



## SUY HÔ HẤP SAU SINH Ở THAI PHỤ NHƯỢC CƠ

**BS. Nguyễn Thị Tuyết Anh,  
PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa**

*Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM*

Nhuộc cơ là một bệnh thần kinh-cơ tự miễn với đặc tính yếu cơ vận, ở mọi lứa tuổi, nhưng thường gặp ở độ tuổi 15 đến 30 tuổi. Ở tuổi dưới 60, nữ bệnh nhiều hơn nam, tỉ lệ chùng 3/2.

Đặc biệt, bệnh sẽ nguy hiểm gấp nhiều lần khi đang mang thai.

Biểu hiện ban đầu là chóng mặt mỗi một cơ theo thời gian lao động sinh hoạt hàng ngày, khi ăn uống hay bị ghen, sặc hay sụp mí mắt, khó mở mắt.

### TỔNG QUAN

Ở Đông Á, nhận thấy bệnh khá cao ở trẻ dưới 3 tuổi, còn

ở vùng khác, trẻ em dưới 10 tuổi rất ít khi bị bệnh. Tỉ lệ hiện mắc là 20-50/100.000 dân số, còn tỉ lệ mới mắc hàng năm là khoảng 2-6/100.000 dân số.

Dự đoán gần đây ở Hoa Kỳ, tỉ lệ bệnh nhược cơ là 20/100.000 người. Dự đoán tỉ lệ mới mắc trên toàn cầu là 20-100/1.000.000 người, tùy thuộc từng vùng. Số bệnh nhân có u tuyến ức phổ biến ở tuổi 40-50. Với độ tuổi 60-70, bệnh nhược cơ chủ yếu ở nam giới (Sharon và cs., 2013). Theo Sebastian Berlit và cộng sự (2012), tỉ lệ thai phụ nhược cơ là 1/10.000-1/50.000, phần lớn xảy ra ở thập kỷ thứ 2 và 3 của cuộc đời và xấu nhất khi mang thai.

Tỉ lệ nhược cơ và thai khoảng 1/20.000. Trẻ sơ sinh mắc



nhược cơ tạm thời khoảng 10-15% ở các bà mẹ nhược cơ. Bệnh cảnh lâm sàng của nhược cơ trong thai kỳ rất đa dạng, các bệnh nhân này phải đối mặt với các nguy cơ rất tồi tệ: suy hô hấp, tác dụng xấu của thuốc và tỉ lệ tử vong là 4% (Sharon và cs., 2013).

Nguyên nhân nhược cơ là do hệ miễn dịch của cơ thể sản sinh ra những kháng thể ức chế hoặc phá hủy các thụ thể acetylcholine ở cơ, dẫn đến gián đoạn quá trình trao đổi thông tin giữa thần kinh và cơ, làm cơ yếu đi.

Một số yếu tố có thể làm bệnh nặng lên như: mệt mỏi, bị bệnh, bị stress và do dùng một số loại thuốc như: thuốc chẹn beta, thuốc chẹn kênh canxi, quinin và một vài loại kháng sinh.

Tăng sản hoặc khối u tuyến ức có thể là nguyên nhân tạo ra các bất thường của kháng thể này.

Nhược cơ thường khởi đầu âm thầm nhưng đôi khi xảy ra sau nhiễm trùng cấp, sau phẫu thuật, sau nhiễm độc...

Đặc tính chung về lâm sàng là các cơ yếu nhanh chóng sau vận động, gắng sức và hồi phục sau khi người bệnh nghỉ ngơi. Các triệu chứng của bệnh nhược cơ thường dễ phát hiện như: sụp mi, lác mắt, mỏi đầu, nuốt khó, nhai mỏi...

Khoảng 50-60% bệnh nhân đến khám vì lý do sụp mi và song thị do cơ vận nhãn bị yếu. Lúc đầu, triệu chứng có thể thoáng qua, sau đó lại tái diễn không những trên số cơ đó mà còn có thể làm yếu các cơ khác. Dùng sai thuốc cũng khiến thai phụ dễ bị nhược cơ.

