

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA RỄ VÀ DÂY THẦN KINH Ở TRẺ EM

*Ninh Thị Ứng\*, Nguyễn Thanh Hương\*\**

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đa rễ và dây thần kinh còn gọi là hội chứng Guillain Barre được mô tả lần đầu tiên bởi Landry năm 1859 nhưng năm 1916 bổ sung bởi Guillain Barre và Strohl: Là bệnh viêm và mất bao myelin. Tổn thương dây thần kinh ngoại biên, có đặc điểm giảm trương lực cơ, mất hoặc giảm phản xạ gân xương, rối loạn chức năng tự chủ. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi. Là một trong những bệnh thần kinh hay gặp.

Về nguyên nhân: 2/3 số bệnh nhân có tiền sử của viêm nhiễm virus cấp trước đó sau các triệu chứng liệt xuất hiện.

Cơ chế bệnh sinh là bệnh viêm tự miễn. Bằng xét nghiệm ELISA phát hiện trong huyết thanh các IgG, IgA kháng thể kháng gangliosides GM1, GM2, GD1a, GD1b.(Carpo M, 1999)

Mục đích của công trình nhằm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng Guillai Barre ở trẻ em.

## II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

*A/ Nghiên cứu hồi cứu (từ 2000 - 2003) và tiến cứu (từ tháng 1/2003 - 6/2003)*

*B/ Tiêu chuẩn chuẩn đoán theo Asbury và Combath*

### **Tiêu chuẩn bắt buộc**

- Liệt tiến triển ở nhiều hơn 1 chi
- Mất hoặc giảm phản xạ gân xương

### **Tiêu chuẩn hỗ trợ**

- Tiến triển dưới 4 tuần, liệt đối xứng
- Có biểu hiện rối loạn cảm giác
- Liệt thần kinh sọ não
- Rối loạn thần kinh thực vật
- Tăng Protein trong dịch não tủy
- Tế bào dịch não tủy dưới 20 bạch cầu/mm<sup>3</sup>
- Điện cơ có biểu hiện giảm tốc độ dẫn truyền

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Liệt không đối xứng
- Rối loạn cơ tròn
- Có nguyên nhân ngộ độc, bại liệt, porphyrin

*C/ Điều trị*

- Giai đoạn cấp Methylprednisolone (solumedrol) 5 - 10mg/kg
- Gamma globulin 400mg/kg truyền tĩnh mạch từ 2 - 5 ngày (Tổng liều 2g/kg)
- Vitamin B1 20 - 50mg/ngày
- Vitamin B6 50 - 100mg/ngày
- Tập vận động, châm cứu

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Đặc điểm dịch tễ

Tuổi	Số bệnh nhân	%
Từ 2-3 tuổi	10	13,1
Từ 3-6 tuổi	34	44,7
Từ 7-10 tuổi	17	22,5
Từ 11-15 tuổi	15	19,7
Tổng số	76	100

Bảng 1: Tuổi mắc bệnh

Nhận xét: Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 3 đến 6 tuổi (44,7%)

	Nam	Nữ	Tổng số
Số lượng bệnh nhân	47	29	76
Tỷ lệ	61,8%	38,2%	100%

Bảng 2: Giới

Nhận xét: Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỉ lệ 1,6 lần.

Th/năm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tổng số
2000	1	0	0	0	5	1	2	0	1	2	0	1	13
2001	1	2	1	1	1	3	2	0	1	1	1	0	14
2002	2	0	2	2	4	5	3	3	3	4	3	2	33
2003	2	0	1	5	3	5	-	-	-	-	-	-	16
Tổng số	6	2	4	8	13	14	7	3	5	7	4	3	76
%	7,9	2,6	5,3	10,5	17,2	18,5	9,3	3,9	6,5	9,2	5,2	3,9	100%

Bảng 3: Tháng mắc bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở tháng 4,5,6,7 và những tháng này tỉ lệ viêm não do virus cũng cao.

#### ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Các nguyên nhân liên quan đến hội chứng Guillain Barre:

Bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Nhiễm virus, sốt	23	30,3%
Nhiễm khuẩn đường hô hấp	17	22,4%
Ỉa chảy, hội chứng lỵ	8	10,5%
Không có nguyên nhân	28	36,8%
Tổng số	76	100%

Bảng 4: Nguyên nhân liên quan đến hội chứng Guillain Barre:

Nhận xét: 63,2% bệnh nhân có liên quan đến nhiễm khuẩn trước khi mắc hội chứng Guillain Barre.

