

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG SUY HÔ HẤP TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM ĐA RỄ DÂY THẦN KINH CẤP TÍNH

Lý Thị Kim Lại¹ và Vũ Anh Nhị²

Cơ sở: suy hô hấp là một trong những biến chứng nghiêm trọng và nguy hiểm nhất của bệnh viêm đa rễ dây thần kinh ngoại biên cấp tính, việc nhận diện sớm nguy cơ suy hô hấp là vấn đề cực kỳ quan trọng. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào giúp tiên lượng khả năng vào suy hô hấp của bệnh lý này.

Mục tiêu: xác định các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng giúp tiên lượng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính

Phương pháp nghiên cứu: đây là một nghiên cứu cắt ngang, mô tả tiền cứu. Khảo sát đặc điểm về dân số, lý do nhập viện, thời gian khởi phát đến lúc nhập viện, tiền căn bệnh lý đi kèm, yếu tố tiền nhiễm, triệu chứng lâm sàng: mạch, huyết áp, vận động, cảm giác, phản xạ gân cơ, dây sọ, khả năng nâng đầu; cận lâm sàng: men gan, dịch não tủy và điện cơ ký. Số liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 11.5

Kết quả: trong 125 bệnh nhân có 32 bệnh nhân (25,6%) bị suy hô hấp. Phân tích đa biến xác định các biến cố có liên quan: thời gian khởi phát đến lúc nhập viện < 7 ngày ($p=0,01$), có bệnh lý đi kèm ($p=0,018$), thiếu sót vận động ($p=0,04$), rối loạn cảm giác ($p=0,035$), tổn thương dây thần kinh mặt ($p=0,006$), liệt hầu họng ($p=0,000$), nâng đầu yếu ($p=0,000$), rối loạn thần kinh thực vật ($p=0,003$), mất khả năng đứng ($p<0,01$). Phân tích hồi quy đa biến logistic xác định được các biến cố tiên đoán độc lập: thời gian khởi phát đến lúc nhập viện < 7 ngày (OR: 3,975); liệt hầu họng (OR: 12,136); nâng đầu yếu (OR: 45,5); mất khả năng đứng (OR: 0,528)

Kết luận: bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính với các biến cố tiên lượng suy hô hấp cần được theo dõi sát tại khoa săn sóc đặc biệt và có sự chọn lựa phương pháp thông khí cơ học phù hợp.

Từ khóa: viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, suy hô hấp, điện cơ ký.

**PROGNOSIS OF RESPIRATORY FAILURE ON PATIENTS OF ACUTE POLY
inflammatory polyradiculoneuropathy**

Lý Thị Kim Lại¹ và Vũ Anh Nhị²

Objectives: Respiratory failure is one of the most dangerous and severe complication of acute inflammatory polyradiculoneuropathy, early recognition of respiratory failure risks is extremely important. In Vietnam, there's no research yet to estimate this risk.

Purpose: Define clinical and subclinical factors to estimate respiratory failure in acute inflammatory polyradiculoneuropathy.

Methods: This is a prospective - cross section. Investigate population, chief complaint, time between symptoms onset and admission, past medical history, risk factors, clinical signs and symptoms include pulse rate, blood pressure; motor, sensory cranial nerves function, reflexes head - lift ability; subclinical: liver enzymes, CSF and EMG. Data were processed with SPSS 11.5 software.

Results: in 125 patients, 32 (25,6%) had respiratory failure. Multi variables analysis showed: time between symptoms onset and admission < 7 days($p= 0,01$), with past medical history ($p=0,018$), motor dysfunction ($p=0,04$), sensory dysfunction ($p=0,035$), facial nerve injury ($p=0,006$), oral pharyngeal paralysis ($p=0,000$), head lift inability ($p=0,000$), autonomic nerve dysfunction ($p=0,003$), standing inability ($p<0,01$). Multiple variable analysis logistic proposed independent prognostic factors: time between symptoms onset and admission < 7 days (OR: 3,975); oral pharyngeal paralysis (OR:12,136); head lift inability (OR: 45,5); standing inability (OR: 0,528)

Conclusion: Patients with acute inflammatory polyradiculoneuropathy with prognostic factors need to be admitted in Critical care units and required appropriate mechanical ventilator.

Keywords: acute inflammatory polyradiculoneuropathy, respiratory failure, EMG

¹ Thạc sỹ- bác sỹ : phân khoa Thần Kinh, Bệnh Viện Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, 215 Hồng Bàng, Q5, Tp Hồ Chí Minh; email: lythikimlai@yahoo.com.

² PGS.TS.BS. Chủ nhiệm bộ môn Thần Kinh, Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, 217 Hồng Bàng Q5 Tp Hồ Chí Minh; email: bomonthankinh@yahoo.com.vn.

