HỘI CHỨNG GUILLAIN–BARRÉ: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Kim Đồng*, Lê Văn Minh
Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: nguyenkimdong2411@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Hội chứng Guillain-Barré (GBS) là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm nếu không được theo dõi sát và điều trị kịp thời. Cho nên việc chẩn đoán sớm khi bệnh nhân nhập viện là cần thiết để theo dõi và điều trị.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng các phương pháp hỗ trợ hô hấp, điều trị triệu chứng (giảm đau, kiểm soát huyết áp, nhuận tràng, đặt sond tiểu...).* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị GBS tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2018 đến tháng 3 năm 2020.* ***Kết quả:*** *Có 34 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Ngoài triệu chứng điển hình như yếu chi và mất phản xạ gân xương thì các triệu chứng có thể gặp là dị cảm 82,35%, liệt dây thần kinh sọ chủ yếu là dây VII ngoại biên (26,47%), liệt cơ hô hấp 17,65%, rối loạn thần kinh tự chủ (38,24%). Triệu chứng cận lâm sàng: trên điện cơ giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác là 82,35% và giảm tốc độ dẫn truyền vận động là 61,76%; trên dịch não tủy: giá trị trung vị tế bào là 2,5/mm^3 và giá trị trung vị protein 0,96g/L. Kết quả điều trị: Sau 3 tháng tỉ lệ hồi phục cảm giác là 96,43%, hồi phục vận động là 91,17%.* ***Kết luận:*** *Triệu chứng nặng như liệt cơ hô hấp xảy ra trên 17,65% bệnh nhân. Điện cơ biểu hiện chủ yếu là giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác và vận động. Sau 3 tháng theo dõi từ lúc khởi phát, có 91,17% hồi phục vận động.*

Từ khoá: *hội chứng Guillain-barré, viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, AIDP*

ABSTRACT

GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME: CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Nguyen Kim Dong*, Le Van Minh
Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: *Guillain-Barré Syndrome (GBS) is a dangerous medical emergency if it is not well followed-up and treated promptly. Therefore, an early diagnosis is essential for follow-up and treatment.* ***Objectives:*** *Describe the clinical, paraclinical features and the treatment outcome with respiratory support methods, symptomatic treatment (pain relief, blood pressure control, laxative, urinary sonde...).* ***Materials and methods:*** *Cross-sectional descriptive study, conducted on 34 Guillain-Barre patients who were diagnosed and treated at Can Tho Central General Hospital from March 2018 to March 2020.* ***Results*****:** *34 patients were included in the study. It was shown that the typical symptoms were limb weakness and hypo/areflexia. Besides, sensory disturbance was accounting for 82.35%, facial palsy in 26.47% cases, respiratory muscle palsies in 17.65% cases and dysautonomia in 38.24% cases. Paraclinical features: regarding the electromechanical result, the rate of reducing sensory conduction velocity was 82.35% and reducing motor conduction velocity was 61.76%; cerebrospinal fluid result, the value of median cell was 2.5/mm^3 and the median protein value was 0.96 g/L. After 3 months from the onset, the rate of sensory recovery was 96.43% and the rate of movement recovery was 91.17%.* ***Conclusion:*** *The severe symptoms as respiratory muscle palsies occurred in 17.65% of patients. Electromyography was mainly manifested by a decrease in the velocity of sensory and motor conduction. After 3 months from the onset, there were 91.17% recovered cases.*

Keywords: *Guillain-barré syndrome, acute polyneuropathy, AIDP*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain-barré không có một tác nhân gây bệnh chuyên biệt nào và được biểu hiện bởi tập hợp các triệu chứng cơ năng, ảnh hưởng đến chất lượng sống đáng kể. Đây là một bệnh lý nặng và có thể diễn tiến đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [7]. Tuy nhiên, nếu được chẩn đoán sớm, điều trị thích hợp và chăm sóc tích cực thì bệnh có khả năng hồi phục tốt. Bệnh có thể được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp.

