgery in the management of thymoma: a systematic review. The Annals of thoracic surgery, 2008. 86(2): p. 673-684.
5. **Mai Văn Viện**, Đánh giá kết quả cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ. Tạp chí y học Việt Nam, 2010. 2: p. 140-6.
6. **Nguyễn Thị Thu**, Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng tái phát gần các đợt cấp của bệnh nhược cơ. 2020: Đại học Y Hà Nội.
7. **Thơ, P.K.A., L.Đ. Tùng, and N.T. Bình**, Đặc điểm lâm sàng và test kích thích thần kinh lặp lại ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2021. 137(1): p. 213-221.
8. **Chiou-Tan, F.Y., et al.**, Literature review of the usefulness of repetitive nerve stimulation and single fiber EMG in the electrodiagnostic evaluation of patients with suspected myasthenia gravis or Lambert-Eaton myasthenic syndrome. Muscle Nerve, 2001. 24(9): p. 1239-1247.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT THÌ SỎI TÚI MẬT PHỔI HỢP SỎI ỐNG MẬT CHỦ BẰNG CẮT TÚI MẬT NỘI SOI VÀ NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Phạm Trung Hiếu<sup>1</sup>, Trần Bảo Long<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm điều trị một thì sỏi túi mật phổi hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 44

bệnh nhân được điều trị một thì sỏi túi mật phổi hợp sỏi ống mật chủ bằng cắt túi mật nội soi và nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,43 ± 18,12. Nữ giới chiếm đa số với 52,3%. 20 bệnh nhân (45,5%) được tiến hành NSMTND trước sau đó phẫu thuật CTMNS. 43/44 bệnh nhân được can thiệp NSMTND lấy sỏi OMC thành công, 1 trường hợp thất bại phải chuyển mổ nội soi mở OMC lấy sỏi, nội soi đường mật. Các biến chứng gặp phải đều xuất hiện sau thủ thuật NSMTND. Có 6 trường hợp biến chứng (14%) trong đó có 1 trường hợp thủng tá tràng, 1 trường hợp chảy máu và 4

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trung Hiếu

Email: bsphamtrunghieu1985@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 29.11.2023