

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN ĐIỆN GIAI ĐOẠN SỚM BỆNH VIÊM ĐA RỄ VÀ DÂY THẦN KINH CẤP TÍNH

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

Phan Tiến Lộc<sup>1</sup>

Nguyễn Văn Liệu<sup>2</sup>

Võ Hồng Khôi<sup>1</sup>

Trần Anh Tuấn<sup>3</sup>

1 Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

2 Đại học Y Hà Nội

3 Trung tâm điện quang,

Bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và các biến đổi sớm trên bản ghi chẩn đoán điện ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré (GBS).

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 40 bệnh nhân được chẩn đoán xác định GBS khởi phát bệnh trong 7 ngày đầu. Lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán khi ra viện là GBS và được làm chẩn đoán điện cơ trong tuần đầu tiên của bệnh.

**Kết quả:** Một số triệu chứng lâm sàng thường gặp: Rối loạn cảm giác chủ quan (77,5%) ( $p < 0,05$ ), liệt vận động đối xứng cả hai bên (75%); giảm và mất phản xạ gân xương 77,5%, kèm liệt các dây thần kinh sọ não 32,5%. Dịch não tủy phân ly protein- tế bào. Phản xạ H bất thường xuất hiện ở 37/40 bệnh nhân (92,5%), trong đó có 31 bệnh nhân (77,5%) mất phản xạ H. Sóng F bất thường được ghi nhận ở 29/40 bệnh nhân (72,5%). Về đặc điểm dẫn truyền thần kinh vận động: có 13 bệnh nhân (32,5%) kéo dài thời gian tiềm vận động ngoại vi ở trên 2 dây thần kinh, 7 bệnh nhân (17,5%) giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động dưới 70% so với giá trị bình thường ở trên 2 dây thần kinh. 11 bệnh nhân (27,5%) có bản ghi điện cơ bình thường, chỉ có duy nhất bất thường phản xạ H được phát hiện.

**Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của GBS là biểu hiện liệt mềm ngoại biên đối xứng hai bên, với liệt các dây thần kinh sọ não và phân ly protein- tế bào xảy ra cấp tính. Bất thường phản xạ H và sóng F là 2 dấu hiệu chẩn đoán nhạy nhất trên bản ghi điện - thần kinh đối với bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm.

**Từ khóa:** Hội chứng Guillain - Barré, chẩn đoán điện cơ.

**Tác giả chịu trách nhiệm:**

Nguyễn Văn Tuấn

Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

Email: [ngtuan21965@gmail.com](mailto:ngtuan21965@gmail.com)

**Ngày nhận bài:** 18/03/2021

**Ngày phản biện:** 28/03/2021

**Ngày chấp nhận đăng:** 02/04/2021

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính (Hội chứng Guillain – Barré) là nguyên nhân hàng

đầu gây liệt chi kiểu ngoại vi cấp tính tiến triển, với tỷ lệ mắc hàng năm trên thế giới từ 1,1 đến 1,8 / 100.000 người [1]. Chẩn đoán và điều trị

sớm đóng vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị của bệnh nhân. Triệu chứng lâm sàng sớm thường không điển hình, nghèo nàn như tê bì, dị cảm, đau tay chân... bệnh biểu hiện rõ hơn khi có yếu vận động và liệt các dây thần kinh sọ não. Chẩn đoán điện cơ là xét nghiệm hỗ trợ quan trọng nhất trong xác định chẩn đoán. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra có một số lượng lớn bệnh nhân không có sự thay đổi khi nghiên cứu dẫn truyền thần kinh ngoại vi tứ chi trong tuần đầu của bệnh, nhưng lại có những biến đổi của những đáp ứng muộn như sóng F và phản xạ H, rất có giá trị trong chẩn đoán sớm hội chứng Guillain – Barré [2]. Ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu về sự biến đổi trong bản ghi điện - thần kinh ở bệnh nhân Guillain - Barré nói chung, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào nhóm bệnh nhân Guillain - Barré trong giai đoạn sớm và vai trò của những đáp ứng muộn trên bản ghi điện - thần kinh của những bệnh nhân này.

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và các biến đổi sớm trên chẩn đoán điện ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành lựa chọn 40 bệnh nhân vào điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán ra viện là Hội chứng Guillain - Barré. Tiêu chuẩn lựa chọn các bệnh nhân đến trong vòng 7 ngày kể từ khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh và được làm chẩn đoán điện - thần kinh trong giai đoạn này.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thực hiện chẩn đoán điện thần kinh. Các kết quả đo của bệnh nhân được so sánh với hằng số sinh học bình thường

của người Việt Nam trưởng thành theo Võ Đôn và cộng sự [3]. Bệnh nhân được kết luận có những biến đổi điện cơ phù hợp với hội chứng Guillain - Barré nếu thời gian tiềm vận động ngoại vi kéo dài (>150% của giới hạn trên trị số bình thường), giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh ngoại vi (<70% của giới hạn dưới trị số bình thường), thời gian tiềm sóng F kéo dài (>150% của giới hạn trên trị số bình thường), giảm biên độ đáp ứng của điện thế vận động hoặc có hiện tượng nghẽn dẫn truyền hoặc phát tán theo thời gian ở ít nhất 2 dây thần kinh.

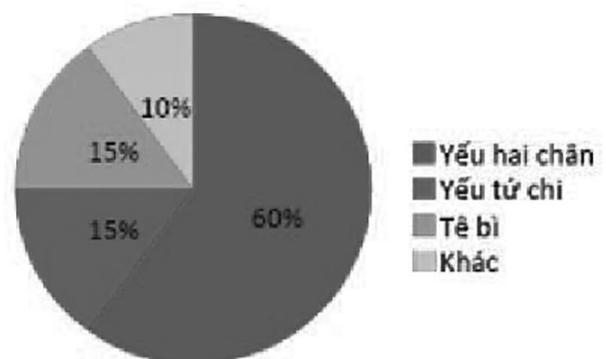
Tất cả bệnh nhân đều được tiến hành các xét nghiệm cơ bản bao gồm: công thức máu ngoại vi, đông máu cơ bản, điện giải đồ, men gan, men thận, chức năng thận. Tất cả đều được xét nghiệm dịch não – tủy trong vòng 7 ngày đầu của bệnh.

Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS16.0, sử dụng các thuật toán: trung bình mẫu, so sánh hai trung bình (sử dụng phép thử T test), so sánh hai tỷ lệ (phương pháp thử X2).

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Trên tổng số 40 bệnh nhân, có 21 nam (52,5%) và 19 nữ(47,5%), có độ tuổi trung bình là 38,2, phần lớn (95%) bệnh nhân dưới 60 tuổi.



**Biểu đồ 1. Lý do vào viện**

Hầu hết bệnh nhân đến viện khi đã có

triệu chứng lâm sàng như: 24 bệnh nhân (60%) yếu hai chân, 6 bệnh nhân (15%) yếu tứ chi, chỉ 6 bệnh nhân (15%) đến viện vì tê bì chân tay. Có

4 bệnh nhân (10%) vào viện vì lý do khác như sụp mi, nhìn đôi, lệch miệng, mắt nhắm không kín (thể Miller Fisher).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và dịch não tủy**

| Triệu chứng                        |                             | Số trường hợp (N=30) | Tỷ lệ % |
|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------|
| <b>Vận động</b>                    | Không liệt vận động         | 10                   | 25      |
|                                    | Liệt ưu thế ngón chi        | 5                    | 12,5    |
|                                    | Liệt ưu thế gốc chi         | 25                   | 62,5    |
| <b>Phản xạ gân xương</b>           | Giảm, mất phản xạ gân xương | 31                   | 77,5    |
|                                    | Bình thường                 | 9                    | 22,5    |
| <b>Cảm giác</b>                    | Không rối loạn              | 9                    | 22,5    |
|                                    | Tê bì, kiến bò              | 29                   | 72,5    |
|                                    | Đau nhức cơ khớp            | 2                    | 5       |
|                                    | Rối loạn cảm giác nông      | 29                   | 72,5    |
|                                    | Rối loạn cảm giác sâu       | 7                    | 17,5    |
| <b>Thần kinh sọ</b>                | Không liệt                  | 27                   | 67,5    |
|                                    | Có liệt                     | 13                   | 32,5    |
| <b>Rối loạn thần kinh thực vật</b> |                             | 16                   | 40      |
| <b>Triệu chứng hô hấp</b>          | Không khó thở               | 32                   | 80      |
|                                    | Khó thở nhẹ                 | 5                    | 12,5    |
|                                    | Suy hô hấp                  | 3                    | 7,5     |
| <b>Dịch não tủy</b>                | Phân ly protein- tế bào     | 26                   | 65      |
|                                    | Không phân ly               | 14                   | 35      |

Trong tuần đầu bị bệnh có 30 bệnh nhân có liệt vận động đối xứng cả hai bên (75%); giảm và mất phản xạ gân xương 77,5%, rối loạn cảm giác 77,5%, trong đó rối loạn cảm giác nông 72,5%, liệt dây thần kinh sọ não 67,5%

(11 bệnh nhân có liệt dây thần kinh VII hai bên: 27,5%). Tuy gặp rối loạn hô hấp ít nhưng đây là dấu hiệu nặng (20%). Đa phần dịch não tủy có phân ly protein- tế bào (65%)

### 3.2. Đặc điểm chẩn đoán điện - thần kinh

#### 3.2.1. Đặc điểm dẫn truyền vận động và cảm giác

**Bảng 2. Đặc điểm dẫn truyền thần kinh vận động**

| Thông số   |           | Số trường hợp (N=30) | Tỷ lệ % |
|--|-----------|----------------------|---------|
| <b>Kéo dài thời gian tiềm vận động</b>           | Một dây   | 5                    | 12,5    |
|  | Nhiều dây | 13                   | 32,5    |
|  | Tổng giảm | 18                   | 45,0    |
| <b>Giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh vận động</b> | Một dây   | 3                    | 7,5     |
|  | Nhiều dây | 11                   | 27,5    |
|  | Giảm <70% | 7                    | 17,5    |
| <b>Giảm biên độ đáp ứng thần kinh vận động</b>   | Một dây   | 2                    | 5,0     |
|  | Nhiều dây | 6                    | 27,5    |
|  | <80%      | 4                    | 10,0    |

Kéo dài thời gian tiềm (latency): 18 bệnh nhân (45%) có hiện tượng kéo dài thời gian tiềm trên bản ghi điện - thần kinh, trong đó 5 bệnh nhân (12,5%) có thời gian tiềm kéo dài ở một dây thần kinh, 13 bệnh nhân (32,5%) kéo dài thời gian tiềm ở nhiều dây thần kinh.

Giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh ngoại vi được ghi nhận ở 14 bệnh nhân (35%), trong đó 7 bệnh nhân (17,5%) đã giảm dưới 70% so với giá trị bình thường (giá trị được coi là mốc để

chẩn đoán tổn thương mất myelin).

Giảm biên độ của đáp ứng điện thế vận động: Kết quả nghiên cứu cho thấy 8 bệnh nhân (20%) có giảm biên độ đáp ứng điện thế vận động thần kinh ngoại vi, trong đó 6 bệnh nhân (15%) giảm biên độ đáp ứng ở nhiều dây thần kinh và 2 bệnh nhân (5%) giảm biên độ đáp ứng một dây thần kinh. Có 4 bệnh nhân (10%) giảm thấp hơn 80% so với giới hạn dưới của giá trị bình thường.

**Bảng 3. Dẫn truyền thần kinh cảm giác**

| Thông số                         | Số trường hợp (N=30) | Tỷ lệ % |
|----------------------------------|----------------------|---------|
| Giảm tốc độ dẫn truyền           | 6                    | 15,0    |
| Giảm biên độ điện thế cảm giác   | 3                    | 7,5     |
| Không ghi được điện thế cảm giác | 4                    | 10,0    |

13 bệnh nhân (32,5%) có bất thường trên bản ghi dẫn truyền thần kinh cảm giác, trong đó 6 bệnh nhân (15%) giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh cảm giác, 3 bệnh nhân (7,5%) giảm biên độ điện thế cảm giác, 4 bệnh nhân (10%)

có không ghi được điện thế hoạt động thần kinh cảm giác. 10 bệnh nhân (25%) tuy có triệu chứng tê bì trên lâm sàng nhưng trên bản ghi điện - thần kinh các chỉ số vẫn trong giới hạn bình thường.

**3.2.2. Đặc điểm sóng F và phản xạ H**

**Bảng 4. Đặc điểm sóng F và phản xạ H**

| Thông số         |                                      | Số trường hợp (N=30)   | Tỷ lệ % |      |
|------------------|--------------------------------------|------------------------|---------|------|
| <b>Sóng F</b>    | Chi trên                             | Kéo dài thời gian tiềm | 10      | 25,0 |
|                  |                                      | Giảm tần số            | 17      | 42,5 |
|                  |                                      | Mất                    | 11      | 27,5 |
|                  | Chi dưới                             | Kéo dài thời gian tiềm | 4       | 10,0 |
|                  |                                      | Giảm tần số            | 3       | 7,5  |
|                  |                                      | Mất                    | 12      | 30,0 |
|                  | Tổng số bất thường F                 |                        | 29      | 72,5 |
|                  | Mất sóng F tứ chi                    |                        | 11      | 27,5 |
|                  | Kéo dài thời gian tiềm sóng F tứ chi |                        | 3       | 7,5  |
| <b>Phản xạ H</b> | Bất thường                           | 37                     | 92,5    |      |
|                  | Mất                                  | 31                     | 77,5    |      |

**\*Sóng F**

Bất thường sóng F chi trên được ghi nhận ở 22 bệnh nhân, trong đó 11 bệnh nhân (27,5%) không ghi được sóng F; 17 bệnh nhân (42,5%) giảm tần số xuất hiện sóng F, và 10 bệnh nhân (25%) thời gian tiềm sóng F kéo dài.

Bất thường sóng F chi dưới được ghi nhận ở 16 bệnh nhân (40%), trong đó 12 bệnh nhân (30%) không ghi được sóng F; 4 bệnh nhân (10%) giảm tần số xuất hiện sóng F, và 4 bệnh nhân (10%) kéo dài thời gian tiềm sóng F.

**\*Phản xạ H**

Mất phản xạ H trên bản ghi điện - thần kinh ở 37 bệnh nhân (92,5%). Có 11 bệnh nhân (27,5%) có kết quả đo dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác tứ chi trong giới hạn bình thường, chỉ thấy bất thường phản xạ H.

21 bệnh nhân (52,5%) tuy giảm hoặc mất phản xạ H nhưng vẫn ghi được sóng F chi dưới bình thường.

**4. BÀN LUẬN**

Bệnh nhân bị hội chứng Guillain Barré có thể gặp ở mọi lứa tuổi, triệu chứng sớm của bệnh (tuần đầu bị bệnh) có rối loạn cảm giác 77,5% (p<0,05), liệt vận động đối xứng cả hai bên (75%); giảm và mất phản xạ gân xương 77,5%, liệt dây thần kinh sọ não 13 bệnh nhân (32,5%). Tuy gặp rối loạn hô hấp ít nhưng đây là dấu hiệu nặng có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu không được cấp cứu kịp thời (20%). Đa phần dịch não tủy có phân ly protein- tế bào (65%). Những biểu hiện của thần kinh ngoại biên này xảy ra cấp tính ở hai bên có tính chất đối xứng với phân ly protein- tế bào, điển hình của hội chứng Guillain Barré [1], [2]. Khi lâm sàng nghi ngờ hội chứng Guillain Barré và cần ghi điện cơ sớm để chẩn đoán xác định bệnh, bệnh nhân cần được chuyển ngay đến đơn vị hồi sức tích cực để điều trị.

Chẩn đoán điện cơ đã được áp dụng trong chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré từ hơn

sáu mươi năm nay. Việc chẩn đoán xác định hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm ở tuần đầu của bệnh thường gặp nhiều khó khăn khi những triệu chứng lâm sàng chưa điển hình, protein trong dịch não - tủy có thể chưa tăng và những bất thường dẫn truyền vận động và cảm giác trên bản ghi điện cơ có thể chưa xuất hiện. Tuy vậy việc chẩn đoán sớm rất quan trọng vì một số phương pháp điều trị đã được chứng minh là làm giảm mức độ nặng của bệnh cũng như cải thiện kết quả ra viện của bệnh nhân [3]. Trên thế giới cũng đã có một số nghiên cứu về những thay đổi trong chẩn đoán điện - thần kinh ở những bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré trong tuần đầu của bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 40 bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré được làm chẩn đoán điện cơ trong vòng 7 ngày đầu của bệnh. Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phản xạ H là dấu hiệu nhạy nhất với hội chứng Guillain - Barré trong giai đoạn sớm: có 37/40 bệnh nhân (92,5%) trong nghiên cứu có bất thường phản xạ H; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả khác trên thế giới [3], [5]. Có 11 bệnh nhân (27,5%) trong nghiên cứu này, có kết quả đo dẫn truyền thần kinh vận động và cảm giác hoàn toàn bình thường, bất thường phản xạ H là bất thường duy nhất xuất hiện: thể hiện phản xạ H có độ nhạy rất cao trong giai đoạn sớm của hội chứng Guillain - Barré.

Mất hoặc kéo dài thời gian tiềm của sóng F cũng là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có bất thường sóng F là 72,5%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Gordon và cộng sự, Sharma Geetanjali và cộng sự [3],[6]. Khi so sánh với phản xạ H, có 2 bệnh nhân có bất thường sóng F nhưng không bất thường phản xạ H và các trị số khác trong bản ghi điện cơ cũng trong giá trị bình thường. Điều này thể

hiện sự cần thiết kết hợp khảo sát phản xạ H cùng với sóng F trong chẩn đoán điện - thần kinh giai đoạn sớm của hội chứng Guillain - Barré.

## 5. KẾT LUẬN

Một số triệu chứng thường gặp của hội chứng Guillain - Barré: Rối loạn cảm giác (77,5%) ( $p < 0,05$ ), liệt vận động đối xứng cả hai bên (75%); giảm và mất phản xạ gân xương 77,5%, kèm liệt các dây thần kinh sọ não 32,5%. Dịch não tủy phân ly protein- tế bào 65%.

Bất thường phản xạ H và sóng F là 2 dấu hiệu xuất hiện sớm trên bản ghi điện cơ ngay trong những ngày đầu của hội chứng Guillain - Barré trong khi các rối loạn dẫn truyền khác còn chưa xuất hiện nhiều. Những bệnh nhân nghi ngờ chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré cần được thăm dò phản xạ H và sóng F để giúp cho việc xác lập chẩn đoán và điều trị ở thời điểm sớm nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fokke C, van den Berg B, Drenthen J, et al. Diagnosis of Guillain-Barre syndrome and validation of Brighton criteria. *Brain*, 2014; 137(1):33-43.
2. McGrogan A., Madle G. C., Seaman H. E., et al. The epidemiology of Guillain-Barre syndrome worldwide: A systematic literature review. *Neuroepidemiology*, 2009; 32(2):150-163.
3. Gordon PH and Wilbourn AJ. Early electrodiagnostic findings in Guillain - Barre syndrome. *Arch Neurol*, 2001; 58:913-917.
4. Võ Đôn, Hứa Tú Sơn, Nguyễn Mai Hòa và cộng sự. Khảo sát hàng số dẫn truyền dây thần kinh ở 116 người trưởng thành. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2006; .

5. Al-Shekhlee A, Hachwi RN, Preston DC, Katirji B. New criteria for early electrodiagnosis of acute inflammatory demyelinating polyneuropathy. *Muscle nerve*, 2005; 32:66-72.
6. Geetanjali S, Sushma S, Sudhir S. Early electrodiagnostic findings of Guillain - Barré syndrome. *Journal Neurol Neurophysiol*, 2013; 4:142.

### ABSTRACT

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY ELECTRODIAGNOSTIC OF GUILLAIN - BARRÉ SYNDROME

**Objectives:** To describe clinical characteristics and abnormal early electrodiagnostic findings of Guillain - Barré syndrome.

**Material and Methods:** 40 patients GBS in the first week of onset. We selected patients who had a final diagnosis of GBS in the Neurology Department of Bach Mai Hospital. All cases in our study had NCS records in the first week of illness.

**Results:** Common clinical symptoms: Subjective sensory disorders (77.5%) ( $p < 0.05$ ), symmetric motor movement on both sides (75%); decreased and lost tendon reflexes 77.5%, accompanied by paralysis of the cranial nerves 32.5%. CSF dissociates protein-cells. Abnormal H-reflex was presented in 37/40 patients (92.5%), while among them, this reflex was absent in 31 patients (77.5%). Abnormal F-waves were found 29/40 patients (72.5%). Motor nerve conduction results were as follows: distal motor latency prolonged in more than 2 nerves in 13 patients (32.5%), motor conduction velocity decreased more than 70 % of normal value in more than 2 nerves in 7 patients (17.5%). There were 11 patients (27.5%) with normal NCS records with the only abnormal H reflexes were detected.

**Conclusion:** The common clinical symptom of GBS is bilateral symmetric flaccid paralysis, with cranial nerve palsy and protein-cell dissociation occurring acute. Abnormal H-reflex and F-wave are both the most sensitive tests in NCS records for GBS patients in the early stages.

**Keywords:** *Guillain-Barré Syndrome, Nerve Conduction Study, Electrodiagnosis*