Chẩn đoán bệnh nhược cơ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm miễn dịch huyết thanh đo nồng độ tự kháng thể. Test Endrophonium dương tính ở 90% bệnh nhân nhược cơ. Đo nồng độ kháng thể acetylcholine (AChR) và kháng thể MuSK là xét nghiệm đặc hiệu của bệnh nhược cơ. Theo các tài liệu gần đây cho rằng xét nghiệm này không tương quan một cách chắc chắn với độ nặng của nhược cơ ở bệnh nhân nhược cơ. Mặt khác, ở giai đoạn sớm của bệnh cũng như quá trình dùng thuốc ức chế miễn dịch, anti-AChR tồn tại có thể không phát hiện được huyết thanh dương tính dẫn đến chẩn đoán huyết thanh âm tính giả (Sharon và cs., 2013).

Một nghiên cứu của Osserman chia bệnh nhược cơ thành 4 giai đoạn (Amato và Russell, 2008):

- Giai đoạn 1:
  - Nhược cơ khu trú một nhóm cơ, thường ở mắt 15%.
- Giai đoạn 2:
  - Giai đoạn 2a: nhược cơ toàn thân lành tính, chỉ xâm phạm các cơ ngoại vi, không rối loạn nuốt và khó thở chiếm 60%.
  - Giai đoạn 2b: nhược cơ toàn thân lành tính, chỉ xâm phạm các cơ ngoại vi, kèm rối loạn nuốt nhưng không rối loạn hô hấp.
- Giai đoạn 3:
  - Nhược cơ toàn thân nặng, cấp, thiết lập nhanh với liệt các cơ ngoại vi và có rối loạn hô hấp, tương ứng với cơn nhược cơ. Thể tiến triển chiếm 15% nhược cơ.
- Giai đoạn 4:
  - Thiết lập nặng dần của nhược cơ đã có từ lâu, tiến triển của những thể nhược cơ khác.

Như vậy, nhược cơ nặng là bắt đầu giai đoạn 2b của Osserman.

Theo Foundation của Hoa Kỳ, gồm 5 mức độ (Jaretzki và cs., 2000):

- Cấp I: yếu cơ mắt bất kỳ, có thể sa mí mắt, không có biểu hiện suy nhược ở nơi khác.
- Cấp II: mắt yếu ở mức độ nặng, yếu nhẹ ở nơi khác:
  - Cấp IIa: chủ yếu ở chân tay hay trục cơ.
  - Cấp IIb: chủ yếu ở hành tủy và/hoặc hô hấp, cơ bắp.
- Cấp III: yếu cơ mắt ở mức độ trầm trọng, suy nhược cơ bắp vừa phải:
  - Cấp IIIa: chủ yếu ở chân tay hay trục cơ.
  - Cấp IIIb: chủ yếu ở hành tủy và/hoặc hô hấp, cơ bắp.
- Cấp IV: yếu cơ mắt bất kỳ mức độ nghiêm trọng, suy nhược nghiêm trọng các cơ khác:
  - Cấp IVa: chủ yếu ở cơ bắp tay chân hay trục cơ.
  - Cấp IVb: chủ yếu ở hành tủy và/hoặc hô hấp (có thể ăn uống mà không cần đặt nội khí quản).
- Cấp V: đặt nội khí quản để duy trì đường thở.

Một báo cáo nghiên cứu trong 28 năm có 65 trường hợp thai phụ nhược cơ, 1 ca thai lưu, 15% hủy thai, 16% sinh đủ tháng, 17% sinh mổ, 1 ca nhược cơ tởi tệt. Những bệnh nhân bị nhiễm trùng hậu sản có nguy cơ càng lớn. Trẻ chết chu sinh, không liên quan với nhược cơ, 30% trẻ mắc nhược cơ chu sinh tạm thời. Tỷ lệ này có liên quan nghịch với thời gian mắc bệnh của mẹ



( $P < 0,05$ ). Các trẻ của bà mẹ đã cắt tuyến ức có nguy cơ bị nhược cơ ít hơn so với các bà mẹ không mổ cắt tuyến ức ( $P < 0,05$ ) (Djelmis và cs., 2002).