Trên thế giới người ta quan tâm hơn đến Hội chứng Guillian-Barré và xuất hiện ngày càng nhiều các công trình nghiên cứu. Tuy nhiên ở Việt Nam nói chung cũng như Đồng bằng Sông Cửu Long nói riêng có rất ít nghiên cứu liên quan đến hội chứng này, cụ thể về việc điều trị hỗ trợ như hỗ trợ hô hấp và điều trị triệu chứng cho bệnh nhân mắc bệnh. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân hội chứng Guillain–Barré bằng phương pháp hỗ trợ hô hấp và điều trị triệu chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán hội chứng Guillain-Barré điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 03 năm 2018 đến tháng 3 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng sau [6]:

- Tiêu chuẩn lâm sàng khi bệnh nhân có đủ các triệu chứng sau:
  + Bệnh khởi phát cấp tính
  + Liệt tiến triển tăng dần
  + Giảm hoặc mất phản xạ gân xương.
- Tiêu chuẩn cận lâm sàng:
  + Dịch não tủy: xét nghiệm vào tuần thứ 2 trở đi với biểu hiện phân ly đạm tế bào (protein >0,45g/L; tế bào <50 tế bào/mm^3)

+ Điện cơ: Bất thường về điện cơ với biểu hiện chậm dẫn truyền, nghẽn dẫn truyền thần kinh, tăng thời gian tiềm ngoại vi, kéo dài thời gian tiềm sóng F, giảm biên độ vận động phù hợp các thể AIDP, AMAN, AMSAN.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, bệnh lý thần kinh ngoại biên khác; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu

p: Theo nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự (2011) [5], 94,1% bệnh nhân phục hồi tốt. Ta lấy p = 0,941.

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{1{,}96^2.0{,}941(1-0{,}941)}{0{,}08^2} = 34$$

Thực tế chúng tôi thu thập được 34 mẫu.

Nội dung nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng**: ghi nhận các triệu chứng cảm giác chủ quan: dị cảm, đau; ghi nhận triệu chứng liệt dựa trên khám lâm sàng: liệt dây thần kinh VII ngoại biên, liệt dây thần kinh IX, X, liệt cơ hô hấp. Ghi nhận triệu chứng rối loạn thần kinh tự chủ: táo bón, bí tiểu, rối loạn nhịp, rối loạn huyết áp.

- **Đặc điểm cận lâm sàng**:

**** Khảo sát bất thường điện cơ***

+ Vận động: Kéo dài thời gian tiềm (ms), giảm biên độ (mV), giảm tốc độ dẫn truyền (m/s).

+ Cảm giác: Giảm tốc độ dẫn truyền (m/s)

+ Sóng F: Kéo dài thời gian tiềm (ms) hoặc mất sóng F

+ Phản xạ H mất hay còn.

*** Dịch não tủy**: giá trị trung vị protein và giá trị trung vị tế bào

- **Đánh giá kết quả điều trị**:

***Phác đồ điều trị**

+ Hỗ trợ hô hấp đối với các bệnh nhân có suy hô hấp: thở oxy qua canula, thở oxy qua mask, thở máy.

+ Điều trị triệu chứng: giảm đau, kiểm soát huyết áp, nhuận tràng, đặt sond tiểu...

+ Phục hồi chức năng trong suốt thời gian điều trị.

*** Thời điểm đánh giá:** lúc ra viện, sau khởi phát 1 tháng, sau khởi phát 3 tháng.

*** Các phương pháp đánh giá:**

- Đánh giá hồi phục cảm giác: có trở lại bình thường hay không.

- Vận động: so sánh sức cơ bệnh nhân tại các thời điểm đánh giá so với lúc vào viện theo phân độ cơ lực của Hội đồng Nghiên cứu Y khoa Anh MRC (Medical research council). Tổng điểm MRC là 60, chia ra 3 mức: nhẹ khi MRC >30, trung bình khi MRC từ 11 đến 30, nặng khi MRC ≤10.

+ Cải thiện: Khi tổng điểm MRC lúc nhập viện so với các thời điểm đánh giá là từ nặng sang trung bình, nhẹ hoặc từ trung bình sang nhẹ.

+ Không thay đổi: Khi tổng điểm MRC không thay đổi lúc nhập viện so với các thời điểm đánh giá.

