

HỘI CHỨNG GUILLAIN BARRÉ

I. ĐẠI CƯƠNG:

Guillain Barré là tình trạng viêm đa rễ dây thần kinh cấp tính do tổn thương dây thần kinh vận động qua trung gian phản ứng kháng nguyên kháng thể. Biểu hiện lâm sàng bằng tình trạng liệt mềm cấp tính hướng lên. Bệnh xảy ra sau nhiễm siêu vi: Epstein Barr, Cytomegalovirus, Coxsackie virus, Echo virus, Influenza virus hoặc vi khuẩn *Mycoplasma pneumonia* và *Campylobacter*. Thường gặp ở lứa tuổi đi học.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán:

a) Hỏi bệnh:

- Khởi phát: sốt nhẹ, viêm hô hấp trên, tiêu chảy.
- Đột ngột yếu liệt chi, đau chi, liệt hướng lên nặng dần.

b) Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu hô hấp: nhịp thở, kiểu thở
- Dấu hiệu tuần hoàn: mạch nhanh, huyết áp tăng khi có suy hô hấp.
- Biểu hiện thần kinh:
 - Tri giác tỉnh táo, chỉ rối loạn tri giác khi suy hô hấp nặng.
 - Liệt mềm, hướng lên, đối xứng, ở giai đoạn khởi phát có thể không đối xứng. Cảm giác ít khi bị ảnh hưởng. Mất phản xạ gân xương. Hiếm khi liệt cơ vòng.
 - Dấu màng não gặp trong 1/3 trường hợp:
 - Liệt hầu họng (sặc khi ăn uống, thay đổi giọng nói, khó nuốt) là dấu hiệu sớm của suy hô hấp. Liệt các dây thần kinh sọ gặp khoảng 50%.
 - Các triệu chứng thần kinh thường hồi phục bắt đầu từ tuần thứ 2 – 4 nhưng có thể kéo dài.

c) Đề nghị cận lâm sàng:

- Dịch não tủy có tình trạng phân ly đậm tế bào (đạm tăng, tế bào bình thường). Tuy nhiên trong giai đoạn sớm dịch não tủy có thể bình thường. Vì thế, nếu lần đầu dịch não tủy bình thường, phải chọc dò lại sau 1 tuần.
- Điện cơ: block dẫn truyền thần kinh gặp trong 80% trường hợp, để chẩn đoán phân biệt nhược cơ.
- Xét nghiệm loại trừ sốt bại liệt: Cấy phân tìm virus bại liệt.
- Mac ELISA chẩn đoán viêm não nhật bản.
- Ion đồ: loại trừ liệt cơ do hạ kali máu.

2. Chẩn đoán xác định:

- Yếu liệt cấp tính kiểu ngoại biên.
- Không có rối loạn cảm giác, cơ vòng.
- Phân ly đậm tế bào dịch não tủy.
- Điện cơ: block dẫn truyền thần kinh.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Sốt bại liệt.
- Viêm tủy, chấn thương tủy.
- Hội chứng chèn ép tủy do: u, áp xe ngoài màng cứng, chấn thương.
- Hạ kali máu.

III. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hỗ trợ hô hấp.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị đặc hiệu.

2. Điều trị cấp cứu:

- Hỗ trợ hô hấp:
 - Thở oxy.
 - Chỉ định giúp thở: khoảng 25% bệnh nhân cần được giúp thở, trong đó 80% hồi phục tốt, 15% có di chứng thần kinh; tử vong khoảng 5%.
 - + Ngưng thở, dọa ngưng thở (muộn)
 - + $P_aO_2 < 60$ mmHg không cải thiện với oxy
 - + $P_aCO_2 > 50$ mmHg
 - + Không nói được, không nuốt được, nhiều đàm
 - + Có biểu hiện thở gắng sức kèm theo mạch nhanh, huyết áp tăng mặc dù P_aO_2 và P_aCO_2 có thể còn trong giới hạn bình thường.
- Điều trị đặc hiệu:
 - Gamma Immunoglobuline cho thấy có cải thiện tiên lượng làm giảm nhu cầu thông khí cơ học nhưng đắt tiền. Liều dùng 0.4g/kg/ngày TTM x 5 ngày.
 - Plasmapheresis (lọc huyết tương) có hiệu quả nếu thực hiện sớm trong 2 tuần đầu, nhưng hiện nay chưa làm được.
 - Vai trò corticoides (Methylprednisolone) còn bàn cãi
- Điều trị hỗ trợ:
 - Dinh dưỡng qua sonde dạ dày khi có suy hô hấp.
 - Vật lý trị liệu hô hấp, vận động.
 - Xoay trở chống loét.
 - Kháng sinh khi có viêm phổi bội nhiễm.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Lọc huyết tương có vai trò trong điều trị Guillain Barré	I American Academy of Neurology
Corticoides không có giá trị trong điều trị Guillain Barré	I Cochrane 1999