

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ QUỐC PHÒNG**  
**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**NGUYỄN MINH ĐỨC**

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN ĐIỆN  
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỢI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ  
BẰNG PHƯƠNG PHÁP THAY HUYẾT TƯƠNG**

**Chuyên ngành: Thần kinh**

**Mã số: 62 72 01 47**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hà Nội – Năm 2017**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH**  
**TẠI VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108**

Người hướng dẫn khoa học:

1. **TS. Nguyễn Thị Tâm**
2. **GS.TS. Nguyễn Văn Chương**

Phản biện 1: .....

Phản biện 2: .....

Phản biện 3: .....

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp viện  
vào hồi:                      giờ      ngày      tháng      năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain – Barré (GBS) là một bệnh lý thần kinh tự miễn tiến triển cấp tính nặng có thể dẫn đến tử vong cũng như để lại những di chứng nặng nề nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Đến nay nguyên nhân đích thực của bệnh vẫn chưa xác định rõ, người ta chỉ tìm thấy bệnh có mối liên quan với một số yếu tố như: nhiễm khuẩn, nhiễm virus, tiêm chủng chấn thương hay phẫu thuật. Các nghiên cứu (NC) gần đây cho thấy GBS không còn được xem như một rối loạn đơn độc mà chúng được mở rộng như là một hội chứng đa thể với các biểu hiện lâm sàng giống và khác nhau liên quan với các biểu hiện điện sinh lý và giải phẫu bệnh. Chính sự xuất hiện ngày càng đa dạng các biến thể của GBS cùng với tính chất phức tạp của các triệu chứng và sự đan xen chồng lấp giữa các biến thể với nhau càng làm cho việc chẩn đoán trở lên khó khăn hơn. Cơ sở miễn dịch học của GBS là tiền đề cho sự ra đời của các phương pháp điều trị đặc hiệu như: thay huyết tương hay liệu pháp globulin miễn dịch. Tuy nhiên mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng và tùy thuộc vào trang thiết bị từng cơ sở điều trị. Trên thế giới, thay huyết tương (plasma exchange, PE) đã được chứng minh có hiệu quả tốt. Tuy nhiên, việc nghiên cứu về hội chứng này ở Việt Nam còn lẻ tẻ chưa hệ thống vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, biến đổi dịch não-tủy của hội chứng Guillain–Barré.*
2. *Nhận xét những thay đổi trong chẩn đoán điện và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng của hội chứng Guillain–Barré.*
3. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp thay huyết tương trong điều trị hội chứng Guillain–Barré.*

### **Những đóng góp mới của luận án**

+ NC đã đi sâu đánh giá đặc điểm lâm sàng (LS), những thay đổi của dịch não tủy (DNT) và chẩn đoán điện theo thời gian và thể bệnh,

đồng thời đã đưa ra được các dấu hiệu sớm trên chẩn đoán điện của GBS.

+ Khác với các NC trước đây, luận án đã phân tích chi tiết biến đổi trên chẩn đoán điện và tương quan giữa chẩn đoán điện với thời gian mắc bệnh, đặc điểm LS trước và sau PE. Biến đổi chỉ số trên chẩn đoán điện tại các thời điểm là những thông số có giá trị tham khảo trong chuyên ngành thần kinh.

+ PE có hiệu quả cải thiện LS ngay sau đợt điều trị trên tất cả các tiêu chí theo dõi, nhóm được PE sớm có mức độ cải thiện tốt hơn. Các chỉ số về điện cơ có cải thiện sau PE và tiếp tục có sự cải thiện sau theo dõi một tháng nhưng các biến đổi về chẩn đoán điện chậm hơn so với cải thiện về LS.

### **Bố cục của luận án**

+ Luận án có 142 trang gồm các mục: Đặt vấn đề (2 trang); Chương 1: Tổng quan tài liệu(39 trang); Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (21 trang); Chương 3: Kết quả nghiên cứu (30 trang); Chương 4: Bàn luận (47 trang); Kết luận (2 trang); Kiến nghị (1 trang).

+ Luận án có 32 bảng, 12 biểu đồ, 14 hình. Luận án có 143 tài liệu tham khảo trong đó 06 tiếng Việt, 137 tiếng Anh.

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. Tổng quan về hội chứng Guillain – Barré**

##### **1.1.1. Lịch sử bệnh**

##### **1.1.2. Dịch tễ học**

- Tỷ lệ mới mắc vào khoảng từ 0,6 đến 4 trường hợp/100.000 dân.
- Bệnh gặp ở mọi nhóm tuổi.
- Nam giới mắc bệnh nhiều hơn so với nữ giới, tỷ lệ là 1,5:1.

##### **1.1.3. Yếu tố tiền nhiễm**

Khoảng 2/3 đến 3/4 số bệnh nhân (BN) có yếu tố tiền nhiễm trước khởi phát bệnh. Hay gặp nhất là bệnh lý nhiễm khuẩn.

### 1.1.4. Sinh bệnh học

Bệnh gây ra bởi một đáp ứng miễn dịch bất thường khi có sự xâm nhập của tác nhân viêm nhiễm, dẫn đến tổn thương các dây thần kinh ngoại vi. Các yếu tố quan trọng kiểm soát quá trình sinh bệnh học này gồm:

- + *Kháng thể kháng gangliosid*
- + *Bất chức phân tử và phản ứng chéo*
- + *Hoạt hóa bổ thể*
- + *Cơ sở miễn dịch di truyền vật chủ*

### 1.1.5. Giải phẫu bệnh

#### 1.1.6. Đặc điểm lâm sàng

**Giai đoạn tiến triển:** (trung bình 12 ngày)

Yếu cơ là triệu chứng nổi bật, thường đối xứng hai bên, yếu cả gốc chi và ngọn chi. Liệt các dây thần kinh sọ não gặp ở 45-75% số BN. Hay gặp là liệt mặt hai bên. Suy hô hấp thường xuất hiện ở những BN liệt nặng tứ chi, có 40% các BN có tiến triển bất thường về hô hấp, và 25% BN phải thông khí nhân tạo. Rối loạn cảm giác thường xuất hiện sớm. Khoảng 50-70% số BN có rối loạn cảm giác nhiều kiểu, thường rõ nhất ở phần ngọn chi. Mất phản xạ rất hay gặp và là triệu chứng rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh. Đau gặp ở hơn 80% số BN nhưng ít được quan tâm đầy đủ. Các triệu chứng khác: rối loạn thần kinh thực vật, suy giảm ý thức, co giật, cứng gáy. Sốt không phải là triệu chứng lúc khởi phát bệnh.

**Giai đoạn cao nguyên:** (kéo dài vài ngày đến vài tuần), các triệu chứng hầu như không thay đổi.

**Giai đoạn hồi phục:** 2-4 tuần sau khi triệu chứng ngưng tiến triển, mức độ hồi phục rất khác nhau ở các BN.

#### 1.1.7. Cận lâm sàng

##### 1.1.7.1. Xét nghiệm dịch não tủy

- DNT điển hình là hiện tượng phân ly protein – tế bào.

### **1.2.7.2. Đo dẫn truyền thần kinh và điện cơ đồ**

Hình ảnh dẫn truyền thần kinh của GBS bao gồm: kéo dài thời gian tiềm, giảm tốc dẫn truyền thần kinh, phát tán theo thời gian, nghẽn dẫn truyền, sóng F kéo dài hoặc mất, và phản xạ H kéo dài hoặc mất.

