

# ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG HỒI PHỤC TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH CẤP TÍNH

VŨ ANH NHỊ<sup>\*</sup>, TRẦN THỊ BÍCH NGỌC<sup>\*\*</sup>

## TÓM TẮT

**Cơ sở:** Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính có dự hậu tốt và hồi phục hoàn toàn trong đa số các trường hợp.

**Mục tiêu:** Đánh giá các yếu tố tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

**Phương pháp:** Chúng tôi chọn liên tiếp 51 bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2009 đến tháng 08/2009, thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính của Asbury và cộng sự. Các bệnh nhân này được khảo sát điện sinh lý lâm sàng, chọc dò dịch não tủy và theo dõi diễn tiến lâm sàng để đánh giá chức năng vận động theo thang điểm Hughes vào các thời điểm: nhập viện, khi nặng nhất, 4 tuần, 2 tháng, 3 tháng.

**Kết quả:** Sau 3 tháng khởi bệnh: 17,7% trường hợp hồi phục lâm sàng hoàn toàn, 76,4% trường hợp có khả năng đi độc lập hoặc phải hỗ trợ, 5,9% trường hợp không có khả năng đứng và không có trường hợp nào cần phải hỗ trợ hô hấp cũng như không có trường hợp nào tử vong.

**Kết luận:** Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là: yếu tố tiền nhiễm, mất chức năng vận động nặng khi nhập viện và trong giai đoạn nặng nhất, bất thường cảm giác khi nhập viện và trong giai đoạn nặng nhất, bất đầu cải thiện lâm sàng muộn, bất thường dẫn truyền cảm giác, biên độ CMAP thấp, thể AMSAN và thể AIDP.

Từ khóa: viêm đa rễ dây thần kinh cấp, tiên lượng.

## ABSTRACT

### RECOVERY PROGNOSTIC INDICATORS OF GUILLAIN – BARRÉ SYNDROME

**Background:** Guillain – Barré syndrome have good prognostic and completely recovery in most case.

**Objective:** To estimate recovery prognostic indicators for patients with Guillain-Barré syndrome.

**Methods:** We enrolled a series of 51 consecutive Guillain-Barré syndrome patients seen at Cho Ray hospital from January 2009 to August 2009. All fulfilled the diagnostic criteria for Guillain-Barré syndrome of Asbury et al. Patients were performed electrophysiological, lumbar puncture and followed up to be assessed on the date of hospital admission, nadir, after 4 weeks, 2 months and 3 months. Disabilities were evaluated on the Hughes functional grading scale.

**Results:** After 3 months from the onset: 17.7% completely recovery cases, 76.4% ambulates independently or walk with aid cases and 5.9% bed bound. No case requires assisted respiration or die.

**Conclusions:** The chance of recovery was significantly affected by antecedent events, disability at admission and nadir, abnormal sensory at admission and nadir, late improvement, abnormal sensory conduction, low CMAP, electrophysiological signs of AMSAN and AIDP.

Keywords: AIDP, prognosis

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, còn gọi là hội chứng Guillain-Barré là nguyên nhân thường gặp nhất gây liệt cấp ngoại biên. Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là một bệnh lý nặng

<sup>\*</sup> PGS TS, Bộ môn Nội Thần Kinh, ĐHYD

<sup>\*\*</sup> BS CK1, Khoa nội thần kinh-BV Chợ Rẫy, ĐT: 0902200603, email: [bcdctbngoc@yahoo.com](mailto:bcdctbngoc@yahoo.com)

và có thể diễn tiến đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nguyên nhân tử vong thường do các biến chứng như: rối loạn thần kinh thực vật, hội chứng suy hô hấp cấp, viêm phổi do hít sặc, thuyên tắc phổi<sup>(1,11)</sup>.

Tuy nhiên, nếu được chẩn đoán sớm, điều trị thích hợp và chăm sóc tích cực thì bệnh có khả năng hồi phục tốt<sup>(1,11)</sup>. Viêm đa rễ dây thần kinh hủy myelin cấp tính và bán cấp có dự hậu tốt và hồi phục hoàn toàn trong đa số các trường hợp. Theo một nghiên cứu của Ropper và cộng sự ghi nhận: 15% các trường hợp hồi phục hoàn toàn, 70% bị di chứng nhẹ, 10% bị di chứng nặng và 5% các trường hợp tử vong. Tốc độ hồi phục của bệnh khác nhau. Hồi phục thường xảy ra trong vài tuần hoặc vài tháng; tuy nhiên kéo dài hơn nếu có thoái hóa sợi trục xảy ra<sup>(12)</sup>. Di chứng thường gặp nhất của bệnh là yếu chi dưới, tê bàn chân và ngón chân, liệt mặt hai bên mức độ nhẹ. Một số trường hợp bị thất điều cảm giác gây mất chức năng trầm trọng<sup>(1)</sup>.

