

HÔN MÊ & HỒI SỨC NÃO

Giảng viên:

- ❑ **Thạc sĩ. BS Nguyễn Phúc Học**
- ❑ **Ủy viên BCH Hội GMHS Việt Nam & Phó Chủ tịch Chi hội GMHS Miền Trung - Tây Nguyên.**
- ❑ **Nguyên Phó Trưởng Khoa Y & Trưởng Bộ môn Lâm sàng / DTU.**
- ❑ **Nguyên Đại tá Phó Giám đốc Bệnh viện 199 Bộ Công An (2005 – 2015) & Chủ nhiệm Khoa GMHS Bệnh viện 17 QK 5, Bộ Quốc Phòng (1985 – 2005).**



NỘI DUNG

I. Đại cương

- 1.1 Tổng quan về hôn mê
- 1.2 Mất ý thức
- 1.3 Mất sự thức tỉnh
- 1.4 Giải phẫu và sinh lý hôn mê
(Harrison's 19th)

II. Nguyên nhân

III. Khám & chẩn đoán

- 3.1 Thực hiện khám thực thể đánh giá ban đầu và kiểm tra tiền sử y tế.
- 3.2 Làm các xét nghiệm & hình ảnh để khám phát hiện hôn mê

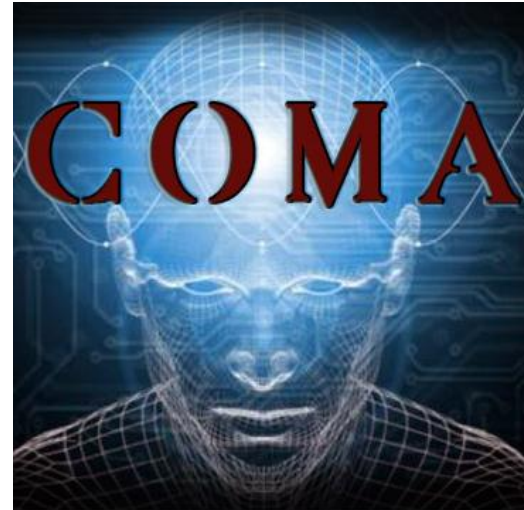
IV. Mức độ nghiêm trọng & phân loại (Phân độ)

V. Một số loại hôn mê thường gặp

VI. Nguyên tắc xử trí cấp cứu & điều trị

VII Chăm sóc bệnh nhân hôn mê

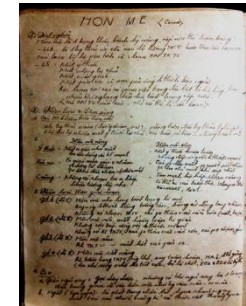
VIII Tiên lượng



I. Đại cương

1. Tổng quan về hôn mê

- Hôn mê là tình trạng không đáp ứng chủ động với kích thích từ bên ngoài...
- Là tình trạng suy giảm về tri giác, cảm giác, vận động và rối loạn các chức năng thực vật ...
- Từ điển Larousse đã định nghĩa về hôn mê rất ngắn gọn: "Mất ý thức từng phần hoặc toàn phần".
- Hôn mê là tình trạng mất ý thức và mất sự thức tỉnh, không hồi phục lại hoàn toàn khi được kích thích.
- Hôn mê là một trạng thái bất tỉnh, không thể được đánh thức; không đáp ứng bình thường với các kích thích đau đớn, ánh sáng hoặc âm thanh. Một người hôn mê thể hiện một sự vắng mặt hoàn toàn của sự tỉnh táo và không thể có ý thức cảm thấy, nói, nghe, hoặc di chuyển.
- Để một người tỉnh táo, hai bộ phận thần kinh quan trọng phải hoạt động hoàn hảo. Một bộ phận là vỏ não - là phần chất xám bao phủ lớp ngoài của não bộ. Bộ phận thứ hai - là cấu trúc ở cuống não được gọi là hệ lưới hoạt hóa (reticular activating system, RAS hay ARAS). Tổn thương một trong hai bộ phận này sẽ dẫn tới hôn mê. Vỏ não là một nhóm "chất xám" đặc và chặt chứa nhân của những nơ ron. Sợi trục của những nơ ron này là "chất trắng". Vỏ não có nhiệm vụ nhận thức vũ trụ, chuyển tiếp tín hiệu cảm giác qua đồi não và quan trọng nhất là, một cách trực tiếp hoặc gián tiếp, liên quan đến tất cả chức năng thần kinh từ những phản xạ đơn giản đến những suy nghĩ phức tạp.



Đây là trang ghi bài giảng của GS Huấn cho Sinh viên Nội trú ĐHQY (1976)

2. Mất ý thức:

- Mất khả năng tự nhận biết bản thân và nhận biết thế giới xung quanh (mất tri giác, mất trí nhớ, mất tiếng nói, mất vẻ điệu bộ).
- Khả năng nhận biết (ý thức) phụ thuộc vào trạng thái thức tỉnh.

3. Mất sự thức tỉnh:

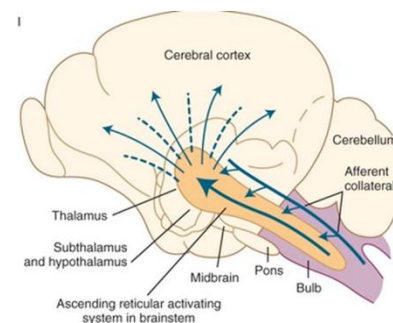
- Mất sự tỉnh táo và sự phản ứng với các kích thích như tiếng động, ánh sáng...
- Mất thức tỉnh trong hôn mê là tiên phát còn mất ý thức chỉ là hậu quả của mất thức tỉnh.

- Tình trạng mất sự thức tỉnh gồm 4 mức độ:

- + Mất chú ý: Tình trạng “u ám”, phải dùng một kích thích ngắn mới tỉnh như ánh sáng, tiếng động.
- + Ngủ gà: Gọi to, lay mới choàng dậy.
- + Đờ đẫn: Kích thích liên tục mới tỉnh.
- + Không tỉnh: Mặc dù kích thích liên tục mạnh cũng không tỉnh.

- Trạng thái thức tỉnh phụ thuộc vào cấu trúc lưới hoạt hoá đi lên nằm ở thân não (ARAS-Ascending Reticular Activating System).

- Tất cả các bệnh lý gây tổn thương trực tiếp hay gián tiếp hoặc gây rối loạn hoạt động của cấu trúc lưới hoạt hóa này đều có thể dẫn đến hôn mê.



4. Giải phẫu và sinh lý hôn mê (Harrison's 19th)

- Những nguyên nhân chính của tình trạng hôn mê là:
 - (1) tổn thương RAS phía trên não giữa;
 - (2) phá hủy phần lớn cả hai bán cầu não;
 - (3) ức chế chức năng hệ lưới bởi ma túy, chất độc, hoặc loạn chuyển hóa như hạ đường huyết, thiếu oxy, nhiễm độc niệu, và suy gan.
- Hôn mê do tổn thương lớn mô não và thoát vị - thường gặp trong chấn thương sọ não. Trong trường hợp khối chiếm chỗ phát triển nhanh, chuyển vị ngang của vỏ hóa tụt 3-5 mm thường gắn liền với buồn ngủ, 6-8 mm với sững sờ, và > 9 mm với tình trạng hôn mê.
- Hôn mê vì rối loạn chuyển hóa - do làm gián đoạn việc cung cấp năng lượng (ví dụ, ôxy, glucose) hoặc bằng cách thay đổi kích thích tế bào thần kinh (ma túy và rượu, gây mê, và bệnh động kinh).
- Tế bào thần kinh não hoàn toàn phụ thuộc vào lưu lượng máu não (CBF) vào sự cung cấp oxy và glucose. CBF là 75 ml mỗi 100 g/phút ở chất xám và 30 ml mỗi 100 g/phút ở chất trắng. Trữ lượng glucose não chỉ có thể cung cấp năng lượng 2 phút sau khi lưu lượng máu bị gián đoạn, và oxy là 8-10 giây khi dòng máu ngừng chảy.

II. Nguyên nhân:

- 40% Tình trạng hôn mê là do bị ngộ độc thuốc. Thuốc gây thiệt hại hoặc làm suy yếu chức năng khớp thần kinh trong ARAS và hiệu ứng thứ cấp của các loại thuốc - gây nhịp tim bất thường; áp lực máu cũng như hơi thở bất thường và ra mồ hôi, cũng có thể gián tiếp gây hại cho hoạt động của ARAS và dẫn đến tình trạng hôn mê. Co giật và ảo giác đóng một vai trò quan trọng trong trục trặc ARAS.
- 25% Tình trạng hôn mê xảy ra do thiếu oxy, thường do ngừng tim. Đây là nguyên nhân phổ biến thứ hai của tình trạng hôn mê, Các hệ thống thần kinh trung ương (CNS) đòi hỏi một lượng lớn oxy cho tế bào thần kinh . Oxygen giảm trong não, còn được gọi là tình trạng thiếu oxy , gây tăng natri & giảm canxi ngoại bào và canxi trong tế bào tăng lên, làm tổn hại đến dẫn truyền tế bào thần kinh. Thiếu oxy trong não cũng gây ra kiệt ATP và hư hại khung tế bào ...
- 20% Tình trạng hôn mê là do tác dụng phụ của một cơn đột quỵ. Trong một cơn đột quỵ, lưu lượng máu đến các phần của não bị hạn chế hoặc bị chặn. Một đột quỵ thiếu máu cục bộ, xuất huyết não, hoặc khối u có thể gây ngừng lưu thông của dòng máu. Thiếu máu đến các tế bào trong não, ngăn chặn oxy không đến được các tế bào thần kinh, và do đó khiến các tế bào trở nên bị gián đoạn hoạt động và cuối cùng là chết. Khi các tế bào não bị chết, mô não tiếp tục xấu đi, mà có thể ảnh hưởng đến chức năng của ARAS.
- 15% Còn lại là các trường hợp hôn mê do chấn thương, mất máu quá nhiều, suy dinh dưỡng, hạ thân nhiệt, tăng thân nhiệt, nồng độ glucose bất thường, và nhiều rối loạn sinh học khác.
- 1% Là tình trạng bắt chước hôn mê: Tình trạng trì trệ, tình trạng căng trương lực; giả vờ; hysteria.

III. Khám ~ chẩn đoán

- Chẩn đoán tình trạng hôn mê là đơn giản, nhưng chẩn đoán nguyên nhân của quá trình bệnh lý thường là thử thách.
- Ưu tiên hàng đầu trong khám & điều trị một bệnh nhân hôn mê là ổn định trước hết những chức năng sống cơ bản (đường thở, hô hấp, và tuần hoàn).
- Khi tình trạng hôn mê là ổn định về những chức năng sống cơ bản, điều tra khám xét được thực hiện để đánh giá các nguyên nhân cơ bản.
- Phương pháp khám~chẩn đoán được chia thành:
 - + Khám thực thể để kiểm tra đánh giá ban đầu, hỏi tiền sử để phát hiện hôn mê thực giả (HC khóa trong) và mức độ trầm trọng (GSC);
 - + Sử dụng các xét nghiệm cận lâm sàng 'xét nghiệm thuốc nghi ngờ, glucose huyết thanh, canxi, natri, kali, magiê, phốt phát, urê và creatinine'.cũng như các chẩn đoán hình ảnh (chẳng hạn như CAT scan, MRI, vv) và các nghiên cứu đặc biệt (EEG, vv).

Các bước tiến hành khám ~ chẩn đoán

Khi một bệnh nhân bất tỉnh vào bệnh viện, cần sử dụng một loạt các bước khám ~ chẩn đoán để xác định nguyên nhân của tình trạng bất tỉnh, gồm các bước sau đây :

1. Thực hiện khám thực thể đánh giá ban đầu và kiểm tra tiền sử y tế.

- + Hãy chắc chắn là tình trạng hôn mê thực (không phải tình trạng khoá trong ~ bệnh nhân có thể tự di chuyển mắt hoặc nhấp nháy mắt) hoặc có tâm lý không đáp ứng (kích thích calo của bộ máy tiền đình kết quả sai lệch ...).
- + Tìm các tầng của não có thể gây ra tình trạng hôn mê (thân não ...) và đánh giá mức độ nghiêm trọng của tình trạng hôn mê với điểm hôn mê Glasgow

2. Làm các xét nghiệm & hình ảnh để khám phát hiện hôn mê

- + Thử máu để xem có loại thuốc đã dùng hoặc nếu đó là một kết quả của việc giảm thông khí / tăng thông khí. Kiểm tra nồng độ "glucose huyết thanh, canxi, natri, kali, magiê, photphát, urê và creatinine«.
- + Thực hiện quét não bằng CT hoặc MRI để tìm các bất thường. Theo dõi và xác định các cơn động kinh bằng sử dụng điện não đồ.

3.1. Thực hiện khám thực thể đánh giá ban đầu và kiểm tra tiền sử y tế.

Khám thực thể thực hiện sau khi ổn định sinh hiệu ban đầu. Bao gồm:

- (a) khám đánh giá các dấu hiệu quan trọng;
- (b) một phần quan trọng dành riêng cho việc quan sát hô hấp (kiểu thở);
- (c) chuyển động & tư thế cơ thể (dáng nằm);
- (d) khám đánh giá cuống não và chức năng não thông qua kiểm tra các phản xạ đặc biệt như phản xạ oculocephalic (thử nghiệm búp bê) của kiểm tra mắt, phản xạ oculovestibular (kiểm tra test calo lạnh), phản xạ giác mạc , và phản xạ gag...

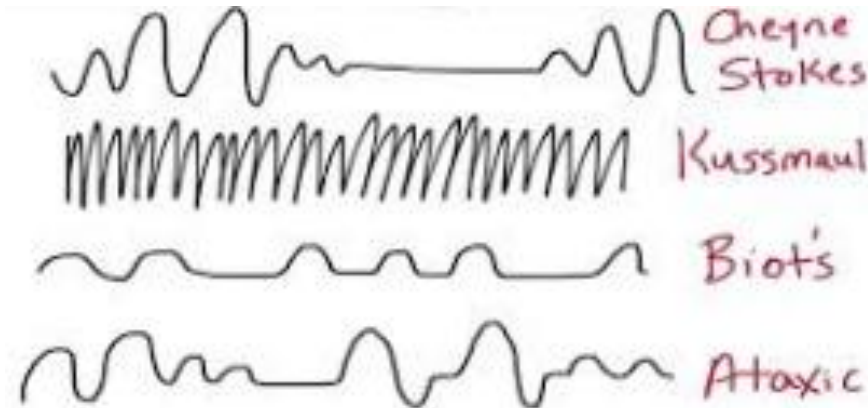
(a) Khám các dấu hiệu quan trọng (precondition – tiên quyết):

- + Nhiệt độ (ở hậu môn là chính xác nhất)
- + Huyết áp, nhịp tim
- + Tỷ lệ hô hấp, và độ bão hòa oxy.

Các dấu hiệu đó giúp đánh giá sinh hiệu dễ dàng và nhanh chóng để có nhận định sâu về quá trình chuyển hóa, tình trạng dịch, chức năng tim, toàn vẹn mạch máu và oxy mô của bệnh nhân.

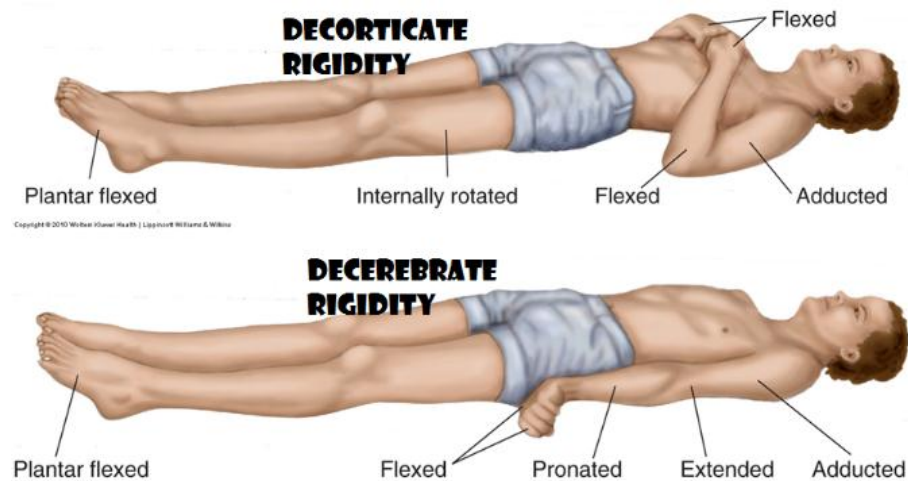
(b) Khám Hô hấp (nhịp điệu thở) là quan trọng và cần được lưu ý trên bệnh nhân hôn mê. Một số kiểu thở đã được xác định bao gồm:

- + Cheyne-Stokes, là một hình thức thở được mô tả là xen kẽ tăng thông khí và ngưng thở. Đây là một mô hình nguy hiểm và thường được thấy trong thoát vị não, tổn thương vỏ não rộng lớn, hoặc tổn thương não.
- + Kiểu thở apneustic (Biot's), đặc trưng bởi thở sâu, thở hỗn hển với một khoảng dừng thở ngắn theo sau, nguyên nhân là do tổn thương cầu não hoặc trên tủy do đột quỵ hoặc chấn thương.
- + Kiểu thở Ataxic là nhịp thở đặc trưng bởi sự tạm dừng thở thường xuyên và thời gian ngày càng tăng của chứng ngưng thở, nguyên nhân là do tổn thương tủy não do đột quỵ hoặc chấn thương. Nó thường chỉ ra một tiên lượng xấu, và thường tiến triển đến hoàn thành ngưng thở.



(c) Chuyển động & tư thế cơ thể (dáng nằm) - Thường có hai tư thế khuôn mẫu thấy ở bệnh nhân hôn mê:





- + Tư thế co cứng do tổn thương não (Decorticate posturing): khuỷu tay, cổ tay và các ngón tay uốn cong, và chân mở rộng và quay vào trong; chỉ ra rằng có thể tổn hại cho khu vực bao gồm cả bán cầu não, các nhân, các đồi thị, và có thể cả não giữa .
- + Tư thế duỗi cứng do tổn thương não (Decerebrate posturing): khuỷu tay, cổ tay và các ngón tay uốn cong, và chân mở rộng và quay vào trong; chỉ ra rằng có thể tổn hại khu vực thân não, đặc biệt gây tổn hại dưới mức của các nhân đỏ, những người có tổn thương hoặc ép trong não giữa và tổn thương ở tiểu não, thường thấy trong đột quỵ cầu não, thoát vị não.



(d) Khám đánh giá cuống não và chức năng não thông qua kiểm tra các phản xạ đặc biệt:

- + Phản xạ Oculocephalic (còn được gọi là mắt của con búp bê) được thực hiện để đánh giá tính toàn vẹn của thân não: Mí mắt của bệnh nhân được nhẹ nhàng nâng lên và giác mạc được bộc lộ. Sau đó xoay đầu bệnh nhân về một bên để quan sát, mắt của bệnh nhân di chuyển theo hướng ngược lại với hướng chuyển động quay của đầu, được cho là có một thân não còn nguyên vẹn.(xem minh họa trong video)
- + Phản xạ calo cũng nhằm đánh giá cả hai chức năng vỏ não và thân não: nước lạnh được bơm vào một bên tai; nếu đôi mắt của bệnh nhân dần dần đi chệch về hướng ống tai đã được tiêm nước lạnh vào, thân não là nguyên vẹn, nếu đi chệch về phía tai được tiêm chỉ ra tổn hại của cuống não về phía đó; một rung giật nhãn cầu nhanh chóng là do vỏ não chịu trách nhiệm và thường gặp ở những bệnh nhân còn ý thức hay chỉ là hôn mê nhẹ.(xem minh họa trong video)
- + Khám đánh giá các dây thần kinh sọ não: Do tình trạng vô thức của bệnh nhân, chỉ đánh giá được các dây thần kinh sọ não số 2 (CN II), số 3 (CN III), số 5 (CN V), số 7 (CN VII), và sọ thần kinh 9 và 10 (CN IX, CN X). Phản xạ Gag giúp đánh giá các dây thần kinh sọ não số 9 và 10

- + Phản ứng với ánh sáng của đồng tử là rất quan trọng vì nó cho thấy một võng mạc, và dây thần kinh số 2 (CN II) còn nguyên vẹn...
- + Phản xạ giác mạc đánh giá tính toàn vẹn của số dây thần kinh sọ não số 7 (CN VII), và dây thần kinh sọ não số 5 (CN V).
- + Đánh giá đồng tử thường là một phần quan trọng của khám hôn mê, vì nó có thể cung cấp thông tin như là nguyên nhân của tình trạng hôn mê; bảng sau đây là một hướng dẫn kỹ thuật cho những phát hiện về đồng tử thường gặp và cách diễn giải của chúng:

Kích thước đồng tử (mắt trái so với mắt phải)	Giải thích
	Mắt bình thường với hai đồng tử bằng kích thước và phản ứng với ánh sáng. Điều này có nghĩa là bệnh nhân có thể không phải trong tình trạng hôn mê và cũng có thể là hôn mê dưới ảnh hưởng của một loại thuốc ngủ.
	Đồng tử "cỏ đinh" do heroin hoặc quá liều thuốc phiện chỉ ra nguyên nhân tình trạng hôn mê của bệnh nhân. Các đồng tử pinpoint vẫn phản ứng với ánh sáng, song phương (ở cả hai mắt, không chỉ là một). Một khả năng khác là những tổn hại của các cầu não.
	Một đồng tử đang giãn ra và không phản ứng, trong khi đồng tử khác là bình thường (trong trường hợp này, mắt phải được giãn ra, trong khi mắt trái là bình thường). Điều này có thể cắt nghĩa là tổn hại các dây TK mắt vận động (dây sọ não số 3, CN III) ở phía bên phải, hoặc khả năng tham gia của mạch máu.
	Cả hai đồng tử đang giãn ra và không phản ứng với ánh sáng. Điều này có thể là do dùng quá liều các loại thuốc hạ thân nhiệt hoặc thiếu oxy nặng.

3.2. Làm các xét nghiệm & hình ảnh để khám phát hiện hôn mê

Thử máu để xem có loại thuốc đã dùng hoặc nếu đó là một kết quả của việc giảm thông khí / tăng thông khí. Kiểm tra nồng độ "glucose huyết thanh, canxi, natri, kali, magiê, photphat, urê và creatinine«.

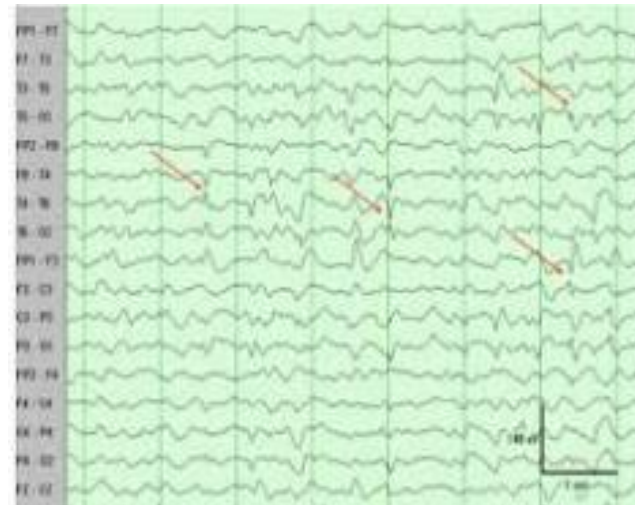
Thực hiện quét não bằng chụp cắt lớp vi tính (CAT hoặc CT scan) hoặc MRI để tìm các bất thường & để xác định nguyên nhân cụ thể của tình trạng hôn mê, chẳng hạn như xuất huyết trong não hoặc thoát vị của các cấu trúc não.

Theo dõi và xác định các cơn động kinh bằng sử dụng điện não đồ.



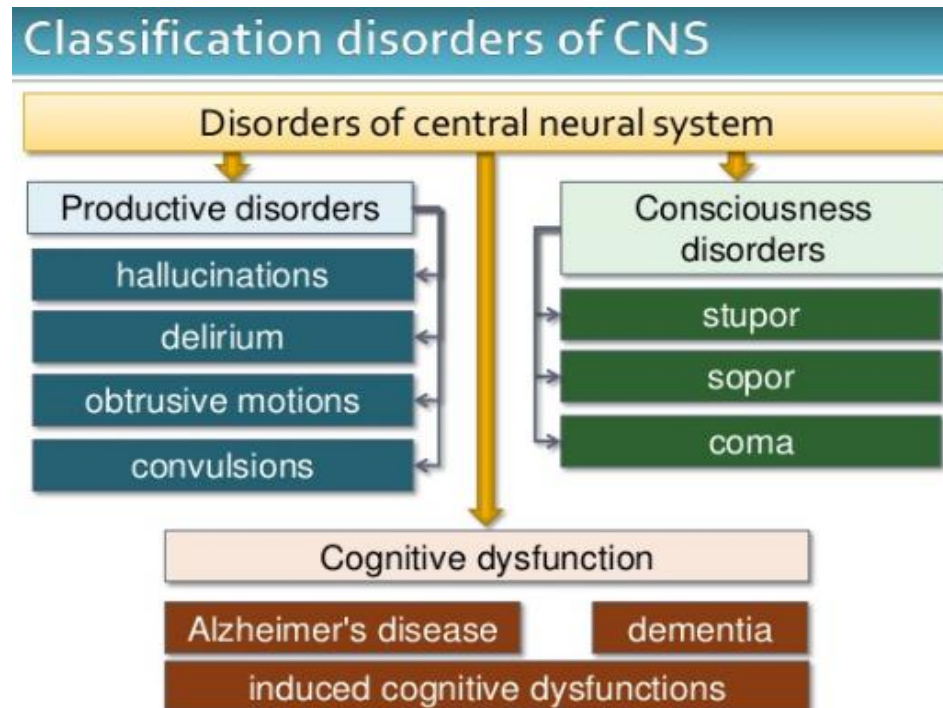
Modern CT scanner

Synonyms X-ray computed tomography (X-ray CT), computerized axial tomography scan (CAT scan)^[1]



IV. Mức độ nghiêm trọng & phân loại (Phân độ)

- ❖ Tiền hôn mê:
(= Mất thức tỉnh)
+ u ám (Obnubilation),
+ ngủ gà Somnolence),
+ đờ đẫn (Stupor)
- ❖ Hôn mê
(mất ý thức + mất vận động tự chủ)
a, Hôn mê độ I (coma sopor)
b, Hôn mê độ II (coma confirme)
c, Hôn mê độ III (coma carus)
d, Hôn mê độ IV (coma depasse)



❖ Hôn mê (mất ý thức + mất vận động tự chủ)

a, Hôn mê độ I (coma sopor)

* Hôn mê nhẹ, do ức chế vỏ não lan rộng

- + Ý thức mất - gọi không đáp ứng, kích thích đau mạnh có thể nhăn mặt, rên
- + Phản xạ - đồng tử với ánh sáng, Phản xạ giác mạc, Phản xạ nuốt còn nhưng chậm
- + TKTV - chưa có rối loạn hô hấp, tim mạch

b, Hôn mê độ II (coma confirme)

* Hôn mê vừa, thực sự, do ức chế lần tới gian não, não giữa

- + Ý thức - gọi hỏi không trả lời, kích thích đau mạnh không đáp ứng.
- + Phản xạ - đồng tử, giác mạc kém hoặc mất, Phản xạ nuốt chỉ còn thì miệng
- + TKTV - rối loạn nhịp thở (kussmalt, Cheyne-Stokes), loạn nhịp tim, huyết áp giao động, loạn thân nhiệt, đại tiểu tiện không tự chủ, có thể thấy co cứng mất não.

c, Hôn mê độ III (coma carus)

* Hôn mê sâu, do ức chế lan cầu não, một phần hành não

- + Ý thức - không đáp ứng với mọi kích thích.
- + Phản xạ - mất hết tất cả phản xạ nuốt, đồng tử giãn.
- + TKTV - suy tim, tụt huyết áp, thở yếu, loạn nhiệt, ỉa đái dầm dề, duỗi mắt
não?

d, Hôn mê độ IV (coma depasse)

* Hôn mê quá mức, do ức chế hành não

- + Thở máy do không còn tự thở được, đồng tử giãn, lạnh, tim yếu, huyết áp
bằng 0.

Glasgow coma scale

▶ 3

15 points

coma sopor somnolence consciousness

eyes opening:

Reaction
verbal:

motoric:

6			complies with an appeal
5		oriented	targeted reaction to pain
4	spontaneous	confused	non-targeted reaction to pain
3	to being addressed	inadequate	flexion
2	to pain	intelligible	extension
1	does not open eyes	no	no reaction

BẢNG ĐIỂM GLASGOW

Thang điểm Glasgow của Teasdale và Jenett (1978)

1.Mắt:

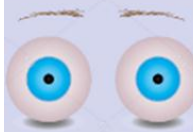
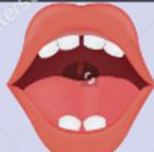

- + Mở tự nhiên (4)
- + Mở khi ra lệnh (3)
- + Mở khi gây đau (2)
- + Không mở khi kích thích(1)

2.Nói:

- + Trả lời đúng (5)
- + Trả lời hạn chế (4)
- + Trả lời lộn xộn (3)
- + Không rõ (2)
- + Không nói (1)

3.Vận động:

- + Làm đúng theo lệnh (6)
- + Đáp ứng khi đau (5)
- + Cử động không tự chủ (4)
- + Co cứng mất vỏ não (3)
- + Duỗi cứng mất não (2)
- + Không đáp ứng gì cả (1)

Behaviour	Response
 <p>Eye Opening Response</p>	4. Spontaneously 3. To speech 2. To pain 1. No response
 <p>Verbal Response</p>	5. Oriented to time, person and place 4. Confused 3. Inappropriate words 2. Incomprehensible sounds 1. No response
 <p>Motor Response</p>	6. Obeys command 5. Moves to localised pain 4. Flex to withdraw from pain 3. Abnormal flexion 2. Abnormal extension 1. No response

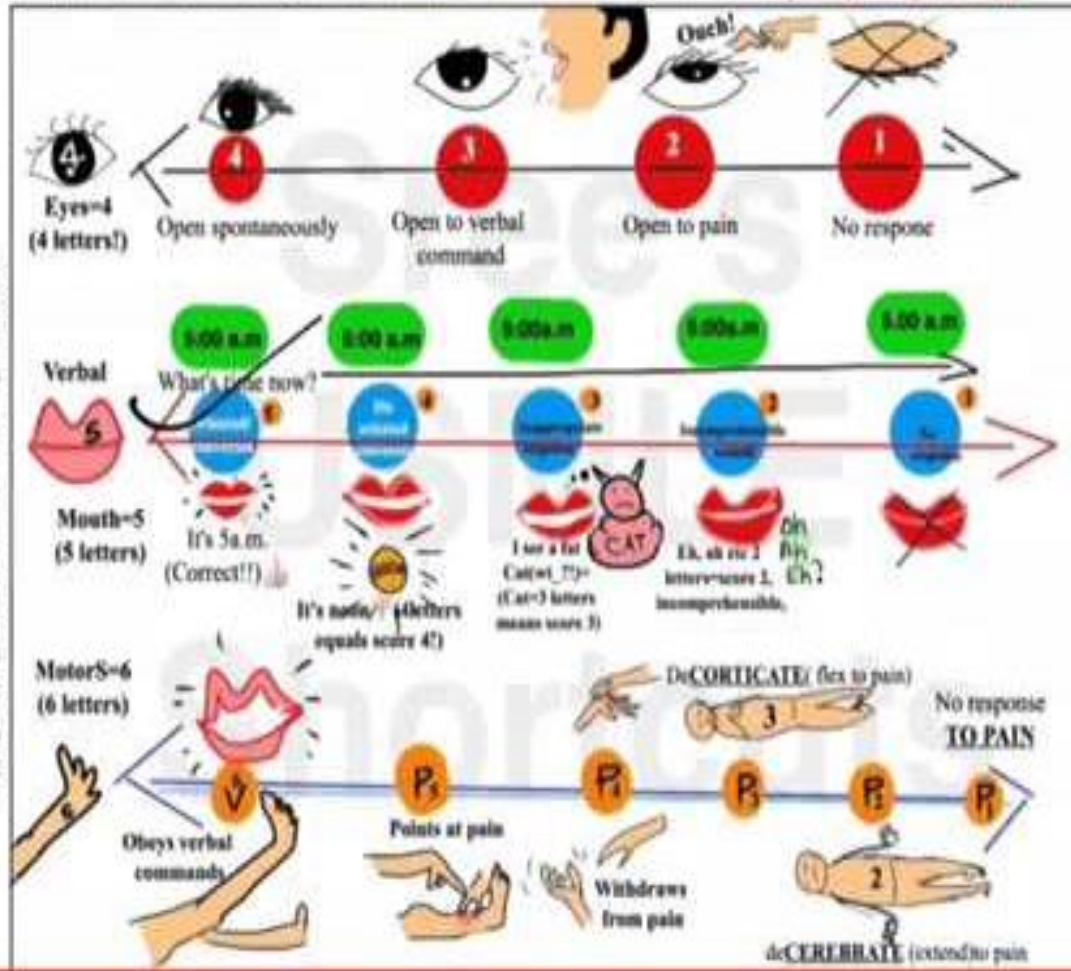
Đánh giá:

- (+) = 15 điểm: bình thường.
- (+) = 14 - 10 điểm: rối loạn ý thức
- (+) = 10 - 8 điểm: rối loạn ý thức nặng
- (+) = 7 - 6 : hôn mê
- (+) = 5 - 4 điểm: hôn mê sâu
- (+) = 3 điểm: hôn mê không hồi phục.

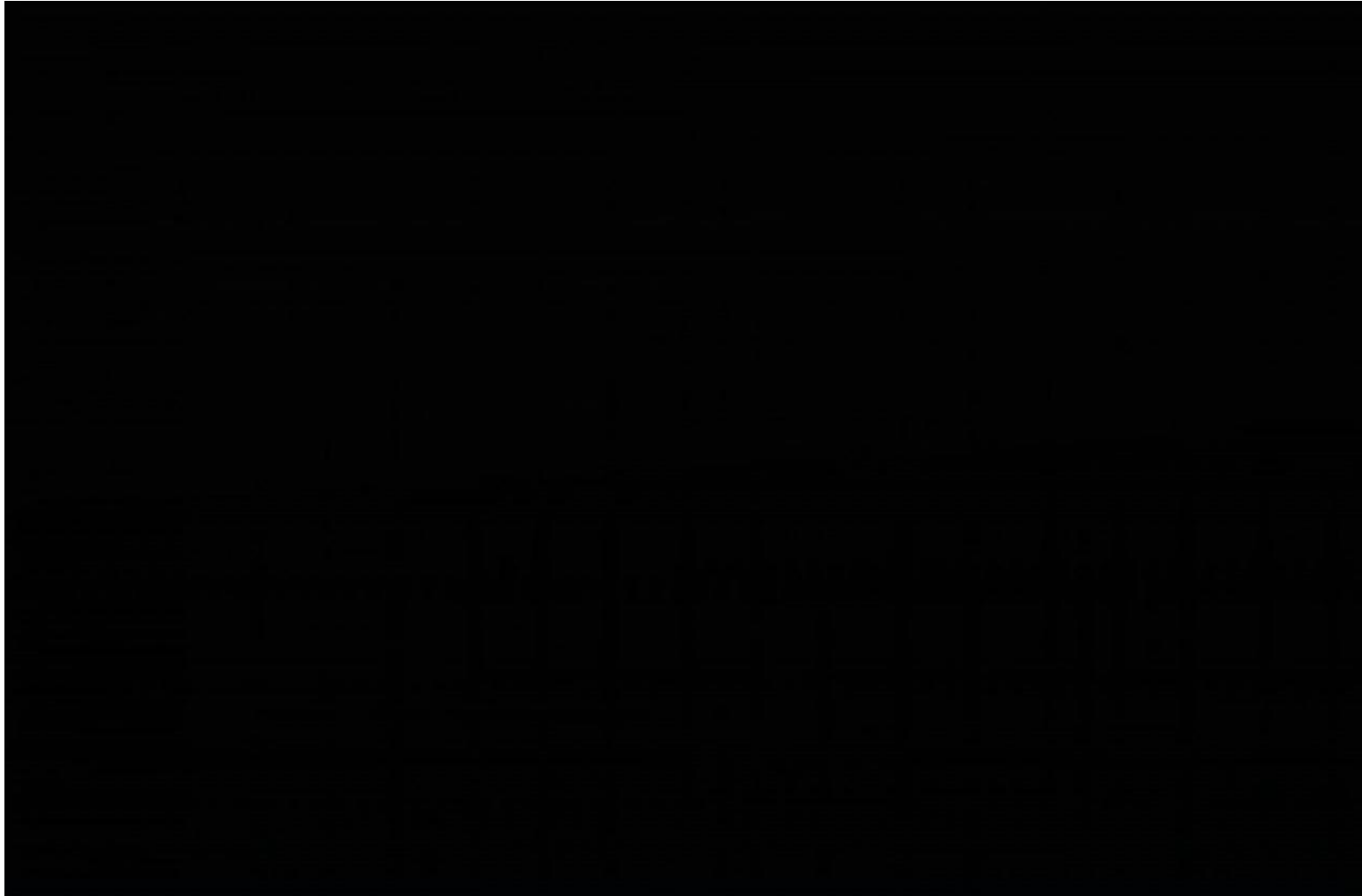
GLASGOW COMA SCALE (TRÈ EM)

3. Glasgow coma scale: Easy link; Glasgow coma scale

Normal = 15 (Eyes=4 + Verbal=5 + Motor=6 normal responses). Worst = 1E + 1V + 1M



KHÁM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN HÔN MÊ CHẾT NÃO



V. Một số loại hôn mê thường gặp

5.1. Hôn mê nội sinh

a) Hôn mê do tiểu đường (coma diabeticum):

- Hôn mê do tiểu đường thường là một tình trạng bệnh lý cấp tính do các nguyên nhân ngoại sinh gây nên.
- Khi một bệnh nhân tiểu đường có suy giảm ý thức thì cần nghĩ ngay tới hôn mê để có thái độ chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Tuy nhiên cũng cần lưu ý rằng, có tới 40% bệnh nhân tiểu đường tiềm tàng có biểu hiện lâm sàng đầu tiên là hôn mê (gọi là hôn mê khởi phát). Các bệnh nhân này không có tiền sử tiểu đường và khi bị hôn mê sẽ có tỷ lệ tử vong cao (tới 50%), lý do có thể là những bệnh nhân này thường cao tuổi.

b) Hôn mê do tăng urê huyết (coma uraemicum).

c) Hôn mê do cường giáp (coma hyperthyreoticum).

d) Hôn mê do thiếu năng giáp (coma hypothyreoticum).

e) Suy tuyến thượng thận cấp, cơn Addison.

f) Hôn mê tuyến yên.

g) Hôn mê gan (coma hepaticum):

- Hôn mê gan là một hội chứng biểu hiện những rối loạn nặng nề của chức năng thần kinh, tâm thần trong những giai đoạn khác nhau của quá trình bệnh lý gan.
- Mức độ nặng nề của hôn mê có thể nhận biết bằng những thay đổi của các sóng trên điện não đồ.
- Căn cứ vào bệnh sinh và tiên lượng người ta phân biệt hai thể hôn mê gan:
 - + Hôn mê gan nội sinh hay hôn mê gan hoại tử: do phá hủy tràn lan tổ chức gan như trong viêm gan virus cấp tính hoặc ngộ độc.
 - + Hôn mê gan ngoại sinh hay hôn mê gan mất chức năng: thể này thường gặp hơn, biểu hiện giai đoạn cuối của tình trạng suy gan mạn tính. Hôn mê thể này có thể gây nên bởi bữa ăn nhiều đạm, chảy máu tiêu hoá, nhiễm khuẩn, các loại hoá dược, rượu...

5.2. Hôn mê ngoại sinh:

a). Hôn mê sau chấn thương sọ não:

- Chẩn đoán tương đối dễ dàng vì nó thường xuất hiện sau chấn thương sọ não.
- Mức độ nặng nề và thời gian kéo dài của hôn mê phụ thuộc vào tình trạng nặng nề của chấn thương sọ não.
- Sau chấn thương bệnh nhân có thể đi vào hôn mê ngay nhưng cũng có khi bệnh nhân có khoảng tỉnh (từ khi chấn thương đến khi đi vào hôn mê bệnh nhân ở trong tình trạng tỉnh táo). Những trường hợp như vậy thường có do máu tụ (dưới hoặc ngoài màng cứng).

b). Hôn mê do chảy máu não:

- Hôn mê thường xảy ra đột ngột, ở bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, thường khởi đầu bằng đau đầu, nôn, có các biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú, có hội chứng màng não, rối loạn thần kinh thực vật, rối loạn cơ vòng.
- Những trường hợp nặng nề còn có thể có các động tác không tự chủ như co cứng mắt vỏ hoặc duỗi cứng mắt não, rối loạn nhịp thở và thực vật nặng nề.

c). Hôn mê do viêm não virus:

Bệnh nhân có sốt, co giật, có thể có tổn thương thần kinh lan toả các mức độ khác nhau; rối loạn thần kinh thực vật.

d) Hôn mê do ngộ độc thuốc ngủ:

Bệnh nhân ngủ sâu, khó thức tỉnh, đồng tử co nhỏ, nhịp tim chậm, huyết áp và nhiệt độ giảm, rối loạn nhịp thở. Cần xác định loại thuốc ngủ bằng cách xét nghiệm dịch dạ dày.



VI. Nguyên tắc xử trí cấp cứu & điều trị

Cần lưu ý:

- * Hôn mê luôn có nguy cơ: Ngạt thở cấp + Suy tim mạch
+ Thiếu máu não
- * Phải nghĩ trước tiên đến: Do chấn thương + Mạch não
+ Chuyển hóa + Nhiễm độc
- * Làm ngay: Đặt canun Mayo + Truyền dịch (không muối).

Đảm bảo chức năng sống cho bệnh nhân:

- Kiểm soát tốt chức năng hô hấp; tuần hoàn
- Điều trị các bệnh lý nội khoa đi kèm
- Cân bằng nước, điện giải, toan kiềm
- Đảm bảo năng lượng, dinh dưỡng
- Chống phù não, tăng ALNS, co giật
- Kiểm soát bệnh lý nhiễm trùng
- Lọc máu và giải độc
- Chỉ định phẫu thuật
- Các biện pháp điều trị khác: chống loét, chăm sóc mắt, giữ thân nhiệt ổn định

6.1. Đánh giá ban đầu

Tiền sử của bệnh nhân sẽ được tham khảo qua các mối liên hệ, bạn bè, người lái xe cấp cứu, cảnh sát hoặc bất cứ ai hiện diện gần nạn nhân khi bị chấn thương, động kinh, dùng thuốc, rượu, tiểu đường hoặc biết bệnh hệ thống khác.

Khám toàn thể có thể phát hiện ra một bệnh hệ thống

phối hợp với hôn mê (vd xơ gan, đường nối động mạch để lọc máu, ban bản đồ đặc hiệu của nhiễm khuẩn huyết màng não cầu). Hoặc các dấu hiệu của chấn thương đầu (vd vết rách, bầm máu...).

Khám thần kinh cần tập trung xác định mức của ý thức, định khu tổn thương, có khả năng xảy ra thoát vị không.

Khám lặp lại khi cần để phát hiện và can thiệp nếu lâm sàng xấu đi.

6.2. Đường thở, cột sống cổ, nhiệt độ

Đường thở cần bảo đảm chắc chắn, trở giúp thông khí và tuần hoàn, duy trì nhiệt độ có thể ổn định. Cần phải giữ cố định có nếu có khả năng bị chấn thương cho tới khi chụp phim cột sống cổ loại trừ được có thương tổn hoặc di lệch.

6.3. Duy trì đường truyền TM

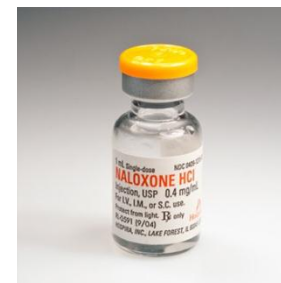
Đường truyền tĩnh mạch phải được thiết lập. Xét nghiệm máu cần phải làm ban đầu gồm glucose, điện giải, urea, CBC, calcium, khí máu động mạch, kiểm nghiệm thuốc/rượu/độc chất, nuôi cấy vi khuẩn, men gan, thời gian prothrombin (pt) và thời gian thromboplastin cục bộ (ptT). Nhóm và làm máu chéo nếu lường trước tổn thương cần mổ.

6.4. Vitamine B1, dextrose:

Vitamin B1 cho 100mg IV, sau đó cho dextrose 1 g/kg truyền nhanh đường tĩnh mạch.

6.5. Naloxone, flumazenil:

Naloxone, 0.01mg/kg IV tiêm nhanh (tối đa 2mg), và flumazenil 0.2mg tiêm nhanh IV lập lại mỗi 1 phút tới tổng liều 1mg.



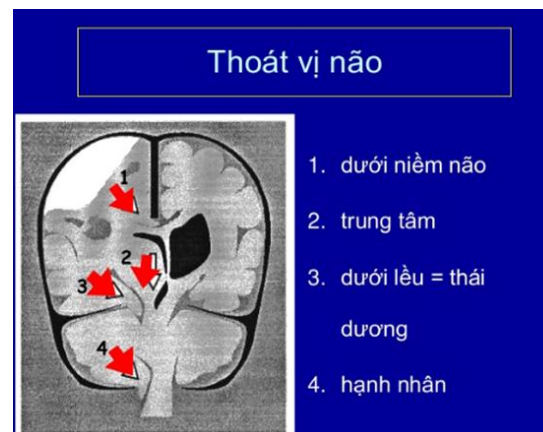
6.6. Thoát vị não - Nếu đang tiến triển, cần làm các bước sau:

Tăng thông khí với mục tiêu PCO₂ hạ còn khoảng 25-30 mmHg sẽ làm giảm áp lực nội sọ.

Mannitol (100 g trong 500 ml Daxtro 5%) sẽ truyền nhanh kiểu bolus theo liều 1-2 g/kg trong vòng 10-20', sau đó duy trì liều 50-300mg/kg/IV mỗi 6h.

Glucocorticoid làm giảm phù quanh u và ổ abces; dexamethasone 10mg cho tiêm tĩnh mạch nhanh, sau đó cứ 4mg IV mỗi 6h.

Chụp CT đầu - cần làm ngay khi tình trạng bệnh tạm ổn, nếu xác định phẫu thuật là cần thiết. Tổn thương không mổ được càng yêu cầu sự chăm sóc cảm thông.



6.7. Nếu thoát vị não không xảy ra

Nếu không thoát vị, khám cẩn thận đối với các dấu hiệu thần kinh khu trú và chụp CT scan là cần thiết.

Phẫu thuật các thương tổn cần tham khảo ý kiến của các nhà phẫu thuật thần kinh.

Các tổn thương không mổ được cũng cần săn sóc thông cảm.

Nếu CT scan và các xét nghiệm không đưa ra được chẩn đoán có thể xem xét thủ thuật chọc ống sống để chẩn đoán.

6.8. Chọc ống sống

Chọc ống sống không được tiến hành nếu có khối tổn thương chiếm chỗ hoặc đã lệch đường giữa hiện diện trên CT scan. Nếu nghi ngờ viêm màng não, được cho kháng sinh ngay không chờ chọc tủy. Dịch não tủy được gửi làm các xét nghiệm đếm tế bào, protein, glucose, nhuộm Gram's..., và nuôi cấy nấm-vi khuẩn.

Nhiễm trùng sẽ được điều trị với kháng sinh thích hợp ngay lập tức.

Chảy máu dưới nhện cần tham khảo ý kiến chuyên gia phẫu thuật thần kinh.

EEG có thể giúp ích nếu dịch não tủy và các xét nghiệm tìm không ra chẩn đoán.

6.9. Điện não đồ - EEG

EEG là bất thường ở hầu hết các trường hợp suy giảm tri giác nhưng cũng có thể chỉ điểm một chẩn đoán không ngờ tới nào đó. Một vài trường hợp là bệnh lý não gan, viêm não herpes, do barbiturate hoặc độc tố thuốc mê, động kinh (không có cơn co giật) có thể chẩn đoán bởi EEG. Sóng EEG mà bình thường là gợi ý hôn mê do tâm lý.

6.10. Bệnh lý đông máu

Bệnh lý đông máu cần sửa chữa ngay lập tức với huyết tương tươi đông lạnh, truyền tiểu cầu... xuất huyết có thể tiếp tục cho tới khi bệnh lý đông máu được kìm chế và phẫu thuật thần kinh được tiến hành chỉ khi đông máu đã trở về bình thường.

6.11. Khi không chẩn đoán ra

Khi khám xét lượng định ban đầu không chẩn đoán ra, hầu hết dường như nguyên nhân hôn mê là do chuyển hóa - độc tố hoặc đột quỵ thân não. Bệnh nhân cần phải theo dõi sát trong bệnh viện về tình trạng thần kinh và hô hấp trong khi tiếp tục thực hiện thêm nữa về chẩn đoán gồm có nghiên cứu chức năng giáp trạng, thượng thận và tuyến yên.

VII Chăm sóc bệnh nhân hôn mê

7.1 Đảm bảo hô hấp:

- Theo dõi sát nhịp thở, SpO₂- tình trạng tụt lưỡi, ứ đọng đờm dãi.
- Nằm nghiêng an toàn, đặt canuyn miệng tránh tụt lưỡi.
- Phải báo ngay cho bác sỹ nếu thấy bệnh nhân có phản xạ nuốt kém (để đặt xông dạ dày), ho kém hoặc ứ đọng đờm dãi (để đặt nội khí quản).
- Hút đờm dãi họng miệng, mũi- hút dịch khí phế quản, chăm sóc ống nội khí quản nếu đã đặt nội khí quản .
- Chuẩn bị dụng cụ và máy thở, hỗ trợ bác sỹ đặt nội khí quản và cho bệnh nhân thở máy nếu có chỉ định bệnh nhân.

7.2 Đảm bảo tuần hoàn:

- Theo dõi sát mạch, huyết áp (nhịp độ theo dõi tùy theo tình trạng bệnh nhân).
- Dùng thuốc nâng huyết áp hoặc thuốc hạ huyết áp và truyền dịch theo y lệnh bác sỹ.
- Cần thông báo cho bác sỹ nếu phát hiện thấy nhịp chậm (<60 nhịp/ph) hoặc nhanh (>120 nhịp/ph), rối loạn nhịp hoặc huyết áp tối đa tụt (>90 mmHg hoặc giảm quá 40 mmHg so với huyết áp nền) hoặc huyết áp quá cao (>160/90 mmHg hoặc tăng thêm trên 40 mmHg so với huyết áp nền).

7.3 Phòng chống nhiễm khuẩn:

- Đảm bảo tuyệt đối khi chăm sóc ống nội khí quản, canuyn mở khí quản.
- Hút đờm nhẹ nhàng tránh gây thương tích cho khí phế quản.
- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối khi đặt ống thông bàng quang, túi đựng nước tiểu phải kín, đặt ở thấp tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Chú ý giữ vệ sinh da (tắm, gội đầu, vệ sinh bộ phận sinh dục; thay ga trải giường và quần áo thường xuyên).
- Chăm sóc mắt: thường xuyên rửa mắt, nhỏ mắt bằng các thuốc kháng sinh dùng cho mắt (chloramphenicol 0,4%, cipro nhỏ mắt...); băng mắt và dán mi nếu bệnh nhân không chớp mắt được.

7.4 Đảm bảo dinh dưỡng:

- Đặt xông dạ dày cho ăn nếu bệnh nhân có rối loạn nuốt.
- Chế độ ăn đủ calo phù hợp với bệnh nhân: 25-30 calo/kg/ngày chia 4-6 bữa (ăn nhạt nếu tăng HA, suy thận, suy tim).
- Đảm bảo đủ nước.

7.5 Chống loét:

- Nằm đệm chống loét hoặc phao giường nếu bệnh nhân bị bất động nhiều ngày tại giường.
- Giữ ga trải giường khô, sạch, không có nếp nhăn.
- Thay đổi tư thế thường xuyên định kỳ (2-3 h/lần).
- Xoa bóp và xoa bột talk vào các điểm tỳ đè.
- Nếu đã có vết loét: cắt lọc, rửa sạch, đắp đường...
- Nuôi dưỡng đủ calo và protit.

6.6 Chống teo cơ, cứng khớp, tắc mạch:

- Thường xuyên xoa bóp, tập vận động cho các chi và cơ của bệnh nhân.
- Đặt các khớp ở tư thế cơ năng.
- Thực hiện y lệnh dùng thuốc chống đông dự phòng tắc mạch: fraxiparin, lovenox...
- Thực hiện nghiêm túc các y lệnh một cách tự giác (vì bệnh nhân hôn mê hoàn toàn phó thác tính mạng cho y tá và các thầy thuốc).

7.7 Dinh dưỡng, vệ sinh:

- Cho ăn đủ calo 25-30 Kcalo/kg/24 giờ. Ăn nhạt nếu tăng HA, bảo đảm đủ nước sao cho tiểu đạt 30-50 ml/giờ.
- Hàng ngày vệ sinh thân thể cho người bệnh và thay áo nếu 3 ngày người bệnh không đại tiện.
- Giải thích tình hình diễn biến bệnh với người nhà theo ý kiến bác sĩ, không nói khác đi.

7.8 Kiểm soát tình trạng ý thức và các dấu hiệu thần kinh:

- Theo dõi tiến triển của mức độ hôn mê (theo dõi theo bảng điểm Glasgow); và các chức năng sống, kịp thời báo cho các bác sĩ khi có biến động lớn.
- Theo dõi các biến chứng.
- Đánh giá quá trình chăm sóc.

7.9 Cách chăm sóc trong một số bệnh lý gây hôn mê thường gặp:

- Hôn mê do tai biến mạch não: Cho bệnh nhân nằm đầu cao 30 độ để tránh phù não...
- Hôn mê do chấn thương sọ não: Chú ý đặt bệnh nhân nằm tư thế nghiêng an toàn tránh nôn sặc, khai thông đường thở đặc biệt khi có chấn thương vùng hàm mặt; đánh giá và theo dõi sát khoảng tỉnh hoặc khi mê sâu hơn để báo cho bác sĩ.
- Hôn mê do đái tháo đường: chú ý kiểm soát tốc độ truyền dịch, tốc độ truyền insulin và kali theo y lệnh của bác sĩ, theo dõi tiến triển của mức độ hôn mê và đường máu trong quá trình điều trị.
- Hôn mê do hạ đường huyết: lấy xét nghiệm máu trước khi thực hiện y lệnh tiêm đường ưu trương, theo dõi và đánh giá ý thức bệnh nhân sau truyền đường.
- Hôn mê gan: chú ý theo dõi bệnh nhân sau dùng thuốc tẩy đường ruột như duphalac (lactulose), số lần đi lỏng.
- Ngộ độc ma túy: dùng naloxon giúp cả chẩn đoán và điều trị
- Ngộ độc seduxen: dùng anexat giúp cả chẩn đoán & điều trị.

VIII. Tiên lượng

Hôn mê có thể kéo dài từ nhiều ngày đến nhiều tuần, trong nhiều trường hợp nặng có thể kéo dài hơn 5 tuần, cũng có vài trường hợp kéo dài nhiều năm. Vài bệnh nhân dần dần tỉnh dậy, vài bệnh nhân tiến triển sang trạng thái sống thực vật, số khác thì chết. Vài bệnh nhân sau khi trở thành sống thực vật lại lấy lại được sự nhận thức nhất định.

Nhiều trường hợp sống thực vật nhiều năm hoặc nhiều thập kỷ, trường hợp kéo dài nhất y văn ghi nhận là 37 năm. (Theo sách kỷ lục Guinness, thời gian hôn mê dài nhất là do Elaine Esposito thiết lập. Cô đã không thức dậy sau khi được gây mê để mổ ruột thừa vào ngày 6 tháng 8 năm 1941 lúc 6 tuổi, cô đã qua đời vào ngày 25 tháng 11 năm 1978 ở tuổi 43 năm 357 ngày, đã ở trong tình trạng hôn mê 37 năm 111 ngày).

Tiến triển của hôn mê hoặc đời sống thực vật tùy thuộc vào nguyên nhân, vị trí, độ nặng và độ lớn của tổn thương thần kinh. Một trường hợp hôn mê nặng không có nghĩa là có ít cơ hội hồi phục vì vài người từng hồi phục tốt sau hôn mê nặng những cũng có người khó hồi phục sau hôn mê ở mức độ ít hơn.

Tài liệu tham khảo chính

1. Vũ Văn Đính.(2010) *Hồi sức cấp cứu toàn tập*; NXB Y-Học
2. Allan H.Ropper (2015). 328 Coma. Harrison's principles of internal Medicine. 19th Edition.
3. Charles Warlow. (2015) *The Lancet Tiếp cận xử trí trong Thần kinh học*, NXB Thế Giới
4. Nguyễn Văn Chương. (2004)*Thực hành thần kinh học*; NXB Y Học
5. Hoàng Khánh (2008) *Giáo trình sau đại học Thần kinh học*; NXB ĐH Huế
6. H199 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/h199.exe>) phần mềm H199. Nguyễn Phúc Học, giáo trình điện tử, tổng hợp > 1000 bệnh lý nội, ngoại, sản, nhi, hồi sức cấp cứu & các chuyên khoa. 2007- 2015.
7. Các giáo trình về bệnh học, dược học & bài giảng trên internet