### **1.1.8. Chẩn đoán hội chứng Guillain – Barré**

#### **1.1.8.1. Chẩn đoán xác định hội chứng Guillain – Barré**

Tiêu chuẩn chẩn đoán GBS được Viện Quốc gia về Rối loạn Thần kinh và đột quy đề xuất năm 1978 và được Asbury và Comblath xác nhận lại năm 1990 (bảng 1.1)

#### **1.1.8.2. Chẩn đoán phân loại thể bệnh theo điện thần kinh**

##### **a) Tiêu chuẩn chẩn đoán thể hủy myelin trên chẩn đoán điện.**

Phải có 1 trong 2 hoặc nhiều hơn các dây thần kinh bị ảnh hưởng trong 2 tuần đầu tiên của bệnh:

- MCV < 90% LLN nếu dCMAP > 50% LLN (< 85% nếu dCMAP < 50% LLN)
- DML > 110% ULN nếu dCMAP bình thường (>120% nếu dCMAP thấp hơn LLN)
- Có bằng chứng rõ ràng của hiện tượng phát tán
- Thời gian tiềm sóng F > 120% của bình thường

##### **b) Tiêu chuẩn chẩn đoán AMAN trên EMG.**

- Không có bằng chứng của hủy myelin như đã được xác định ở mục [a].
- dCMAP < 80% LLN

##### **c) Tiêu chuẩn chẩn đoán AMSAN trên EMG**

- Không có bằng chứng của hủy myelin như đã xác định trong mục [a]
- dCMAP < 80% LLN ở ít nhất 2 dây thần kinh
- SNAP < 50% LLN ở ít nhất 2 dây thần kinh

##### **d) Mất đáp ứng kích thích**

Mất dCMAP ở tất cả các dây thần kinh (hoặc hiện chỉ có ở một dây thần kinh với dCMAP < 10% LLN)

##### **e) Không chắc chắn**

Không có tiêu chuẩn nào phù hợp cho bất kỳ nhóm nào khác

(MCV: tốc độ dẫn truyền vận động; LLN: giới hạn dưới của giá trị bình thường; dCMAP: điện thế cơ cơ toàn phần đoạn ngoại vi; DML: thời gian tiềm vận động ngoại vi; SNAP: biên độ cảm giác)

### **1.1.8.3. Chẩn đoán phân biệt**

Chẩn đoán phân biệt với các tình trạng yếu cơ khởi cấp tính khác như: bệnh porphyri cấp, liệt chu kỳ, viêm cơ tự miễn, bệnh và hội chứng nhược cơ, viêm tủy lan lên.

### **1.1.9. Các biến thể của hội chứng Guillain – Barré**

- Bệnh viêm đa rễ, dây thần kinh hủy myelin cấp tính (AIDP)
- Bệnh thần kinh sợi trục vận động cảm giác cấp (AMSAN)
- Bệnh thần kinh sợi trục vận động cấp (AMAN)
- Hội chứng Miller Fisher (MFS)
- Các biến thể ít phổ biến khác

### **1.1.10. Điều trị hội chứng Guillain – Barré**

#### **• Điều trị hỗ trợ**

#### **• Điều trị đặc hiệu**

\* *Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch*

Liều dùng: 0,4g/kg/ngày x 5 ngày, hiệu quả tương đương với PE.

\* *Corticoid*: không có tác dụng.

\* *Globulin miễn dịch kết hợp với corticoid*: không làm ra tăng thêm hiệu quả so với dùng globulin đơn thuần.

\* *Thay huyết tương*: nhằm loại bỏ kháng thể kháng myelin hoặc màng sợi trục thần kinh lưu hành trong máu của người bệnh.

### **1.1.11. Tiên lượng**

- Khoảng 80% BN có thể đi bộ độc lập sau 6 tháng, khoảng 60% hồi phục hoàn toàn sức cơ sau 1 năm; 5 đến 10% hồi phục rất chậm, không hoàn toàn, phụ thuộc máy thở.

- Tỷ lệ tử vong là từ 2 đến 12%, khoảng 2-5% tái phát.

## **1.2. Chẩn đoán điện trong hội chứng Guillain – Barré**

### **1.2.1. Sơ lược giải phẫu sinh lý dây thần kinh ngoại vi**

### **1.2.2. Lịch sử nghiên cứu về chẩn đoán điện trong GBS**

### **1.2.3. Đặc điểm, vai trò của chẩn đoán điện trong GBS**

Do dẫn truyền là phần quan trọng nhất của các khám xét chẩn đoán điện ở những BN GBS. Ghi điện cơ kim đóng một vai trò không đáng kể trong chẩn đoán GBS.

#### **1.2.4. Tình hình nghiên cứu về chẩn đoán điện của GBS**

Các NC trên thế giới cho thấy, 85% số BN có bất thường trên chẩn đoán điện và hầu hết là kiểu hủy myelin. Các bất thường sớm bao gồm: kéo dài DML, thời gian tiềm sóng F và giảm MCV. Gordon (2001), NC về dấu hiệu sớm (< 7 ngày) của GBS cho thấy: mất phản xạ H (97%), giảm SNAP ở chi trên hoặc mất (61%), bất thường sóng F (84%), giảm CMAP (71%), kéo dài DML (65%), phát tán theo thời gian (52%), nghẽn dẫn truyền của dây thần kinh vận động (13%).

### **1.3. Thay huyết tương trong điều trị hội chứng Guillain – Barré**

#### **1.3.1. Lịch sử**

#### **1.3.2. Nguyên lý**

Máu của BN sau khi ra khỏi cơ thể được đi qua một màng lọc với kích thước lỗ lọc lớn cho phép các phân tử lớn của huyết tương (các thành phần miễn dịch) có thể đi qua trừ các tế bào máu, sau đó các tế bào máu này được truyền trở lại cho BN cùng với một thể tích dịch thay thế tương ứng với phần huyết tương đã bị loại bỏ (hình 1.5).

#### **1.3.3. Mục đích**

Mục đích chung của PE nhằm loại bỏ:

- Các chất có trọng lượng phân tử > 15.000 dalton; Các chất độc hại khi không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường
- Các phức hợp miễn dịch và các kháng thể tự miễn
- Cryoglobulin, nội độc tố, cholesterol và cả lipoprotein..

#### **1.3.4. Kỹ thuật thay huyết tương**

##### **1.3.4.1. Các loại dịch thay thế**

Huyết tương tươi đông lạnh, albumin 5%, các dung dịch keo. Công thức tính:  $V_{\text{plasma}} = (1-Ht) \times (0,065 \times W_{\text{kg}})$

Trong đó:  $V_{\text{plasma}}$  là thể tích huyết tương cần thay thế; Ht là hematocrit của BN;  $W_{\text{kg}}$  là cân nặng của BN tính theo kg.



### **1.3.4.2. Số lần và khoảng cách các lần thay huyết tương**

Thay 2 - 4 lần, cách ngày, thời gian cả liệu trình từ 7 - 14 ngày.

### **1.3.4.3. Chống đông tuần hoàn ngoài cơ thể**

### **1.3.4.4. Đường vào tĩnh mạch và tốc độ máu**

### **1.3.4.5. Biến chứng của thay huyết tương**

Có khoảng 4-5% BN có các biến chứng hay tác dụng phụ, xu hướng tăng khi tiến hành thủ thuật lần đầu tiên.

