

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH CỦA BỆNH NHÂN VIÊM ĐA RỄ VÀ DÂY THẦN KINH CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Tuấn Lượng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính. Nhận xét các đặc điểm điện sinh lý thần kinh của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 25 bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính được điều trị nội trú tại khoa thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 07 năm 2020. Nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $48,16 \pm 12,45$ tuổi, thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát là 1 – 2 tuần. Triệu chứng giai đoạn khởi phát: bệnh biểu hiện từ từ tăng dần (84%) với đa số là khởi phát từ chi dưới (80%). Biểu hiện lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) có mức độ chắc chắn chẩn đoán xác định. Đặc điểm điện sinh lý: có hiện tượng hủy myelin ở trên 2 dây thần kinh và đối xứng, biểu hiện: thời gian tiềm vận động, cảm giác ngoại vi bị kéo dài; giảm tốc độ dẫn truyền vận động, cảm giác; thời gian tiềm của sóng F và phản xạ H bị kéo dài hoặc mất, ...

Từ khóa: Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính, điện sinh lý.

SUMMARY

A STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND ELECTRONEUROPHYSIOLOGY ON PATIENTS OF ACUTE INFLAMMATORY DEMYELINATING POLYRADICULONEUROPATHY IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical characteristics of acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP). To review the electroneurophysiological characteristics of AIDP. **Method:** Our study included 25 patients with AIDP, treated at the Neurology Department of Viet Tiep friendship hospital from Jan 2017 to Jul 2020. The horizontal – cut description and convenience sampling are studied. **Resulted:** Average age $48,16 \pm 12,45$; the time between onset and spread are 1 to 2 weeks. The onset: Disease manifestations is slowly ascending (84%) and begin at the foot (80%). The standard of diagnosis are very importantly Asbury, Cornblath (1990) and Brighton (2003). Electroneurophysiology: have demyelinating with more two nervous and have symmetry, ...

Keywords: Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (AIDP), Electroneurophysiology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính là một trong số các nguyên nhân thường gặp của liệt cơ cấp tính ngoại biên. Biểu hiện tổn

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Lượng

Email: Luong_tk10@live.com

Ngày nhận bài: 23.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2021

Ngày duyệt bài: 22.5.2021

thương bệnh học và đặc điểm điện sinh lý kiểu hủy myelin từng đoạn ở rễ và dây thần kinh [4]. Tỷ lệ mắc mới hàng năm từ 0,6 đến 2,4 trường hợp trong 100 000 dân, gần đây có xu hướng tăng [2], [4].

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có biểu hiện lâm sàng khởi đầu là dị cảm, tê bì ở ngón chi, liệt vận động lan lên và có tính chất đối xứng. Chính vì vậy việc phát hiện và điều trị sớm là rất quan trọng [4], [5]. Ngày nay, với những tiến bộ trong khảo sát điện sinh lý cùng với xét nghiệm dịch não tủy, việc chẩn đoán viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có nhiều thuận lợi.

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý thần kinh của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp ”

Nhằm thực hiện hai mục tiêu:

1. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.*

2. *Nhận xét các đặc điểm điện sinh lý thần kinh của viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu chọn được 25 bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 07 năm 2020, thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

Chẩn đoán là viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính theo tiêu chuẩn của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) [4]: Lâm sàng: Tiêu chuẩn bắt buộc phải có: liệt tiến triển ở 2 chân hay tứ chi, mất hoặc giảm phản xạ gân xương. Tiêu

chuẩn hỗ trợ: liệt cơ tiến triển < 4 tuần, liệt đối xứng, rối loạn cảm giác, liệt dây thần kinh sọ. Cận lâm sàng: điện sinh lý: có hiện tượng hủy myelin. Dịch não tủy: có hiện tượng phân ly đạm tế bào.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Bệnh nhân không đồng ý tham gia và có biểu hiện liệt cơ do các bệnh khác: viêm đa rễ và dây thần kinh mất myelin mạn tính, nhược cơ, liệt chu kỳ do hạ kali, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện và mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được làm bệnh án theo mẫu thống nhất. Bệnh nhân được thăm khám tử mỹ và theo hệ thống: khám vận động, khám cảm giác, khám phản xạ, khám 12 đôi dây thần kinh sọ não, khám dinh dưỡng và cơ tròn, ...

Một số thang điểm đánh giá: mức độ yếu cơ theo thang điểm của Hội đồng nghiên cứu y khoa (MRC) của nước Anh, mức độ nặng của Hughes [3], [4].

Một số xét nghiệm đánh giá: các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm chẩn đoán xác định: điện sinh lý, chọc dò tủy sống thất lưng, ...

