

# TỈ LỆ MỚI MẮC, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHẢ NĂNG HỒI PHỤC CỦA BỆNH NHÂN HỒI SỨC CÓ BỆNH THẦN KINH CƠ DO MẮC BỆNH TRẦM TRỌNG

NGUYỄN THẾ LUÂN, NGUYỄN HỮU CÔNG

## TÓM TẮT

*Cơ sở nghiên cứu:* Các báo cáo trong nước về bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng (CINM) còn tương đối ít.

*Mục tiêu:* Xác định tỉ lệ mới mắc, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và khả năng hồi phục của bệnh nhân hồi sức có CINM.

*Đối tượng và phương pháp:* Mô tả cắt ngang 133 trường hợp từ 10/2010 đến 7/2012 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

*Kết quả:* Tỉ lệ mới mắc CINM khá cao 54,89%. Hầu hết các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tương tự y văn và các nghiên cứu khác. Gần 1/2 trường hợp CINM tử vong trong bệnh viện (49%). Còn lại, gần 1/4 hồi phục vận động hoàn toàn hoặc một phần sau 3 tháng, hơn 1/2 chưa hồi phục hoặc nặng hơn và gần 1/4 tử vong sau ra viện.

*Kết luận:* Tỉ lệ CINM khá cao nhưng vẫn có thể hồi phục hoàn toàn. Do đó, nên chú trọng phát hiện sớm các triệu chứng của bệnh nhằm hạn chế tỉ lệ và mức độ nặng.

**Từ khóa:** bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng, bệnh đa dây thần kinh, bệnh cơ.

## SUMMARY

*Background:* Reports on CINM in our country have been so far hardly found in medical media.

*Objective:* This study will attempt to give an identification of the clinical, para-clinical characteristic ratios, the resilience and the incidence of CINM found in patients having been treated in ICU.

*Materials and methods:* The cross-section descriptive study with longitudinal observation were conducted on 133 patients from October 2010 through October 2012 at Tien Giang Hospital.

*Results:* The CINM incidence is quite high reaching up to 54.89%. Most of the clinical, paraclinical characteristics detected was in fact similar to those explained in medical textbooks and other studies. Nearly half of the 133 cases surveyed were dead at the hospital, reaching 49%. Nearly one-fourth of the other patients were partly or fully recovered after 3 months. More than half of these show no signs of recovery and some of them whose conditions are seen to get worse and nearly a quarter died after being discharged from hospital.

*Conclusions:* The incidence of CINM is quite high but there is hope for a possibility of full recovery. Thus, we should attend to detect its signs and symptoms as soon as possible to help limiting its incidence and severity.

**Keywords:** critical illness neuromyopathy, polyneuropathy, myopathy, polyneuromyopathy.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng (critical illness neuromyopathy, CINM) thường xảy ra trên

bệnh nhân điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực. Bệnh lý này có thể làm kéo dài thời gian nằm viện, làm giảm khả năng phục hồi, tăng chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong.

Hiện tại vẫn chưa có phương pháp hữu hiệu để điều trị bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng. Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được sáng tỏ, làm cho việc quản lý bệnh gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng vẫn là vấn đề đang được quan tâm, nghiên cứu.

Tại các nước Châu Á, trong đó có Việt Nam, các công trình nghiên cứu về bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng còn tương đối ít.

Với lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ mới mắc, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng trên bệnh nhân hồi sức  $\geq 10$  ngày.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 133 bệnh nhân được điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ tháng 10/2010 đến tháng 7/2012 với tiêu chuẩn chọn vào là điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực  $\geq 10$  ngày, tổng điểm sức cơ MRC lúc nhập vào khoa Hồi sức Tích cực  $\geq 48$  điểm và tuổi  $> 15$ .

Tiêu chuẩn loại ra: có bệnh thần kinh cơ trước khi điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực hoặc không khảo sát được đầy đủ thông số cần cho nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, cỡ mẫu theo công thức ước lượng một tỉ lệ.

### Phương pháp thu thập số liệu

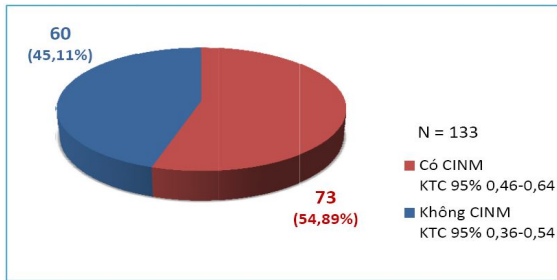
Khám lâm sàng tổng quát, khám thần kinh, xét nghiệm công thức máu, đường máu, urê, creatinin, AST, ALT, ion đồ, CPK, khí máu động mạch.