### **1.3.5. Tình hình nghiên cứu và ứng dụng PE trong điều trị hội chứng Guillain – Barré.**

+ Nguyễn Công Tấn (2013), PE giúp cải thiện sức cơ, rút ngắn thời gian nằm viện, thời gian nằm hồi sức, thông khí nhân tạo. Năm 1985, nhóm NC ở Bắc Mỹ công bố: BN điều trị bằng PE cải thiện nhanh hơn, thời gian thở máy ngắn hơn, thời gian nằm bệnh viện ít hơn.

+ Thorton, nhóm PE có hiệu quả tốt hơn trên nhiều chỉ tiêu như cải thiện LS, PE sớm hiệu quả hơn so với PE muộn. Mokrzycki, tỷ lệ gặp các tác dụng phụ là 9,7%, không có biến chứng nặng.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 41 BN được chẩn đoán GBS điều trị tại Khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ 5/2009 đến 5/2015. Trong đó, có 33 BN được điều trị bằng phương pháp PE.

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

Các BN được chẩn đoán xác định GBS theo tiêu chuẩn của Asbury và Comblath năm 1990 (bảng 1.1).

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Các BN GBS kèm theo các bệnh sau: nhược cơ; viêm nhiều dây thần kinh; hạ kali máu; viêm tủy lan lên; BN không tự nguyện...

#### **2.1.3. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân thay huyết tương**

Được lựa chọn trong số các BN được chẩn đoán xác định GBS:

**Chỉ định thay huyết tương:**

- Điểm Hughes  $\geq 3$  hoặc  $\geq 2$  nếu bệnh đang tiến triển, khó thở và / hoặc có liệt hầu – họng.
- Bệnh khởi phát cấp tính (dưới 4 tuần) hoặc bán cấp tính (dưới 8 tuần) nhưng tổn thương trên chẩn đoán điện là rõ ràng.

***Chống chỉ định:***

BN dưới 15 tuổi; đang mang thai; BN nhiễm HIV; có tiền sử dị ứng nặng; bệnh đồng diễn nặng; BN không đồng ý.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1 Thiết kế nghiên cứu**

NC mở, tiến cứu mô tả, tự chứng và theo dõi dọc theo thời gian.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu :** chọn mẫu thuận tiện

**2.2.3. Phương tiện nghiên cứu**

- Bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1).
- Máy điện cơ Neuropack SI MEB 940 của hãng Nihon Kohden, Nhật Bản; Máy lọc huyết tương Diapact của hãng B. Braun Melsungen – Đức và Prisma Flex của hãng Gambro – Thụy Điển.

**2.2.4. Nội dung nghiên cứu**

NC đặc điểm LS, chẩn đoán điện và tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm LS với chẩn đoán điện; NC hiệu quả điều trị của phương pháp PE.

**2.2.5. Các bước tiến hành**

**2.2.5.1. Nghiên cứu về lâm sàng**

BN trong NC được ghi chép cụ thể theo mẫu NC riêng (Phụ lục 1).

- Đánh giá sức cơ theo thang điểm MRC (bảng 2.1).
- Đánh giá rối loạn cảm giác theo thang điểm ISS (bảng 2.2).
- Đánh giá đau theo thang điểm VAS (hình 2.4).
- Đánh giá mức độ tàn tật theo thang điểm Hughes...

Các dữ liệu thu nhận được được đánh giá tại các thời điểm trước, sau và sau PE một tháng.

**2.2.5.2. Nghiên cứu cận lâm sàng**

- \* Xét nghiệm dịch não – tủy (DNT): protein, tế bào...
- \* NC về chẩn đoán điện gồm: dẫn truyền vận động, cảm giác, khảo sát sóng F và phản xạ H.

### **2.2.5.3. Nghiên cứu về điều trị**

BN điều trị phác đồ nền gồm: Nivalin, Nucleo – CMP, vitamin nhóm B, phục hồi chức năng.

+ Đánh giá hiệu quả của PE dựa trên các tiêu chí như: điểm sức cơ (MRC), điểm cảm giác (ISS), điểm đau (VAS), điểm tàn tật Hughes. Đánh giá trước (lúc nhập viện), sau khi kết thúc đợt PE, và tại thời điểm sau một tháng theo dõi.

+ Đánh giá các biến đổi về xét nghiệm cận lâm sàng

+ Đánh giá các phản ứng không mong muốn.

### **2.2.6. Xử lý số liệu và đạo đức trong nghiên cứu**

- Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các thông tin của BN là bí mật và chỉ phục vụ cho NC này, các XN, kỹ thuật can thiệp trong chẩn đoán và điều trị đều có sự đồng thuận của BN hoặc người nhà BN.

## **Chương 3**

### **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đặc điểm chung**

##### **3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới**

Phân bố theo tuổi và giới (bảng 3.1, biểu đồ 3.1, biểu đồ 3.2)

+ Bệnh gặp ở hầu hết các lứa tuổi; từ 60-69 tuổi mắc cao nhất (24,4%)

+ Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/ nữ 2,15/1.

+ Tuổi TB  $47,3 \pm 15,4$  tuổi.

##### **3.1.2. Đặc điểm về nơi cư trú**

+ BN sống ở thành thị (48,8%), nông thôn (51,2%) (biểu đồ 3.3)

##### **3.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh**

+ Bệnh mắc quanh năm, tháng 4 có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (17,1%) sau đó đến tháng 6 (12,2%) và tháng 9 (12,2%) (biểu đồ 3.4)

#### **3.2. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng Guillain – Barré**

##### **3.2.1. Đặc điểm các yếu tố tiền nhiễm**

+ Có 51,2% BN có yếu tố tiền nhiễm trước khởi phát bệnh (biểu đồ 3.5).

+ Gặp nhiều nhất là viêm mũi họng (40,%), sốt (25%), nhiễm khuẩn tiêu hóa (15%) (bảng 3.2).

### 3.2.2. Đặc điểm phân loại thể bệnh

**Bảng 3.3. Đặc điểm phân loại thể bệnh**

Phân loại thể bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thể hủy myelin (AIDP)	30	73,2
Thể hủy sợi trục (AMAN, AMSAN)	8	19,5
Thể khác (Miller Fisher, cảm giác)	3	7,3
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

### 3.2.3. Triệu chứng lâm sàng

• **Đặc điểm triệu chứng khởi đầu theo thể bệnh** (bảng 3.4):

+ Khởi phát bằng triệu chứng cảm giác (41,5%) vận động (29,3%), dây thần kinh sọ và đau (14,6%)

+ Khởi phát cấp tính (85,4%), kiểu khởi phát lan lên (60,9%), kiểu diễn biến tứ chi cùng lúc chỉ chiếm 9,8%.

• **Đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo thể bệnh** (bảng 3.5, bảng 3.6):

+ Yếu chi chiếm tỷ lệ 97,6%, tính chất đối xứng gặp ở 100% số BN, yếu sức cơ chân nặng hơn tay (55,0%).

+ Điểm Hughes TB của nhóm hủy sợi trục là  $4,00 \pm 0,76$  điểm, thể hủy myelin là  $3,33 \pm 0,96$  điểm; điểm MRC TB là  $37,1 \pm 1,2$  điểm, nhóm hủy myelin cao hơn so với thể hủy sợi trục; điểm ISS TB là  $11,7 \pm 4,3$  điểm.