2.2.3. **Xử lý số liệu và đạo đức trong nghiên cứu:** Sử dụng thuật toán thống kê trên chương trình SPSS 11.5. Tuân thủ chặt chẽ đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng.

Trong khoảng thời gian 1 tuần từ khi xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất (68,29%). Trong số này không thấy có bệnh nhân nào có thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát trên 4 tuần.

Bảng 2.1. Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornbalth.

Triệu chứng \ Vị trí	Chi trên		Chi dưới	
	số bệnh nhân	tỷ lệ%	số bệnh nhân	tỷ lệ%
Liệt vận động.	16	64	20	80
Phản xạ gân xương giảm.	16	64	20	80
Liệt cơ tiến triển <4 tuần.	16	64	20	80
Liệt đối xứng.	16	64	20	80
Rối loạn cảm giác.	17	68	22	88

Nhận xét: Như vậy, đa số các trường hợp (>80%) có biểu hiện triệu chứng chi dưới. Trong đó liệt thần kinh sọ có 6 bệnh nhân (24%).

Bảng 2.2. Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ chắc chắn của Brighton.

Tiêu chuẩn \ Mức độ chắc chắn	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Mức 4
Liệt vận động chi đối xứng	25	0	0	0
Phản xạ gân xương giảm.	25	0	0	0
Liệt cơ tiến triển < 4 tuần	25	0	0	0
Tế bào trong dịch não tủy <50.	0	16	0	0
Protein trong dịch não tủy <0,45.	0	16	0	0
Điện sinh lý chẩn đoán xác định.	25	0	0	0
Không có chẩn đoán khác	0	0	0	0

Nhận xét: Như vậy, tất cả các trường hợp (100%) có tính chất chẩn đoán chắc chắn (mức độ 1) là liệt vận động chi đối xứng, phản xạ gân xương giảm, liệt cơ dưới 4 tuần, đặc biệt là chẩn đoán điện.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng.

3.2.1. Đặc điểm dịch não tủy.

Bảng 2.3. Đặc điểm dịch não tủy:

Biểu hiện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Nồng độ Pr ($\bar{X} \pm SD$)	> 0,45 (g/l)	9	36
	< 0,45 (g/l)	16	64
Tế bào ($\bar{X} \pm SD$)	(> 10 BC/ mm ³)	4	16
	(< 10 BC/ mm ³)	21	84

Nhận xét: Nồng độ protein trung bình là $0,41 \pm 0,05$ g/l. Số lượng tế bào trong dịch não tủy $3,23 \pm 0,04$ tế bào. Đặc biệt trong 25 bệnh nhân này, kết quả chọc dịch não tủy có sự phân ly đạm – tế bào là 21,3%.

3.2.2. Đặc điểm điện sinh lý.

Bảng 2.4. Trung bình dẫn truyền vận động của thần kinh mạc sâu và thần kinh chày (n=25).

	Mean ± SD (Min – Max)	
	Thần kinh mạc sâu	Thần kinh chày
Thời gian tiềm vận động ngoại vi - DML (ms)		
Bên trái	6,98 ± 0,46 (3,2 – 7,5)	6,91 ± 0,66 (3,3 – 8,1)
Bên phải	6,85 ± 0,52 (3,0 – 7,4)	6,89 ± 0,68 (3,4 – 8,5)
p	0,14	0,13
Tốc độ dẫn truyền vận động – MCV (m/s)		
Bên trái	36,70 ± 2,27 (30,8 – 52,5)	36,10 ± 2,88 (32,0 – 56,0)
Bên phải	36,81 ± 3,20 (32,1 – 53,2)	35,94 ± 2,86 (32,4 – 57,4)
p	0,11	0,12
Biên độ M (mV)		
Bên trái	3,62 ± 1,64 (1 – 8,1)	9,49 ± 3,76 (6,0 – 22,4)
Bên phải	3,48 ± 1,37 (1 – 8,4)	9,71 ± 4,42 (5,6 – 26,5)
p	0,21	0,19

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian tiềm vận động ngoại vi kéo dài, tốc độ dẫn truyền vận động và biên độ giảm, có tính đối xứng. Sự thay đổi này so sánh với giá trị bình thường trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Công [1].

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung.

Như vậy, trong số 25 bệnh nhân nghiên cứu thấy: về giới tính: gồm 61,14% nam và 38,86% nữ. Độ tuổi: độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48,16 ± 12,45 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất 21 tuổi, cao tuổi nhất là 73 tuổi và tỷ lệ bệnh gặp ở các lứa tuổi không có sự khác biệt rõ ràng. Phù hợp với nhiều tác giả Ngô Đăng Thục là 38,10 ± 12,10 [2]. Theo Alter: ở mọi lứa tuổi, người trẻ nhất là trẻ sơ sinh, người già nhất là 95 tuổi [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng.