+ Nặng hơn: Khi tổng điểm MRC lúc nhập viện so với các thời điểm đánh giá

là từ mức nhẹ chuyển sang mức trung bình, nặng hoặc trung bình sang nặng.

Thu thập số liệu: Hỏi bệnh sử từ bệnh nhân hoặc người thân. Trực tiếp thăm khám lâm sàng để phát hiện những thiếu sót thần kinh. Các bệnh nhân này được theo dõi sau khi xuất viện 1 tháng và 3 tháng sau khởi phát để đánh giá hồi phục cảm giác và hồi phục vận động theo thang điểm MRC.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được trình bày dưới dạng số trung vị hoặc số trung bình. Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích đơn biến: mỗi yếu tố liên quan được xử lý bằng phép kiểm $\chi 2$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Nhóm tuổi từ 35-54 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (50,00%). Tuổi trung bình cho cả nam và nữ là 44,59±16,92. Tỉ lệ nam/nữ mắc bệnh là 1,62/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Guillain-Barré

Bảng 1. Triệu chứng cảm giác và triệu chứng liệt

Triệu chứng cảm giác và triệu chứng liệt	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Dị cảm	28	82,35
Đau	4	11,76
Liệt dây thần kinh số VII ngoại biên	9	26,47
Liệt dây thần kinh số IX, X	7	20,59
Liệt dây thần kinh III, IV, VI	3	8,82
Liệt cơ hô hấp	6	17,65

Nhận xét: Triệu chứng dị cảm (82,35%), đau chiếm 11,76%. Liệt VII ngoại biên gặp ở 26,47%, liệt dây thần kinh IX, X là 20,59% bệnh nhân, có 3 bệnh nhân (8,82%) có liệt vận nhãn (dây III, IV, VI). Có 6 bệnh nhân liệt cơ hô hấp (17,65%).

Bảng 2. Rối loạn thần kinh tự chủ

Rối loạn thần kinh tự chủ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Táo bón	4	11,76
Bí tiểu	4	11,76
Rối loạn nhịp	5	14,71
Rối loạn huyết áp	9	26,47
Tổng	13	38,24

Nhận xét: Có 38,24% bệnh nhân biểu hiện rối loạn thần kinh tự chủ. Trong đó nhiều nhất là rối loạn huyết áp chiếm 26,47%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân Guillain-Barré

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân có bất thường trên điện cơ đo trên bệnh nhân Guillain-Barré

Dây thần kinh		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Vận động	Kéo dài thời gian tiềm (ms)	18	52,94
	Giảm biên độ (mV)	6	17,65
	Giảm tốc độ dẫn truyền (m/s)	21	61,76
Cảm giác	Giảm tốc độ dẫn truyền (m/s)	28	82,35
Sóng F	Kéo dài thời gian tiềm (ms)	3	8,82
	Mất	9	26,47
Phản xạ H	Mất	5	14,71

Nhận xét: Có 82,35% bệnh nhân biểu hiện giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác (SCV) và giảm tốc độ dẫn truyền vận động là 61,76% (MCV). Bất thường sóng F nhưu kéo dài thời gian tiềm sóng F là 8,82%, mất sóng F là 26,47%. Biểu hiện mất phản xạ H chiếm 14,71%.

Bảng 4. Đặc điểm sinh hóa dịch não tủy

	Tế bào/mm^3	**Protein (g/L)**
Trung vị	2,50 (0-32)	0,96 (0,53-4,38)

Nhận xét: Trung vị của số tế bào và protein là 2,5/mm^3 và 0,96g/L. Tế bào nhiều nhất là 32/mm^3.

3.4. Kết quả điều trị của bệnh nhân Guillain-Barré

Bảng 5. Tỉ lệ bệnh nhân có phục hồi cảm giác

	Số bệnh nhân	**Tỉ lệ (%)**
Lúc ra viện	22	78,57
Tái khám 1 tháng	27	96,43
Tái khám 3 tháng	27	96,43

Nhận xét: Các bệnh nhân có rối loạn cảm giác lúc vào viện phục hồi lúc ra viện là 11 bệnh nhân (78,57%), sau 3 tháng có 96,43% số bệnh nhân phục hồi.