Đặt vấn đề:

Viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là một trong những nguyên nhân thường gặp gây ra hội chứng liệt cấp thần kinh ngoại biên. Bệnh lý này thường xảy ra sau giai đoạn nhiễm siêu vi, nhiễm trùng hoặc có liên quan đến bệnh lý tự miễn, sau tiêm vaccine, sau một cuộc phẫu thuật hoặc có thể chỉ là sau một thủ thuật gây tê ngoài màng cứng...[3]. Tỷ lệ mới mắc hàng năm 1,8/100,000 dân [2]. Đây là một bệnh lý nặng và cấp tính có thể dẫn đến tử vong cũng như để lại những di chứng nặng nề nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, bệnh có khả năng hồi phục tốt khi được chăm sóc và điều trị thích hợp. Hầu hết bệnh nhân đều hồi phục chức năng [5], khoảng 70% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau một năm [2]. Theo số liệu thống kê ở những

Trung tâm chuyên khoa có khoảng 2-5% bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính tử vong do các biến chứng của bệnh [2].

Các biến chứng của bệnh bao gồm: suy hô hấp, thuyên tắc phổi, rối loạn hệ thần kinh thực vật như: tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, ngưng tim...

Trong các biến chứng trên thì suy hô hấp là biến chứng nghiêm trọng và nguy hiểm nhất, cần phải thông khí cơ học khoảng 20-30% các bệnh nhân [4], [7],[8],[9]. Tình trạng suy hô hấp xảy ra một cách âm thầm, nó làm tăng nguy cơ tử vong của bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính vì gây ngưng hô hấp và một nguy cơ không kém phần nguy hiểm là gây viêm phổi hít.

Do đó, việc nhận diện sớm nguy cơ suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính là vấn đề cực kỳ quan trọng. Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về bệnh lý viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính nhưng chủ yếu là mô tả về mặt đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý thần kinh, chưa có nghiên cứu nào giúp tiên lượng khả năng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: khảo sát các yếu tố tiên lượng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính để giúp các bác sĩ lâm sàng nhận diện sớm khả năng vào suy hô hấp của bệnh nhân, có biện pháp theo dõi chặt chẽ và hỗ trợ thông khí kịp thời tránh nguy cơ tử vong cũng như để lại di chứng nặng nề cho các bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng giúp tiên lượng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

Các mục tiêu cụ thể:

- Khảo sát đặc điểm dân số, lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính
- Xác định tỷ lệ suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính
- Xác định mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với khả năng suy hô hấp tại thời điểm nhập viện trước khi đặt nội khí quản. Từ đó xác định yếu tố giúp tiên lượng độc lập khả năng suy hô hấp.

Phương pháp nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu:

Dân số chọn mẫu: tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính nhập vào khoa nội thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2005 đến hết tháng 12/2006

Cỡ mẫu: 125 bệnh nhân

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán của Asbury AK
- Và không có đặt nội khí quản lúc nhập viện

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tất cả bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính đã được đặt nội khí quản tuyến trước.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Sử dụng bảng thu thập dữ liệu

Các dữ liệu thu thập được sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS for Windows phiên bản 11.5. Phân tích đơn biến: các dữ liệu sẽ được xử lý bằng phép kiểm χ^2 đối với dữ liệu định tính. Nếu có $> 10\%$ số ô trong bảng 2×2 có tần số mong đợi < 5 thì dùng kiểm định chính xác Fisher. Các test đều 2 chiều, mức ý nghĩa $p = 0.05$. Các biến có liên quan có ý nghĩa thống kê với hậu quả suy hô hấp khi phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy đa biến logistic nhằm tìm ra biến có giá trị tiên lượng độc lập. Áp dụng phương pháp loại ra từng bước (backward stepwise). Các biến có giá trị tiên lượng độc lập được tính chỉ số chênh OR với khoảng tin cậy 95%.

Kết quả:

- Đặc điểm chung về dân số:

Đặc điểm chung	Chúng tôi	P.T.Gìn [1]
Giới	Nam: 65,6%; Nữ: 34,4%	Nam:67,7%; Nữ:32,3%
Tuổi	Mọi lứa tuổi: 10 – 87t	Mọi lứa tuổi
Nghề nghiệp	Làm ruộng: 28%	Làm ruộng
Nơi chốn	Miền động: 30,4%	Miền tây
LDNV	Vận động: 68%	Vận động
Thời gian khởi phát	>7 ngày: 64,8%	67,8%
Tiền căn	Có: 80%; không: 20%	
Yếu tố tiền nhiễm	56,8%	