- Dấu hiệu báo trước: gồm sốt, phát ban, đau mỏi cơ và triệu chứng khác (hắt hơi, chảy nước mũi, đau họng, ...). Có thể đó là triệu chứng hay gặp của nhiễm vi rút *Campylobacter jejuni* [4]. Theo một số tác

giả nghiên cứu như Asbury, Cornblath, ... tỷ lệ do nhiễm *Campylobacter jejuni* trước khi có biểu hiện toàn phát bệnh là 40,5% [5]. Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ không có triệu chứng chiếm đa số (72%).

- Thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát: trong khoảng thời gian 1 – 2 tuần từ khi xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất (76%). Tính chất khởi phát bệnh: có thể đột ngột hay từ từ tăng dần nhưng kết quả nghiên cứu thấy đa số các trường hợp (84%) có tính chất khởi phát từ từ tăng dần và khởi phát đột ngột chỉ chiếm 16%. Phù hợp kết quả của tác giả Asbury, Cornbalth, Winer,... [4], [5].

- Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornbalth chúng tôi thấy triệu chứng liệt vận động, liệt tính chất đối xứng, rối loạn cảm giác, liệt cơ tiến triển

dưới 4 tuần, ... chiếm 100% ở các bệnh nhân trong đó biểu hiện tổn thương ở chi dưới nhiều hơn chi trên. - Biểu hiện lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ chắc chắn của Brighton thấy mức độ 1 chiếm đa số (4/6 tiêu chuẩn).

- Triệu chứng rối loạn cảm giác ở giai đoạn toàn phát: có tới 85% là cảm giác nóng (xúc giác), cảm giác đau chiếm 43,75% (chi trên) và 50% (chi dưới), cảm giác nhiệt chiếm 18,75% (chi trên) và 20% (chi dưới); không có trường hợp nào ảnh hưởng tới cảm giác sâu. Còn tính chất rối loạn cảm giác xuất hiện đối xứng hai bên, ưu thế ở ngọn chi và không có ranh giới cảm giác (100%). Như vậy, điều này đồng quan điểm với nhiều tác giả nghiên cứu [4], [5].

- Triệu chứng liệt vận động: vị trí liệt vận động ban đầu từ chi dưới chiếm 68%, từ chi trên chiếm 24% và từ thần kinh sọ chiếm 8% điều này phù hợp với quan điểm của nhiều tác giả như Lê Minh, ... [2], [4]. Với 8% liệt từ thần kinh sọ đó là những trường hợp được chẩn đoán là hội chứng Miller – Fisher; tỷ lệ này thường chiếm khoảng 5% theo Nortina, Nobuhiro, Winer, ... nghiên cứu [4]. Còn về mức độ liệt vận động thì đa số (61,8%) là liệt độ 4 – cơ cơ có thảng sức cản (theo phân loại MRC), độ 5 – vận động bình thường (27,2%), độ 3 – cơ cơ, nâng được chi (11%), còn độ 2 tới độ 0 không có trường hợp nào trong số 41 bệnh nhân nghiên cứu. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả như Asbury, Cornbath, ... mức độ liệt nhẹ ở những bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính chiếm tỷ lệ cao nhất 62,69% liệt độ 4; điều này hoàn toàn phù hợp nghiên cứu của chúng tôi [4], [5].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng:

- Đặc điểm dịch não tủy: nồng độ protein trung bình là $0,41 \pm 0,05$ g/l. Số lượng tế bào

trong dịch não tủy $3,23 \pm 0,04$ tế bào. Đặc biệt trong 25 bệnh nhân này, kết quả chọc dịch não tủy có sự phân ly đạm – tế bào là 21,3%. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân đến sớm (giai đoạn đầu của bệnh) chưa có sự thay đổi tính chất của dịch não tủy. Theo quan điểm tác giả Lê Minh cho rằng: đặc điểm nổi bật của dịch não tủy trong bệnh này là hiện tượng phân ly đạm – tế bào, nghĩa là tế bào trong dịch não tủy bình thường hoặc tăng rất ít nhưng protein trong đó tăng cao. Nhiều tác giả khác cũng có quan điểm tương tự như vậy như Asbury, Cornbath, Nortina, Nobuhiro, Winer, ... [4], [5].

