

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NHƯỢC CƠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP GẠN HUYẾT TƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Giang Nam¹, Thái Danh Tuyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị nhược cơ bằng gạn huyết tương thủ công.

Đối tượng & phương pháp: 44 trường hợp được chuẩn đoán xác định là bệnh nhược cơ, điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 từ 2010-2015. Bệnh nhân được gạn huyết tương bằng phương pháp thủ công liên tục 7 ngày, xét nghiệm tại thời điểm trước và sau khi kết thúc quá trình gạn, đánh giá sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng và một số chỉ số huyết học, sinh hóa.

Kết quả: cải thiện các triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất ($\geq 84,1\%$), số trường hợp không cải thiện chiếm tỷ lệ rất thấp ($\leq 4,5\%$). Thay đổi các chỉ số huyết học và sinh hóa máu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết luận: Phương pháp gạn huyết tương thủ công có hiệu quả cao trong điều trị nhược cơ.

Từ khóa: Bệnh nhược cơ, gạn huyết tương thủ công

EVALUATION THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT BY THE MANUAL PLASMA FILTRATION IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS

Nguyen Giang Nam¹, Thai Danh Tuyen¹

Objective: Evaluate the effectiveness of treatment by the manual plasma filtration in myasthenia gravis patients.

Subject and Methods: 44 patients who have been treated at Hospital 103 from 2010 to 2015, have been diagnosed as myasthenia gravis. Patients were treated by the manual plasma filtration method during seven days, tested at the time before and after the end of the filtration process, assessing the change in clinical symptoms and some hematological and biochemical indexes.

Results: The rate of improvement of clinical symptoms was highest ($\geq 84.1\%$), the rate of unimproved cases was very low ($\leq 4.5\%$). Changes in hematological and biochemical indexes were not significant with $p > 0.05$.

Conclusion: The manual plasma filtration have high effect in myasthenia gravis.

Key words: Myasthenia gravis, manual plasma filtration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ (myasthenia gravis) là bệnh tự miễn mắc phải của quá trình dẫn truyền xung động thần

kinh – cơ, liên quan tới tổn thương thụ cảm thể acetylcholine [9]. Bệnh nhược cơ xuất hiện ở mọi lứa tuổi, ở cả 2 giới, ở mọi vùng địa lý trên thế giới và

1. Bệnh viện Quân y 103.

- Ngày nhận bài (Received): 10/9/2017; Ngày phản biện (Revised): 2/10/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 31/10/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Giang Nam
- Email: giangnam.hp208@gmail.com

Bệnh viện Trung ương Huế

sự phân bố này cũng có nhiều sự khác biệt [2]. Hiện nay trên thế giới bệnh nhược cơ được điều trị bằng các phương pháp: điều trị nội khoa, điều trị ngoại khoa, và gạn huyết tương; trong đó, gạn huyết tương có thể tiến hành theo 2 cách: gạn huyết tương bằng máy tách tế bào và gạn huyết tương thủ công.

Phương pháp gạn huyết tương bằng máy tách tế bào là phương pháp đòi hỏi các phương tiện trang thiết bị hiện đại, đắt tiền, do đó chỉ được tiến hành ở các bệnh viện lớn tuyến trung ương, còn phương pháp gạn huyết tương thủ công thì được tiến hành đơn giản hơn, có thể thực hiện được ở nhiều tuyến bệnh viện khác nhau. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị thì chưa có 1 nghiên cứu nào kiểm chứng và đánh giá. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu về phương pháp gạn huyết tương thủ công cho các bệnh nhân mắc bệnh nhược cơ nhằm mục tiêu:

+ Đánh giá sự phân bố bệnh nhược cơ theo giới và theo độ tuổi ở Việt Nam.

+ Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp gạn huyết tương thủ công.

II. ĐỐI TƯỢNG, VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu 44 trường hợp điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2010 đến 2015, đã được chẩn đoán xác định là bệnh nhược cơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu ca bệnh

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới và các biểu hiện

+ Lâm sàng:

- Yếu cơ nâng mi: thường biểu hiện bằng dấu hiệu sụp mi

- Yếu cơ nhai: biểu hiện bằng việc khó nhai, nhai chóng mỏi, và nhiều khi không thể nhai được, hàm dưới trễ xuống; khó nuốt và thường bị sặc khi ăn uống

- Yếu cơ hầu họng: khó phát âm (nói ngọng, khó nói,...)

- Yếu cơ tứ chi: làm việc nhanh mỏi, chân tay yếu
- Yếu cơ hô hấp: các cơn khó thở, mức độ khó thở từ nhẹ đến nặng...

+ *Xét nghiệm:* HGB, RBC, HCT, PLT, WBC, % các loại bạch cầu (N, E, L, M, B)

Albumin, protein máu.

- Mức độ đánh giá được chia làm 4 cấp độ:

. Cấp 1: rất nặng, ảnh hưởng nhiều đến chức năng sống, tiên lượng rất nặng

. Cấp 2: nặng, ảnh hưởng đến chức năng sống, tiên lượng nặng

. Cấp 3: vừa, ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày

. Cấp 4: nhẹ

- Mức độ tiến triển của các triệu chứng lâm sàng được đánh giá:

Cải thiện: là khi các triệu chứng lâm sàng thay đổi giảm tối thiểu là 2 cấp độ theo phân độ ở trên.

Không rõ ràng: là khi các triệu chứng lâm sàng thay đổi giảm 1 cấp độ.

Không cải thiện: là khi các triệu chứng lâm sàng không thay đổi cấp độ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ theo giới, tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ theo giới

	Nam	Nữ	Tổng
n	21	23	44
%	47,7	52,3	100

Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ của nữ (52,3%) cao hơn của nam (47,7%)

Bảng 2. Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ theo độ tuổi

	< 18	18 – 55	> 55	Tổng
n	01	33	10	44
%	2,3	75	22,7	100

Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ thấp nhất ở độ tuổi dưới 18 tuổi (2,3%) và cao nhất ở độ tuổi từ 18 đến 55 tuổi (75%).

Đánh giá hiệu quả điều trị nhược cơ bằng phương pháp gạn huyết tương...

3.2. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng

Mức độ tiến triển	Cải thiện	Không rõ ràng	Không cải thiện
Triệu chứng			
Yếu cơ nâng mi	42 (95,4%)	2 (4,6%)	0
Yếu cơ nhai	41 (93,2%)	3 (6,8%)	0
Yếu cơ hầu họng	39 (88,6%)	4 (9,1%)	1 (2,3%)
Yếu cơ tứ chi	39 (88,6%)	5 (11,4%)	0
Yếu cơ hô hấp	37 (84,1%)	5 (11,4%)	2 (4,5%)

Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất ($\geq 84,1\%$), số trường hợp không cải thiện chiếm tỷ lệ rất thấp ($\leq 4,5\%$).

3.3. Thay đổi một số chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa

Bảng 4. Công thức Bạch cầu

	Số lượng BC (G/l)		BC N (%)		BC M (%)		BC L (%)	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau
M1	4.43	5.2	64.3	62.1	2.44	3.1	30.7	34.8
M2	5.28	4.92	61.4	60.2	6.87	5.2	26.2	34.6
M3	12.5	6.71	87	50.3	2.7	9.4	10.3	40.3
M4	27.8	9.24	88.1	52.7	1.69	10.1	9.55	37.2
M5	3.9	4.5	74.1	49.5	4.8	9.3	21.1	41.2
M6	17.9	6.5	90.2	71.2	2.0	6.31	7.8	22.49
M7	5.6	5.1	42.7	57.3	10.2	7.2	47.1	35.5
M8	5.6	4.7	87.1	59.2	1.6	5.8	11.3	35
M9	7.7	6.3	64.9	47.6	5.1	8.23	25.7	44.17
M10	11.2	9.2	81.7	74.0	2.7	4.5	15.6	21.2
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Thay đổi các chỉ số bạch cầu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi một số chỉ số dòng hồng cầu và tiểu cầu

	RBC (T/l)		HGB (g/l)		HCT (l/l)		PLT (G/l)	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau
M1	4.03	4.12	134	142	0.374	0.384	193	197
M2	4.14	4.07	156	151	0.386	0.381	122	146
M3	4.85	5.11	135	154	0.405	0.435	320	290
M4	4.96	4.35	164	157	0.455	0.423	258	246
M5	3.79	3.98	106	121	0.33	0.368	131	168
M6	4.37	4.25	125	133	0.395	0.397	226	211
M7	4.62	4.29	124	125	0.346	0.345	212	235
M8	4.52	5.01	129	137	0.405	0.417	214	227
M9	4.4	4.38	130	142	0.358	0.387	389	385
M10	4.18	4.80	113	138	0.369	0.423	175	286
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Sự thay đổi của một số chỉ số dòng hồng cầu (HGB, HCT, RBC) và số lượng tiểu cầu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thay đổi một số chỉ số sinh hóa máu

	Protein		Albumin	
	Trước gạn (g/l)	Sau gạn (g/l)	Trước gạn (g/l)	Sau gạn (g/l)
M1	74	78	45	49
M2	66	69	32	33
M3	64	65	33	35
M4	68	71	40	42
M5	46	58	25	30
M6	69	63	37	35
M7	56	59	35	31
M8	70	67	39	38
M9	67	69	33	34
M10	64	70	32	37
p	> 0,05		> 0,05	

Thay đổi một số chỉ số sinh hóa máu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ theo giới, tuổi

Tỷ lệ mắc bệnh nhược cơ ở Việt Nam không đồng đều giữa 2 giới, nữ vẫn chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam - điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Wing Lok (1,6:1) [8] và y văn (3:2 đến 2:1). Bệnh nhược cơ gặp nhiều nhất ở độ tuổi lao động (từ 18 đến 55 tuổi) chiếm 75%, còn trên 55 tuổi chỉ chiếm 22,7%, và dưới 18 tuổi thì tỷ lệ này rất ít, chỉ gặp 01 trường hợp (chiếm 2,3%). Như vậy có thể nói bệnh nhược cơ mắc phải liên quan nhiều đến yếu tố nghề nghiệp và môi trường, nhưng cụ thể hay gặp nhất trong nghề gì, ở đâu thì cần nghiên cứu thêm.

4.2. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng

Các bệnh nhân sau khi được gạn bỏ huyết tương bằng phương pháp gạn huyết tương thủ công có các triệu chứng lâm sàng được cải thiện rõ rệt. Các dấu hiệu yếu cơ cải thiện rõ rệt chiếm trên dưới 90%, cải thiện không rõ chiếm từ 4-12%; số không cải thiện chỉ chiếm rất ít (3 bệnh nhân, chiếm 6,8%), những bệnh nhân này chủ yếu là vào viện trong tình trạng đã rất nặng, suy hô hấp kèm theo nhiễm khuẩn đường hô hấp do ứ đọng đờm dãi, và mắc các bệnh kết hợp.

Như vậy, phương gạn tách huyết tương thủ

công tuy phải tiến hành kéo dài (1 liệu trình gạn là 7 ngày) nhưng cũng đem lại kết quả khá khả quan (triệu chứng lâm sàng được cải thiện rõ rệt), chi phí điều trị ít hơn phương pháp gạn huyết tương bằng máy tách tế bào, lại không đòi hỏi máy móc hiện đại, đắt tiền, do đó phương pháp này hoàn toàn có thể thực hiện được ở các bệnh viện tuyến tỉnh, thậm chí bệnh viện tuyến huyện.

4.3. Thay đổi của một số chỉ tiêu xét nghiệm huyết học, sinh hóa

4.3.1. Sự thay đổi về công thức bạch cầu: Số lượng Bạch cầu và Bạch cầu đa nhân trung tính khi bệnh nhân vào viện thường rất cao, đó là do bệnh nhân yếu cơ hầu hống, yếu cơ hô hấp nên ứ đọng nhiều đờm dãi, gây nhiễm khuẩn nặng, nhưng các chỉ số này giảm sau khi tách, điều này chứng tỏ bệnh nhân nhược cơ sau khi được điều trị cải thiện các triệu chứng yếu cơ thì các viêm nhiễm cũng được cải thiện.

4.3.2. Sự thay đổi về một số chỉ số dòng hồng cầu: Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố và hematocrit của bệnh nhân trước và sau gạn hầu như không thay đổi, điều này chứng tỏ phương pháp này hầu như không làm thay đổi về số lượng và thành phần hồng cầu trong máu bệnh nhân.

4.3.3. Sự thay đổi về chỉ số sinh hóa máu: Khi tiến hành gạn huyết tương, điều đáng lo ngại là sự mất protein và albumin trong máu bệnh nhân nhưng qua kết quả của 10 bệnh nhân thì sự thay đổi này cũng không đáng kể.

Như vậy, phương pháp gạn huyết tương thủ công có thể được tiến hành với độ an toàn cao, không làm thay đổi nhiều về số lượng và tính chất hồng cầu, số lượng protein, albumin trong máu bệnh nhân; làm giảm tỷ lệ viêm nhiễm, cải thiện tình trạng bệnh nhược cơ, góp phần hỗ trợ điều trị các bệnh kết hợp mắc phải.

Tóm lại, đối với bệnh nhược cơ, khi mà các biện pháp điều trị khác (nội khoa, ngoại khoa) rất ít tác

dụng, thậm chí không còn tác dụng thì phương pháp gạn tách huyết tương là biện pháp cứu cánh duy nhất cho bệnh nhân nhược cơ, trong đó phương pháp gạn tách huyết tương thủ công là phương pháp đơn giản, chi phí ít, an toàn mà đem lại hiệu quả điều trị cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đánh giá phương pháp gạn huyết tương thủ công trên 44 bệnh nhân từ năm 2010 đến 2015, chúng tôi đi đến kết luận: Phương pháp gạn huyết tương thủ công đem hiệu quả cao trong điều trị, giúp cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng, không làm thay đổi nhiều đến thành phần của máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berrouscho J et al (1997), "Therapy of myasthenic crisis", *Crit Care Med*, 25(7), pp. 1228-1235.
2. Donaldson DH et al (1990). "The relationship of age to outcome in myasthenia gravis", *Neurology*, 40(5), pp. 786-790.
3. Fernandes Filho MJA and Suarez IJ (2003), *Neurocritical Care of Myasthenia Gravis Crisis*, Myasthenia Gravis and Related Disorders. 1st edition, Humana Press, New Jersey, pp. 223-233.
4. Grob D, Brunner NG and Namba T (1981), "The natural course of myasthenia gravis and effect of therapeutic measures", *Ann N Y Acad Sci*, 377, pp. 652-669.
5. Kaminski HJ (2003), Myasthenia gravis and related disorders, *Current clinical neurology*, Humana Press, New Jersey, pp. 15-110.
6. Ropper AH et al (2005), *Adams and Victor's principles of neurology*, 8th edition, McGraw-Hill Medical Pub, pp.1250-1264.
7. Rowland LP and Merritt HH (2005), *Merritt's neurology*, 11th edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp.878-888.
8. Wing Lok AMU, Asha DAF and Helen TTMF (2003), "Myasthenia gravis in Singapore", *Neurol J Southeast Asia*, 8, pp. 35-40.
9. Nguyễn Minh Hiện (2010), *Thực hành lâm sàng thần kinh học*, tập V, tr.333.