

của Hanna Naser (63 tuổi).

Về độc tính ngoài hệ tạo huyết, chúng tôi thấy rằng độc tính trên gan chủ yếu độ 1, 2 chiếm 16,2%; độc tính trên thận chủ yếu độ 1, 2 chiếm 27%. Nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1 và 2 chiếm 40,5% và 16,2%, độ 3 có 4 bệnh nhân chiếm 10,8%. Tiêu chảy chủ yếu gặp ở độ 1 và 2 chiếm 35,1% và 8,1%. Độc tính trên thần kinh ngoại vi độ 1 có 9 bệnh nhân chiếm 24,3%. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Trần Tuấn Sơn (2019) với 100% bệnh nhân có nôn và buồn nôn trong đó 31,7% gặp nôn, buồn nôn độ 3. Độc tính tiêu chảy có 68,3% trong đó 18,4% tiêu chảy độ 3, 4 [3].

## V. KẾT LUẬN

Độ tuổi thường gặp nhất: 60 – 69 chiếm 43,2%. Đau tức ngực là triệu chứng hay gặp nhất 37,8%, sau đó là ho kéo dài chiếm 27%. Chỉ số toàn trạng của bệnh nhân PS 0 – 1 là chủ yếu chiếm 86,5%, PS = 2 chiếm 13,5%. Bệnh nhân giai đoạn lan tràn chiếm 86,5%, bệnh nhân có giai đoạn khu trú có 5 bệnh nhân chiếm 13,5%. Số bệnh nhân điều trị bằng phác đồ Etoposide – Cisplatin là nhiều nhất chiếm 48,6% và phác đồ Etoposide – Carboplatin 24,3%.

Tỉ lệ đáp ứng của điều trị sau 6 chu kỳ đạt 16,2% trong đó đáp ứng một phần chiếm 13,5%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 2,7%. Độc tính trên hệ tạo huyết: hạ bạch cầu hạt là 59,5% trong đó giảm độ 3 chiếm 13,5%. Nôn, buồn nôn gặp chủ yếu độ 1, 2 chiếm 56,7%, độ 3 chiếm 10,8%. Tiêu chảy chủ yếu độ 1, 2 chiếm 43,2%. Độc tính

trên thần kinh ngoại vi chiếm 24,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thái Hoà, Đoàn Thị Tuyết (2019), "Kết quả sống thêm của bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn điều trị phác đồ Etoposide - Carboplatin tại Bệnh viện K", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 212-215.
2. Đoàn Thị Tuyết, Nguyễn Thị Thái Hoà (2019), "Đánh giá đáp ứng của phác đồ Etoposide – Carboplatin trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 216-219.
3. Trần Tuấn Sơn, Nguyễn Thị Hào (2019), "Đánh giá hiệu quả phác đồ Irinotecan - Cisplatin trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn tại Bệnh viện ung bướu Hà Nội", Tạp chí Ung thư học Việt Nam, (5), tr. 174-179.
4. Hoàng Trọng Tùng, Bùi Công Toàn (2022), "Đánh giá một số tác dụng không mong muốn phác đồ điều trị hoá xạ đồng thời ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn khu trú tại Bệnh viện K.", Tạp chí Y Dược học Bộ Y tế, (43), tr. 9-14.
5. Hanna N, Bunn PA, Jr., Langer C, et al. (2006), "Randomized phase III trial comparing irinotecan/cisplatin with etoposide/cisplatin in patients with previously untreated extensive-stage disease small-cell lung cancer", J Clin Oncol, 24 (13), pp. 2038-2043.
6. DeVita HRs (2018), "Cancer-Principles & Practice of Oncology 11 ed. New York: LWW".
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin, 71 (3), pp. 209-249.
8. Yilmaz U, Polat G, Anar C, et al. (2011), "Carboplatin plus etoposide for extensive stage small-cell lung cancer: an experience with AUC 6 doses of carboplatin", Indian J Cancer, 48 (4), pp. 454-459.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ TỪ NĂM 2023 ĐẾN NĂM 2024

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng Guillain – Barré là thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên gây tình trạng liệt mềm tứ chi cấp tính hoặc bán cấp thường gặp nhất và có nhiều biến thể càng làm khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng,

Mã Chí Toàn<sup>1</sup>, Lê Văn Minh<sup>1</sup>, Lý Ngọc Tú<sup>2</sup>

cận lâm sàng và xác định tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56.74 ± 20.58. Tỷ lệ nam và nữ là 58.8% và 41.2%. Nông thôn chiếm 79.4%. Lâm sàng: yếu liệt chi, dị cảm (97.1%), đau (88.2%) và giảm đến mất phản xạ gân xương ở chi trên và chi dưới (91.2% và 100%). Điểm MRC trung bình là 37.47±11.16 và điểm Hughes trung bình là 3.44 ±0.82. Có 38.2% nhiễm trùng hô hấp trước đó. Phân ly đạm tế bào dịch não tủy chiếm 70%. Nhóm tổn thương sợi trục chiếm 76.4% so với AIDP chiếm 20.6%. **Kết luận:** Bệnh mắc ở mọi lứa tuổi, nam cao hơn nữ và nông thôn cao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng

Chịu trách nhiệm chính: Mã Chí Toàn

Email: toanmh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

hơn thành thị. Bệnh nhân tổn thương sợi trục thần kinh chiếm ưu thế. Lâm sàng thường gặp nhất là yếu liệt chi, dị cảm, đau, giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Cận lâm sàng thể hiện qua phân ly đạm tế bào trong dịch não tủy và bất thường dẫn truyền điện thế trong đo điện cơ. **Từ khóa:** Hội chứng Guillain – Barré, bệnh lý thần kinh ngoại biên, liệt mềm tứ chi

## SUMMARY

### CLINICAL, PARA-CLINICAL FEATURES AND SOME RISK FACTORS FOR PATIENTS WITH GUILLAIN – BARRÉ SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL FROM 2023 TO 2024

**Background:** Guillain - Barré syndrome is belonging to the group of peripheral neuropathies that causes the most common acute or subacute flaccid paralysis of the limbs and has many variations, making diagnosis and treatment difficult. **Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristics and determine the rate of some risk factors of patients with Guillain - Barré syndrome. **Research method:** The study carried out a cross-sectional descriptive research method on 34 patients diagnosed and treated at Can Tho Central General Hospital. **Results:** Average age  $56.74 \pm 20.58$ . The ratio of men and women is 58.8% and 41.2%. Rural areas account for 79.4%. Clinical: limb weakness, paresthesia (97.1%), pain (88.2%) and reduced to loss of tendon reflexes in the upper and lower limbs (91.2% and 100%). The average MRC score was  $37.47 \pm 11.16$  and the average Hughes score was  $3.44 \pm 0.82$ . There were 38.2% of previous respiratory infections. Protein dissociation of cerebrospinal fluid cells accounts for 70%. The axonal damage group accounts for 76.4% compared to AIDP, which accounts for 20.6%. **Conclusion:** The disease occurs in all ages, is higher in men than in women and higher in rural areas than in urban areas. Patients with predominant axonal damage. The most common clinical symptoms are limb weakness, paresthesias, pain, reduced or absent tendon reflexes. Paraclinical evidence is shown by cytolytic protein dissociation in cerebrospinal fluid and abnormal electrical conduction in electromyography. **Keywords:** Guillain – Barré syndrome, peripheral neuropathy, flaccid quadriplegia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain – Barré là một bệnh lý tự miễn, khởi phát cấp tính hoặc bán cấp, trong đó cơ thể sinh ra kháng thể chống lại các tác nhân gây bệnh đồng thời các kháng thể cũng tấn công và làm tổn thương myelin hoặc thậm chí cả sợi trục của dây và rễ thần kinh [1],[2]. Ngày nay hội chứng Guillain – Barré là bệnh gây liệt mềm tứ chi cấp tính hoặc bán cấp thường gặp nhất, 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 [1],[3].

Tại thành phố Cần Thơ vẫn còn rất ít nghiên cứu liên quan đến hội chứng này, trong khi sự xuất hiện ngày càng đa dạng các biến thể làm

cho việc chẩn đoán và điều trị trở nên khó khăn. Vì thế chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của hội chứng Guillain – Barré tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024*" với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng Guillain – Barré tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024.*

2. *Xác định tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân hội chứng Guillain – Barré tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2023-2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** Những BN từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 03 năm 2024.

**2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là hội chứng Guillain - Barré theo theo tiêu chuẩn của Asbury và Comblath năm 1990 [1]:

❖ Các đặc điểm cần cho chẩn đoán:

Yếu liệt vận động tiến triển ở nhiều hơn một chi  
Mất phản xạ gân xương

❖ Các đặc điểm lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán:

Diễn biến lâm sàng nặng dần trong vòng vài ngày đến bốn tuần.

Các triệu chứng có tính chất đối xứng.

Các triệu chứng hay dấu hiệu rối cảm giác nhẹ.

Triệu chứng liệt dây thần kinh sọ (liệt hai bên).

Triệu chứng bắt đầu thoái lui 2-4 tuần sau khi bệnh ngưng tiến triển.

Rối loạn thần kinh tự chủ.

Không có sốt lúc khởi bệnh.

❖ Các đặc điểm cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán:

Tăng Protein trong dịch não – tủy với số lượng tế bào bình thường hoặc tăng  $<10$  tế bào/mm<sup>3</sup>.

Bất thường về điện thần kinh với chậm dẫn truyền hoặc nghẽn dẫn truyền thần kinh hoặc kéo dài sóng thời gian tiềm sóng F.

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân chuyển tuyến trên. Các bệnh nhân kèm theo các bệnh sau: Nhược cơ, bại liệt, hạ kali máu, viêm tủy lan lên, ung thư phế quản tế bào nhỏ, bệnh Basedow.

**2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2024.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu:**

$$n = \frac{Z^2(1-\alpha/2)}{d^2} xP(1 - P)$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

Z: Chọn độ tin cậy 95%, xác suất sai lầm loại một  $\alpha = 0,05$ , nên  $Z=1,96$ .

p: Dựa theo nghiên cứu của Vũ Anh Nhị và cộng sự năm 2011 có 94,1% bệnh nhân phục hồi tốt [4], lấy  $p = 0,941$ .

d: Chúng tôi chấp nhận sai số tuyệt đối so với thực tế 8%,  $d = 0,08$ .

Tính ra được  $n = 33,33$ . Thực tế chọn 34 mẫu.

**2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện bệnh nhân thỏa điều kiện chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.4. Nội dung nghiên cứu:**

**a. Đặc điểm chung**

Tuổi: Chia làm 2 nhóm: <60 tuổi, ≥60 tuổi.

Giới tính: là một biến định tính có 2 giá trị: nam và nữ.

Nơi cư trú: Chia thành 2 nhóm: thành thị và nông thôn.

Nghề nghiệp chia làm 5 nhóm: Học sinh, công nhân viên, nông dân, già và khác

Dân tộc: theo hệ thống các dân tộc Việt Nam.

**b. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng:

\* Đặc điểm thời gian

Thời gian mắc bệnh: tính từ khởi phát các triệu chứng đến khi nhập viện.

\* Triệu chứng cơ năng

- Đặc điểm cảm giác

+ Đau: được đánh giá theo thang điểm VAS.

+ Dị cảm: Điểm cảm giác ISS.

- Yếu chi: Chia ra các nhóm: yếu tứ chi, chi yếu hai chân.

\* Triệu chứng liệt

- Liệt VII ngoại biên; liệt III, IV, VI, IX, X; liệt cơ hô hấp: đánh giá: có hoặc không.