Dữ liệu được nghiên cứu từ Medical Birth Registry của Na Uy giai đoạn 1967-2000, tác giả ghi nhận 127 cuộc sinh của 79 thai phụ nhược cơ và so sánh các biến chứng khi sinh cũng như sức khỏe của trẻ sơ sinh với các thai phụ không bị nhược cơ đã sinh ra 1,9 triệu trẻ. Kết quả mổ lấy thai là 17,6% so với nhóm không nhược cơ là 8,6%. Tỷ lệ sinh kèm và giác hút cao hơn ở nhóm nhược cơ trước năm 1981, nhưng không khác biệt sau năm 1981. Võ ối non ở nhóm nhược cơ cao hơn nhóm không nhược cơ. Các bé ở mẹ nhược cơ phải nằm ở sản sóc đặc biệt là 21,7%, so với nhóm không nhược cơ là 2%. Nhược cơ chu sinh là 4%, trong đó, 3,7% xếp vào nhóm nặng, nhưng không khác biệt với nhóm không có nhược cơ (Carlayne, 2003).

Từ tháng 01/1996 đến ngày 31/12/2003, tại Viện Quốc gia Chu sinh ở Mexico City ghi nhận 18 trường hợp bệnh nhân nhược cơ. Tuổi trung bình là  $27,5 \pm 4$  năm. Trong thời gian mang thai, 11% có cải thiện triệu chứng, 39% nặng hơn, 50% không có thay đổi về mặt lâm sàng, 9 bệnh nhân sinh ngã âm đạo, 8 mổ lấy thai, 1 sẩy thai, 17 trẻ sinh ở tuổi thai  $37,5 \pm 3$  tuần, cân nặng trung bình  $2.710 \pm 73g$ . Chỉ có 1 trẻ có nhược cơ thoáng qua. Không có dị tật bẩm sinh (Téllez-Zenteno và cs., 2004).

## BÁO CÁO TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 30 tuổi, PARA 1011, nhập viện với chẩn đoán: thai lần 2, thai 39 tuần, ngôi đầu, chuyển dạ giai đoạn hoạt động, ối vỡ giờ thứ 3. Nhược cơ độ 3B đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

Tiền căn:

- Sản khoa: sinh thường vào năm 2009, bé 3.700g, hậu

sản thường. Hút thai năm 2012.

- Tiền sử: chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược, tuân thủ tái khám và thuốc điều trị.
- Khám thai đầy đủ, các xét nghiệm trong thai kỳ bình thường, tăng 11kg / thai kỳ. Từ lúc thai 20 tuần trở đi, các biểu hiện nhược cơ nặng thêm: thỉnh thoảng có cơn mỗi cơ, mỗi tay chân, mệt, nhai nuốt, ăn uống khó; sau khi thai 35 tuần, có biểu hiện mất (T) sụp mí nhiều hơn, nuốt khó khăn, tay chân cảm giác yếu nhanh hơn sau vận động, đi lại (có tái khám và điều trị nội thần kinh).

### Diễn tiến từ nhập viện đến sinh

- Trong thời gian 2 giờ, sản phụ sinh thường được 1 bé trai 3.600g, Apgar 8/9, cắt may tầng sinh môn.
- Theo dõi 2 giờ sau sinh, sản khoa ổn định, không khó thở → chuyển khu chăm sóc hậu sản.