Bảng 6. Tỉ lệ bệnh nhân có phục hồi vận động

Mức hồi phục	**Lúc ra viện**		**1 tháng**		**3 tháng**	
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Cải thiện	26	76,47	30	88,24	31	91,17
Không thay đổi	5	14,71	4	11,76	3	8,82
Nặng hơn	3	8,82	0	0	0	0

Nhận xét: Tại thời điểm ra viện có 76,47% bệnh nhân cải thiện chức năng vận động và sau 3 tháng là 91,17%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi trên 34 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 44,59±16,92 chủ yếu là nam (61,8%). Tỉ lệ nam/nữ là 1,62/1. Tỉ lệ mắc nhiều nhất ở nhóm 34-55 tuổi, tỉ lệ >55 tuổi chỉ 26,5%. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hữu Công trên 30 bệnh nhân cũng cho thấy tuổi trung bình là 43,5 và chủ yếu nam (70%) [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Guillain-Barré

Rối loạn cảm giác chủ quan như dị cảm 82,35%, đau 11,76%. Ở Đông Nam Á, nghiên cứu trên 30 bệnh nhân của Kulkantrakorn 23% có triệu chứng đau (p=0,12) [9]. Còn nghiên cứu trên nghiên cứu của Christiaan Fokke với 494 bệnh nhân tỉ lệ rối loạn cảm giác là 67% (p=0,057) [6]. Trong nước, nghiên cứu của Lý Thị Kim Lài trên 125 bệnh nhân rối loạn cảm giác là 69,6% (p=0,106), Nguyễn Thị Bình là 50% (p<0,001) [4], [1]. Có sự khác biệt của chúng tôi so với các tác giả trên do đây là cảm giác chủ quan và có thể do sức chịu đau của người dân cao nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Liệt các dây thần kinh sọ với liệt mặt (dây VII ngoại biên) là 9 bệnh nhân (26,5%), liệt hầu họng (dây thần kinh IX, X) 7 bệnh nhân (20,6%), liệt vận nhãn (dây thần kinh III, IV, VI) là 8,82%. Kalita J cũng thống nhất tỉ lệ liệt VII ngoại biên chiếm cao nhất, sau đó

là liệt dây IX, X và liệt vận nhãn chiếm tỉ lệ thấp nhất với các tỉ lệ lần lượt là 44,2%, 30,2%, 4,9% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân liệt cơ hô hấp chiếm 17,65%, tương tự với Lý Thị Kim Lài là 25,6% (p=0,288) [4].

Rối loạn thần kinh tự chủ có tỉ lệ 38,24%. Tương tự nghiên cứu của Vũ Anh Nhị tỉ lệ rối loạn thần kinh tự chủ là 33,24% (p=0,533) [5]. Biểu hiện chủ yếu là rối loạn huyết áp 26,47%, rối loạn cơ vòng gồm táo bón và bí tiểu gặp ở 4 bệnh nhân (11,76%).

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân Guillain-Barré

Bất thường điện sinh lý thường gặp nhất là giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác (82,35%) và giảm tốc độ dẫn truyền vận động (61,76%), kéo dài thời gian tiềm vận động 52,94%. Bên cạnh đó mất phản xạ H gặp ở 14,7%, bất thường sóng F chiếm tỉ lệ 35,29%. Ở nghiên cứu của Lý Thị Kim Lài, các bất thường trên lần lượt là 23,8%, 47,5%, 0,8%, 8,2%, 67,2% [4]. Sreenivasa nghiên cứu trên 1166 bệnh nhân cho thấy trên điện cơ, các tỉ lệ trên lần lượt là 35,56%, 60,62%, 37,8%, 4,67%, 68,9% [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác cao nhưng tỉ lệ mất phản xạ H và bất thường sóng F thấp hơn các nghiên cứu khác. Sự khác biệt này do tỉ lệ thể bệnh khác nhau cũng như thời điểm thực hiện điện cơ khác nhau do người nghiên cứu không trực tiếp thực hiện thủ thuật. Đây vẫn sẽ còn là vấn đề cần được nghiên cứu tiếp trong thời gian tới trên một số lượng bệnh nhân lớn hơn

Trung vị của số tế bào và protein là 2,5/mm^3 và 0,96g/L. Nghiên cứu của Kulkantrakorn tế bào trung bình 3,7/mm^3, protein 0,876g/L và Nguyễn Minh Đức 3,28/mm^3 và 1,53g/L [9], [3]. Kết quả của chúng tôi và các tác giả đều thống nhất rằng dịch não tủy có sự phân ly đạm tế bào với tế bào <5/mm^3 và protein tăng nhẹ.