2. Tỷ lệ suy hô hấp: có 32 bệnh nhân suy hô hấp (25,6%) và 93 bệnh nhân (74,4%) không suy hô hấp

3. Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng	Chúng tôi	Cheng[6]
Thiếu sót vận động	74,4%	82%
Rối loạn cảm giác	69,6%	17%
Phản xạ gân cơ	99,2%	99%
Rối loạn TKTV	58,4%	31%
Nâng đầu yếu	14,4%	
Mất khả năng đứng	32%	

So sánh tỷ lệ tổn thương dây thần kinh sọ

Tổn thương dây thần kinh sọ	Q Cheng	P.T.Gìn	Chúng tôi
Thần kinh mặt	32%	35.5%	36%
Vận nhãn	18%	3.2%	13.6%
Hầu họng		25.8%	23.2%

Qua khảo sát đơn biến chúng tôi tìm được các biến sau có liên quan với tình trạng suy hô hấp:

- Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện < 7 ngày.
- Tiền căn có bệnh lý đi kèm
- Thiếu sót vận động
- Rối loạn cảm giác
- Tổn thương dây thần kinh mặt
- Liệt hầu họng
- Triệu chứng: nâng đầu yếu

- Rối loạn thần kinh thực vật
- Phân loại chức năng: mất khả năng đứng

Từ các biến trên chúng tôi tiến hành khảo sát hồi quy đa biến logistic để tìm biến có ý nghĩa tiên đoán độc lập cho tình trạng suy hô hấp trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính.

Phân tích hồi quy đa biến chúng tôi tìm thấy có 4 biến có giá trị tiên đoán độc lập: thời gian khởi phát đến lúc nhập viện < 7 ngày, liệt hầu họng, triệu chứng nâng đầu yếu và mất khả năng đứng.

Bảng: các yếu tố tiên đoán độc lập

Các yếu tố tiên đoán độc lập.	Hệ số hồi quy	p	OR	CI 95%
Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện < 7 ngày	1.305	0.31	3.975	1.129 – 12.041
Liệt hầu họng	1.751	0.06	12.136	1.643 – 20.178
Nâng đầu yếu	3.358	0.00	45.5	4.739 -17.4122
Mất khả năng đứng	1.250	0.034	0.528	1.097 – 11.112
Hằng số	- 12.080			

Bàn luận:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy hô hấp chiếm 25,6% kết quả tương đồng so với các tác giả khác. Tỷ lệ suy hô hấp trong bệnh lý viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính trong y văn cũng như các nghiên cứu trước đây dao động vào khoảng 10-40%, đa số các nghiên cứu ghi nhận là trên dưới 30% [4], [7], [8], [9]. Thời gian vào suy hô hấp được tính từ khởi phát triệu chứng thần kinh đến lúc cần được hỗ trợ hô hấp, trong nghiên cứu của chúng tôi sớm nhất là 2 ngày, trễ nhất là 28 ngày, thời gian trung bình: 8,625 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời

gian cần thông khí trung bình: 14,68 ngày. Thời gian thông khí tối thiểu: 1 ngày và dài nhất: 49 ngày.

Các yếu tố tiên lượng:

Thời gian khởi phát đến lúc nhập viện: bệnh nhân có thời gian khởi phát đến lúc nhập viện càng ngắn thì khả năng vào suy hô hấp sẽ càng cao. Điều này có thể giải thích rằng: bệnh nhân nhập viện sớm là do bệnh tiến triển nhanh, triệu chứng nặng ngay từ đầu buộc bệnh nhân phải nhập viện sớm nên khả năng vào suy hô hấp sẽ cao. Các tác giả như Sharshar, Lawn và cộng sự cũng ghi nhận kết quả tương tự

Tiền căn bệnh lý đi kèm: với các bệnh lý về nội, ngoại khoa trong tiền căn mà chúng tôi ghi nhận được trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính có 20% có bệnh lý đi kèm. Khi khảo sát mối tương quan với tình trạng suy hô hấp ghi nhận có 34,4% với $p= 0,018$. Tác giả Sundar và cộng sự ghi nhận tiền căn bệnh phổi đi kèm lại không có liên quan đến tình trạng suy hô hấp

Thiếu sót vận động: trong bệnh cảnh viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, các tác giả ghi nhận: triệu chứng vận động thường xuất hiện khởi đầu ở hai chi dưới sau đó lan dần lên trên (kiểu hình lan hướng lên). Khảo sát đơn biến ghi nhận bệnh nhân lúc nhập viện có thiếu sót vận động sẽ dễ bị suy hô hấp hơn, nhưng đây không là yếu tố tiên đoán độc lập có thể là do yếu tố này liên quan chưa đủ mạnh với biến cố suy hô hấp.

Rối loạn cảm giác: tương tự như yếu tố về vận động, rối loạn cảm giác cũng chỉ liên quan có ý nghĩa thống kê với suy hô hấp chứ không là yếu tố giúp tiên đoán độc lập.

Tổn thương dây thần kinh mặt và hầu họng: qua khảo sát 125 bệnh nhân, có 91 trường hợp có tổn thương dây thần kinh sọ kèm theo. Cả hai yếu tố liệt dây thần kinh mặt và liệt hầu họng đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy hô hấp, và chỉ có liệt hầu họng là yếu tố giúp tiên đoán độc lập: kết quả này tương đồng với tác giả Sundar [9]. Sharshar và cộng sự nghiên cứu trên 722 bệnh nhân ghi nhận có 313 cần thông khí hỗ trợ có tổn thương dây thần kinh mặt chiếm 28% , một tác giả khác là Lawn tỷ lệ này là 69% [8], Sundar với tỷ lệ: 46,3% [9]

Nâng đầu yếu cũng là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng suy hô hấp, tương tự như công trình nghiên cứu của các tác giả khác [7],[9]. Và đây là một yếu tố giúp tiên đoán độc lập khi hồi quy logistic.

Rối loạn thần kinh thực vật: trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 3 dạng rối loạn thần kinh thực vật: mạch nhanh, huyết áp cao và rối loạn cơ vòng. Trong 125 bệnh nhân chúng tôi tìm được 73 bệnh nhân có rối loạn thần kinh thực vật chiếm tỷ lệ 58,4% cao hơn nhiều so với tác giả Phan Thị Gìn: 29% và 31% của tác giả Cheng và cộng sự [6], có lẽ do mẫu dân số nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn. Bệnh nhân suy hô hấp có biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật chiếm 65,6% ($p=0,003$), kết quả này tương tự như Lawn, Sundar và cộng sự [34] [49].

Mất khả năng đứng: cũng là một trong những yếu tố giúp tiên đoán độc lập suy hô hấp, khi chúng tôi tiến hành hồi quy logistic với hệ số hồi quy: 1,250; giá trị $p = 0,034$; OR = 0,528 và khoảng tin cậy CI 95%: 1,097- 11,112.

Kết luận: nghiên cứu này hỗ trợ bác sĩ lâm sàng nhận diện sớm khả năng suy hô hấp của các bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính, để có chế độ theo dõi và xử trí cấp cứu kịp thời và hiệu quả. Cần thực hiện tiếp theo những nghiên cứu về tác động của các phương pháp điều trị trên nhóm bệnh nhân đã được tiên lượng nguy cơ suy hô hấp.

Tài liệu tham khảo:

- Phan Thị Gìn (2000), Nhận xét lâm sàng và điện cơ của Hội chứng Guillain-Barre ở người lớn, Luận văn chuyên khoa II, ĐHYD TPHCM.
- Lê Minh (2006), Tiếp cận chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên, *Thần kinh học*, Nhà xuất bản Đại Học Quốc Gia, TP.Hồ Chí Minh, Trang 17-39.
- Vũ Anh Nhị (2003), Bệnh thần kinh ngoại biên, *Thần kinh học lâm sàng và điều trị*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, Trang 525-544.
- Aggarwal AN, Gupta D, Lal V, Behera D, Jindal SK, Prabhakar S, Ventilatory management of respiratory failure in patients with severe Guillain-Barre syndrome, *Neurology India*, Vol. 51, No. 2, Pages 203-205.
- Bolton CF, Clinical neurophysiology of the respiratory system, *Muscle & Nerve*, Vol.16, Issue 8, Pages 809-818.
- Cheng Q, Wang D-S, Jiang G-X, Han H, Zhang Y, Wang W-Z, Fredrikson S (2003), Prospective study of clinical epidemiology of Guillain-Barre syndrome in Harbin, China, *Journal of the Neurological Sciences*, Vol. 215, Pages 63-69.

- Durand M. C, Porcher R, Orlikowski D, Aboab J, Devaux C, Clair B, Annane D, Gaillard JL, Lofaso F, Rapheal JC and Sharshar (2006), Clinical and electrophysiological of respiratory failure in Guillain-Barreù syndrome: a prospective study, *The Lancet Neurology*, Vol. 5, Issue 2, Pages 1021-1028.
- Lawn ND, Fletcher DD, Henderson RD, Wolter TD, Wijdicks EF (2001), Anticipating mechanical ventilation in Guillain-Barreù syndrome, *Archives of Neurology*, Vol 58(6), Pages 871-872.
- Sharshar T, Chevert S, Bourdain F, Raphael JC (2003), Early predictors of mechanical ventilation in Guillain-Barreù syndrome, *Crit Care Med* , Vol. 31, No. 1.