### Diễn tiến hậu sản

- Hậu sản giờ thứ 2 đến giờ thứ 6: sản khoa ổn, thỉnh thoảng sản phụ ho, mệt, tăng tiết đàm, phổi có ít rale ứ đọng → thở oxy, vỗ lưng, thuốc loãng đàm, kháng sinh.
- Hậu sản ngày 1: sản khoa ổn định, tình trạng nhược cơ và hô hấp không cải thiện → khám chuyên khoa nội thần kinh → điều trị chuyên khoa.
- Hậu sản ngày 2, lúc 6 giờ sáng: sản khoa ổn định. Mẹ mệt, ho nhiều, nuốt khó, tăng tiết đàm, cử động



chi khó khăn, phải có trợ giúp → thở oxy ẩm, vỗ lưng, theo dõi, suy hô hấp diễn tiến nặng dần, bệnh nhân khó thở, thở nhanh, nông, tím đầu chi → bóp mask không cải thiện, thở ngáp, tiểu không tự chủ → đặt nội khí quản, giúp thở → hội chẩn khoa nội thần kinh, chuyển điều trị chuyên khoa với chẩn đoán: nhược cơ, suy hô hấp / hậu sản ngày 2 - sản khoa ổn định. Bệnh nhân còn tiếp tục thở máy và điều trị nhược cơ.

## CHĂM SÓC THAI PHỤ

Đây là trường hợp nhược cơ ở thai phụ đã được chẩn đoán và điều trị trong thai kỳ ở bệnh viện chuyên khoa sâu, nhưng diễn tiến sau sinh là suy hô hấp, nguy hiểm, phải hỗ trợ hô hấp.

Chúng ta cần chuẩn bị những gì cho thai phụ?

- Trong quá trình khám thai, ngoài theo dõi thai kỳ, cần lưu ý tư vấn thai phụ các thời điểm nguy cơ, để thai phụ phối hợp tuân thủ điều trị.
- Phụ nữ mang thai có tiền sử đã được điều trị bệnh nhược cơ hoặc bị di truyền sẽ dễ mắc chứng nhược cơ cấp, biểu hiện ở các cơn mỗi cơ, bại hoả tay chân, khó thở, ăn uống, nhai nuốt khó.
- Có thai và ngay sau sinh: nhược cơ nặng thường ở vào 4 tháng đầu của thai kỳ và ngay lập tức sau sinh, còn 6 tháng cuối thường không làm bệnh nặng hơn, nhưng các bác sĩ khuyên thai phụ nên nhập viện 15 ngày trước khi sinh trong khoa hồi sức sản khoa (Nguyễn Hữu Công, 2011).
- Suốt thai kỳ: triệu chứng xấu xuất hiện ở 41% thai phụ mắc chứng nhược cơ, 30% không thay đổi, 29% có thể thuyên giảm (Chaudhry và cs., 2004).
- Nhập viện ngay nếu có triệu chứng bất thường.
- Trong và sau sinh phải theo dõi sản phụ tại các khoa/phòng có phương tiện hồi sức hô hấp và chú ý các dấu hiệu nhược cơ nặng, cần hồi sức hô hấp:
  - Nếu thấy lồng ngực xẹp khi thở vào mà cơ hoành vẫn di động bình thường là liệt cơ liên sườn; nếu

vùng thượng vị không phồng khi thở vào nhưng cơ ức đòn chũm, cơ thang cơ kéo là liệt cơ hoành; còn mất phản xạ nuốt và ứ đọng đờm dãi là liệt màn hầu. Liệt cơ hô hấp dẫn tới xẹp phổi và nghe phổi có nhiều rale ẩm.

- Ho khó hoặc không ho được.
- Nói khó hoặc không nói được.
- Nuốt khó hoặc hoàn toàn không nuốt được.
- Nặng hơn là bệnh nhân thoi thóp, hầu như không cử động.
- Khuyến cáo của chuyên khoa nên cho thai phụ nhập viện trước sinh 2 tuần.