4.4. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân Guillain-Barré

Các bệnh nhân có cảm giác trở về bình thường sau 3 tháng là 96,43%. Tương tự nghiên cứu của Vũ Anh Nhị phục hồi cảm giác sau 3 tháng là 90,2% (p=0,268) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân cải thiện vận động sau 3 tháng là 91,17%, không có bệnh nhân diễn biến nặng hơn sau 3 tháng. Tương tự trên nghiên cứu của Vũ Anh Nhị, tỉ lệ hồi phục sau 3 tháng là 94,1%.

Cách đánh giá của chúng tôi có khác so với tác giả trên nhưng nhìn chung cho thấy tỉ lệ hồi phục của bệnh nhân GBS là rất cao tại thời điểm 3 tháng ra viện.

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là dị cảm 82,35%, liệt dây thần kinh sọ chủ yếu là dây VII ngoại biên (26,47%), rối loạn thần kinh tự chủ có tỉ lệ 38,24%. Điện cơ biểu hiện chủ yếu là giảm tốc độ dẫn truyền cảm giác (82,35%) và giảm tốc độ dẫn truyền vận động (61,76%). Trên dịch não tủy nhận thấy phân ly đạm tế bào với giá trị trung vị tế bào là 2,5/mm^3 và giá trị trung vị protein là 0,96g/L. Sau 3 tháng tỉ lệ hồi phục cảm giác là 96,43%, hồi phục vận động là 91,17% bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bình (2016), *Mối tương quan giữa đặc điểm điện sinh lý và biểu hiện lâm sàng trên bệnh nhân mắc hội chứng Guillain Barre*, Tạp chí Y học Việt Nam, tr 148.
2. Nguyễn Hữu Công (2013), *Hiệu quả thay huyết tương trong điều tị bệnh viêm đa rễ dây thần kinh cấp*, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 17(1), tr 84-90.
3. Nguyễn Minh Đức (2017) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện và kết quả điều*

trị hội chứng Guillain – Barré bằng phương pháp thay huyết tương, Luận án tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

4. Lý Thị Kim Lài (2007), *Khảo sát các yếu tố tiên lượng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính*, Luận văn tốt nghiệp nội trú thần kinh, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Vũ Anh Nhị và Trần Thị Bích Ngọc (2011), *Đánh giá các yếu tố tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính*, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 15(1): tr 662-668.
6. Christiaan Fokke, Bianca Berg, Judith Drenthen, Christa Walgaard, Pieter Antoon Doorn and Bart Casper Jacobs, 2017. Diagnosis of Guillain-Barre syndrome in children and validation of the Brighton criteria. Brain: a Journal of Neurology. 264(5): pp 856-861.
7. Gareth J. Parry and Joel S. Teinberg, 2007. Guillain-Barré Syndrome From Diagnosis to Recovery. *American Academy of Neurology.*
8. Kalita J., Misra U. K., Goyal G., (2014), "Guillain-Barré syndrome: subtypes and predictors of outcome from India", *Journal of the peripheral nervous system*, 19 (1), pp 36-43.
9. Kongkiat Kulkantrakorn and Puchit Sukphulloprat, 2017. Outcome of Guillain–Barre´ Syndrome in Tertiary Care Centers in Thailand, *Journal of Clinical Neuromuscular Disease*, pp 51-56.
10. Sudulagunta Sreenivasa Rao, Sodalagunta Mahesh Babu, Sepehrar Mona, (2015), "Guillain-Barré syndrome: clinical profile and management", *German medical science : GMS e-journal*, 13 pp Doc16-Doc16.

(Ngày nhận bài: 03/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 17/09/2020)