\* Đặc điểm vận động: được đánh giá sức cơ theo MRC (Medical research council scale for muscle strength).

\* Đánh giá mức độ tàn tật: theo thang điểm Hughes với số điểm tương ứng từ 0 đến 6 [5].

\* Đặc điểm phản xạ: chia 4 nhóm: mất phản xạ, phản xạ giảm, bình thường và tăng.

\* Đặc điểm thần kinh tự chủ: Chỉ tiêu đánh giá: có hoặc không.

Đặc điểm cận lâm sàng:

\* Điện cơ: phân loại thể bệnh: Thể AIDP, AMAN, AMSAN, hội chứng Miller Fisher

\* Dịch não tủy: Khảo sát các chỉ số: Protein

và tế bào

**c. Một số yếu tố nguy cơ**

- Yếu tố nguy cơ tiền nhiễm: Sốt, nhiễm trùng hô hấp, tiêu hóa, vắc xin, phẫu thuật.

- Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tuổi: chia ra 2 nhóm tuổi; giới tính; mức độ yếu chi; liệt cơ hô hấp, suy hô hấp, thở máy; rối loạn thần kinh tự chủ và thể bệnh.

**2.2.5. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu.** Tất cả BN đủ tiêu chuẩn được tiến hành thu thập dữ liệu qua các bước: Bước 1: Chọn các BN nghi ngờ mắc bệnh. Bước 2: Thăm khám và thực hiện cận lâm sàng. Bước 3: Tổng kết số liệu và phân tích số liệu, sau đó đưa ra kết quả và bàn luận.

**2.2.6. Phương pháp kiểm soát sai số**

Số liệu thu thập được xử lý, kiểm soát sai số trước khi tiến hành phân tích. Các máy móc được chuẩn định theo thông số quy định.

**2.2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu:** Thông qua Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học và Hội Đồng Y Đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 03/2023 đến tháng 03/2024 thu được 34 mẫu, tiến hành đưa vào nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân Hội chứng Guillain – Barré**

Đặc điểm chung	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	17	50
	≥60	17	50
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
	<b>Tuổi trung bình</b>	<b>56.74 ± 20.58</b>	
Giới	Nam	20	58.8
	Nữ	14	41.2
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Địa chỉ	Thành thị	7	20.6
	Nông thôn	27	79.4
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Nghề nghiệp	Sinh viên học viên	1	2.9
	công nhân	3	8.8
	Nông dân	11	32.4
	Già	12	35.3
	Khác	7	20.6
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Thời gian mắc bệnh	Quý I	13	38.2
	Quý 2	10	29.4
	Quý 3	6	17.6

	Quý 4	5	14.7
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Độ tuổi trung bình là: 56.74 ± 20.58, thấp nhất là 17 và cao nhất là 94, nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là: 58.8% và 41.2%, nông thôn chiếm tỷ lệ 79.4% và thành thị có 20.6%. Bệnh nhân già và nông dân chiếm 35.3% và 32.4%. Thời điểm mắc cao nhất ở ba tháng đầu năm chiếm 38.2%, thấp nhất ở ba tháng cuối năm chiếm 14.7%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ**

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ**

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Yếu tứ chi	20	58.8
	Yếu hai chi dưới	11	32.4
	Khác	3	8.8
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Yếu chi	Có	33	97.1
	Không có	1	2.9
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Đau	Có	30	88.2
	Không có	4	11.8
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
	<b>Trung bình VAS</b>	<b>5.32±2.39</b>	
Dị Cảm	Có	33	97.1
	Không có	1	2.9
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
	<b>Trung bình ISS</b>	<b>13.68±3.41</b>	
Khó Thở + Liệt cơ hô hấp	Có	3	8.8
	Không có	31	91.2
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Liệt dây VII	Có	3	8.8
	Không có	31	91.2
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Liệt dây IX, X	Có	2	5.9
	Không có	32	94.1
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Liệt vận nhãn	Có	5	14.7
	Không có	29	85.3
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Nhóm MRC	Nhẹ	25	73.5
	Trung bình	7	20.6
	Nặng	2	5.9
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
	<b>Trung bình điểm MRC</b>	<b>37.47±11.16</b>	
Phản xạ chi trên	Mất	5	14.7
	Giảm	26	76.5
	Bình thường	3	8.8
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	
Phản xạ chi dưới	Mất	11	32.4
	Giảm	23	67.6
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Rối loạn thần kinh thực vật	Có	5	14.7
	Không có	29	85.3
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Rối loạn cơ vòng	Có	5	14.7
	Không có	29	85.3
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Rối loạn tim mạch	Có	3	8.8
	Không có	31	91.2
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Thang điểm Hughes	0	0	0
	1	1	2.9
	2	2	5.9
	3	14	41.2
	4	15	44.1
	5	2	5.9
	6	0	0
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
<b>Trung bình điểm Hughes</b>		<b>3.44 ± 0.82</b>	
Yếu tố nguy cơ	Không	8	23.5
	Nhiễm trùng tiêu hóa	4	11.8
	Nhiễm trùng hô hấp	13	38.2
	Sốt CRNN	8	23.5
	Khác	1	2.9
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
<b>Thời gian hồi phục: 11.45±3.73 ngày</b>			
<b>Thời gian vào viện: 9.54±5.32 ngày</b>			

Bệnh vào viện vì yếu tứ chi chiếm 58.8% và yếu hai chi dưới chiếm 32.4%. Có 76.5% có yếu tố nguy cơ, cao nhất là nhóm nhiễm trùng đường hô hấp chiếm 38.2%. Lâm sàng gặp nhất là: yếu liệt (97.1%), dị cảm (97.1%), đau (88.2%) và giảm phản xạ gân xương. Các triệu chứng khác xuất hiện với tần số và tỷ lệ thấp.

Thang điểm Hughes chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 3 điểm và 4 điểm (41.2% và 44.1%). Điểm Hughes trung bình là 3.44±0.82. Thời gian trung bình khi tiền nhiễm đến khi nhập viện là 9.54±5.32 ngày.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm CLS		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thể điện cơ	AIDP	7	20.6
	AMAN	2	5.9
	AMSAN	24	70.6
	MFS	1	2.9
	<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Phân ly đạm tế bào	Có	14	70
	Không có	6	30
	<b>Tổng</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Protein dịch não tủy</b>	<b>0.97 ± 1.23</b>		
<b>Tế bào dịch não tủy</b>	<b>5.35 ± 6.53</b>		

Tỷ lệ phân ly đạm tế bào chiếm 70%, nồng độ Protein trung bình là  $0.97 \pm 1.23 \text{g/L}$  và số lượng tế bào trung bình là  $5.35 \pm 6.53$  tế bào/ $\text{mm}^3$ . Bệnh nhân tổn thương sợi trục chiếm tỷ lệ là 76.4%, nhóm tổn thương hủy myelin AIDP chiếm 20.6% và hội chứng Miller – Fisher chiếm 2.9%.

**3.4 Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 4. Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm	Yếu tố nguyên cơ		p	
	Có (n)	Không (n)		
Tuổi	<60	13	4	>0.05
	>=60	13	4	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Giới	Nam	16	4	>0.05
	Nữ	10	4	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Nơi cư trú	Thành thị	5	2	>0.05
	Nông thôn	21	6	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Thay huyết tương	Có	2	0	>0.05
	Không	24	8	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Liệt cơ hô hấp	Có	2	0	>0.05
	Không	24	8	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
RL TK tự chủ	Có	4	0	>0.05
	Không	22	8	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Dị cảm	Có	25	8	>0.05
	Không	1	0	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
MRC	<30	3	1	>0.05
	>=30	23	7	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Thể bệnh	Hủy Myelin	5	2	>0.05
	Tổn thương sợi trục	20	6	
	<b>Tổng</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	
Phân ly đạm tế bào	Có	10	4	>0.05
	Không	6	0	
	<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	

Kết quả tuy có sự khác biệt giữa nhóm có và không có yếu tố nguy cơ tuy nhiên những khác biệt này là chưa có ý nghĩa thống kê.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Về đặc điểm chung.** Độ tuổi trung bình là:  $56.74 \pm 20.58$  cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Đồng (2020) với độ tuổi trung bình là  $44,59 \pm 16,92$  [6] và của Nguyễn

Minh Đức và cộng sự (2017) với tuổi trung bình là  $47,3 \pm 15,4$ . Bệnh gặp ở mọi độ tuổi với tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 94, so với nghiên cứu Nguyễn Minh Đức tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, tuổi cao nhất là 74 tuổi [7]. Điều này cho thấy bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi.

Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là: 58.8% và 41.2%. Theo Nguyễn Kim Đồng ghi nhận 61,76% nam và 38.24% nữ và trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức là nam chiếm 68,3%, nữ chiếm 31,7%. Điều này cho thấy nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nữ.

Bệnh nhân tại nông thôn chiếm 79.4% và chỉ có 20.6% sống tại thành thị, tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Đồng với nông thôn là 73,53% và 26.47% tại thành thị. Bệnh nhân già và nông dân chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 35.3% và 32.4%, tỷ lệ này ở nghiên cứu của Nguyễn Kim Đồng nông dân chiếm 47,06%.

Thời điểm mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ở ba tháng đầu năm với 38.2%, thấp nhất ở ba tháng cuối năm chiếm: 14.7%. Điều này khác biệt với Nguyễn Kim Đồng và Nguyễn Minh Đức: tần suất xuất hiện bệnh gần như trải đều các tháng trong năm.

**4.2. Về đặc điểm lâm sàng.** Triệu chứng thường gặp là: yếu liệt (97.1%), dị cảm (97.1%), đau (88.2%) và giảm đến mất phản xạ gân xương. Theo Nguyễn Kim Đồng có 100% bệnh nhân yếu chi; giảm phản xạ gân xương và triệu chứng dị cảm chiếm 82,35%. Nguyễn Minh Đức ghi nhận yếu chi chiếm 97,6%, giảm phản xạ gân xương chiếm 97.6%, đau 63,4%. Từ đó cho thấy những triệu chứng thường gặp nhất của bệnh là yếu chi, dị cảm, giảm phản xạ gân xương và đau.

Chúng tôi ghi nhận điểm sức cơ trung bình MRC là  $37.47 \pm 11.16$  và điểm Hughes trung bình là  $3.44 \pm 0.82$ . Theo Nguyễn Minh Đức cũng ghi nhận điểm sức cơ trung bình là  $37,1 \pm 11,2$  và điểm số Hughes trung bình là  $3,34 \pm 1,04$ , tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

Ngoài ra chúng tôi ghi nhận 38.2% trường hợp có nhiễm trùng hô hấp trước đó từ 1-3 tuần và thời gian từ khi có tiền triệu đến khi nhập viện là  $9.54 \pm 5.32$  ngày. Điều này tương tự với Nguyễn Minh Đức ghi nhận viêm mũi – họng là yếu tố tiền nhiễm phổ biến nhất 40,0% và thời gian trung bình từ khi có tiền nhiễm là  $9,37 \pm 7,65$  ngày.

**4.3. Về đặc điểm cận lâm sàng.** Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phân ly đạm tế bào dịch não tủy chiếm 70%, nồng độ Protein trung bình là  $0.97 \pm 1.23 \text{g/L}$  và số lượng tế bào trung bình là

5.35 ± 6.53 tế bào/mm<sup>3</sup>. Theo Nguyễn Minh Đức: protein trung bình là 1,53±1,42 g/l và tế bào là 3,28±6,72 tế bào/mm<sup>3</sup>, phân ly đậm tế bào chiếm 83.5%. Điều này phản ánh sự tăng Protein và không tăng số lượng tế bào trong dịch não tủy.

Trong kết quả điện cơ thu được chúng tôi ghi nhận bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao chiếm ưu thế trong nhóm tổn thương sợi trục bao gồm AMSAN và AMAN với tỷ lệ tổng là 76.4%, nhóm tổn thương hủy myelin AIDP chiếm 20.6%. Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức với tỷ lệ 73,2% bệnh nhân thuộc nhóm AIDP, trong khi nhóm bệnh tổn thương sợi trục chỉ chiếm 19,5%.

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng Guillain - Barré là một bệnh lý có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, xảy ra trong hầu hết các khoảng thời gian trong năm, tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn so với nữ và chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân sinh sống tại nông thôn. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là yếu liệt tứ chi hoặc yếu hai chi dưới, dị cảm, đau, giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Cận lâm sàng được dùng là khảo sát dịch não tủy và đo điện cơ. Phân ly đậm tế bào chiếm 70%, với sự tăng Protein dịch não tủy trong khi tế bào ở mức bình thường. Điện cơ

ghi nhận tần suất mắc bệnh thuộc thể tổn thương sợi trục chiếm ưu thế với 76.4% so với 19.5% thuộc thể hủy myelin cấp tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2022), Bệnh thần kinh ngoại biên, Nhà xuất bản Y học.
2. R. A. Hughes and D. R. Cornblath (2005), "Guillain-Barré syndrome", Lancet. 366(9497), pp. 1653-66.
3. Al-Saffar and B. Al-Fatly (2018), "Acute Motor Axonal Neuropathy in Association with Hepatitis E", Front Neurol. 9, pp. 62.
4. Vũ Anh Nhị, Trần Thị Bích Ngọc (2011), "Đánh giá các yếu tố tiên lượng hồi phục trên bệnh nhân viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 15(1), tr. 662-668.
5. R. A. Hughes, A. V. Swan and P. A. van Doorn (2014), "Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome", Cochrane Database Syst Rev. 2014(9), pp. Cd002063
6. Nguyễn Kim Đông (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
7. Nguyễn Minh Đức (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán điện và kết quả điều trị hội chứng Guillain - Barré bằng phương pháp thay huyết tương, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT VỚI KỸ THUẬT ÍT XÂM LẤN

Huỳnh Thành Phương Nhân<sup>1</sup>, Trần Anh Dũng<sup>2</sup>,  
Nguyễn Lê Hoan<sup>3</sup>, Nguyễn Thành Tấn<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân là kiểu gãy thường gặp với nhiều phương pháp điều trị. Hiện nay, việc điều trị loại gãy này đặt ra nhiều vấn đề về các biến chứng và khả năng lành xương theo phương pháp mổ mở. Kết hợp xương bằng nẹp vít can thiệp tối thiểu cho thấy nhiều kết quả khả quan, hiệu quả lành xương cao và giảm thiểu được các biến chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương cẳng chân bằng phẫu

thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn và các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân gãy kín đầu dưới xương cẳng chân được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít với kỹ thuật ít xâm lấn được đưa vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm bệnh nhân, lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị gồm kết quả nắn chỉnh, sự liền xương theo JL Haas và JY De la Cafinière, sự phục hồi chức năng bằng thang điểm AOFAS và sự hài lòng của bệnh nhân. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 52,73 ± 15,3 tuổi. Kiểu gãy theo AO/OTA chủ yếu là 43A1. 100% bệnh nhân đều liền xương với thời gian liền xương trung bình là 12,51 tuần. Điểm AOFAS trung bình đạt 95,44 ± 4,136 tại thời điểm 6 tháng sau mổ của 27 bệnh nhân với kết quả phục hồi chức năng rất tốt đạt 92,59% và tốt đạt 7,41%. Sự hài lòng về liền xương và phục hồi chức năng đạt 94,59%. **Kết luận:** kết hợp xương bằng nẹp vít ít xâm lấn cho gãy đầu dưới xương cẳng chân

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Tấn

Email: nttan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024