## XỬ TRÍ CUỘC SINH

### Với sản phụ

- Vì cơ tử cung là cơ trơn nên không bị ảnh hưởng của nhược cơ, do đó có chỉ định sinh thường, có thể sinh giúp. Mổ lấy thai theo chỉ định sản khoa nhưng phẫu thuật sẽ gây căng thẳng cho thai phụ. Gây tê tủy sống có thể áp dụng suốt chuyển dạ và khi sinh vì các thuốc thần kinh cơ và thuốc tê có thể có tiềm năng ảnh hưởng của kháng thể trên thụ thể Ach, trên chức năng thần kinh-cơ (Chaudhry và cs., 2004).
- Chăm sóc thai phụ nhược cơ tốt nhất cần có bác sĩ sản khoa và bác sĩ thần kinh. Gần 15% các bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức và gần 60-80% có tăng sản tuyến ức. Phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức là cách điều trị tốt nhất bệnh nhược cơ. Khoảng 5 năm sau, cắt bỏ tuyến ức bệnh lý này thuyên giảm hoàn toàn ở # 45% bệnh nhân. Hơn nữa, các trẻ sinh ra ở các bà mẹ đã mổ tuyến ức ít có nguy cơ phát triển nhược cơ chu sinh. Tuy nhiên, những phụ nữ cắt bỏ tuyến ức trong khi mang thai lại có rất nhiều tai biến tởi tệ so với các phụ nữ không mổ. Vì vậy, phụ nữ nhược cơ nên phẫu thuật tuyến ức trước khi mang thai (Chaudhry và cs., 2004) hoặc nên trì hoãn có thai 2 năm sau khi mắc bệnh.
- Thuốc điều trị nhược cơ thường tập trung vào việc nâng cao nồng độ của Ach và giảm các sản phẩm của tự kháng thể, thường dùng là pyridostigmine,

neostigmine. Các thuốc điều trị không nên ngừng trong suốt thai kỳ. Tuy vậy, có thể thay đổi phụ thuộc vào mức độ nặng hoặc nguy cơ của bệnh (Chaudhry và cs., 2004).

- Các thuốc không được sử dụng cho bệnh nhân nhược cơ:
  - Thai phụ khi dùng một số thuốc như: phenobarbital, enzodiazepine, phenothiazine, kháng sinh nhóm aminoglycoside, colistine, neomycine; hydantoine, chế phẩm có chứa muối magnesium, chẹn beta, thuốc giãn cơ... có thể gây nên chứng nhược cơ (Amato và Russell, 2008).
  - *Lưu ý:* nếu có một số bệnh cần phải phẫu thuật và buộc thai phụ sử dụng thuốc ức chế trung tâm hô hấp như morphine hoặc các dẫn chất của nó hay các thuốc gây mê sẽ làm cho bệnh nhược cơ nặng lên nhanh chóng (Võ Tấn Cường, 2011).
- Nhiễm trùng (vi khuẩn / siêu vi) là yếu tố khởi động thường gặp, ngay cả nhiễm trùng nhẹ, vì thế nếu gặp tình trạng này, phải sử dụng kháng sinh ngay, chú ý cẩn trọng với loại kháng sinh tác động đến dây thần kinh cơ (Kaminski, 2009).
- Đối với sản phụ: nửa giờ trước giai đoạn sổ thai thì ra cần cho tiêm bắp 1-4mg prostigmin (Nguyễn Hữu Công, 2011).