Khảo sát điện sinh lý 2 lần. Lần thứ nhất vào ngày 1-3, lần thứ hai vào ngày 10-15. Khảo sát dây thần kinh giữa, trụ, quay, chày sau và mào nông 2 bên. Ghi điện cơ kim các cơ delta, cơ gian cốt mu tay I, cơ chày trước và cơ thẳng đùi 2 bên<sup>(6)</sup>. Chẩn đoán bệnh và các thể bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng theo tiêu chuẩn của Stevens năm 2009<sup>(7)</sup>. Theo dõi hồi phục vận động trong 3 tháng bằng thang điểm Hughes và điểm hạn chế toàn diện bệnh thần kinh ngoại biên (ONLS).

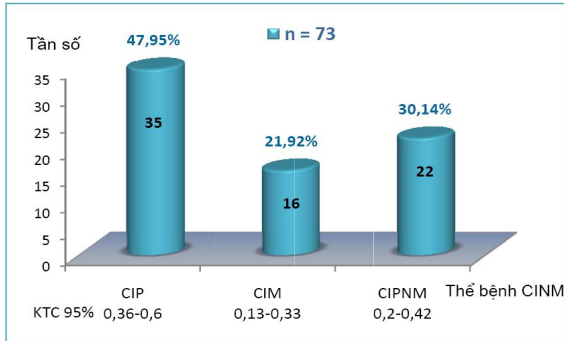
### 3. Xử lý và phân tích số liệu.

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm STATA. Tính tỉ lệ và trung bình, dùng phép kiểm  $\chi^2$  và phép kiểm t so sánh giữa các nhóm với mức ý nghĩa  $P < 0,05$ .

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**  
**Tỉ lệ bệnh thận kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng (CINM) trên bệnh nhân hồi sức.**



**Tỉ lệ các thể bệnh CINM**



**Tuổi trung bình**

CINM (n)	Tuổi trung bình	Độ lệch	P
Có (73)	70,58	13,36	0,469
Không (60)	68,86	13,02	
Mẫu (133)	69,62	13,19	

**Phân bố giới tính**

Giới	Mẫu NC N (%)	Có CINM n (%)	Không CINM n (%)	P
Nữ	69 (51,88)	36 (49,32)	33 (55)	0,72
Nam	64 (48,12)	37 (50,68)	27 (45)	
Tổng	133 (100)	73 (100)	60 (100)	

**Đặc điểm triệu chứng lâm sàng**

Đặc điểm	Mẫu NC N (%)	CINM		P
		Có	Không	
RL tri giác	24 (18,05)	12 (16,44)	12 (20)	0,6
Teo cơ	26 (19,55)	23 (31,51)	3 (5)	0,001
Giảm PXGC	47 (35,34)	35 (47,95)	12 (20)	0,001
RLCG (109)	28 (25,69)	26 (42,62)	2 (4,17)	0,001
Tổng số	133 (100)	73 (100)	60 (100)	

PXGC: phân xạ gân cơ, RLCG: rối loạn cảm giác.

**Tổng điểm sức cơ MRC**

Điểm MRC	CINM	Trung bình	Độ lệch	P
Lần 1	Có	58,69	2,15	0,564
	Không	58,88	1,71	
	Mẫu NC	58,78	1,96	
Lần 2	Có	41,91	3,58	0,001
	Không	53,08	6,31	
	Mẫu NC	47,02	7,49	

**Đặc điểm sinh hóa máu**

Biến số	Trung bình	Độ lệch	P
Bạch cầu ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	14,87	8,1	0,091
	12,83	5,67	

CPK (U/L)	220,82	445,05	0,011
	82,57	83,12	
Đường máu (mmol/L)	8,78	8,4	0,114
	7,11	2,84	
Urê (mmol/L)	11,86	18,61	0,173
	8,71	5,55	
Creatinin ( $\mu\text{mol/L}$ )	117,82	81,07	0,204
	140,55	116,58	
AST (U/L)	185,41	915,48	0,245
	47,13	39,86	
ALT (U/L)	117,36	478,86	0,132
	32,03	21,06	
Na <sup>+</sup> (mmol/L)	136,49	10,48	0,839
	136,78	5,35	
K <sup>+</sup> (mmol/L)	4,24	0,84	0,491
	4,14	0,85	

**Rối loạn điện giải và kiềm toan**

Đặc điểm	Mẫu NC N (%)	CINM		P
		Có	Không	
Rối loạn điện giải	47 (35,34)	34 (46,58)	13 (21,67)	0,003
Rối loạn kiềm toan	61 (45,86)	36 (49,32)	25 (41,67)	0,378

**Đặc điểm các tình trạng bệnh lý**

Đặc điểm	Mẫu NC N (%)	CINM		P
		Có	Không	
ĐƯVHT	86 (64,66)	58 (79,45)	28 (46,67)	0,001
NTH	36 (27,07)	23 (31,51)	13 (21,67)	0,204
Sốc	47 (35,34)	33 (45,21)	14 (23,33)	0,009
SĐCQ	55 (41,35)	38 (52,05)	17 (28,33)	0,006
Tổng số	133 (100)	73 (100)	60 (100)	

