

# ĐỊNH HƯỚNG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC

## BỆNH NHÂN HÔN MÊ

### I. ĐỊNH NGHĨA

Hôn mê là tình trạng không đáp ứng trước các kích thích, đây là tình trạng rối loạn ý thức và sự thức tỉnh, mà bằng các kích thích người ta không làm bệnh nhân phục hồi được trở lại trạng thái bình thường.

### II. PHÂN TÍCH CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA TRIỆU CHỨNG

\* **Đánh giá mức độ sâu của tình trạng hôn mê theo phân loại cổ điển:** Các giai đoạn hôn mê được đánh giá khác nhau, không rõ ràng và dễ gây sai sót, nên tránh cách đánh giá này loại trừ trường hợp hôn mê do ngộ độc thuốc gây ngủ

- **Độ I:** Hôn mê nhẹ (lẫn lộn): Làm theo lệnh đơn giản.

- **Độ II:** (Lơ mơ): Hôn mê còn phản ứng: Phản ứng thức tỉnh và nhắm mắt khi kích thích đau, còn phản xạ bảo vệ thích hợp với kích thích đau.

- **Độ III:** Hôn mê sâu: Không có phản ứng hay đáp ứng vận động không tương ứng với kích thích đau (duỗi cứng mắt vỏ hay mất não), phản xạ giác mạc mất.

- **Độ IV:** Hôn mê quá giai đoạn: chết não.

\* **Đánh giá mức độ hôn mê theo thang điểm Glasgow:** Cho phép lượng hóa tình trạng hôn mê.

**Mở mắt:**

Bình thường 4 điểm

Khi gọi to 3 điểm

Khi kích thích đau 2 điểm

Không đáp ứng 1 điểm

**Đáp ứng với lời nói:**

Đúng 5 điểm

Lẫn lộn 4 điểm

Không thích hợp 3 điểm

Không hiểu nói gì 2 điểm

Không trả lời 1 điểm

**Đáp ứng vận động:**

Theo lệnh 6 điểm

Có định khu 5 điểm

Gạt đúng khi gây đau 4 điểm

Bằng co chi (mắt vò) 3 điểm

Bằng duỗi chi (mắt nảo) 2 điểm

Không đáp ứng 1 điểm

Tinh: 15 điểm; hôn mê sâu: 3 điểm.

Một bệnh nhân chấn thương sọ não đang tỉnh đột nhiên điểm Glasgow giảm xuống còn 7-8 điểm phải nghĩ tới tụ máu ngoài màng cứng đe dọa tụt não, cần can thiệp ngoại khoa ngay.

Bảng điểm Glasgow không dùng để tiên lượng cho bệnh nhân ngộ độc thuốc an thần

### III. KHÁM LÂM SÀNG

\* **Cách xuất hiện:** Dần dần hay đột ngột. Hôn mê xuất hiện đột ngột ở bệnh nhân lớn tuổi gợi ý tai biến mạch não.

\* **Lần đầu hay đã tái phát nhiều lần:** Tái phát nhiều lần: Hôn mê sau cơn động kinh toàn thể, do hạ đường huyết ở bệnh nhân có khối u tiết insulin (insulinome)

\* **Hoàn cảnh xuất hiện hôn mê:**

=> Sau một thời gian sốt: Căn nguyên nhiễm khuẩn thần kinh, sốt rét ác tính

=> Sau chấn thương sọ não

=> Sau dùng một số thuốc (thuốc ngủ, morphin, thuốc hạ đường huyết).

=> Có một bệnh lý nền nội khoa (xơ gan, suy thận, tiểu đường, tăng huyết áp).

=> Có mâu thuẫn, vướng mắc

\* **Kiểu hô hấp**

=> Kiểu Cheyne-stokes: Hôn mê chuyển hoá, tụt não vùng trên lều tiểu não

=> Kiểu Kussmaul: Do nhiễm toan nặng

=> Tăng thông khí: Toan chuyển hoá, suy hô hấp, tổn thương thân não cao

=> Rối loạn nhịp thở với cơn ngừng thở

\* **Kích thích đồng tử và phản xạ với ánh sáng**

+ Đồng tử giãn và cố định ở một bên:

=> Tụt kẹt hồi hải mã thùy thái dương.

+ Đồng tử co nhỏ song còn phản xạ tốt

=> Ngộ độc morphin, thuốc gây ngủ

=> Bệnh não chuyển hóa

+ Đồng tử có kích thước trung bình:

=> Tổn thương não giữa

=> Tụt não trung gian

+ Đồng tử giãn to cố định ở cả hai bên:

=> Bệnh não do thiếu oxy nặng và kéo dài

=> Ngộ độc thuốc gây giãn đồng tử: Scopo/amin, atropin, methy/ gieo/

**\* Chuyển động đồng bộ của hai mắt:**

+ Dấu hiệu liên hợp 2 mắt

=> Dấu hiệu mắt búp bê: (Test mắt-não): Chỉ thực hiện khi không có tổn thương cột sống cổ bằng cách quay đầu bệnh nhân nhanh sang 2 bên hay theo chiều lên- xuống. Nếu hệ thống thân não không bị tổn thương, 2 mắt sẽ chuyển động đồng bộ và theo hướng ngược lại với hướng quay đầu.

=> Test mắt- tiền đình: áp dụng khi nghi ngờ chấn thương cổ bằng cách bơm 10-50 ml nước lạnh vào ống tai ngoài, sẽ thấy hai mắt chuyển động đồng bộ về phía tai được bơm nước lạnh.

+ Dấu hiệu quay mắt quay đầu: Cả hai mắt nhìn sang một bên + quay đầu sang cùng bên:

=> Tổn thương cầu não hay thùy trán.

**\* Các triệu chứng thần kinh thực thể khác**

+ Rối loạn tinh thần: Sốt rét ác tính hay hôn mê gan

+ Các động tác bất thường và cơn co giật

+ Liệt nửa thân hay liệt các dây thần kinh sọ (liệt mặt)

+ Hội chứng màng não

**\* Dấu hiệu toàn thân**

+ Có thể phát hiện được một bệnh nội khoa gây hôn mê như: Xơ gan, suy thận...

+ Bằng chứng gợi ý chấn thương sọ não như: Rách da, bầm máu quanh hốc mắt, chảy máu tai....

+ Sốt:

+ Tăng huyết áp

**\* Phù não và tụt não:**

+ Tăng áp lực nội sọ: Đau đầu, buồn nôn, nôn, tăng huyết áp, nhịp chậm, phù gai thị, liệt dây VI, tụt điểm Glasgow

+ Tụt não trung gian: Nhịp thở Cheyne- Stokes + Đồng tử hai bên co nhỏ

+ Tụt hồi hải mã thùy thái dương: Giãn đồng tử một bên + Liệt nửa người bên đối diện

+ Tụt hạnh nhân tiểu não: Đột ngột ngừng thở trước khi có ngừng tim

**\* Bội nhiễm phổi**

**\* Loét do tì đè Ở bệnh nhân nằm lâu**

**IV. XÉT NGHIỆM**

\* Tại nhà: Đường máu mao mạch nếu có điều kiện.

\* Tại bệnh viện:

+ XN cơ bản:

=> Sinh hoá máu: Đường máu, điện giải đồ, urê, creatinin

=> Cây máu nếu sốt, kí sinh trùng sốt rét nếu ở vùng dịch tễ

=> Đo các chất khí trong máu động mạch

=> Tìm độc chất trong dịch dạ dày, nước tiểu: thuốc, rượu, chất độc nghi vấn.

Chức năng gan.

+ Chụp CT scan sọ não

+ Chọc dịch não tủy: Khi có hội chứng màng não + nhiễm khuẩn. Chống chỉ định khi có phù não

+ Điện não đồ: Gợi ý trong hôn mê gan ngộ độc barbituric

## **V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

\* Ngất: Chết lâm sàng trong thời gian ngắn, tim vẫn còn đập

\* Hội chứng khoá trong (Locked in syndrome): Liệt vận động hoàn toàn tứ chi

\* Con Hysteria: Không tiếp xúc với ngoại cảnh, mắt chuyển động trong hố mắt

## **VI. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY HÔN MÊ THƯỜNG GẶP**

\* **Căn nguyên rõ ràng, hiển nhiên**

+ Sau chấn thương sọ não

+ Giai đoạn hấp hối của tất cả các bệnh lí nặng

\* **Hôn mê có triệu chứng thần kinh chỉ điểm**

+ Liệt nửa thân:

=> Tai biến mạch máu não

=> Xuất huyết não: Người trẻ do dị dạng mạch máu não người già có tiền sử tăng huyết áp: Xuất huyết não do tăng huyết áp.

=> Nhũn não: Nhất là nhũn não tiến triển

=> Tắc mạch não: Loạn nhịp hoàn toàn, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, . . . .

+ Hội chứng màng não:

=> Chảy máu màng não: Xuất huyết dưới nhện: Khi không kèm liệt nửa thân, chảy máu não- màng não: giống như chảy máu não.

=> Viêm màng não: Chọc nước não tủy là biện pháp quan trọng.