### Với trẻ sơ sinh (Bệnh viện Nhi đồng 2, 2008)

Nếu phát hiện những triệu chứng nhược cơ như tiếng khóc nhẹ hoặc không thành tiếng, chân tay luôn ở tư thế mềm nhẽo, ít vận động; có thể pha vào sữa: pyridostigmin 5-10mg hoặc prostigmin 1-2mg; cứ cách 4 giờ cho trẻ uống một liều như vậy, *nếu không, trẻ sẽ chết sớm do thiếu năng hô hấp:*

- Trẻ sơ sinh có thể bị nhược cơ thoáng qua 8-18%, với những biểu hiện như: giảm trương lực cơ, rối loạn bú, nuốt và hô hấp, xảy ra trong 24 giờ đầu sau sinh, cũng có thể kéo dài, thường hồi phục sau 3 tháng.
- Bú mẹ không có chống chỉ định với bà mẹ nhược cơ mặc dù kháng thể Ach có thể qua sữa mẹ, sự truyền pyridostigmin và corticosteroid cũng không đáng kể.

Các tác giả đề nghị sẽ cho bé bú sau khi uống thuốc 4 giờ. Không cho bé bú nếu phải dùng mycophenolate mofetil, cyclophosphamide, methotrexate, azitioprine, cyclosporine (Berlit và cs., 2012).

## KẾT LUẬN

Phụ nữ nhược cơ có thể có thai và sinh đẻ bình thường, nhưng các nguy cơ diễn biến không thể dự đoán được. Quá trình mắc bệnh mới và nhiễm trùng thường dẫn đến nhiều tình huống xấu cho cả mẹ và con ở thời kỳ hậu sản, đôi khi tử vong do suy hô hấp không hồi phục. Phụ nữ bị nhược cơ do u tuyến ức cần phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức trước khi có thai. Để tránh rủi ro khi xử trí sản phụ mắc nhược cơ, nên có sự phối hợp nhiều chuyên khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amato Anthony A, Russell James A (2008).
2. Berlit Sebastian, Tuschy Benjamin, Spaich Saskia, Sütterlin Marcand Saskia Regine Chaffelderaey (2012). Myasthenia

Gravis in Pregnancy: A Case Report. Case Reports in Obstetrics and Gynecology. Volume 2012, Article ID736024, 4. Pages <http://dx.doi.org/10.1155/2012/736024>.

3. Chaudhry Shahnar Akhtaz (2012). Myasthenia gravis in pregnancy. Birthvie Vignarajah and Gideon Koren; 58(12):1346-1349.
4. Djelmis J, Sostarko M, Mayer D, Ivanisevic M (2002). Myasthenia gravis in pregnancy: report on 69 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 104(1):21.
5. Jackson Carlayne E (2003). The effect of myasthenia gravis on pregnancy and the newborn. Neurology; Vol.61, No.10,1459-1460. Doi:10.1212/WNL.61.10.1459.
6. Jaretzki A, Barohn RJ, Eestoff RM et al. (2000). Myasthenia gravis: recommendations for clinical research standars. Task Force of the Medical Scientific Advisory Board of the myasthenia gravis Foundation of America. Neurology; 55(1):16-23. Doi:10.1212/WNL.55.1.16 PMID 10891897.
7. Nguyễn Hữu Công (2011). Các bệnh thần kinh cơ tự miễn: tài liệu báo cáo khoa học. Hội Thần kinh học TPHCM, tháng 03/2011, 20-25.
8. Phác đồ điều trị trẻ nhược cơ tại Bệnh viện Nhi đồng 2; 557-558.8.
9. Sharon Idan, Cowan Bryan D (2012). Myasthenia gravis and pregnancy. Can Fam Physician; 58(12):1346-1349. Emedicine. medcaps.com/article/261815-ovewiew update 23 12 2013.
10. Téllez-Zenteno José F, Hernández-Ronquillo Lizbeth, Salinas Vicente, Estanol Bruno, da Silva Orlando (2004). Myasthenia gravis in pregnancy: clinical implication and neonatal. BMC Musculoskeletal Disorders; 5:42. Doi: 10.1186/1471-2474-5.
11. Võ Tấn Cường (2011). Bệnh nhược cơ: bài giảng bệnh học nội thần kinh. Đại học Y khoa Huế.



[www.hosrem.org.vn](http://www.hosrem.org.vn)

website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh