

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ THỂ MẮT

Nguyễn Văn Tuấn¹, Triệu Thị Tạo²

TÓM TẮT

Nhược cơ thể mắt là rối loạn thần kinh cơ, thường khởi đầu của nhược cơ toàn thân. **Mục tiêu:** Phân tích mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhược cơ thể mắt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 43 bệnh nhân nhược cơ thể mắt được điều trị tại Trung tâm Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nữ chiếm 65,1%, nam giới 34,9%, tuổi trung bình $44,7 \pm 14,3$. Test neostigmin dương tính 88,4%. Test kích thích thần kinh liên tiếp (KTTKLT) dương tính với thể mắt đơn thuần là 30,8%, nhóm lan toàn thân 80%. Xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể acetylcholine (AChRAb) dương tính đối với nhược cơ thể mắt là 76,9%, với thể lan toàn thân 93,3%. Có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh, vị trí sụp mi với thể bệnh nhược cơ ($p < 0,05$) tương ứng OR (95%CI) là 15,7 (1,8-136,6) và 7,4 (1,7-31,5%). Có mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT, xét nghiệm AChR Ab với mức độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman ($p < 0,05$) tương ứng OR (95%CI) là 9,0 (2,1 - 39,5) và 4,2 (1,2 - 28,9). **Kết luận:** Nhược cơ thể mắt có xét nghiệm chẩn đoán xác định dương tính còn thấp, vì vậy cần phải phân biệt với các bệnh khác.

Từ khóa: Nhược cơ thể mắt, kích thích thần kinh lặp lại, kháng thể kháng thụ thể acetylcholin

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH OCULAR MYASTHENIA GRAVIS

Ocular Myasthenia Gravis is a neuromuscular disorder that is often the beginning of generalized myasthenia gravis. **Objectives:** To analyze the correlation between the clinical and subclinical characteristics in patients with ocular myasthenia gravis. **Subjects and methods:** We studied 43 patients with ocular myasthenia gravis treated at Bach Mai Hospital's Neurological Center. **Results:** Females accounted for 65.1%, males 34.9%, and the mean age was 44.7 ± 14.3 . Test neostigmine was positive at 88.4%. The repetitive nerve stimulation test (KTTKLT) was positive for the eye myasthenia gravis at 30.8%, for the generalized myasthenia gravis group at 80%. Anti-acetylcholine receptor (AChR Ab) antibody test was positive for ocular myasthenia gravis at 76.9%, with the generalized myasthenia gravis at 93.3%. There was a correlation between disease duration,

ptosis location, and the type of myasthenia gravis ($p < 0.05$), respectively OR (95%CI) was 15.7 (1.8-136.6) and 7.4 (1.7-31.5%). There is a correlation between KTTKLT, the AChR Ab test, and the severity of myasthenia gravis according to Osserman's classification ($p < 0.05$), the corresponding OR (95%CI) is 9.0 (2.1 - 39.5) and 4.2 (1.2 - 28.9). **Conclusion:** The ophthalmic myasthenia gravis with a positive diagnostic test is still low, so it is necessary to distinguish it from other diseases.

Keywords: Ocular Myasthenia Gravis, repetitive nerve stimulation, anti-acetylcholine receptor antibody

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis) là một rối loạn thần kinh - cơ do cơ thể người bệnh có kháng thể chống lại các thụ thể acetylcholin (AChR) ở màng sau synap thần kinh - cơ, làm cho các thụ thể này giảm cả về số lượng lẫn chất lượng, dẫn tới tình trạng giảm hoặc mất dẫn truyền thần kinh cơ[3],[8]. Trong bệnh nhược cơ triệu chứng khởi phát phần lớn gặp ở mắt nhưng để chẩn đoán nhược cơ thể mắt (Ocular myasthenia gravis) sớm có thể khó khi không phát hiện kháng thể và dễ nhầm với các bệnh khác (rối loạn chức năng tuyến giáp, liệt dây thần kinh sọ não, liệt vận nhãn liên nhân, thậm chí đột quỵ) [2],[8].

Bệnh nhược cơ thể mắt là bệnh không phổ biến nhưng khoảng 80 - 90% người bệnh tiến triển thành nhược cơ toàn thân chỉ sau 2 năm và triệu chứng lâm sàng có thể bị che lấp hoặc nhầm lẫn với nhiều bệnh lý nguy hiểm khác. Người bệnh có thể bị tàn phế do tình trạng nhược cơ toàn thân và có thể bị tử vong do các cơn nhược cơ hô hấp kịch phát[8]. **Mục tiêu:** Phân tích mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhược cơ thể mắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

* Lâm sàng

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ từ 18 tuổi trở lên có biểu hiện ở mắt khi khởi phát bệnh: sụp mi, có thể có kèm triệu chứng nhìn đôi.

- Tính chất biểu hiện ở mắt (sụp mi, nhìn đôi) thay đổi trong ngày (sáng nhẹ, chiều nặng), tăng khi vận động hoặc gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi.

* Cận lâm sàng: có ít nhất một trong các nghiệm pháp sau dương tính:

¹Trung tâm Thần kinh-Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biên khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

-Nghiệm pháp prostigmin dương tính
- Nghiệm pháp kích thích thần kinh lặp lại liên tiếp dương tính

- Xét nghiệm kháng thể kháng thụ thể acetylcholin dương tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:Tất cả các bệnh nhân nhược cơ không có biểu hiện ở mắt.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

- Chúng tôi chia thành 2 nhóm: Nhóm hiện tại chỉ có biểu hiện ở mắt (nhược cơ thể mắt) và nhóm có biểu hiện ở mắt và có triệu chứng lan ra toàn thân (nhược cơ toàn thân).

- Phân loại mức độ nặng của nhược cơ theo phân độ của Osserman[6]: độ I (chỉ có biểu hiện nhược cơ ở mắt), độ II,III, IV.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu 43 bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ thể mắt. Nữ giới chiếm 65,1%, nam giới 34,9%.Nhóm tuổi nhược cơ thể mắt gặp nhiều nhất là 30 - 60 tuổi 29 bệnh nhân (67,4%). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $44,7 \pm 14,3$. Nhược cơ thể mắt đơn thuần 13bệnh nhân (30,2%); và thể còn biểu hiện ở mắt và lan toàn thân (69,8%).

Kết quả xét nghiệm AChRab dương tính chiếm tỷ lệ cao (88,4%), âm tính thấp (11,6%). Trong đó, tỷ lệ dương tính ở nhược cơ thể mắt và thể lan toàn thân lần lượt là 76,9%, 93,3%.

3.2.Mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhược cơ thể mắt

Bảng 1.Mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh và thể bệnh nhược cơ

Thời gian mắc bệnh	Thể toàn thân		Thể mắt		Tổng	p	OR (95%CI)
	Số BN	%	Số BN	%			
Trên 1 năm	17	57,7	1	7,7	18(41,9%)	0,003	15,7 (1,8-136,6)
Dưới 1 năm	13	43,3	12	92,3	15(58,1%)		
Tổng	30	100	13	100	43 (100%)		

Thời gian trung bình chuyển từ thể mắt sang thể toàn thân $18,9 \pm 59,7$ tháng

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân thể toàn thân có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn gấp 15,7 lần so với thời gian mắc bệnh dưới 1 năm.Thời gian chuyển từ thể mắt sang thể toàn thân $18,9 \pm 59,7$ tháng.Có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh và thể bệnh nhược cơ với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối tương quan giữa vị trí sụp mi với thể bệnh nhược cơ

Vị trí sụp mi	Thể toàn thân		Thể mắt		Tổng	p	OR (95%CI)
	Số BN	%	Số BN	%			
Hai mắt	23	76,7	4	30,8	27(62,8%)	0,007	7,4 (1,7 - 31,5)
Một mắt	7	23,3	9	69,2	16(37,2%)		
Tổng	30	100	13	100	43 (100%)		

Nhận xét: Trong nhóm bệnh thể toàn thân có triệu chứng sụp mi ở 2 mắt cao hơn gấp 7,4 lần so với triệu chứng sụp mi 1 mắt.Có mối tương quan giữa vị trí sụp mi và thể bệnh nhược cơ với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối tương quan giữa kết quả test prostigmin và mức độ nặng theo phân loại của Osserman

Độ nặng	Kết quả		Tổng	p	OR (95%CI)
	Dương tính	Âm tính			
Độ II, III, IV	28 (73,7%)	2 (40%)	30 (69,8%)	0,153	4,2 (0,6 - 28,9)
Độ I	10 (26,3%)	3 (60%)	13 (30,2%)		
Tổng	38 (100%)	6 (100%)	43 (100%)		

Nhận xét: Nhược cơ độ II, III, IV có tỷ lệ test prostigmin dương tính cao gấp 4,2 lần so với độ I. Tuy nhiên, không có mối tương quan giữa kết quả test prostigmin và mức độ nặng nhược cơ theo phân loại của Osserman với $p > 0,05$.

Bảng 4. Mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và giới tính

Giới	Kết quả		Tổng	p	OR (95%CI)
	Dương tính	Âm tính			
Nữ	20 (71,4%)	8 (53,3%)	28 (65,1%)	0,318	2,2 (0,6 - 8,1)
Nam	8 (28,6%)	7 (46,7%)	15 (34,9%)		
Tổng	28 (100%)	15 (100%)	43 (100%)		

Nhận xét: Giới nữ có tỷ lệ test KTTKLT cao gấp 2,2 lần giới nam. Mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và nhóm tuổi khởi phát

Nhóm tuổi	Kết quả			p	OR (95%CI)
	Dương tính	Âm tính	Tổng		
≥ 50	9 (32,1%)	4 (26,7%)	13 (30,2%)	0,745	1,3 (0,3-5,2)
< 50	19 (67,9%)	11 (73,3%)	30 (69,8%)		
Tổng	28 (100%)	15 (100%)	43 (100%)		

Nhận xét: Nhóm tuổi khởi phát ≥ 50 tuổi có kết quả test KTTKLT dương tính cao hơn 1,3 lần so với lứa tuổi khởi phát sớm < 50. Không có mối tương quan giữa kết quả KTTKLT và các nhóm tuổi khởi phát với p > 0,05.

Bảng 6. Mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và mức độ nặng của nhược cơ theo Osserman

Độ nặng	Kết quả			p	OR (95%CI)
	Dương tính	Âm tính	Tổng		
Độ II, III, IV	24 (85,7%)	6 (40%)	30 (69,8%)	0,004	9,0 (2,1 - 39,5)
Độ I	4 (14,3%)	9 (60%)	13 (30,2%)		
Tổng	28 (100%)	15 (100%)	43 (100%)		

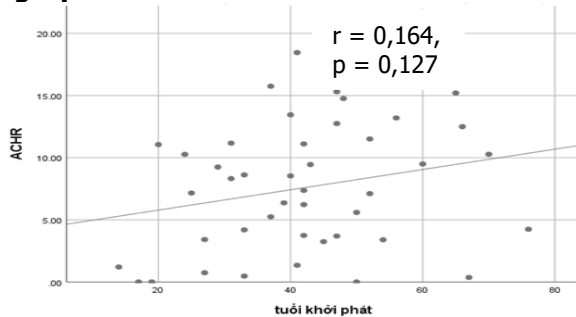
Nhận xét: Nhược cơ độ II, III, IV có kết quả test KTTKLT dương tính cao hơn 9 lần so với độ I. Có mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và mức độ nặng của nhược cơ theo Osserman với p < 0,05.

Bảng 7. Mối tương quan giữa AChRab và mức độ nặng của nhược cơ theo Osserman

Độ nặng	Kết quả			p	OR (95%CI)
	Dương tính	Âm tính	Tổng		
Độ II, III, IV	28 (73,7%)	2 (40%)	30 (69,8%)	0,041	4,2 (1,2 - 28,9)
Độ I	10 (26,3%)	3 (60%)	13 (30,2%)		
Tổng	38 (100%)	5 (100%)	43 (100%)		

Nhận xét: Nhược cơ độ II, III, IV có kết quả xét nghiệm AChRab dương tính cao hơn 4,2 lần so với độ I. Có mối tương quan giữa kết quả xét nghiệm AChRab với mức độ nặng của Osserman nhược cơ với p < 0,05.

- Mối tương quan giữa kết quả xét nghiệm AChRab với tuổi



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa kết quả xét nghiệm AChRab và nhóm tuổi khởi phát

Nhận xét: Với hệ số tương quan r = 0,164, p = 0,127 > 0,05. Không có mối tương quan giữa nồng độ AChRab và tuổi khởi phát của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh và thể bệnh nhược cơ: Tỷ lệ bệnh nhân nhược cơ toàn thân có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn gấp 15,7 lần so với thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (bảng 1). Ngược lại, thể mắt có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm cao hơn nhiều so với thời gian mắc bệnh trên 1 năm. Có mối tương quan

giữa thời gian mắc bệnh và thể bệnh nhược cơ với p < 0,05. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với y văn thế giới là trong vòng 2 năm đầu 80 - 90% bệnh nhân sẽ tiến triển thành nhược cơ toàn thân [3]. Thời gian chuyển từ thể mắt sang thể toàn thân trong nghiên cứu này là 18,9 tháng cao hơn nghiên cứu của Kim và cộng sự (2021) là 15,9 tháng nhưng thời gian chuyển từ thể mắt sang thể toàn thân cũng trong 2 năm đầu tiên [4].

Mối tương quan giữa vị trí sụp mi với thể bệnh nhược cơ: Ở thể toàn thân, số bệnh nhân có triệu chứng sụp mi hai mắt cao hơn gấp 7,4 lần so với bệnh nhân có triệu chứng sụp mi một bên mắt (bảng 2). Ngược lại, ở thể mắt số bệnh nhân có triệu chứng sụp mi một mắt chiếm tỷ lệ cao hơn số bệnh nhân có triệu chứng sụp mi hai mắt. Có mối tương quan giữa vị trí sụp mi và thể bệnh nhược cơ với p < 0,05. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này là do ở thể mắt đơn thuần (Phân độ Osserman: Độ I) có triệu chứng nhẹ hơn so với thể toàn thân (Độ IIa, IIb, III, IV). Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu tần suất xuất hiện triệu chứng sụp mi ở hai mắt 62,8%; tỷ lệ sụp mi của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thanh Hiếu và cộng sự là

71,73%. Kết quả này là do tỷ lệ nhược cơ thể mắt (phân độ của Osserman là độ I) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Phan Thanh Hiếu và cộng sự (28,9% so với 25%) [1].

Trong nhóm bệnh nhân test prostigmin dương tính độ II, III, IV chiếm tỷ lệ 73,7% cao hơn độ I là 26,3%. Ngược lại, trong nhóm test prostigmin âm tính độ II, III, IV chiếm tỷ lệ 40% thấp hơn độ I (60%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ test prostigmin dương tính ở độ II, III, IV cao gấp 4,2 lần so với độ I. Tuy nhiên, không có sự tương quan giữa kết quả test prostigmin với độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman với $P=0,153 > 0,05$ (bảng 3). Theo tác giả Phan Thanh Hiếu và cộng sự thì kết quả test prostigmin dương tính ở độ I là 86,95%; độ IIa: là 87,5%; độ IIb: là 81,08%; trong nghiên cứu không có bệnh nhân độ III, độ IV và khẳng định kết quả nghiệm pháp này không bị ảnh hưởng bởi mức độ nặng của nhược cơ [1].

Như vậy, nghiệm pháp Prostigmin là một nghiệm pháp rất đơn giản, dễ làm nhưng rất hữu hiệu, từ những năm 30 của thế kỷ XX, nghiệm pháp Prostigmin đã là một bằng chứng rất tin cậy, thông dụng trong chẩn đoán bệnh nhược cơ [2].

Trong nhóm kết quả test KTTKLT dương tính, âm tính ở lứa tuổi khởi phát sớm (<50 tuổi) lần lượt là 67,9%; 32,1%; lứa tuổi khởi phát muộn (≥ 50 tuổi) lần lượt là 73,3%; 26,7% (bảng 5). Kết quả test KTTKLT dương tính ở lứa tuổi khởi phát muộn ≥ 50 tuổi cao hơn 1,3 lần so với lứa tuổi khởi phát sớm < 50 tuổi và không có mối tương quan giữa kết quả KTTKLT với tuổi khởi phát của bệnh nhân với $p = 0,745 > 0,05$. Theo tác giả Wang và cộng sự cũng kết luận rằng: Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ dương tính của xét nghiệm test Neostigmin và KTTKLT ở 2 nhóm này [8].

Tuy nhiên theo tác giả Fan và cộng sự lại thấy tỷ lệ dương tính ở bệnh nhân khởi phát sớm chiếm 65,4%; khởi phát muộn chiếm 55,6%; sự khác biệt giữa khởi phát sớm và khởi phát muộn có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026 < 0,05$ [2].

Mối tương quan giữa test KTTKLT với độ nặng của bệnh theo phân loại của Osserman (bảng 6). Kết quả test KTTKLT dương tính ở độ II, III, IV chiếm tỷ lệ 85,7% cao hơn nhiều so với độ I (14,3%) còn ở nhóm có kết quả test KTTKLT âm tính thì độ II, III, IV có tỷ lệ thấp hơn độ I: 40% so với 60%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ test KTTKLT dương tính ở độ II, III, IV cao gấp 9 lần so với độ I, khoảng tin cậy 95% (CI) = 2,1 - 39,5; kết quả này có ý nghĩa thống kê với $P =$

0,004, tức là có mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT và mức độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman. Kết quả này phù hợp với tác giả Kim và cộng sự (2021) [4]. Nếu so sánh với kết quả của Phan Thanh Hiếu và cộng sự thì kết quả KTTKLT dương tính ở nhóm I trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (30,8%; 50%), còn ở nhóm IIa, IIb ở hai nghiên cứu này là tương tự nhau IIa (60%; 60%), IIb (81%; 83,3%) [1]. Trong nghiên cứu này độ III và độ IV có độ nhạy 100% nhưng do cỡ mẫu bé, số bệnh nhân ít nên độ nhạy ở 2 nhóm này có thể chỉ mang tính chất tương đối. Như vậy, nghiệm pháp KTTKLT có một vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh nhược cơ vì bệnh càng nặng thì tỷ lệ dương tính càng cao. Đây là một kỹ thuật của chuyên ngành Thần kinh, là phương pháp chẩn đoán bổ trợ cần thiết và hữu hiệu, nhất là ở những cơ sở nghiên cứu và điều trị chưa có xét nghiệm miễn dịch định lượng nồng độ kháng thể kháng thụ thể acetylcholin. Tuy nhiên, để thực hiện nghiệm pháp KTTKLT một cách hiệu quả và chính xác, phản ánh đúng tình trạng đáp ứng với dòng điện kích thích của các cơ thử nghiệm, thì bệnh nhân phải dùng thuốc kháng men cholin ít nhất 8 giờ trước khi thử nghiệm.

Mối tương quan của nồng độ kháng thể kháng thụ thể acetylcholin với tuổi khởi phát của bệnh nhân nghiên cứu (biểu đồ 1). Trong nghiên cứu chưa thấy có sự tương quan giữa kết quả AChR - Ab với tuổi khởi phát với $r = 0,164$, $p = 0,127 > 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khác như: Phan Thanh Hiếu và cộng sự (2016), Ullah và cộng sự (2021): nồng độ kháng thể kháng AChR không có sự tương quan với tuổi tác [1], [7].

Trong nhóm bệnh nhân có kết quả xét nghiệm AChRAB dương tính ở độ II, III, IV chiếm tỷ lệ 73,7% cao hơn độ I (26,3%) (bảng 7). Trong nhóm bệnh nhân có kết quả xét nghiệm AChRAB âm tính độ II, III, IV chiếm tỷ lệ 40%, độ I chiếm 60%. Kết quả trên cho thấy mức độ bệnh càng nặng thì xét nghiệm AChRAB có tỷ lệ dương tính cao hơn và tỷ lệ âm tính thấp hơn, cụ thể độ II, III, IV có kết quả xét nghiệm AChRAB dương tính cao gấp 4,2 lần so với độ I. Kết quả của chúng tôi cho thấy: có sự tương quan giữa kết quả xét nghiệm AChRAB với mức độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman với $P < 0,05$; kết quả này phù hợp với nhận định của nghiên cứu khác như: Lefvert A. K. và cộng sự, nồng độ kháng thể kháng thụ thể acetylcholin tương quan tỷ lệ thuận với mức độ nghiêm trọng của bệnh [5]. Các tác giả nhận định về mối

tương quan giữa nồng độ kháng thể kháng AChR với mức độ lâm sàng cũng còn khác nhau; đây là thách thức của y học hiện đại và sẽ là mục tiêu, đích đến của nhiều nghiên cứu khác nữa. Nhưng sự hiện diện của kháng thể này thì là điều khẳng định có trong bệnh nhược cơ [5],[7].

Trong những thập kỷ gần đây với sự tiến bộ chung của y học thế giới và Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu bệnh nhược cơ được công bố. Cơ chế bệnh sinh đã được chứng minh một cách tương đối sáng tỏ về vai trò của kháng thể kháng AChR trong huyết thanh bệnh nhân nhược cơ. Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán quyết định nhược cơ vẫn còn gặp nhiều khó khăn, nhất là trong giai đoạn đầu của bệnh bị che lấp bởi những biểu hiện khác. Triệu chứng sụp mi, yếu cơ trong bệnh nhược cơ phát triển rất từ từ và triệu chứng này cũng hay gặp trong nhiều bệnh lý khác, nên chẩn đoán nhược cơ thường bị trì hoãn. Do vậy, việc khai thác bệnh sử, khám xét lâm sàng kỹ lưỡng kết hợp với các phương pháp chẩn đoán bổ trợ là rất cần thiết; đặc biệt xét nghiệm AChRAB đóng vai trò quan trọng bậc nhất. Tuy nhiên, ở Việt Nam thì xét nghiệm AChR Ab chưa được thực hiện rộng rãi.

V. KẾT LUẬN

- Nghiệm pháp neostigmin dương tính 88,4%. Test KTTKLT dương tính 65,1% trong đó thể mắt đơn thuần 30,8%, nhóm lan toàn thân đạt 80%. Kết quả xét nghiệm AChR - Ab dương tính là 88,4% trong đó thể mắt là 76,9%, nhóm lan toàn thân 93,3%.

- Có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh, vị trí sụp mi với thể bệnh nhược cơ ($p < 0,05$).

- Có mối tương quan giữa kết quả test KTTKLT, AChR - Ab với mức độ nặng của nhược cơ theo phân loại của Osserman ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thanh Hiếu, Phan Việt Nga, Nhữ Đình Sơn, Nguyễn Giang Nam, Đỗ Khắc Đại. Đánh giá nồng độ tự kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholin ở bệnh nhân nhược cơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2014;9(1):32-35.
2. Fan L, Ma S, Yang Y, Yan Z, Li J, Li Z. Clinical differences of early and late-onset myasthenia gravis in 985 patients. *Neurol Res.* 2019;41(1):45-51. doi:10.1080/01616412.2018.1525121
3. Gilhus NE, Verschuuren JJ. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *Lancet Neurol.* 2015;14(10):1023-1036. doi:10.1016/S1474-4422(15)00145-3
4. Kim KH, Kim SW, Shin HY. Initial Repetitive Nerve Stimulation Test Predicts Conversion of Ocular Myasthenia Gravis to Generalized Myasthenia Gravis. *J Clin Neurol Seoul Korea.* 2021;17(2):265-272. doi:10.3988/jcn.2021.17.2.265
5. Lefvert AK, Bergström K, Matell G, Osterman PO, Pirskanen R. Determination of acetylcholine receptor antibody in myasthenia gravis: clinical usefulness and pathogenetic implications. *J Neurosurg Psychiatry.* 1978;41(5):394-403
6. Osserman KE. Ocular Myasthenia Gravis. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1967;6(3):277-287.
7. Ullah U, Iftikhar S, Javed MA. Relationship between Low and High Anti-acetylcholine Receptor Antibody Titers and Clinical Severity in Myasthenia Gravis. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP.* 2021;31(8):965-968. doi:10.29271/jcpsp.2021.08.965
8. Wang W, Chen YP, Wei DN. [The clinical characteristics of early-onset versus late-onset types of myasthenia gravis]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi.* 2011;50(6):496-498. doi:10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2011.06.013

ĐÁNH GIÁ SỰ SUY GIẢM CHỨC NĂNG TÌNH DỤC LIÊN QUAN HÓA TRỊ Ở PHỤ NỮ UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức*, Phạm Thị Thu Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự suy giảm chức năng tình dục trên bệnh nhân nữ ung thư vú được hóa trị. **Phương pháp nghiên cứu:** 70 bệnh nhân nữ ung thư vú hóa trị bổ trợ, tần bổ trợ tại khoa Nội 5, bệnh viện K từ tháng 4, 2019 đến tháng 12, 2019 được

đánh giá chức năng tình dục trước điều trị và sau 2 chu kỳ hóa trị. Đánh giá chức năng tình dục theo bảng chỉ số chức năng tình dục nữ (FSFI) phiên bản 2000. **Kết quả:** 81,4% bệnh nhân được hóa trị phác đồ AC (doxorubicin, cyclophosphamide). Tỷ lệ bệnh nhân mất kinh tăng từ 11,4% lên 37,2%. Điểm số của cả 6 lĩnh vực trong hoạt động tình dục đều bị suy giảm sau 2 chu kỳ hóa trị. 93,4% bệnh nhân có sự suy giảm chức năng tình dục sau 2 chu kỳ hóa trị. Các phác đồ hóa trị đều gây giảm chức năng tình dục cả trên bệnh nhân còn kinh nguyệt và đã mãn kinh. **Kết luận:** hóa trị gây suy giảm chức năng tình dục ở đa số bệnh nhân nữ ung thư vú. **Từ khóa:** chức năng tình dục nữ, suy giảm chức năng, ung thư vú, hóa trị.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức
Email: Ducthanhle1972@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.5.2022
Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022
Ngày duyệt bài: 11.7.2022