ĐƯVHT: hội chứng đáp ứng viêm hệ thống,

NTH: nhiễm trùng huyết, SĐCQ: suy đa cơ quan

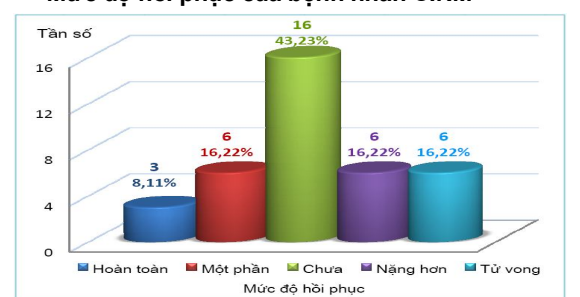
**Đặc điểm điều trị**

Đặc điểm	Mẫu NC N (%)	CINM		P
		Có	Không	
Thở máy	66 (49,62)	43 (58,9)	23 (38,33)	0,018
Steroid	47 (35,34)	29 (39,73)	18 (30)	0,243
Chẹn TK-cơ	83 (62,41)	53 (72,6)	30 (50)	0,007
Tử vong	54 (40,6)	36 (49,32)	18 (30)	0,024
Tổng số	133 (100)	73 (100)	60 (100)	

**Thời gian điều trị**

Đặc điểm	CINM	Trung bình	Độ lệch	P
Thời gian hồi sức (ngày)	Có	20,34	15,39	0,003
	Không	14,3	6,33	
	Mẫu NC	17,62	12,5	
Thời gian nằm viện (ngày)	Có	25,07	17,06	0,001
	Không	18,58	9,53	
	Mẫu NC	22,14	14,49	

**Mức độ hồi phục của bệnh nhân CINM**



## BÀN LUẬN

Tỉ lệ bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng (CINM) trong nghiên cứu này khá cao 54,89% (KTC 95% 0,46-0,64). Trong đó thể bệnh đa dây thần kinh do mắc bệnh trầm trọng (CIP) chiếm ưu thế 47,95%, kế đến là thể bệnh đa dây thần kinh và bệnh cơ do mắc bệnh trầm trọng (CIPNM) chiếm tỉ lệ 30,14% và thấp nhất là thể bệnh cơ do mắc bệnh trầm trọng (CIM) chiếm 21,92%. Tỉ lệ CINM của nghiên cứu này tương tự Bednarik (57,4%)<sup>(1)</sup>, cao hơn của De Jonghe (25,3%)<sup>(5)</sup>, có thể do cỡ mẫu và tiêu chí chọn mẫu khác nhau.

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 69,62 ± 13,19 tuổi. Tỉ lệ nữ 51,88% và nam là 48,12%, gần bằng nhau.

Tỉ lệ rối loạn tri giác là 18,05%. Tỉ lệ teo cơ là 19,55%, giảm phản xạ gân cơ là 35,34%, rối loạn cảm giác là 25,69%, ở nhóm CINM cao hơn nhóm không CINM có ý nghĩa (P<0,05).

Trung bình tổng điểm sức cơ MRC lần 1 là rất cao 58,78 ± 1,96 điểm. Lần 2 giảm nhiều chỉ còn 47,02 ± 7,49, ở nhóm CINM (41,91±3,58) thấp hơn nhóm không CINM (53,08 ± 6,31) có ý nghĩa.

Do đó, cần thăm khám sức cơ, phản xạ gân cơ, chú ý teo cơ và rối loạn cảm giác trên bệnh nhân hồi sức thường xuyên để phát hiện sớm CINM.

Trung bình nồng độ CPK của mẫu là 158,45 ± 304,44 U/L, nhóm có CINM là 220,82 ± 445,05 U/L, cao hơn nhóm không có CINM là 82,57 ± 83,12 U/L (P< 0,05). Kết quả này tương tự của De Jonghe<sup>(5)</sup>. CPK của nhóm CINM cao hơn là do trong CIM có thể bệnh cơ hoại tử cấp tính<sup>(2)</sup>.

Có 35,34% rối loạn điện giải gồm hạ natri máu, tăng natri máu và hạ kali máu, trong nhóm CINM là 46,58%, cao hơn nhóm không CINM (21,67%) có ý nghĩa. Như vậy, rối loạn điện giải là một trong những bất thường cần được chú trọng.

Kết quả cận lâm sàng của chúng tôi tương tự với y văn. Hầu hết các xét nghiệm sinh hóa chưa có ý nghĩa trong chẩn đoán CINM. Riêng CPK có thể tăng cao có ý nghĩa trong CIM thể hoại tử cấp tính.