**Các triệu chứng trước khi vào viện**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Rối loạn cảm giác: Tê bì, đau dọc dây thần kinh, dị cảm	61	80,3%
Phản xạ gân xương: mất	52	68,4%
Phản xạ gân xương giảm	24	31,6%
Liệt dây thần kinh sọ não, liệt dây VII	5	6,6%
Liệt dây IX; X	6	7,9%

Bảng 5: các triệu chứng

**Thời gian mắc bệnh tại nhà đến khi vào viện**

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Dưới 1 tuần	26	34,2%
1 # 2 tuần	22	29%
2 # 3 tuần	24	31,6%
Trên 3 tuần	4	5,2%

Bảng 6: Thời gian mắc bệnh

**Tính chất liệt**

Tính chất liệt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Liệt hai chân	35	46,1%
Liệt tứ chi:	41	53,9
Liệt tứ chi đơn thuần	17	22,4%
Liệt tứ chi và liệt thần kinh sọ não	11	14,5%
Liệt kiểu Landry (liệt cơ hô hấp)	13	17,1%

Bảng 7: Tính chất liệt

Nhận xét: Tổn thương dây thần kinh lưng và thắt lưng điều khiển hai chi dưới chiếm 46,1%.

**Các xét nghiệm**

Biến đổi dịch não tủy : Màu sắc dịch não tủy trong áp lực không tăng

Protein DNT	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4	Pandy (+)
Dưới 0,45g/l	25	5			10
0,45 – 1g/l		17	3		20
1-2g/l			13	2	15

Trên 2g/l		1	8	2	11
Tổng số	25	23	24	4	56

Bảng 8: Xét nghiệm sinh hoá dịch não tủy

Nhận xét: 30 bệnh nhân có Protein bình thường nhưng 10 bệnh nhân có phản ứng Pandy dương tính.

Protein bình thường ở tuần 1 chưa có sự phân ly đậm tế bào, thường sang tuần thứ 2.

### Tế bào dịch não tủy

Tuần/tế bào	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4
Dưới 5 BC/mm <sup>3</sup>	25	10	1	0
Từ 5 - 10 BC	0	13	20	0
Từ 20-25 BC	0	0	0	4

Bảng 9: Tế bào dịch não tủy

Số bạch cầu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Dưới 10.10 <sup>9</sup>	38	50,0%
10 - 15. 10 <sup>9</sup>	26	34,2%
Trên 15.10 <sup>9</sup>	12	15,8%

Bảng 10: Biến đổi bạch cầu trong máu ngoại vi

### Điện cơ

Tốc độ dẫn truyền	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Dưới 30m/s	26	29,2%
30m/s - 40m/s	3	3,9%
Chẹn dẫn truyền	6	7,9%
Ảnh hưởng song F	11	14,5%

Bảng 11: Biến đổi điện cơ trong thời gian bị liệt

Nhận xét: Những bệnh nhân dưới 3 tuổi hầu như không thực hiện được điện cơ. 5 bệnh nhân triệu chứng lâm sàng hồi phục vận động nhưng tốc độ dẫn truyền thần kinh vẫn chưa thay đổi chứng tỏ là màng Myelin chưa hồi phục hoàn toàn.

Thời gian điều trị	Thể liệt 2 chân n=35			Thể liệt tứ chi n=28			Thể liệt cơ hô hấp N=35		
	C1 n=10	C2 n=8	C3 n=27	C1 n=0	C2 n=4	C3 n=24	C1 n=0	C2 n=8	C3 n=5
Sau 7 ngày điều trị	5	3	11			3			
Sau 2 tuần	5	3	6			15			

điều trị									
Dưới 4 tuần		2			4	4		6	3
Trên 4 tuần								2	2

Bảng 12. Thời gian bắt đầu hồi phục tương ứng với từng loại thuốc.

Nhận xét:

- C1: Nhóm điều trị Vitamin nhóm B.
- C2: Điều trị solumedrol.
- C3: Điều trị solumedrol + Gamma Globulin.

Bệnh nhân càng được điều trị sớm thì hồi phục vận động càng xuất hiện sớm, rút ngắn được thời gian điều trị.

Thể liệt cơ hô hấp thường điều trị trên 4 tuần.

Kết quả điều trị theo từng phương pháp

Kết quả	Vitamin nhóm B	Solumedrol	Solumedrol + Gamma Globulin	Tổng số	Tỷ lệ
Khỏi	3	6	19	28	36,8%
Đỡ	7	8	20	35	46,1%
Dị chứng	0	6	7	13	17,1%

Bảng 13: Kết quả điều trị

Nhận xét: Những bệnh nhân điều trị Vitamin nhóm B thường liệt thể nhẹ. Điều trị solumedrol và Gamma Globulin ở những bệnh nhân liệt tứ chi và liệt cơ hô hấp. Tổng liều Gamma Globulin 2g/kg trong 2 đến 5 ngày.(400 mg/kg/ ngày). Nhóm Bệnh nhân khỏi tức nằm ở khoa thần kinh đã hồi phục. Nhóm Bệnh nhân đỡ tức đã bắt đầu vận động được nhưng phải tiếp tục chăm sóc và tập vận động.vì khoa quá đông vì các bệnh lý khác , nên phải chuyển khoa. Nhóm Bệnh nhân di chứng tức sau 2 tháng chưa có dấu hiệu hồi phục. những Bệnh nhân này có liệt cơ hô hấp thở máy 2-3 tuần và phải mở khí quản

## V. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy những trẻ em dưới 3 tuổi có thể gặp hội chứng Gullain Barre (H/CGB), trẻ nhỏ nhất nhóm nghiên cứu là 14 tháng. Nhóm từ 3 đến 6 tuổi chiếm 44,7%, đặc biệt trong năm 2003, trẻ 4-5 tuổi mắc nhiều hơn cả.

Nguyên nhân mắc bệnh: Bệnh mắc phải trước 2-4 tuần:

- Ía chảy, hội chứng lỵ 8/76 (10,5%)
- Sốt, nhiễm Virut (30,3%)
- Viêm đường hô hấp (22,4%)

- Không có nguyên nhân (36,8%)

Theo Shigekazu Kuroki HiraYuki Nigami 1990, 5/17 trường hợp mắc ỉa chảy cấp do Campylobacter, ỉa chảy trước đó 5 - 15 ngày, 4/17 viêm dây thần kinh sọ não. Điện cơ biểu hiện dạng tốc độ dẫn truyền xung động thần kinh. Điện di protein hiệu giá IgG, IgA tăng, tác giả điều trị bằng truyền plasma.

Yong Tian Li 1990 phân tích điện di Protein dịch não tủy, Protein tăng là do tăng Albumin, IgG, Transferin, Alpha 2 Macroglobulin, IgA, IgM, Ceruloplasmin.

Koga M 2001 nghiên cứu 176 BN nguyên nhân liên quan đến H/CGB sốt 52%, ho 48%, viêm họng 39%, sổ mũi 30%, ỉa chảy 27%. Bệnh nhân ho đau họng thường liệt thần kinh sọ não và có IgG kháng thể kháng GQ1. Sốt liên quan đến liệt hành tủy, và đau đầu - liệt mặt, ỉa chảy có IgG kháng thể kháng GM1, GM1B, IgM (Anti GM1, Anti GM1B) ỉa chảy và đau bụng liên quan đến Campylobacter JeJuni huyết thanh.

Kết quả điều trị khỏi 36,8%, đỡ 46,1%, nhóm đỡ là khi có dấu hiệu hồi phục chúng tôi chuyển sang khoa chăm sóc, phục hồi chức năng.

## VI. KẾT LUẬN

1. Hội chứng Gullain Barre thường gặp ở trẻ trên 3 tuổi, nhóm 3 - 6 tuổi chiếm 44,7%, từ 7 - 15 tuổi chiếm 42,2%.
2. Tỷ lệ mắc bệnh nam 61,8%, nữ 38,2%.
3. Bệnh thường xảy ra sau sốt Virut 30,3%, viêm đường hô hấp 22,4%, ỉa chảy, hội chứng lỵ 10,5%, không rõ nguyên nhân 36,8%.
4. Tổn thương viêm rễ và dây thần kinh chi phối 2 chi dưới 40,1%, liệt tứ chi 59,9%. Liệt thể Landry, liệt cơ hô hấp 17,1%, liệt phối hợp với liệt dây thần kinh sọ não 14,5%.
5. Dịch não tủy: phân ly Protein tế bào 60,5%, nhưng phản ứng viêm Pandy dương tính 73,7% và thường xuất hiện sau 1 tuần khởi bệnh. 26,3% protein trong giới hạn bình thường.
6. Chuẩn đoán điện cơ 100% chậm dẫn truyền thần kinh vận động. Điện cơ thường biến đổi sớm hơn hiện tượng phân ly protein tế bào.
7. Kết quả điều trị: khỏi 36,8%, đỡ 46,1%, di chứng 17,1%,

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asbury AK 2000. New concepts of Gullain Barre Syndrome. J. Child Neurol Mar, 15(3), 183-9.
2. Carpo M. Pedotti R. 1999. Clinical presentation and outcome of Guillain Barre and related syndromes in relation anti - gangliosides antibodies. J Neuron Sci Oct 15, 168 (2): 75-7.
3. Koga M. Yuki Hirata K.2001 Antecedent Symptoms in Gullain Barre syndrome: an important indicator for clinical and serological subgroups. Acta Neurol Scand 2001 May, 103(5) 278-87
4. Martens - Le Bouar H.2002. Polyradiculoneuritis with myelitis a rare differential diagnosis of Gullain Barre Syndrome. Nero pediatrics 2002 Apr; 33(2): 93-6.