

Đặc điểm lâm sàng và dịch não tủy ở người bệnh mắc hội chứng Guillain-Barré tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

Clinical characteristics and cerebrospinal fluid analysis in patients with Guillain-Barré syndrome at The Neurology center, Bach Mai hospital

Vũ Thị Trà¹, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Trịnh Tiến Lực¹

¹ Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ ĐHY Dược ĐHQG HN.

Tác giả liên hệ

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và biến đổi dịch não tủy ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré (GBS) tại Trung tâm Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 54 bệnh nhân GBS theo tiêu chuẩn NINDS 2019, nhập viện từ 01/7/2024 đến 30/6/2025. Thu thập thông tin về đặc điểm dịch tể, tiền triệu, triệu chứng khởi phát, rối loạn thần kinh thực vật, mức độ yếu cơ theo thang điểm Muscle Power Scale MRC (0–60 điểm), và phân tích dịch não tủy (DNT). Phân ly đạm–tế bào được định nghĩa là protein DNT >0,45 g/l và tế bào ≤10 tế bào/mm³.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện trên 54 bệnh nhân hội chứng Guillain-Barré với tuổi trung bình 51,2 tuổi; nam giới chiếm 55,6 %. Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi và 31–40 tuổi. Tiền triệu phổ biến là nhiễm khuẩn hô hấp (38,9%), triệu chứng khởi phát xuất hiện trong vòng 6 tuần sau nhiễm khuẩn. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là rối loạn cảm giác (46,4%), yếu tay chân (33,3%) liệt dây thần kinh sọ (20,4%). Điểm trung bình sức cơ theo thang điểm MRC là 44,3 tại thời điểm nhập viện, giảm còn 34,7 ở giai đoạn toàn phát và cải thiện lên 50,1 điểm khi ra viện. Phân ly đạm–tế bào trong dịch não tủy được ghi nhận ở 81,4% trường hợp. Kết quả cho thấy rối loạn cảm giác, yếu các chi là biểu hiện lâm sàng chủ yếu và phân ly đạm–tế bào là dấu hiệu cận lâm sàng quan trọng trong chẩn đoán GBS.

Kết luận: GBS thường gặp ở nam giới, với rối loạn cảm giác và yếu chi là triệu chứng khởi phát phổ biến. Phân ly đạm–tế bào là dấu

hiệu cận lâm sàng quan trọng hỗ trợ chẩn đoán. Hầu hết bệnh nhân cải thiện đáng kể khi ra viện, cho thấy hiệu quả của các phương pháp điều trị hiện nay.

Từ khóa: Hội chứng Guillain-Barre, bệnh viện Bạch Mai, đặc điểm lâm sàng, dịch não tủy.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics and cerebrospinal fluid (CSF) findings in patients with Guillain-Barré syndrome (GBS) at the Neurology Center, Bach Mai Hospital.

Methods: This cross-sectional descriptive study included 54 patients diagnosed with GBS according to the revised 2019 NINDS criteria, admitted between July 1, 2024, and June 30, 2025. Demographic data, antecedent events, initial symptoms, autonomic disturbances, Muscle Power Scale (MRC) muscle strength scores (0–60), and CSF parameters were collected. Albuminocytologic dissociation was defined as CSF protein >0.45 g/L with ≤ 10 cells/mm³. Data were analyzed using SPSS v29.0

Results: The mean age of the cohort was 51.2 years, and males accounted for 55.6%. The most commonly affected age groups were >60 years and 31–40 years. An antecedent infection was reported in 55.6% of patients, with respiratory tract infection being the most frequent (38.9%). The most common initial manifestations were sensory disturbances (46.4%), limb weakness (33.3%), and cranial nerve involvement (20.3%). The mean (MRC) muscle strength score was 44.3 at admission, decreased to 34.7 during the nadir phase, and improved to 50.1 at discharge ($p < 0.05$). Autonomic disturbances were observed in 48.1% of patients, most commonly urinary retention (25.9%) and tachycardia (18.5%). Albuminocytologic dissociation in CSF was found in 81.4% of cases.

Conclusion: GBS was more frequent in males,

with sensory disturbances and limb weakness as common initial features. Albuminocytologic dissociation was a key diagnostic finding. Most patients improved significantly by discharge, demonstrating the effectiveness of current therapies.

Keywords: Guillain – Barré syndrome, cerebrospinal fluid, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain-Barré (GBS) là một bệnh lý thần kinh ngoại biên cấp tính do cơ chế tự miễn, đặc trưng bởi tổn thương nhiều rễ và dây thần kinh với biểu hiện lâm sàng điển hình là liệt mềm tứ chi, giảm hoặc mất phản xạ gân xương, kèm theo rối loạn cảm giác và phân ly đậm tế bào trong dịch não tủy¹. Cho đến nay, GBS vẫn chưa có tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán, do đó việc nhận diện các dấu hiệu lâm sàng và sử dụng các xét nghiệm hỗ trợ, đặc biệt là phân tích dịch não tủy và khảo sát dẫn truyền thần kinh, giữ vai trò then chốt trong thực hành lâm sàng. Mặc dù phần lớn bệnh nhân có tiên lượng phục hồi tốt với các phương pháp điều trị đặc hiệu như trao đổi huyết tương hoặc truyền immunoglobulin tĩnh mạch, nhưng vẫn có khoảng 20% bệnh nhân diễn tiến nặng, cần hỗ trợ hô hấp và tỷ lệ tử vong dao động từ 3–7%⁴. Vì vậy, việc phát hiện sớm các biểu hiện đặc trưng và biến đổi dịch não tủy có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và biến đổi dịch não tủy ở người bệnh mắc hội chứng Guillain-Barré tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi chọn 54 bệnh nhân đã được chẩn đoán hội chứng GB tại Trung tâm Thần Kinh Bệnh

viện Bạch Mai trong thời gian từ 01/07/ 2024 đến 30/6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nghi ngờ GBS có triệu chứng liệt và rối loạn cảm giác tứ chi tiến triển nhanh dưới 4 tuần kèm giảm/mất phản xạ gân xương sẽ được làm xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm dịch não tủy và ghi điện cơ. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán GBS theo tiêu chuẩn chẩn đoán của NINDS sửa đổi năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán hoặc nghi ngờ mắc viêm đa rễ và dây thần kinh mạn tính.
- Bệnh nhân không đủ thông tin cần thiết cho bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai.
- Thời gian: 01/07/ 2024 đến 30/6/2025

4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu chọn toàn bộ (tất cả các người bệnh đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu).

Bảng 1. Nhiễm khuẩn tiền đề

Tiền triệu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn hô hấp	21	38,9
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	1	1,9
Sốt, viêm nhiễm khác	6	11,1
Sau phẫu thuật	1	1,9
Sau tiêm vaccin	1	1,9
Không rõ nhiễm khuẩn tiền đề	24	44,4
Tổng	54	100

Trong số 54 bệnh nhân, có 55,6% ghi nhận nhiễm khuẩn tiền đề, phổ biến nhất là nhiễm khuẩn hô hấp (38,9%), tiếp theo là các nhiễm khuẩn khác (11,1%), trong khi nhiễm khuẩn

- Cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính.

5. Quản lý và phân tích số liệu

- Kiểm tra lại độ chính xác của bố số liệu bằng kĩ thuật kiểm tra thô.
- Xử lý và phân tích số liệu dựa vào phần mềm SPSS 29.0.

6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.
- Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, có thể từ chối, dừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.
- Đối tượng nghiên cứu được tư vấn đầy đủ về mục đích của nghiên cứu, cách thức tiến hành nghiên cứu ở đối tượng.
- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.
- Được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

1. Nhiễm khuẩn tiền đề

tiêu hóa, sau phẫu thuật và sau tiêm vắc xin đều ít gặp (1,9% mỗi loại). Có 44,4% bệnh nhân không xác định được yếu tố nhiễm khuẩn trước khởi phát.

2. Triệu chứng khởi phát bệnh

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Yếu tay chân		18	33,3
Rối loạn cảm giác		25	46,4
Thần kinh sọ	Mắt nhắm không kín	2	3,7
	Nhìn đôi	5	9,2
	Khó thở	2	3,7
	Khó nuốt	2	3,7
Tổng		54	100

Rối loạn cảm giác là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất (46,4%), tiếp theo là yếu chi (33,3%). Các biểu hiện khởi phát liên quan đến dây thần kinh sọ ghi nhận ở 20,3% bệnh nhân, bao gồm nhìn đôi, mắt nhắm không kín, khó thở và khó nuốt.

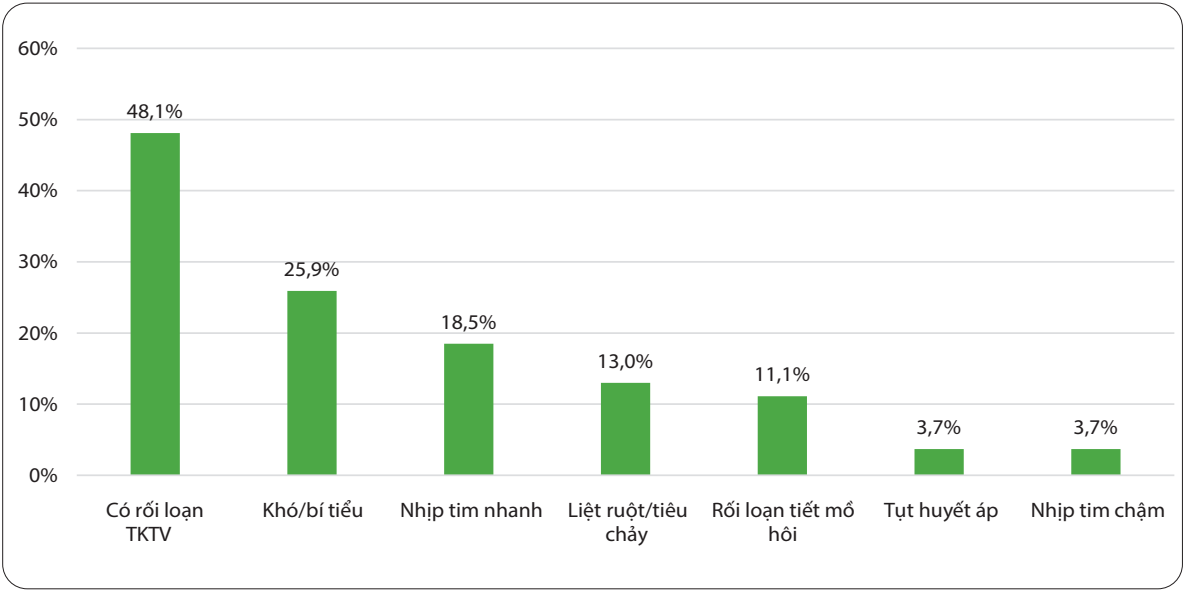
3. Liệt dây thần kinh sọ giai đoạn toàn phát

Bảng 3. Liệt thần kinh sọ

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có liệt	Liệt hầu họng	19	35,2
	Liệt vận nhãn	6	11,1
	Liệt mặt	17	31,5
	Tổng	28	51,9
Không liệt		26	48,1

Hơn một nửa số bệnh nhân (51,9%) xuất hiện liệt dây thần kinh sọ trong giai đoạn toàn phát, trong đó liệt hầu họng chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%), tiếp đến là liệt mặt (31,5%), trong khi liệt vận nhãn ít gặp hơn (11,1%).

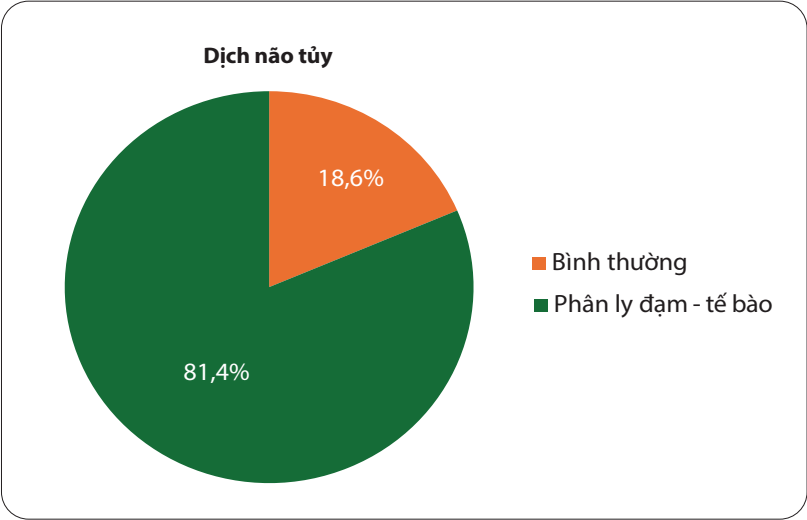
4. Rối loạn thần kinh thực vật



Biểu đồ 1. Đặc điểm rối loạn thần kinh thực vật

Rối loạn thần kinh thực vật được ghi nhận ở 48,1% bệnh nhân, trong đó bí tiểu là biểu hiện thường gặp nhất (25,9%), tiếp theo là nhịp tim nhanh (18,5%).

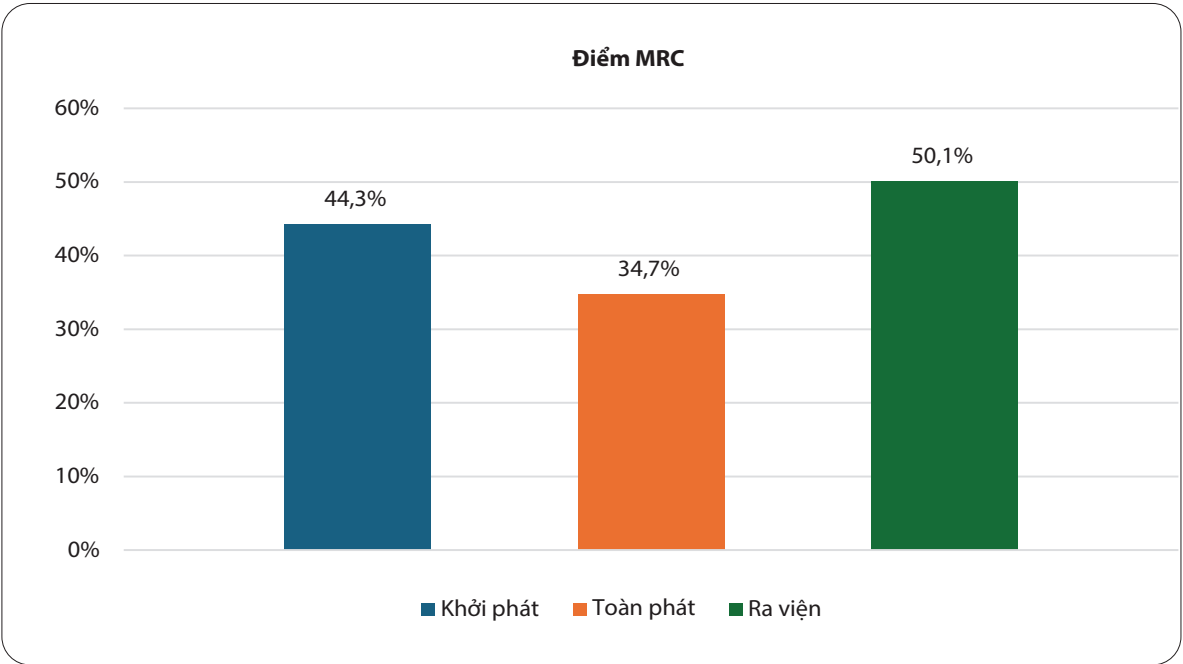
5. Biến đổi dịch não tủy



Biểu đồ 2. Đặc điểm biến đổi dịch não tủy

Phân ly đạm-tế bào trong dịch não tủy được phát hiện ở 81,4% bệnh nhân, khẳng định đây là dấu hiệu cận lâm sàng đặc trưng và có giá trị chẩn đoán cao trong hội chứng Guillain-Barré.

6. Mức độ yếu cơ (điểm MRC)



Biểu đồ 3. Diễn biến mức độ yếu cơ - vẽ biểu đồ hình cột

Điểm sức cơ trung bình (MRC) giảm từ 44,3 tại thời điểm nhập viện xuống 34,7 ở giai đoạn toàn phát, sau đó cải thiện lên 50,1 khi ra viện. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), phản ánh tình trạng yếu cơ nặng trong giai đoạn tiến triển và sự cải thiện rõ rệt sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong 54 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Guillain-Barré (GBS) tại Trung tâm Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, có 35 trường hợp (55,6%) có tiền sử nhiễm trùng trước khởi phát triệu chứng thần kinh, trong đó nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,9%). Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Phan Tiến Lộc (2018), 65% bệnh nhân GBS có tiền triệu nhiễm trùng, trong đó nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 30%.⁴ Nghiên cứu của Ninh Thị Ứng (1992) cũng cho kết quả tương tự (32,5%), và Perić cùng cộng sự (2014) ghi nhận tỷ lệ tiền triệu nhiễm trùng hô hấp 30%.^{2,6} Sự thống nhất này cho thấy nhiễm khuẩn hô hấp là yếu tố khởi phát thường gặp, có thể liên quan đến phản ứng miễn dịch chéo gây tổn thương myelin ở dây thần kinh ngoại biên.

Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất trong nghiên cứu là rối loạn cảm giác (46,4%), tiếp theo là yếu chi (33,3%) và tổn thương dây thần kinh sọ (20,3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Đức (2017), trong đó rối loạn cảm giác chiếm 41,5% và triệu chứng vận động chiếm 29,3%.⁷ Điều này cho thấy ở giai đoạn sớm, tổn thương sợi cảm giác có thể chiếm ưu thế hoặc dễ được người bệnh nhận biết hơn, trước khi yếu cơ rõ rệt xuất hiện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy một tỷ lệ lớn các bệnh nhân liệt các dây thần kinh sọ ở giai đoạn toàn phát là 51,9%, khẳng định đây là dấu hiệu lâm sàng quan trọng của hội chứng Guillain-Barré và cũng là điểm khác biệt so với bệnh viêm đa rễ dây thần kinh

mạn tính (CIDP).

Rối loạn thần kinh thực vật được phát hiện ở 48,1% bệnh nhân, phổ biến nhất là bí tiểu (25,9%) và nhịp tim nhanh (18,5%). Tỷ lệ này tương đương kết quả của Phan Tiến Lộc (2018), trong đó nhịp tim nhanh chiếm 22,5%.⁴ Các rối loạn thần kinh thực vật ở GBS có thể gây biến chứng nặng, bao gồm rối loạn nhịp nguy hiểm và tụt huyết áp, đòi hỏi theo dõi sát tại khoa hồi sức.

Về cận lâm sàng, phân ly đạm-tế bào trong dịch não tủy được ghi nhận ở 81,4% trường hợp. Đây là dấu hiệu kinh điển của GBS, phản ánh tình trạng phá hủy myelin và tăng tính thấm hàng rào máu-não. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fokke và cộng sự (2014), ghi nhận tăng protein trong dịch não tủy ở 88% bệnh nhân vào tuần thứ ba của bệnh, và nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Lượng (2011) với tỷ lệ 85,38%.^{1,5} Việc phát hiện phân ly đạm-tế bào hỗ trợ quan trọng cho chẩn đoán, đặc biệt khi kết hợp với lâm sàng và khảo sát dẫn truyền thần kinh. Về tiến triển chức năng vận động, điểm trung bình sức cơ MRC giảm từ 44,3 lúc nhập viện xuống 34,7 ở giai đoạn toàn phát, sau đó cải thiện lên 50,1 điểm khi ra viện ($p < 0,05$). Giá trị trung bình 34,7 nằm dưới ngưỡng 48/60, thường được coi là yếu cơ nặng và có nguy cơ cao cần hỗ trợ hô hấp. Điều này phù hợp với số liệu quốc tế, ghi nhận 15–30% bệnh nhân GBS phải thở máy. Sự cải thiện điểm MRC trong thời gian nằm viện cho thấy hiệu quả của điều trị đặc hiệu (IVIG hoặc trao đổi huyết tương) và chăm sóc hỗ trợ tích cực, tuy nhiên vẫn tồn tại tình trạng yếu cơ tồn dư khi ra viện – một vấn đề được nhiều nghiên cứu ghi nhận, liên quan đến nguy cơ mệt mỏi mạn tính và hạn chế vận động kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng Guillain-Barré tại Trung tâm Thần

Kinh Bạch Mai gặp nhiều ở nam, với rối loạn cảm giác và yếu chi là triệu chứng khởi phát phổ biến. Liệt dây thần kinh sọ và rối loạn thần kinh thực vật cũng thường gặp. Phân ly đạm-tế bào là dấu hiệu cận lâm sàng quan trọng. Phần lớn bệnh nhân cải thiện sau điều trị, phản ánh hiệu quả các phương pháp hiện nay. Những kết quả này khẳng định giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu kinh điển, đồng thời bổ sung thêm dữ liệu thực tiễn, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị hội chứng Guillain-Barré tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fokke C, van den Berg B, Drenth J et al (2014), Diagnosis of Guillain - Barré syndrome and validation of Brighton criteria, *Brain*, **137(Pt 1)**, 33-43.
2. Peric S, Milosevic V, Berisavac I et al (2014), Clinical and epidemiological features of Guillain - Barré syndrome in the Western Balkans, *J Peripher Nerv Syst*, **19(4)**, 317-321.
3. Blum S, Reddel S, Spies J et al (2013), Clinical features of patients with Guillain - Barré syndrome at seven hospitals on the East Coast of Australia, *J Peripher Nerv Syst*, **18(4)**, 316-320.
4. Phan Tiến Lộc. (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán điện thần kinh giai đoạn sớm bệnh viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Tuấn Lượng (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý thần kinh của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Ninh Thị Ứng (1992), *Hội chứng Guillain - Barré ở trẻ em*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Minh Đức (2017), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng Guillain - Barré và hiệu quả điều trị bằng phương pháp thay huyết tương, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y – dược lâm sàng 108, Hà Nội.