Có thể tiên lượng dự hậu của bệnh dựa trên sự hiện diện của một số yếu tố tiên lượng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá các yếu tố tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính nhằm hai mục tiêu:

1. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.
2. Đánh giá các yếu tố liên quan đến tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

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

Đây là một nghiên cứu tiền cứu mô tả và phân tích. Chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu nhập vào khoa nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2009 đến tháng 08/2009 với các tiêu chuẩn như sau:

### Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính của Asbury và cộng sự (1990).
- Bệnh nhân được khảo sát điện sinh lý lâm sàng, chọc dò dịch não tủy và theo dõi diễn tiến lâm sàng.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng, có tiền căn tai biến mạch máu não.
- Không theo dõi được bệnh nhân sau khi xuất viện.

Chúng tôi tiến hành 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 để đánh giá hồi phục theo thang điểm Hughes lúc 4 tuần, 2 tháng và 3 tháng.

## **XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU**

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm thống kê Stata10. Các kết quả sẽ được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ hình bánh, biểu đồ hình thanh.

Phân tích đơn biến: mỗi yếu tố liên quan được xử lý bằng phép kiểm  $\chi^2$ . Nếu có >10% số ô trong bảng 2x2 có tần số quan sát < 5 thì dùng kiểm định chính xác Fisher. Các test đều hai chiều, mức ý nghĩa  $p \leq 0,05$ .

## **KẾT QUẢ**

Chúng tôi đã thu thập số liệu của 51 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, nhập vào khoa nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy.

### **1/ Một số đặc điểm của mẫu**

Tuổi trong mẫu nghiên cứu từ 16 đến 75 tuổi, trung bình là 43,1. Nam chiếm 53% và nữ chiếm 47%.

2/ **Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với khả năng hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng khởi bệnh**

**Bảng 1: Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với khả năng hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng khởi bệnh.**

Biến số	Hồi phục hoàn toàn (%)	Di chứng (%)	P
Yếu tố tiền nhiễm			0,043 (Fisher)
Có	0 (0)	16 (100)	
Không	9 (25,7)	26 (74,3)	
Triệu chứng chính khi nhập viện			0,060 (Fisher)
Vận động ± Cảm giác	6 (13,3)	39 (86,7)	
Dây sọ	3 (50)	3 (50)	
Mất chức năng vận động khi nhập viện			0,006 (Fisher)
Nặng	2 (6,1)	31 (93,9)	
Nhẹ	7 (33,9)	11 (66,1)	
Mất chức năng vận động trong giai đoạn nặng nhất			0,009 (Fisher)
Nặng	4 (9,8)	37 (91,2)	
Nhẹ	5 (50)	5 (50)	
Bất thường cảm giác lúc nhập viện			0,006 (Fisher)
Có	2 (6,1)	31 (93,9)	
Không	7 (38,9)	11 (61,1)	
Bất thường cảm giác trong giai đoạn nặng nhất			0,003 (Fisher)
Có	2 (5,7)	33 (94,3)	
Không	7 (43,8)	9 (56,2)	
Liệt mặt trong giai đoạn nặng nhất			0,292 (Fisher)
Có	3 (11,5)	23 (88,5)	
Không	6 (24)	19 (76)	
Liệt hầu họng trong giai đoạn nặng nhất			1,000 (Fisher)
Có	1 (14,3)	6 (85,7)	
Không	8 (18,2)	36 (81,8)	

Rối loạn thần kinh thực vật			0,700 (Fisher)
Có	2 (11,8)	15 (88,2)	
Không	7 (20,6)	27 (79,4)	
Phản xạ gân cơ			0,592 (Fisher)
Giảm	2 (28,6)	5 (71,4)	
Mất	7 (15,9)	37 (84,1)	
Đạt đến giai đoạn nặng nhất trong tuần 1			0,190 (Fisher)
Có	4 (33,3)	8 (66,7)	
Không	5 (12,8)	34 (87,2)	
Bắt đầu cải thiện lâm sàng muộn			0,049 (Fisher)
Có	0 (0)	14 (100)	
Không	9 (24,3)	28 (75,7)	
Phân ly đạm-tế bào			0,592 (Fisher)
Có	7 (15,9)	37 (84,1)	
Không	2 (28,6)	5 (71,4)	
Điều trịIVIg			0,600 (Fisher)
Có	2 (28,6)	5 (71,4)	
Không	7 (15,9)	37 (84,1)	
DML			0,075 (Fisher)
Bình thường	7 (28,0)	18 (72,0)	
Kéo dài	2 (7,7)	24 (92,3)	
MCV			0,280 (Fisher)
Bình thường	7 (23,3)	23 (76,7)	
Giảm	2 (9,5)	19 (90,5)	
DSL			0,049 (Fisher)
Bình thường	9 (24,3)	28 (75,7)	
Kéo dài	0 (0)	14 (100)	
SCV			0,049 (Fisher)
Bình thường	9 (24,3)	28 (75,7)	
Giảm	0 (0)	14 (100)	
Sóng F			0,490 (Fisher)
Bình thường	6 (21,4)	22 (78,6)	
Mất	3 (13,1)	20 (86,9)	
Phong bế dẫn truyền hoặc phát tán theo			1,000 (Fisher)

Thời gian			
Có	2 (15,4)	11 (84,6)	
Không	7 (18,4)	31 (81,6)	
Biên độ CMAP			0,005 (Fisher)
Thấp	3 (35,7)	35 (89,2)	
Bình thường	6 (64,3)	7 (10,8)	
Điện thế tự phát			0,670 (Fisher)
Nhiều	1 (8,3)	11 (91,7)	
Bình thường	8 (20,5)	31 (79,5)	
Kết quả khảo sát điện cơ			0,001 (Fisher)
AIDP	2 (9,5)	19 (90,5)	
AMAN	4 (26,7)	11 (73,3)	
AMSAN	0 (0)	12 (100)	
Bình thường	3 (100)	0 (0)	

Sau khi phân tích đơn biến chúng tôi tìm được các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là: yếu tố tiền nhiễm, mất chức năng vận động nặng khi nhập viện và trong giai đoạn nặng nhất, bất thường cảm giác khi nhập viện và trong giai đoạn nặng nhất, bắt đầu cải thiện lâm sàng muộn, bất thường dẫn truyền cảm giác, biên độ CMAP thấp, thể AMSAN và thể AIDP.

## BÀN LUẬN

### 1/ Mọi liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và khả năng hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng khởi bệnh

#### a. Yếu tố tiền nhiễm

#### **Bảng 2: So sánh tỷ lệ có yếu tố tiền nhiễm trong các nghiên cứu**

Các tác giả	Tỷ lệ %	Thời gian lấy mẫu (tháng)
Beghi và cộng sự	60,9	68
Esfehani và cộng sự	85,2	69
Melillo và cộng sự	59,0	120
Osuntokun và cộng sự	48,0	132
Chúng tôi	31,4	8

Các yếu tố tiền nhiễm trong nghiên cứu của chúng tôi được phân chia thành: nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm trùng đường tiêu hóa và nhóm khác. Trong số đó có 13 bệnh nhân (25,5%) bị nhiễm trùng đường hô hấp, chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng ghi nhận nhiễm trùng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố tiền nhiễm<sup>(2,3,7,9,13)</sup>.

16 bệnh nhân có yếu tố tiền nhiễm bị di chứng, chiếm tỷ lệ 100%. 9 bệnh nhân không có yếu tố tiền nhiễm hồi phục hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 25,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p=0,043$ . Kết quả trong nghiên cứu của Beghi và cộng sự cũng ghi nhận có sự liên quan giữa yếu tố tiền nhiễm và khả năng hồi phục với  $p=0,00$ <sup>(2)</sup>.

#### b. Chức năng vận động trong giai đoạn nặng nhất

**Bảng 3: So sánh chức năng vận động trong giai đoạn nặng nhất**

Chức năng vận động	Beghi và cộng sự (%)	Winer và cộng sự (%)	Hiraga và cộng sự (%)	Chúng tôi (%)
Tử vong	0	3	1,3	0
Hỗ trợ thông khí	18,5	31	16,9	25,5
Không đứng được	38,7	47	29,8	54,9
Đi bộ 5m có hỗ trợ	19,5	7	14,3	13,7
Đi bộ 5m độc lập	13,5	12	32,5	5,9
Có thể chạy được	9,8	0	5,2	0

Tỷ lệ bệnh nhân cần hỗ trợ thông khí trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Beghi và cộng sự, Hiraga và cộng sự; nhưng thấp hơn so với tác giả Winer và cộng sự. Tuy nhiên tỷ lệ này cũng phù hợp với ghi nhận tỷ lệ suy hô hấp trong viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính khoảng 21% - 43,1% trường hợp<sup>(4,6)</sup>.

Thời gian hỗ trợ hô hấp từ 3 đến 88 ngày, trung bình là 6 ngày. Nghiên cứu của Lyu và cộng sự ghi nhận thời gian hỗ trợ hô hấp từ 2 đến 70 ngày, trung bình là 10 ngày<sup>(8)</sup>. So với kết quả của Lý thị Kim Lài thì thời gian hỗ trợ hô hấp tối thiểu và tối đa của chúng tôi lâu hơn<sup>(7)</sup>.

Chỉ có 4 trong số 41 bệnh nhân mất chức năng nặng trong giai đoạn nặng nhất hồi phục, chiếm tỷ lệ 9,8%. Trong khi đó, 5 trong số 10 bệnh nhân mất chức năng nhẹ trong giai đoạn nặng nhất hồi phục hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 50%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê,  $p=0,009$ . Nghiên cứu của Beghi và cộng sự cũng cho kết quả tương tự,  $p=0,00$ <sup>(2)</sup>.

#### c. Cảm giác

Chúng tôi ghi nhận có 33 bệnh nhân có bất thường về cảm giác chiếm tỷ lệ 64,7%, tương tự như kết quả của Lý thị Kim Lài<sup>(7)</sup>. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Osuntokun và cộng sự: có 75% bệnh nhân bất thường về cảm giác<sup>(10)</sup>. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Melillo và cộng sự chỉ có 43% bệnh nhân bất thường về cảm giác<sup>(9)</sup>. Trong số những bệnh nhân bất thường về cảm giác, rối loạn cảm giác mức độ nhẹ xảy ra ở 27 bệnh nhân (52,9%), chiếm tỷ lệ cao nhất.

Thời gian cảm giác trở về bình thường từ 4 đến 12 tuần. Thời gian trung bình hồi phục về cảm giác là 4,5 tuần. Cho đến thời điểm kết thúc theo dõi có 5 bệnh nhân vẫn còn rối loạn cảm giác ở mức độ nhẹ.

#### d. Bất thường các dây thần kinh sọ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 60,8% bệnh nhân bất thường về các dây thần kinh sọ, thấp hơn so với nghiên cứu của Lý thị Kim Lài<sup>(7)</sup>. Nghiên cứu của Osuntokun và cộng sự ghi nhận có 79,4% bệnh nhân bất thường về các dây thần kinh sọ, nghiên cứu của Esfehiani và cộng sự ghi nhận chỉ có 19,2% bệnh nhân bất thường về các dây thần kinh sọ<sup>(3)</sup>.

Liệt mặt ngoại biên là triệu chứng thường gặp nhất trong bất thường các dây thần kinh sọ<sup>(1,11,15)</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 bệnh nhân liệt mặt ngoại biên đơn thuần chiếm tỷ lệ 35,3%, tương tự như kết quả của Phan thị Gin, Lý thị Kim Lài<sup>(7,13)</sup>. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Osuntokun và cộng sự [10]; thấp hơn so với nghiên cứu của Winer và cộng sự<sup>(15)</sup>.

Thời gian hồi phục các dây thần kinh sọ bất thường từ 4 đến 12 tuần. Thời gian trung bình hồi phục các dây thần kinh sọ bất thường là 4 tuần.

#### e. Rối loạn thần kinh thực vật

Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính cũng ảnh hưởng lên hệ thần kinh thực vật và các triệu chứng của rối loạn thần kinh thực vật xảy ra trong suốt quá trình bệnh. Các biểu hiện của rối loạn chức năng thần kinh thực vật gồm có: thay đổi huyết áp, rối loạn nhịp tim, rối loạn cơ vòng, rối loạn vận mạch<sup>(1,11,12)</sup>. Rối loạn thần kinh thực vật có khuynh hướng nặng ở những bệnh nhân bị yếu cơ mức độ nặng<sup>(11)</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân bị rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ là 33,2%, cao hơn so với 29% trong nghiên cứu của Phan thị Gìn<sup>(13)</sup>, 7,2% trong nghiên cứu của Esfehiani và cộng sự<sup>(3)</sup>, 14% trong nghiên cứu của Melillo và cộng sự<sup>(9)</sup>, 25% trong nghiên cứu của Osuntokun và cộng sự<sup>(10)</sup>. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với 58,4% trong nghiên cứu của Lý thị Kim Lài<sup>(7)</sup>, 38,3% trong nghiên cứu của Lyu và cộng sự<sup>(8)</sup>. Rối loạn cơ vòng đơn thuần là triệu chứng gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 17,6%. Tất cả các trường hợp rối loạn thần kinh thực vật hồi phục dần khi bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng.

#### f. Bắt đầu cải thiện lâm sàng muộn

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 4 bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần đầu tiên chiếm tỷ lệ 7,9%. Nhiều nhất là 17 bệnh nhân và 16 bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần thứ 2 và thứ 3, chiếm tỷ lệ 33,3% và 31,4%. Có 14 bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần thứ 4 chiếm tỷ lệ 27,4%. Tác giả Phan thị Gìn ghi nhận có 38,7% bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần thứ 3, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có lẽ do tiêu chuẩn xác định thời gian bắt đầu hồi phục của Phan thị Gìn khác với chúng tôi.

Nghiên cứu của Beghi và cộng sự ghi nhận có 36% bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần đầu tiên và 56%, 67% và 85% bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng trong tuần thứ 2, tuần thứ 3 và tuần thứ 4<sup>(2)</sup>. Sự khác biệt này có lẽ do mẫu của Beghi và cộng sự là 297 bệnh nhân quá lớn so với 51 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian bắt đầu cải thiện lâm sàng từ 6 đến 30 ngày, trung bình là 17,5 ngày; thấp hơn so với nghiên cứu của Beghi và cộng sự là 28 ngày<sup>(2)</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 9 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn có thời gian bắt đầu cải thiện từ tuần đầu đến tuần thứ 3. Cả 14 bệnh nhân bắt đầu cải thiện lâm sàng muộn bị di chứng, chiếm tỷ lệ 100%. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,049$ . Nghiên cứu của Winer và cộng sự ghi nhận thời gian bắt đầu từ khi khởi bệnh cho đến khi bắt đầu cải thiện lâm sàng không có giá trị trong tiên lượng dự hậu của viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính<sup>(15)</sup>.

## **2/ Mối liên quan giữa khảo sát điện sinh lý lâm sàng và khả năng hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng khởi bệnh**

Khảo sát điện sinh lý lâm sàng giúp phân loại các thể của viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính. Chúng tôi tiến hành khảo sát điện sinh lý lâm sàng trên 51 bệnh nhân trong nghiên cứu, trung bình vào tuần thứ 2 của bệnh.

**Bảng 4: So sánh tỷ lệ phần trăm các thể bệnh với các tác giả**

Các tác giả	AIDP (%)	PAMA N(%)	AMS N(%)	MFS (%)	Không xác định (%)	EMG bình thường (%)
Hahn	85-90	10-20		5		
Lyu et al	49	4		19	28	
Khean et al	74,2	12,9		3,2	9,7	
Hiraga et al	34	45			21	
Beghi et al	10,7	29			45,2	15,1
P.T. Gìn	87,1	12,9				
L.T.K.	58,2	24,6	12,3	4,1		0,8

Là						
Chúng tôi	41,2	29,4	23,5			5,9

Chúng tôi nhận thấy sau 3 tháng khởi bệnh có 9 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chiếm tỷ lệ 17,7%. Nhóm bệnh nhân có kết quả EMG bình thường có tỷ lệ hồi phục cao nhất 100%, tiếp theo là thể AMAN với 26,7% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và thể AIDP với 9,5% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. 100% thể AMSAN bị di chứng. Bệnh nhân có kết quả EMG bình thường là các bệnh nhân thể Miller Fisher và chỉ sau 3 tháng sau khởi bệnh 100% bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác<sup>(11)</sup>. Bệnh nhân thể AMAN có tiên lượng tốt hơn thể AIDP và thể AMSAN có tiên lượng xấu nhất. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$ .

Ngược lại, nghiên cứu của Phan thị Gin cho kết quả sau 3 tháng khởi bệnh có 6 bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chiếm tỷ lệ 19,4%, trong đó 100% bệnh nhân thể sợi trục hồi phục hoàn toàn và 7,4% bệnh nhân thể hủy myelin hồi phục hoàn toàn<sup>(13)</sup>. Nghiên cứu của Hiraga và cộng sự ghi nhận thể AMAN không phải luôn luôn là một dấu hiệu của tiên lượng xấu. Hầu hết các bệnh nhân thể AMAN nặng có hồi phục chậm nhưng cuối cùng có thể đi bộ một mình sau vài năm<sup>(5)</sup>. Kết quả nghiên cứu của Beghi và cộng sự khác với chúng tôi: dấu hiệu tổn thương sợi trục là một trong những dấu hiệu tiên lượng hồi phục kém trong viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính,  $p=0,00$ . Sự khác biệt này có thể do mẫu của chúng tôi nhỏ hơn.

## KẾT LUẬN

1. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng: Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính xảy ra ở mọi lứa tuổi, nam nhiều hơn nữ. Nhiễm trùng đường hô hấp là yếu tố tiền nhiễm được ghi nhận nhiều nhất. Phần lớn các trường hợp mất chức năng vận động nặng khi nhập viện và trong giai đoạn nặng nhất. Rối loạn thần kinh thực vật thường gặp nhất là rối loạn cơ vòng đơn thuần. Liệt mặt ngoại biên hai bên đơn thuần là bất thường dây thần kinh sọ gặp nhiều nhất. Tất cả các trường hợp đều có bất thường về phản xạ gân cơ. Sau 3 tháng khởi bệnh, 17,7% trường hợp hồi phục lâm sàng hoàn toàn, 76,4% trường hợp có khả năng đi độc lập hoặc phải hỗ trợ và 5,9% trường hợp không có khả năng đứng. Không có trường hợp nào cần phải hỗ trợ hô hấp và không có trường hợp nào tử vong sau 3 tháng khởi bệnh.

2. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là: yếu tố tiền nhiễm, mất chức năng vận động nặng khi nhập viện, mất chức năng vận động nặng trong giai đoạn nặng nhất, bất thường cảm giác khi nhập viện, bất thường cảm giác trong giai đoạn nặng nhất, bắt đầu cải thiện lâm sàng muộn, bất thường dẫn truyền cảm giác, biên độ CMAP thấp, kết quả khảo sát điện sinh lý lâm sàng là thể AMSAN và thể AIDP.

## Tài liệu tham khảo

1. Adams, Victor M. , Ropper A. H. & Brown R. H. (2005). Diseases of the peripheral nerves. *Principles of neurology*, 8 edition, McGraw-Hill Medical, New York, 1110-1127.
2. Beghi E., Bono A., Bogliun G. & et al. (1996). The prognosis and main prognostic indicators of Guillain-Barré syndrome: A multicentre prospective study of 297 patients. *Brain*, 119, 2053-2061.
3. Esfehiani M. J., Esfehiani A. J. & Akhondian J. (2005). Guillain-Barré syndrome in North Eastern Iran, 1999-2005.
4. Hahn A.F. (1998). Guillain-Barré syndrome. *Lancet*, 352, 635-641.

5. Hiraga A., Mori M., Ogawara K. & et al. (2005). Recovery patterns and long term prognosis for axonal Guillain-Barré syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76, 719-722.
6. Hughes R.A.C. & Comblath D.R. (2005). Guillain-Barré syndrome. *Lancet*, 366, 1653–1666.
7. 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.
8. Lyu R.K., Tang L.M., Cheng S.Y., Hsu W.C. & Chen S.T. (1997). Guillain-Barré syndrome in Taiwan: a clinical study of 167 patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 63, 494–500.
9. Melillo E.M., Sethi J.M. & Mohsenin V. (1998). Guillain-Barré Syndrome: Rehabilitation Outcome and Recent Developments. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 71, 383-389.
10. Osuntokun B.O. & Agbebi K. (1973). Prognosis of Guillain-Barré syndrome in the African: the Nigerian experience. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 36, 478-483.
11. Parry G.J. & Steinberg J.S. (2007). *Guillain-Barré Syndrome: From Diagnosis to Recovery*. Demos Medical Publisher, New York.
12. Peltier A. C. & Russell J. W. (2005). Guillain-Barré syndrome. *Handbook of Peripheral Neuropathy*, Taylor & Francis Group, New York, 111-123.
13. Phan Thị Gìn. (2000). *Nhận xét lâm sàng và điện cơ của hội chứng Guillain-Barré ở người lớn*. Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
14. Raman P.T. & Taori G.M. (1976). Prognostic significance of electrodiagnostic studies in the Guillain-Barré syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 39, 163-170.
15. Winer J.B., Hughes R.A. & Osmond C. (1988). A prospective study of acute idiopathic neuropathy: Clinical features and their prognostic value. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 51, 605-612.