

CẤP CỨU HÔN MÊ

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/ QĐ- BV ngày 28/3/2014

1. Đại cương:

Hôn mê được định nghĩa là tình trạng suy giảm hoặc mất ý thức (unresponsiveness), suy giảm hoặc mất sự thức tỉnh (unarousable), trong đó bệnh nhân (BN) bị mất nhận thức về bản thân và môi trường xung quanh, và không thể đáp ứng với môi trường bên ngoài, hay đáp ứng nhu cầu của bản thân cơ thể.

Cơ chế của hôn mê là do tổn thương thể lưới ở trung não và đồi thị, và các kết nối ở thể lưới này với các cấu trúc của vỏ não, thể lưới này kích hoạt vỏ não gây ra trạng thái thức tỉnh. Có 3 tình huống có thể gây hôn mê: tổn thương vỏ não lan tỏa, tổn thương thể lưới ở phần trên của thân não và đồi thị hoặc rối loạn chuyển hóa gây ức chế mạnh hệ thống lưới hoạt hóa.

2. Chẩn đoán:

2.1 Chẩn đoán xác định:

Về lâm sàng hôn mê biểu hiện: tình trạng mất ý thức và tình trạng mất thức tỉnh.

Mức độ ý thức của BN thường dựa vào thang điểm Glasgow Coma Scale, đây là thang điểm đơn giản, đánh giá nhanh tình trạng hôn mê. Điều dưỡng cũng có thể làm được nếu được huấn luyện, và quan trọng nó giúp ta đánh giá được tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, theo dõi tình trạng hôn mê một cách khách quan, thang điểm này gồm đánh giá 3 nội dung, kiểm tra độ thức tỉnh của bệnh nhân bằng cách kích thích đáp ứng bằng mở mắt, đáp ứng bằng lời nói, đáp ứng bằng vận động,

Bảng 1: Thang điểm Glasgow Com Scale

| Khám | Biểu hiện chi tiết | Điểm |
|-----------------------|---|---------|
| Đáp ứng bằng mắt | Mở mắt tự nhiên | 4 |
| | Chỉ khi ra lệnh bằng lời | 3 |
| | Chỉ khi gây đau | 2 |
| | Hoàn toàn không có đáp ứng mở mắt | 1 |
| Đáp ứng bằng lời nói | Lời nói mạch lạc | 5 |
| | Các câu nói lộn xộn lẫn lộn. | 4 |
| | Dung các từ không thích hợp | 3 |
| | Phát ra các âm không hiểu được BN nói gì. | 2 |
| | Không nói gì. | 1 |
| Đáp ứng bằng vận động | Thực hiện các lệnh theo yêu cầu | 6 |
| | kích thích đau có định khu(Localizes painstimuli) | 5 |
| | Rụt chi khi kích thích đau. | |
| | Tư thế mất vỏ não(Decorticate posturing) | 4 |
| | Tư thế mất não(Decerebrate posturing) | 3 |
| | Hoàn toàn không có cử động gì. | 2 |
| | | 1 |
| Tổng số điểm | | 15 điểm |

Điểm tối đa là 15 điểm, hoàn toàn tỉnh táo.

Điểm tối thiểu là 3 điểm, hôn mê rất sâu, nguy cơ tử vong

Ngưỡng hôn mê sâu là 8 điểm.

Có thể đánh giá hôn mê theo tầng: gồm 5 mức độ khác nhau, từ nhẹ nhất tới nặng nhất, bao gồm; hôn mê vỏ - dưới vỏ, hôn mê gian não, hôn mê gian- trung não, hôn mê trung não và hôn mê cầu não.

Bảng 2: Đánh giá mức độ hôn mê

| Đáp ứng với kích thích đau | Thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp | Không thích hợp hoặc không có |
|------------------------------|---------------------|-----------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|
| Vẽ mặt | + | - | - | - | - |
| Phản xạ trán - mi mắt | + | + | - | - | - |
| Phản xạ mắt búp bê dọc | + | + | - | - | - |
| Phản xạ đồng tử với ánh sáng | + | + | + | - | - |
| Phản xạ mắt búp bê ngang | + | + | + | + | - |
| Hôn mê theo tầng | Vỏ - dưới vỏ | Gian não | Gian - trung não | Trung não | Cầu não |

2.2 Chẩn đoán phân biệt.

2.2.1 Tình trạng lạng thình bất động: BN còn tỉnh, nhãn cầu còn định hướng và nhắm mắt khi đe dọa.

2.2.2 Hội chứng khóa trong (locked-in syndrome): liệt tứ chi, liệt mặt hai bên, liệt môi, lưỡi, họng, thanh môn, vận nhãn ngang. BN còn vận nhãn lên, xuống, mở mắt, vẫn có thể tiếp xúc được. BN vẫn còn tỉnh và còn ý thức.