### **\* Có cơn co giật**

+ Kèm sốt:

=> Viêm não: Sốt nhẹ hay sốt rất cao (rối loạn thần kinh thực vật)

=> Có tính chất dịch tễ

=> Nước não tủy có thể bình thường

=> Chẩn đoán dựa trên lâm sàng và chụp CT scan não.

=> Tắc tĩnh mạch não: Thường do tụ cầu, bệnh nhân sốt cao, co giật và có ổ nhiễm khuẩn ngoài não như da, mắt, tiểu khung

+ Không kèm sốt

=> Cơn động kinh: Cơn giật điển hình, trạng thái hoàng hôn sau cơn, tiền sử có các giật tương tự.

=> Hôn mê do hạ đường huyết: Có thể thấy dấu hiệu báo hiệu như bủn rủn chân tay, cồn cào, kèm tăng phản xạ gân xương, dấu hiệu bó tháp hai bên, hoàn cảnh gợi ý như đang điều trị thuốc hạ đường huyết. Điều trị thử bằng glucose hay tiêm glucagon: Bệnh nhân tỉnh lại.

=> Sản giật: Bệnh nhân có thai 3 tháng cuối, tăng huyết áp, protein niệu, soi đáy mắt trong con giật có thể thấy xuất huyết xuất tiết võng mạc hay phù gai thị

=> Tăng áp lực nội sọ và phù não: Dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, soi đáy mắt có thể thấy phù gai thị, chụp CTScan não thấy lệch đường giữa. Cần tìm nguyên nhân (u não hay áp xe não.... )

=> Sốt rét ác tính: Bệnh nhân ở vùng dịch tễ, có cơn sốt rét điển hình .Cần làm tiêu bản giọt đặc và giọt đàn tìm kí sinh trùng sốt rét. Điều trị đặc hiệu ngay bằng quinin hay artesunat truyền tĩnh mạch.

### **\* Hôn mê chuyển hoá:**

=> Hôn mê do tiểu đường: Nhiễm toan ceton thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường type 1 , hôn mê tăng áp lực thẩm thấu máu thường gặp ở bệnh nhân tiểu đường type 2.

=> Hôn mê do các bệnh nội tiết khác: Suy giáp, suy thượng thận

=> Hôn mê do rối loạn nước và điện giải nặng: Hạ natri máu, tăng calci máu

=> Hội chứng urê máu cao: Dấu hiệu suy thận mạn, nhiễm toan nặng, viêm màng ngoài tim, mê và creatinin máu tăng cao.

=> Hôn mê gan: tình trạng tiền hôn mê với rối loạn ý thức, dấu hiệu cánh chim vỗ (flapping tremor), biểu hiện suy tế bào gan. Xét nghiệm có tăng amoniac máu.

=> Hôn mê với tụt huyết áp nặng: Tình trạng sốc nặng

=> Hôn mê với biểu hiện suy hô hấp: Tăng CO<sub>2</sub> máu, giảm oxy máu nặng.

=> Hôn mê do ngộ độc thuốc ngủ: Bệnh nhân trẻ không có tiền sử bệnh lí đặc biệt, hôn mê xảy ra đột ngột, có thể thấy tang vật để lại. Thường là một hôn mê yên tĩnh. Xét nghiệm độc chất tìm chất gây độc (định lượng CO, thuốc nghi vấn, nồng độ alcol máu). Thử dùng một số thuốc chống độc đặc hiệu.

## **VII. PHÁC ĐỘ XỬ TRÍ CẤP CỨU**



\* Duy trì chức năng sống: Đảm bảo thông thoáng đường hô hấp trên, đặt canun Guedel, thở oxy, điều trị sốc, đảm bảo huyết động ổn định, cho bệnh nhân nhập viện, vào khoa cấp cứu hay hồi sức.

\* Bất động cổ nếu nghi vấn chấn thương cổ tới khi loại trừ chắc chắn, vận chuyển trên ván cứng, khi cần di chuyển bệnh nhân dùng phương pháp mức thìa

\* Đặt tư thế thích hợp:

+ Tư thế nằm nghiêng an toàn khi nghi vấn ngộ độc thuốc ngủ.

+ Tư thế đầu cao 30 độ khi nghi tăng áp lực nội sọ.

+ Tư thế đầu thấp khi nghi tụt hạnh nhân tiểu não.

\* Áp dụng tại chỗ một số phác đồ:

+ Vitamin B1 100 mg tiêm bắp hay tĩnh mạch, sau đó truyền glucose (1g/kg).

+ Naloxon 0,4-2mg tiêm bắp, tĩnh mạch hay cho trực tiếp qua ống nội khí quản.

+ Anexat 0,2 mg tiêm tĩnh mạch nhanh, nhắc lại nếu cần, tới tổng liều 1 mg.