Tỉ lệ có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống rất cao 64,66%, ở nhóm CINM cũng rất cao (79,45%), cao hơn nhóm không CINM (44,67%) có ý nghĩa (P<0,001). Theo Bolton, Mỹ, hội chứng đáp ứng viêm hệ thống chiếm 30-50%<sup>(2)</sup>. Tình trạng này có thể là nguyên phát do bệnh lí chính nhưng cũng có thể thứ phát từ những thủ thuật xâm lấn.

Tỉ lệ nhiễm trùng huyết trong nghiên cứu là 27,07%, của nhóm có CINM là 31,51%, cao hơn nhóm không có CINM là 21,67%. Trong nghiên cứu, tỉ lệ xảy ra sốc là 35,34%, ở nhóm CINM là 45,21%, cao hơn nhóm không CINM chỉ 23,33% có ý nghĩa (P<0,05). Theo tác giả Coakley, trong 25 trường hợp sốc nhiễm trùng, tỉ lệ CIP sau 12 ngày là 76%<sup>(3)</sup>.

Tỉ lệ suy đa cơ quan là khá cao, chiếm 41,35%, ở nhóm có CINM (52,05%) cao hơn nhóm không CINM có ý nghĩa (P=0,006). Suy đa cơ quan có thể góp phần

làm tăng nguy cơ tử vong và giảm khả năng hồi phục của bệnh nhân. Nhiễm trùng huyết, tình trạng sốc và suy đa cơ quan có liên quan với nhau.

Tỉ lệ thở máy trong nghiên cứu khá cao, chiếm gần 1/2 các trường hợp (49,62%), riêng nhóm CINM đến 58,9%, cao hơn nhóm không CINM có ý nghĩa. Thở máy có thể liên quan với CINM.

Hơn 1/3 trường hợp nghiên cứu có sử dụng Corticosteroid (35,34%). Một số nghiên cứu cho thấy có liên quan giữa liều lượng và thời gian sử dụng Corticosteroid với CINM<sup>(4)</sup>.

Tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chẹn thần kinh cơ chiếm khá cao 62,41%, ở nhóm CINM rất cao (72,6%), cao hơn nhóm không CINM có ý nghĩa. Thuốc chẹn thần kinh cơ có thể là làm nghẽn dẫn truyền thần kinh cơ, làm mất phân bố thần kinh tại cơ, gây bệnh cơ do mắc bệnh trầm trọng.

Tỉ lệ tử vong trong bệnh viện khá cao chiếm 40,6%, nhóm có CINM (49,32%) cao hơn nhóm không có CINM (30%) có ý nghĩa. CINM có thể làm tăng tỉ lệ tử vong trong viện.

Trung bình thời gian điều trị hồi sức của mẫu là 17,62 ± 12,5 ngày. Trung bình thời gian nằm viện khá dài 22,14 ± 14,4 ngày. Ở nhóm có CINM kéo dài hơn nhóm không có CINM. Như vậy, CINM có khả năng làm kéo dài thời gian điều trị hồi sức và thời gian nằm viện.

## KẾT LUẬN

Bệnh nhân hồi sức 10-15 ngày có tỉ lệ bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng là 54,89%. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu này tương tự với y văn và các nghiên cứu khác.

Gần 1/2 trường hợp có bệnh thần kinh cơ do mắc bệnh trầm trọng tử vong trong bệnh viện. Còn lại, gần 1/4 trường hợp hồi phục vận động hoàn toàn hoặc một phần sau 3 tháng, hơn 1/2 trường hợp chưa hồi phục hoặc nặng hơn và gần 1/4 trường hợp tử vong sau ra viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bednarik, J., et al (2005). "Risk factors for critical illness polyneuropathy", *J Neurol*, 252(3):p.343-351
2. Bolton, C.F. (2005). "Neuromuscular manifestations of critical illness", *Muscle Nerve*, 32(2), pp.140-163.
3. Coakley, J.H., et al. (1993), "Preliminary observations on the neuromuscular abnormalities in patients with organ failure and sepsis", *Intensive Care Med*, 19(6), pp.323-328.
4. De Jonghe, B., et al. (2009). "Intensive care unit-acquired weakness: risk factors and prevention", *Crit Care Med*, 37(10 Suppl), pp.S309-S315.
5. De Jonghe, B. (2002). "Paresis acquired in the intensive care unit: a prospective multicenter study", *Jama*, 288(22), pp.2859-2867.
6. Nguyễn Hữu Công (2013). *Chẩn đoán điện và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP. HCM, xuất bản lần 1, tr.1-80.
7. Stevens, R.D., et al. (2009). "A framework for diagnosing and classifying intensive care unit-acquired weakness", *Crit Care Med*, 37(10 Suppl), pp.S299-S308.