- Đặc điểm điện sinh lý: theo tiêu chuẩn chẩn đoán điện sinh lý của Asbury và Cornbath (1990) là có hiện tượng hủy myelin ở ít nhất 2 dây thần kinh trở lên: thời gian tiềm vận động ngoại vi bị kéo dài, giảm tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm của sóng F bị kéo dài hoặc mất; đặc điểm trên biểu hiện ở cả chi trên và chi dưới. Kết quả nghiên cứu ở chi trên thấy: thời gian tiềm vận động ngoại vi ở thần kinh giữa là $5,28 \pm 0,16$ (3,2 – 6,5) ms (bên trái), là $5,81 \pm 0,32$ (3,0 – 6,4) ms (bên phải). Tốc độ dẫn truyền vận động ở thần kinh trụ là $4,12 \pm 1,88$ (2,0 – 6,1) (bên trái) và $4,36 \pm 1,46$ (2,4 – 5,7) (bên phải). Biên độ ở thần kinh giữa là $3,22 \pm 1,64$ (1 – 6,1) mV (bên trái) và $3,18 \pm 1,07$ (1 – 7,4) mV (bên phải), ... Kết quả nghiên cứu ở chi dưới thấy: thời gian tiềm vận động ngoại vi ở thần kinh mác sâu là $6,98 \pm 0,46$ (3,2 – 7,5) ms (bên trái), là $6,85 \pm 0,52$ (3,0 – 7,4) ms (bên phải). Tốc độ dẫn truyền vận động ở thần kinh chày là $36,10 \pm 2,88$ (32,0 – 56,0) (bên trái) và $35,94 \pm 2,86$ (32,4 – 57,4) (bên phải). Biên độ ở thần kinh mác sâu là $3,62 \pm 1,64$ (1 – 8,1) mV (bên trái) và $3,48 \pm 1,37$ (1 – 8,4) mV (bên phải),

... Tuy nhiên, sự chênh lệch giữa 2 bên ở cả chi trên và chi dưới là không có sự khác biệt. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Công, Kimura đều phù hợp [4], [5].

Khi nghiên cứu thêm sóng H thấy: thời gian tiềm của sóng H cũng kéo dài hoặc mất có giá trị trung bình là $11,6 \pm 2,03$ ($10,9 - 36$) ms (bên trái). Bên cạnh đó, biên độ trung bình của phản xạ H cũng giảm ($3,16 \pm 1,85$ ($0,7 - 9,1$) mV) (bên phải) vì thế tỷ lệ H/M giảm. Điều này càng củng cố cho tiêu chuẩn chẩn đoán điện sinh lý giống nghiên cứu của Asbury và Cornblath (1990) là có hiện tượng hủy myelin ở dây thần kinh bị tổn thương [1], [5].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 25 bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Tỷ lệ bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, độ tuổi trung bình là $38,23 \pm 13,45$ tuổi và không có sự khác nhau giữa hai giới.

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính:

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có đặc điểm lâm sàng như sau:

- Dấu hiệu lâm sàng báo trước thường không rõ ràng (72%). Thời gian xuất hiện dấu hiệu báo trước đến lúc khởi phát khoảng 1 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (76%).

- Triệu chứng giai đoạn khởi phát: bệnh có tính chất khởi phát biểu hiện từ từ tăng dần (84%) với đa số là khởi phát từ chi dưới (80%).

- Biểu hiện lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury và Cornblath (năm 1990) và Brighton (năm 2003) có mức độ chắc chắn chẩn đoán xác định.

3.2. Đặc điểm điện sinh lý của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính.

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính có đặc điểm điện sinh lý chứng tỏ có hiện tượng hủy myelin ở ít nhất 2 dây thần kinh trở lên biểu hiện: thời gian tiềm vận động, cảm giác ngoại vi bị kéo dài; giảm tốc độ dẫn truyền vận động, cảm giác; thời gian tiềm của sóng F và phản xạ H bị kéo dài hoặc mất; đặc điểm trên biểu hiện ở cả chi trên và chi dưới.

KIẾN NGHỊ

Điện sinh lý là kỹ thuật chẩn đoán điện sinh lý thần kinh hiện đại, giá thành hợp lý, có thể chẩn đoán xác định bệnh lý viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính vì thế nên chú ý kết hợp giữa khám lâm sàng và xét nghiệm điện sinh lý trong thực hành lâm sàng chẩn đoán bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2013). Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ. Nhà xuất bản y học, 7 – 60
2. Lê Minh (2006). Tiếp cận chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên, Thần kinh học. Nhà xuất bản đại học Quốc Gia, TP.Hồ Chí Minh, 17 – 39.
3. Asbury AK, Cornblath DR (2018), “Assessment of current diagnosis criteria for Guillain – Barré”. Ann Neurol, (27), 21 – 24.
4. Hugh J Willison (2016). Celebrating a Century of Progress in Guillain-Barré Syndrome.
5. Ropper AH. (2019). “Guillain – Barré syndrome”, N Engl J Med, (326), 6.