+ Có 97,5% BN giảm và mất phản xạ gân xương; triệu chứng đau gặp ở 63,4% BN, hay gặp nhất là đau chi (69,2%), điểm VAS TB là  $4,69 \pm 1,49$  điểm.

+ Liệt thần kinh sọ chiếm 53,6%, liệt mặt gặp nhiều nhất (77,3%) sau đó là liệt các dây vận nhãn (45,5%); Rối loạn TKTV có ở 65,9%; có 4 BN (9,8%) suy hô hấp; 1 BN (2,4%) rối loạn ý thức; không có BN sốt và loạn thần.

### 3.2.4. Đặc điểm biến đổi dịch não – tủy

**Bảng 3.7. Biến đổi DNT tại các thời điểm sau khởi phát theo thể bệnh**

Dịch não – tủy	Thể bệnh			Tổng n =	p
	Thể hủy myelin	Thể hủy sợi trục	Thể khác		

	<b>n =30</b> (%)	<b>n = 8 (%)</b>	<b>n = 2 (%)</b>	<b>40(%)</b>	
<b>Hàm lượng protein ở BN mắc bệnh dưới 7 ngày (n=20)</b>					
Bình thường	1 (6,7)	1 (25,0)	1 (100)	3 (15,0)	<0,05
Tăng	14 (93,3)	3 (75,0)	0	<b>17 (85,0)</b>	
<b>Trung bình</b>	1,93±0,26	1,75±0,50	1,00±0,00	1,85±0,37	<0,05
<b>Hàm lượng protein ở BN mắc bệnh trên 7 ngày (n=20)</b>					
Bình thường	2 (14,3)	0	0	2 (10,0)	>0,05
Tăng	13 (85,7)	4 (100)	1 (100)	<b>18 (90,0)</b>	
<b>Trung bình</b>	2,07±1,94	1,07±0,75	2,09±0,00	1,88±1,75	>0,05
<b>Protein TB (g/l)</b>	1,70±1,56	0,96±0,62	1,21±1,24	<b>1,53±1,42</b>	>0,05
<b>Số lượng tế bào TB /mm<sup>3</sup></b>	3,77±7,67	1,13±1,12	4,50±0,71	<b>3,28±6,72</b>	>0,05

### 3.3. Đặc điểm biến đổi chẩn đoán điện và mối liên quan với lâm sàng của GBS

#### 3.3.1. Đặc điểm biến đổi chẩn đoán điện của GBS

- Đặc điểm chẩn đoán điện ở BN mắc bệnh dưới 7 ngày (bảng 3.8)
  - + Bất thường phân xạ H chiếm tỷ lệ 100%; bất thường về SCV chiếm 83,7%; bất thường về SNAP chiếm 70,0 % và DSL là 72,5%
  - + Bất thường về thời gian tiềm sóng F là 63,8%; bất thường DML là 53,3%
  - + Bất thường về MCV chỉ chiếm 25,0%
- Biến đổi chẩn đoán điện theo thể bệnh (bảng 3.9)
  - + Tỷ lệ BN mất đáp ứng dây thần kinh ở nhóm hủy myelin thường cao hơn so với thể hủy sợi trục.

#### 3.3.2. Mối liên quan giữa các chỉ số chẩn đoán điện với đặc điểm lâm sàng

- + Không tìm thấy mối liên quan giữa các chỉ số chẩn đoán điện với thời gian mắc bệnh (bảng 3.10) và điểm Hughes (bảng 3.12).
- + Có mối liên quan giữa biến đổi chẩn đoán điện về DML, và thời gian tiềm sóng F của dây chày với điểm sức cơ (bảng 3.11) và thời gian tiềm sóng F dây chày với điểm đau VAS (bảng 3.13)

### 3.4. Kết quả điều trị GBS bằng phương pháp thay huyết tương

#### 3.4.1. Đặc điểm chung của nhóm BN thay huyết tương

+ Trên 33 BN thay huyết tương: tuổi TB là 46,2; số lần PE TB là 4 lần; thể tích huyết tương TB/ lần thay là khoảng 2780 ml (bảng 3.14).

#### 3.4.2. Biến đổi lâm sàng của BN Guillain – Barré sau PE

##### 3.4.2.1. Biến đổi điểm lâm sàng ở BN GBS theo thời gian

- Biến đổi điểm MRC sau PE theo thời gian mắc bệnh (bảng 3.15, biểu đồ 3.6)
    - + Sau PE, theo thời gian mắc bệnh điểm sức cơ TB tăng ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 10,7 và 18,6 điểm ở nhóm mắc bệnh < 14 ngày và 5,5 và 7,7 điểm ở nhóm  $\geq 14$  ngày.
    - + Nhóm mắc bệnh < 14 ngày cải thiện điểm MRC tốt hơn nhóm mắc bệnh  $\geq 14$  ngày.
  - Biến đổi điểm ISS sau PE theo thời gian mắc bệnh (bảng 3.16, biểu đồ 3.7)
    - + Sau PE, theo thời gian mắc bệnh điểm cảm giác TB giảm ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 4,7 và 7,4 điểm ở nhóm mắc bệnh < 14 ngày và 3,2 và 4,3 điểm ở nhóm  $\geq 14$  ngày.
    - + Nhóm mắc bệnh < 14 ngày cải thiện điểm ISS tốt hơn nhóm mắc bệnh  $\geq 14$  ngày và rõ hơn ở thời điểm sau PE 1 tháng.
  - Biến đổi điểm Hughes sau PE theo thời gian mắc bệnh (bảng 3.17, biểu đồ 3.8)
    - + Sau PE, theo thời gian mắc bệnh điểm Hughes TB giảm ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 1,0 và 1,6 điểm ở nhóm mắc bệnh < 14 ngày và 0,6 và 1,0 điểm ở nhóm  $\geq 14$  ngày.
    - + Nhóm mắc bệnh < 14 ngày cải thiện điểm Hughes tốt hơn nhóm mắc bệnh  $\geq 14$  ngày sau PE và sau PE 1 tháng, ( $p > 0,05$ ).
  - Biến đổi điểm VAS sau PE theo thời gian mắc bệnh (bảng 3.18)
    - + Ngay sau PE ở cả hai nhóm điểm đau VAS TB giảm với điểm thuyên giảm, hệ số thuyên giảm là 4,29 điểm và 0,76 ở nhóm mắc bệnh < 14 ngày; 4,0 điểm và 0,73 ở nhóm  $\geq 14$  ngày ( $p < 0,01$ ).
- ##### 3.4.2.2. Biến đổi điểm lâm sàng ở BN GBS theo thể bệnh
- Biến đổi điểm MRC sau PE theo thể bệnh (bảng 3.19, biểu đồ 3.9)

+ Sau PE, theo thể bệnh điểm sức cơ TB tăng ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 8,8 và 14,0 điểm ở nhóm hủy myelin ( $p<0,01$ ), 10,6 và 17,7 điểm ở nhóm hủy sợi trục ( $p<0,05$ ).

• Biến đổi điểm ISS sau PE theo thể bệnh (bảng 3.20, biểu đồ 3.10)

+ Sau PE, theo thể bệnh điểm ISS TB giảm ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 4,5 và 6,7 điểm ở nhóm hủy myelin ( $p<0,01$ ), 3,3 và 4,8 điểm ở nhóm hủy sợi trục ( $p>0,05$ ).

+ Nhóm hủy myelin cải thiện điểm ISS tốt hơn nhóm hủy sợi trục nhưng sự khác biệt là chưa có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

• Biến đổi điểm Hughes sau PE theo thể bệnh (bảng 3.21, biểu đồ 3.11)

+ Sau PE, theo thể bệnh điểm Hughes TB giảm ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 0,9 và 1,3 điểm ở nhóm hủy myelin ( $p<0,01$ ), 0,9 và 2,0 điểm ở nhóm hủy sợi trục ( $p<0,05$ ). Mức độ cải thiện điểm Hughes là tương đương nhau giữa hai thể bệnh.

**Bảng 3.22. Mức độ thuyên giảm điểm lâm sàng sau PE**

		Điểm sức cơ		Điểm cảm giác		Điểm Hughes		Điểm đau
		Sau PE	Sau 1 tháng	Sau PE	Sau 1 tháng	Sau PE	Sau 1 tháng	Sau PE
Mức độ thuyên giảm bệnh	Rất tốt n (%)	2 (6,1)	10 (30,3)	12 (36,4)	18 (54,5)	8 (24,2)	13 (39,4)	19 (95,0)
	Tốt n (%)	9 (27,3)	13 (39,4)	7 (21,2)	5 (15,2)	7 (21,2)	4 (12,1)	0
	Trung bình n (%)	9 (27,3)	4 (12,1)	7 (21,2)	4 (12,1)	7 (21,2)	10 (30,3)	1 (5,0)
	Kém n (%)	13 (39,4)	6 (18,2)	7 (21,2)	6 (18,2)	11 (33,3)	6 (18,2)	0

### 3.4.3. Biến đổi cận lâm sàng của bệnh nhân GBS sau PE

#### 3.4.3.1. Biến đổi về dịch não tủy sau thay huyết tương

+ Sau PE, theo thời gian mắc bệnh và thể bệnh hàm lượng protein TB giảm đi nhưng chỉ thấy rõ tại thời điểm sau 1 tháng theo dõi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) (bảng 3.23)

### **3.4.3.2. Biến đổi về dẫn truyền thần kinh sau thay huyết tương**

+ Sau PE và sau 1 tháng tỷ lệ % số BN có DML và MCV trở về BT tăng lên trong khi tỷ lệ % số BN có DML và MCV giảm đi. Chỉ có DML dây giữa và MCV dây giữa thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.24).

+ Sau PE và sau 1 tháng, tỷ lệ % số BN có SCV trở về BT tăng lên trong khi tỷ lệ % số BN có SCV bất thường giảm đi. Chỉ có SCV dây trụ và dây hiển ngoài thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) (bảng 3.25).

+ Sau PE và sau 1 tháng tỷ lệ % số BN có thời gian tiềm sóng F và phản xạ H trở về BT tăng lên trong khi tỷ lệ % số BN có thời gian tiềm sóng F và phản xạ H bất thường giảm đi. Chỉ có thời gian tiềm sóng F dây giữa, dây trụ thay đổi có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) (bảng 3.26).

### **3.4.3.3. Biến đổi về cận lâm sàng và dấu hiệu khác sau PE**

• Biến đổi về các dấu hiệu sinh tồn cơ bản sau PE (bảng 3.27)

+ Mạch, nhiệt độ, huyết áp TB trước và sau PE thay đổi không có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ .

• Biến đổi về xét nghiệm máu sau PE (bảng 3.28)

+ Số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, huyết cầu tố TB sau đợt PE đều giảm so với trước PE, ngược lại số lượng TB bạch cầu lại tăng lên, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ); Tiểu cầu và chức năng đông chảy máu thay đổi trước và sau PE không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ); Glucose máu, creatinin, và protein máu giảm so với trước PE ( $p < 0,05$ ); Điện giải đồ và các chỉ số sinh hóa khác sau PE thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p > 0,05$ ).

### **3.4.4. Biến chứng của thay huyết tương**

+ Có 26,3% BN có biến chứng, hay gặp khi thay lần đầu (18,0%) (biểu đồ 3.12).

+ Dị ứng gặp nhiều nhất (61,1%), rối loạn nhịp tim (10,3%). Không có chảy máu, nhiễm khuẩn huyết, tử vong trong quá trình PE (bảng 3.29).



## Chương 4 BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

#### 4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

NC của chúng tôi cho thấy: bệnh gặp ở hầu hết các lứa tuổi, TB là  $47,3 \pm 15,4$  tuổi. Nhóm từ 60 đến 69 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất (24,4%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,15/1. Kết quả này có đôi chút khác biệt khi so sánh với các tác giả khác trên thế giới, đặc biệt là về tỷ lệ nam/ nữ trong NC này cao hơn hẳn. Ở khu vực Châu Á, tuổi khởi phát của BN GBS có xu hướng thấp hơn. Cheng BC ở phía Nam Đài Loan: tuổi TB đối với nam là 42,8 tuổi và đối với nữ là 37,3 tuổi. Lý Thị Kim Lài nhận thấy tuổi TB là 39,5; đối với nam là 35,7 và nữ là 46,9 tuổi.

#### 4.1.2. Đặc điểm về nơi cư trú

#### 4.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Bệnh mắc quanh năm nhưng tỷ lệ gặp cao hơn vào tháng 4 (17,1%). NC của Chen Y cho thấy, nguy cơ mắc phải GBS cao nhất đối với người trẻ (dưới 40 tuổi) là vào tháng 4 và đối với người già là tháng 5. Còn theo Chroni E thì GBS mắc quanh năm, với đỉnh mắc bệnh vào tháng 4, thấp nhất vào tháng 10. Như vậy kết quả NC của chúng tôi tương tự khi so sánh với các tác giả trên.

### 4.2. Đặc điểm lâm sàng của GBS

#### 4.2.1. Các yếu tố tiền nhiễm

Có 51,2% số BN có yếu tố tiền nhiễm trước khởi phát bệnh, viêm mũi họng là hay gặp nhất (40,0%). Kết quả này là tương tự khi so sánh với Chroni E (50%), Peric S (58%) trong đó 30% là nhiễm trùng đường hô hấp, nhưng có thấp hơn so với NC của Blum S (75,5%), Sipila JO (79,7%). Còn theo Kalita J, sốt không rõ nguồn gốc là yếu tố tiền nhiễm phổ biến nhất (22,3%), sau đó là đau họng (20,7%), tiêu chảy (19,4%). Mặc dù có đôi chút khác biệt về tỷ lệ % các BN có yếu tố tiền nhiễm trước khởi phát bệnh so với các tác giả khác nhưng cơ bản thống nhất rằng: nhiễm khuẩn hô hấp và tiêu hóa là hai yếu tố tiền nhiễm hay gặp nhất trước khởi phát GBS.

#### 4.2.2. Đặc điểm phân loại thể bệnh

Về phân loại thể bệnh, thể hủy myelin chiếm 73,2%, thể hủy sợi trục chiếm 19,5%, thể khác chiếm 7,3%. Theo Blum S BN thể hủy myelin chiếm 70,5%, AMAN và AMSAN chiếm 11,4%, thể khác là 18%. Kalita J, thể hủy myelin chiếm 73,8%, AMAN chiếm 13,4%, AMSAN chiếm 4,6%. Phan ThịGIN, 87,1%) là thể thể hủy myelin, 4 (12,9%) thể bệnh thần kinh sợi trục vận động cấp. Khác với các NC trên, các báo cáo từ Trung Quốc, Nhật Bản cho thấy phần lớn (65%) các BN là AMAN. Sự khác biệt trên có lẽ là do cơ chế sinh bệnh học trong các quần thể là khác nhau cùng với sự tiếp xúc giữa các cá thể với các yếu tố tiền nhiễm là khác nhau.

#### 4.2.3. Đặc điểm lâm sàng GBS

BN khởi đầu bằng triệu chứng cảm giác là hay gặp nhất (41,5%), sau đó là vận động (29,3%), đau và bất thường về dây thần kinh sọ (14,6%). Khởi phát cấp tính (85,4%), với kiểu khởi phát lan lên (60,9%). Về vấn đề này, kết quả của chúng tôi tương tự như Cheng B.C khi cho rằng: tê bì và yếu chi là hai triệu chứng khởi phát hay gặp nhất sau đó là các triệu chứng rối loạn chức năng hành não, đau đầu, rối loạn điều phối, đau cơ, chóng mặt và nhìn mờ. Về kiểu khởi phát, Markoula S và cs nhận thấy có 40,9% có kiểu lan lên, 15,9% có kiểu lan xuống và 43,2% bị đồng thời cả tứ chi. Trong giai đoạn tiến triển yếu chi có ở 97,6%, yếu cơ ưu thế ở gốc chi (67,5%), đối xứng hai bên (100%); đa số các trường hợp yếu sức cơ ở chân nặng hơn ở tay (55,0%), điểm sức cơ TB là  $37,1 \pm 11,2$  điểm, thể hủy sợi trục liệt nặng hơn thể hủy myelin. Khi so sánh về đặc điểm triệu chứng yếu cơ chúng tôi nhận thấy có nhiều điểm tương đồng với tác giả khác trên thế giới. Có 97,6% số BN có rối loạn phản xạ. Đa số các NC đều cho thấy lúc nhập viện tỷ lệ BN có giảm và mất phản xạ chiếm trên 70% số BN thậm chí theo Kaur U tỷ lệ này là 98,2%. Tình trạng tăng phản xạ gân xương cũng đã được một số tác giả nhắc tới (Kuwabara S, 1999..) nhưng trong NC của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào. Chưa có nhiều tác giả lượng hóa các dấu hiệu cảm giác để đánh giá và theo dõi hiệu quả sau can

thiệt điều trị. NC của chúng tôi cho thấy, có 92,7% BN có các bất thường về cảm giác, với điểm ISS TB là 11,7 điểm. Đau khá phổ biến (63,4%), hay gặp nhất là đau chi (62,1%). Điểm VAS TB ở các BN thể hủy myelin cao hơn so với thể sợi trục. Đau hầu như chưa được các quan tâm dung mức đặc biệt là các BN phải điều trị tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt.

Liệt dây thần kinh sọ não chiếm tỷ lệ 53,6%. Theo Chroni E, liệt mặt là 19,0%, liệt nhiều dây thần kinh sọ 19,0%. Rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ 65,9%. Sedano M.J, BN có triệu chứng rối loạn tự động chiếm tỷ lệ 48%. Dourado M.E thì rối loạn tự động được chẩn đoán ở 45,6% số BN, thể hủy myelin có rối loạn tự động cao hơn (48,7%) so với thể hủy sợi trục (33,3%). Tỷ lệ BN có suy hô hấp là 9,8%. So với các NC trước đây (khoảng 40%) và NC của Nguyễn Công Tấn (37,8%) kết quả của chúng tôi có thấp hơn có lẽ đây chính là đặc thù của các BN trong NC của chúng tôi.

#### **4.2.4. Đặc điểm biến đổi dịch não tủy trong GBS**

Chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ % số BN, hàm lượng protein TB và tình trạng phân ly protein – tế bào trong DNT tăng ngay trong những ngày đầu của bệnh (dưới 7 ngày) tương tự như các BN mắc bệnh trên 7 ngày. Hàm lượng protein TB ở nhóm hủy myelin ( $1,70 \pm 1,56$  g/l) tăng cao hơn nhóm hủy sợi trục ( $0,96 \pm 0,62$  g/l),  $p > 0,05$ . Số lượng tế bào TB là  $3,28$  tế bào bạch cầu /  $\text{mm}^3$ , cao nhất là  $28$  tế bào/ $\text{mm}^3$ . Theo Markaula S, có sự phân ly protein – tế bào với mức tăng protein TB là  $113,5$ mg/l và số lượng tế bào bạch cầu TB là  $3,1$ / $\text{mm}^3$ . Phan Thị Gin, hàm lượng protein trong DNT tăng trong đa số các trường hợp (93,6%).

### **4.3. Biến đổi chẩn đoán điện và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng của hội chứng Guillain – Barré**

#### **4.3.1. Đặc điểm biến đổi chẩn đoán điện của hội chứng Guillain – Barré**

Về đặc điểm biến đổi chẩn đoán điện, kết quả NC của chúng tôi là tương tự khi so sánh với Gordon P.H khi cho rằng: trong tuần đầu của bệnh: mất phản xạ H là 97%, biên độ cảm giác chi trên giảm hoặc mất là 61%, bất thường về sóng F ít nhất một dây thần kinh là 84%, giảm

biên độ vận động 71%, kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi là 65%, phát tán theo thời gian là 52%, nghẽn dẫn truyền vận động là 13%. Còn ở giai đoạn rất sớm ( $\leq 4$  ngày), Alberti M.A, thấy rằng: có 83% số BN có bất thường trên dẫn truyền vận động, trong đó kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi là phổ biến nhất (55% số BN). Các bất thường về đáp ứng muộn được ghi nhận ở 14 BN (77%). Có 44% bất thường trên chẩn đoán điện của các dây thần kinh sọ não, và chỉ có 23% số BN có bất thường về tốc độ dẫn truyền vận động.

#### **4.3.2. Mối liên quan giữa chẩn đoán điện với đặc điểm lâm sàng của hội chứng Guillain – Barré**

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy, không có mối liên quan giữa biến đổi chẩn đoán điện về thời gian tiềm vận động ngoại vi, tốc độ dẫn truyền vận động, thời gian tiềm sóng F và tốc độ dẫn truyền cảm giác của các dây thần kinh giữa, trụ, chày, mạc nông, hiển ngoài với thời gian mắc bệnh và điểm Hughes. Nhưng chúng tôi lại tìm thấy có mối liên quan giữa các biến đổi trên với điểm sức cơ và thời gian tiềm sóng F dây chày với điểm đau VAS. Như vậy, mặc dù có tìm thấy chút khác biệt trên từng dây thần kinh cụ thể nhưng về cơ bản sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do số lượng BN chưa đủ lớn, và các dây thần kinh khảo sát chưa mang tính đại diện vì chúng tôi chỉ chọn thống nhất trên một số dây thần kinh đã được xác định.

#### **4.4. Kết quả điều trị hội chứng Guillain - Barré bằng phương pháp thay huyết tương**

##### **4.4.1. Đặc điểm chung của nhóm BN thay huyết tương**

##### **4.4.2 Biến đổi điểm lâm sàng của BN Guillain – Barré sau thay huyết tương**

##### **4.4.2.1. Biến đổi điểm lâm sàng của BN hội chứng Guillain - Barré theo thời gian mắc bệnh**

Theo thời gian mắc bệnh, ở cả hai nhóm tại các thời điểm sau PE đều có sự cải thiện tốt điểm sức cơ ( $p < 0,01$ ), nhóm mắc bệnh  $\leq 14$  ngày cải thiện tốt hơn nhóm  $> 14$  ngày. Khi đánh giá về hiệu quả của phương pháp lọc kép, Chen W.H cho thấy: sau 4 tuần điều trị điểm sức cơ TB

tăng từ 36,1 lên 50 điểm (tăng 13,8 điểm), điểm tàn tật TB giảm 1,6 điểm. Còn theo McKhann G.M, thời gian TB để cải thiện 1 điểm khác biệt là khoảng 3 tuần. Nguyễn Công Tấn, tỷ lệ cải thiện điểm sức cơ ở nhóm PE sớm cao hơn ở nhóm PE muộn, ngược lại điểm Hughes giảm hơn ở nhóm PE sớm so với nhóm PE muộn, có mối liên quan giữa thời điểm PE với điểm sức cơ ( $p < 0,05$ ). Tương tự, với điểm ISS ở cả hai nhóm đều có sự cải thiện nhưng tại thời điểm sau PE 1 tháng sự cải thiện mới có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Về biến đổi điểm Hughes, chúng tôi nhận thấy sau PE điểm Hughes giảm rõ rệt và sự cải thiện ở cả hai nhóm là tương tự nhau ( $p > 0,05$ ). Theo Nguyễn Công Tấn, tỷ lệ và mức độ cải thiện ở nhóm dưới 14 ngày (76%) cao hơn nhóm trên 14 ngày (50%), tỷ lệ đáp ứng với PE đánh giá theo thang điểm Hughes là 69,7%. Nhóm được PE sớm cải thiện điểm Hughes cao hơn so với nhóm PE muộn, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Như vậy kết quả NC của chúng tôi là tương tự khi so sánh với tác giả trên.

Về biến đổi điểm đau VAS, chúng tôi nhận thấy sau PE điểm đau VAS giảm rõ rệt, các BN gần như hết đau sau đợt PE. Như vậy, theo thời gian mắc bệnh tại các thời điểm theo dõi, PE giúp cải thiện có ý nghĩa về điểm sức cơ, điểm ISS, điểm Hughes, điểm đau VAS. Trong đó, cải thiện rõ nhất là điểm đau VAS sau đó đến điểm sức cơ, điểm ISS và sau cùng là điểm Hughes. BN mắc bệnh dưới 14 ngày cải thiện điểm sức cơ, điểm ISS tốt hơn so với BN mắc bệnh trên 14 ngày.

#### **4.4.2.2. Biến đổi điểm lâm sàng của BN hội chứng Guillain - Barré theo thể bệnh**

Theo thể bệnh, tại các thời điểm theo dõi, PE giúp cải thiện có ý nghĩa về điểm sức cơ, điểm ISS, điểm Hughes. Mức độ cải thiện điểm LS là tương tự nhau giữa hai thể hủy myelin và hủy sợi trục. Nguyễn Công Tấn, tỷ lệ cải thiện mức độ mất khả năng vận động sau đợt PE ở nhóm tổn thương sợi trục kém hơn so với các nhóm khác. Trên thế giới, các NC cho rằng: tuổi, tiền sử tiêu chảy, bệnh tiến triển nhanh, tổn thương sợi trục nặng tiên lượng hồi phục kém hơn mặc dù được PE

sớm. Như vậy, kết quả NC của chúng tôi có chút khác biệt với so với các tác giả trên. PE cho kết quả cải thiện điểm sức cơ tốt tương đương giữa hai thể.

Đánh giá mức độ thuyên giảm LS qua các thang điểm sau PE cho thấy: trên cả bốn tiêu chí đánh giá là điểm sức cơ, điểm ISS, điểm Hughes, điểm đau VAS các BN có mức độ thuyên giảm từ tốt đến rất tốt sau PE một tháng đều chiếm tỷ lệ trên 50% số BN, trong đó điểm đau VAS có mức độ thuyên giảm cao nhất (95,0%), sau đó là điểm sức cơ và điểm ISS (69,7%) và điểm Hughes là 51,5%. Điều này cho thấy rằng PE đã giúp cải thiện tốt điểm LS ngay sau đợt PE nhưng sẽ là rõ ràng hơn sau theo dõi một tháng.

#### **4.4.3. Biến đổi cận lâm sàng của BN hội chứng Guillain - Barré sau PE**

Sau PE tại các thời điểm, hàm lượng protein TB trong DNT chỉ giảm dần và giảm rõ hơn tại thời điểm sau PE một tháng, nhưng các giá trị này vẫn chưa về giá trị bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ); nhóm BN mắc bệnh trên 14 ngày tại các thời điểm sau PE sự thay đổi là không đáng kể. Theo thể bệnh, ở cả hai nhóm hủy myelin và sợi trục đều cho thấy hàm lượng protein DNT chỉ giảm rõ hơn tại thời điểm một tháng sau PE ( $p > 0,05$ ). Như vậy có thể nói rằng hàm lượng protein DNT ở các BN hội chứng Guillain - Barré sau PE giảm chậm hơn so với mức độ hồi phục LS và dường như không ảnh hưởng đến lượng bệnh. Tương tự như các biến đổi về DNT và biến đổi về điện thần kinh cơ sau PE là tương đối chậm, chưa rõ ràng và không tương đồng với mức độ hồi phục trên LS. Sự cải thiện rõ nhất trên EMG là thời gian tiềm vận động ngoại vi, tốc độ dẫn truyền vận động dây giữa đối với dẫn truyền vận động; tốc độ dẫn truyền cảm giác dây trụ, hiển ngoài đối với dẫn truyền cảm giác; thời gian tiềm sóng F dây giữa, trụ đối với các đáp ứng muộn.

Sau PE sự biến đổi các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ và huyết áp TB là không đáng kể và hầu như BN sau PE không có bất kỳ sự khó chịu nào từ sự biến đổi các dấu hiệu sinh tồn gây ra, một số ít

BN có tăng thân nhiệt sau PE nhưng cũng không phải xử trí gì. Kết quả này tương tự như NC của Nguyễn Công Tấn.

Về công thức máu, chúng tôi nhận thấy các chỉ số về số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, huyết cầu tố TB sau đợt PE đều giảm so với trước PE, ngược lại số lượng bạch cầu TB tăng so với trước PE, ( $p < 0,05$ ). Điều này có đôi chút khác biệt khi so sánh với Nguyễn Công Tấn, khi cho rằng các thay đổi về hồng cầu, hemoglobin, hematocrit tại các thời điểm xét nghiệm trước, ngay sau và sau 6 tiếng PE không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt này là do trong NC của chúng tôi việc đánh giá các xét nghiệm máu được thực hiện khi BN kết thúc cả đợt PE, trong khi đó Nguyễn Công Tấn đánh sự biến đổi này ngay sau mỗi lần PE, và số lượng bạch cầu TB ở đây tăng có thể liên quan đến các phản ứng của cơ thể đối với các chất bảo quản của hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể và dịch thay thế mà cụ thể ở đây là huyết tương tươi đông lạnh. Hàm lượng glucose, creatinin, và protein máu giảm có ý nghĩa sau đợt PE ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, cũng như các xét nghiệm khác sự thay đổi này vẫn nằm trong giới hạn cho phép và không phải can thiệp điều trị gì.