2.2.3 Rối loạn thần kinh chức năng, hysteria, rối loạn tâm thần: nghĩ tới hysteria khi: để BN nằm, nhắc tay BN lên trước mặt, bỏ tay cho rơi xuống BN sẽ có phản xạ giữ tay lại. Khi chiếu ánh sáng vào mắt nhãn cầu thường di chuyển xuống dưới, đồng tử bình thường, phản xạ với ánh sáng tốt.

2.3 Định hướng chẩn đoán các nguyên nhân hôn mê thường gặp

2.3.1 Hôn mê trong các bệnh lý tổn thương mạch máu não:

- Bao gồm nhồi máu não, xuất huyết não và xuất huyết dưới nhện.
- Lâm sàng là tình trạng hôn mê + hội chứng thần kinh khu trú ± một bệnh lý tim mạch.

2.3.2 Hôn mê liên quan đến bệnh lý nhiễm trùng:

- Viêm màng não.
- Viêm não.
- Viêm tắc tĩnh mạch não.
- Sốt rét ác tính.

2.3.3 Hôn mê liên quan đến bệnh lý có cơ giật

- Trạng thái động kinh.
- Co giật do hạ đường huyết.
- Co giật do sản giật.
- Co giật liên quan đến bệnh lý khối choán chỗ gặp trong u não, áp xe não.

2.3.4 Hôn mê liên quan đến bệnh lý chuyển hóa

- Hôn mê do biến chứng của bệnh lý đái tháo đường, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu máu, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê hạ đường huyết.
- Hôn mê gan.
- Hôn mê do hội chứng ure máu cao.
- Hôn mê do rối loạn nước điện giải nặng, hạ natri máu, hạ kali, tăng calci máu.
- Hôn mê trong các bệnh nội tiết: suy giáp, suy thượng thận, hội chứng suy đa tuyến.

2.3.5 Hôn mê liên quan đến bệnh lý ngộ độc

- Thường gặp là ngộ độc thuốc ngủ
- Nhóm opi và các loại ma túy.
- Các ngộ độc khác như ngộ độc phospho hữu cơ, ngộ độc rượu, ngộ độc CO ...

2.3.6 Hôn mê trong bệnh lý chấn thương sọ não

Liên quan với chấn thương, hôn mê có thể xuất hiện ngay sau chấn thương (giật não) hoặc hôn mê sau một khoảng thời gian từ lúc chấn thương (khoảng tỉnh) thường tổn thương kiểu tụ máu dưới màng cứng.

3. Các xét nghiệm cần làm :

- Xét nghiệm cơ bản :
 - + Chức năng gan, chức năng thận, điện giải đồ, đường máu, công thức máu, tổng phân tích nước tiểu, khí máu động mạch, ceton máu, calci máu...
 - + Xét nghiệm sàng lọc độc chất trong máu, nước tiểu.
- Chụp cắt lớp vi tính, hoặc cộng hưởng từ sọ não để đánh giá cấu trúc não.
- Các xét nghiệm chẩn đoán khác.
- Xem xét chọc dịch não tủy ở những bệnh nhân sốt, đau đầu hoặc nguy cơ cao nhiễm trùng thần kinh trung ương.
- Ghi điện não đồ để loại trừ co giật hoặc khẳng định chẩn đoán các bệnh não chuyển hóa và nhiễm trùng

4. Xử trí :

- Tư thế: BN hôn mê được đặt ở tư thế đầu cao 20 - 30⁰, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp) hoặc nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc.
- Trước các trường hợp hôn mê không rõ nguyên nhân có thể cho ngay:
 - + Vitamin B: giúp bảo vệ với bệnh não Wernicke với nguy cơ tử vong tiềm tàng và nên dùng cho tất cả BN hôn mê không rõ nguyên nhân hoặc nghi vấn dùng rượu quá mức trong thời gian dài/hoặc suy dinh dưỡng.

- + Glucose ưu trương: trì hoãn dùng cho đến khi khẳng định có tình trạng hạ đường huyết hoặc đã dùng vitamin B1.
- + Naloxon: nếu nghi ngờ dùng opioid.
- + Flumagenil: nếu nghi ngờ ngộ độc thuốc nhóm benzodiazepine.

4.1 Kiểm soát chức năng hô hấp

- Khai thông đường thở hút đờm nhớt, lấy dị vật miệng và đường hô hấp, đặt tư thế nằm nghiêng an toàn tránh tụt lưỡi, sặc. Nếu cần đặt mayo miệng.
- Cung cấp oxy: cho BN thở oxy qua canul mũi hoặc mặt nạ, theo dõi tình trạng hô hấp, nhịp thở, độ bão hòa oxy mao mạch (SpO_2).
- Đặt ống nội khí quản trong trường hợp thở oxy không có hiệu quả, BN hôn mê sâu (Glasgow < 8 điểm), ứ đọng đờm nhớt nhiều.
- Thông khí nhân tạo cho tất cả BN sau đặt nội khí quản, có tình trạng suy hô hấp không cải thiện hoặc BN có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, BN vật vã kích thích cần dùng thuốc an thần.

4.2 Kiểm soát chức năng tuần hoàn

- Nếu BN có tăng huyết áp : cần sử dụng các thuốc hạ huyết áp hợp lý, duy trì huyết áp gần với huyết áp nền.
- Nếu BN có tụt huyết áp, trụy mạch, sốc: đảm bảo kiểm soát huyết động nếu có giảm khối lượng tuần hoàn cần bù dịch và truyền máu nếu có chỉ định, sử dụng thuốc vận mạch khi bù đủ khối lượng tuần hoàn.

4.3 Chống phù não và tăng áp lực nội sọ

- Khi BN có biểu hiện lâm sàng của phù não, tăng áp lực nội sọ, cần điều trị ngay, lý tưởng nhất là phải đo và theo dõi áp lực nội sọ.
- Các biện pháp bao gồm tăng thông khí, tư thế nằm đầu cao 30° , truyền dung dịch ưu trương (Manitol, Natri clorua 3% hoặc 7.5%).

4.4 Chống co giật.

- Có thể cho các thuốc an thần như diazepam, midazolam, phenobarbital tiêm truyền tĩnh mạch, cần kiểm soát co giật, đồng thời kiểm soát hô hấp.
- Tìm nguyên nhân gây co giật để điều trị, rối loạn chuyển hóa, rối loạn điện giải, căn nguyên gây ngộ độc thuốc gây co giật.

4.5 Lọc máu và giải độc

- Lọc máu (thận nhân tạo, lọc máu liên tục, thay huyết tương, lọc máu hấp phụ) thường áp dụng cho những BN bị ngộ độc nặng, rối loạn điện giải nặng, mất thăng bằng toan kiềm nặng, thiếu vô niệu.
- Dùng thuốc giải độc đặc hiệu trong một số trường hợp ngộ độc.

4.6 Các biện pháp điều trị khác

- Điều trị rối loạn nước điện giải, toan chuyển hóa nặng
- Điều trị nguyên nhân gây viêm não, màng não.

- Chăm sóc chống loét, chống tắc mạch, chống nhiễm trùng, vật lý trị liệu
- Dinh dưỡng tốt phối hợp cả đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch.
- Bảo vệ mắt ; băng mắt, tránh khô mắt.
- Điều trị tăng thân nhiệt, hạ thân nhiệt.
- Kết hợp điều trị ngoại khoa trong trường hợp chấn thương sọ não, dị dạng mạch máu não, u não, áp xe não, tụ máu, tụ dịch trong não khi có chỉ định.

Tài liệu tham khảo:

1. **Bệnh viện Bạch Mai (2013)**. Cấp cứu hôn mê. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nội khoa: 124-126.
2. **Young GB (2014)**. Stupor and coma in adults. UpToDate, Inc. All rights reserved. Release: 21.12
3. **Rubin MA (2012)**. Coma. In: Kollef MH, Isakow W. The Washington Manual of Critical Care. The, 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins. 55:380-384