#### **4.4.4. Biến chứng của thay huyết tương**

Trên tổng số 133 lượt PE tỷ lệ có biến chứng chiếm 26,3%, hầu hết các biến chứng xảy ra ở lần đầu tiên khi PE nhưng ở những lần tiếp theo tỷ lệ các biến chứng giảm đi rõ rệt chỉ còn khoảng 5,2%. Ban dị ứng là biến chứng hay gặp nhất (61,1%), không có các biến chứng nặng ảnh hưởng đến tính mạng BN. Mokrzycki M.H, tỷ lệ có biến chứng là 9,7%, các biến chứng hay gặp gồm: mày đay, dị cảm, buồn nôn, chóng mặt và chuột rút. Gajjar M.D, có 62% BN không có bất kể biến chứng gì. Các biến chứng nhẹ thường gặp nhất có liên quan đến nhiễm độc citrat chiếm tỷ lệ 21%, các phản ứng dị ứng hoặc sốt do dịch thay thế chiếm 7% các BN. Nguyễn Công Tấn NC về PE nhận thấy không có biến chứng đáng kể nào liên quan đến quá trình đặt ống thông, không gặp hiện tượng tắc màng tách huyết tương do đã được sử dụng thuốc chống đông.

## KẾT LUẬN

Qua NC đặc điểm LS, chẩn đoán điện trên 41 BN GBS nhập viện từ 5/2009 đến 5/2015 trong đó có 33 BN được PE chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### 1. Đặc điểm LS, biến đổi dịch não – tủy của hội chứng Guillain-Barré

- Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở độ tuổi từ 60 đến 69 (24,4%); TB là  $47,3 \pm 15,4$  tuổi.

- Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 2,15/1.

- Bệnh mắc quanh năm với tỷ lệ mắc cao nhất vào tháng tư (17,1%).

- Bệnh khởi phát cấp tính (85,4%), chủ yếu diễn biến theo kiểu lan lên (60,9%), trong đó thể hủy myelin là chủ yếu (73,2%) với 51,2% các trường hợp có yếu tố tiền nhiễm trước khởi phát bệnh.

- Triệu chứng khởi đầu hay gặp nhất là các bất thường về cảm giác (41,5%), vận động (29,3%), dây thần kinh sọ não và triệu chứng đau (14,6%).

- Giai đoạn toàn phát hầu hết BN có yếu sức cơ (97,6%), rối loạn cảm giác (92,7%), giảm và mất phản xạ gân xương (97,5%) với tính chất đối xứng hai bên (100%); đa số trường hợp có yếu sức cơ chân nặng hơn tay (55,0%); thể hủy sợi trục liệt nặng hơn so với thể hủy myelin; triệu chứng đau, liệt dây thần kinh sọ não và rối loạn thần kinh thực vật gặp ở trên 50% số BN; suy hô hấp chỉ chiếm 9,8%.

- Hàm lượng protein trong DNT tăng cao sớm và không phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh; thể hủy myelin có hàm lượng protein TB cao hơn so với thể hủy sợi trục.

### 2. Những thay đổi trong chẩn đoán điện và mối liên quan với LS hội chứng Guillain - Barré

- Bất thường sớm trên chẩn đoán điện ở BN mắc bệnh dưới 7 ngày hay gặp nhất là mất phản xạ H (100%), bất thường về tốc độ dẫn truyền cảm giác (83,7%), thời gian tiềm sóng F (68,3%), biên độ vận động (56,6%), và bất thường về thời gian tiềm vận động ngoại vi là 53,3%; bất thường về tốc độ dẫn truyền vận động chiếm 25,0%.



- Hầu hết các chỉ số trên chẩn đoán điện đều không tìm thấy có mối liên quan với các biểu hiện LS, điểm sức cơ, điểm Hughes, điểm đau VAS, thời gian mắc bệnh và thể bệnh. Ngoại trừ, thời gian tiềm vận động ngoại vi, thời gian tiềm sóng F dây chày với điểm sức cơ và thời gian tiềm sóng F dây chày với điểm đau VAS.

### **3. Hiệu quả của PE trong điều trị hội chứng Guillain - Barré**

- Sau PE, thuyên giảm triệu chứng ở mức rất tốt và tốt theo thang điểm sức cơ là 33,4%, điểm cảm giác là 57,6%, điểm tàn tật Hughes là 45,5% và điểm đau VAS là 95,0%; sau một tháng mức thuyên giảm tiếp tục tăng lên rõ rệt.

- Theo thời gian mắc bệnh và thể bệnh, cả hai nhóm đều có sự cải thiện tốt điểm sức cơ, điểm cảm giác, điểm tàn tật Hughes và điểm đau VAS; nhóm mắc bệnh dưới 14 ngày cải thiện nhanh và rõ điểm sức cơ, điểm cảm giác hơn so với nhóm mắc bệnh trên 14 ngày; nhóm hủy myelin và nhóm hủy sợi trục có sự cải thiện tương tự nhau.

- Thay đổi chỉ số chẩn đoán điện sau PE là chậm, không tương đồng với mức độ hồi phục trên LS. Cải thiện rõ nhất là thời gian tiềm vận động ngoại vi, tốc độ dẫn truyền vận động dây giữa đối với dẫn truyền vận động; tốc độ dẫn truyền cảm giác dây trụ, hiển ngoài đối với dẫn truyền cảm giác; thời gian tiềm sóng F dây giữa, trụ đối với các đáp ứng muộn.

- Thay đổi về chỉ số sinh tồn, xét nghiệm máu trước và sau đợt PE là không đáng kể; có 26,3% số BN có biến chứng và hầu hết xảy ra trong lần thứ nhất khi tiến hành kỹ thuật, hay gặp nhất là ban dị ứng (61,1%), các biến chứng khác thường là nhẹ không ảnh hưởng đến tính mạng BN.

## KIẾN NGHỊ

1. Những thay đổi trên chẩn đoán điện trong giai đoạn sớm trong NC này cần được xem xét như các tiêu chuẩn ủng hộ chẩn đoán bệnh khi LS dịch não tủy chưa điển hình.

2. PE có hiệu quả tốt, an toàn nhưng vẫn nên được tiến hành tại các bệnh viện có đơn vị hồi sức tích cực hoặc cấp cứu Thần kinh với đầy đủ các trang thiết bị theo dõi và cấp cứu khi diễn biến bệnh trở nặng.

3. Tiếp tục NC hiệu quả và tính an toàn của PE trên các BN hội chứng Guillain - Barré tiến triển bán cấp tính nhằm mở rộng chỉ định và đem lại lợi ích tốt nhất cho BN.

## **DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Minh Đức (2010), “Nhân 3 trường hợp hội chứng Guillain – Barré được điều trị thành công tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, số 5 – số đặc biệt 12, tr. 61–67.
2. Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Văn Chương (2016), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên 41 bệnh nhân hội chứng Guillain – Barré được chẩn đoán tại khoa thần kinh viện 108”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, số đặc biệt 9, tr. 284 – 293.
3. Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Văn Chương (2016), “Hiệu quả của phương pháp thay huyết tương trong điều trị hội chứng Guillain – Barré”, *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, số đặc biệt 9, tr. 115-123.