

## HÔN MÊ

Hôn mê là một trạng thái bệnh lý của não, biểu hiện lâm sàng gồm rối loạn ý thức, mất hay giảm trí tuệ, mất vận động tự chủ, mất cảm giác, chỉ duy trì tuần hoàn, hô hấp và bài tiết. Nguyên nhân do tổn thương cấu trúc hai bán cầu đại não, hệ thống lưới thân não và suy chức năng vỏ não.

### I. LÂM SÀNG

#### 1. Các dấu hiệu thần kinh giúp định vị trí tổn thương:

- Vỏ não bị tổn thương: mất ý thức.
- Tổ chức dưới vỏ bị tổn thương: rối loạn vận động và trương lực cơ.
- Gian não (Mesencéphale) - vùng đồi thị và hạ đồi bị tổn thương: rối loạn trung khu nghe nhìn, rối loạn thần kinh thực vật.
- Cuống não bị tổn thương: hôn mê, mất phản xạ ánh sáng (*nhân dây thần kinh III*).
- Cầu não: có các nhân V, VI, VII, khi tổn thương mất phản xạ ánh sáng, mất phản xạ mắt búp bê.
- Hành tủy: nhân dây IX, X, XI, khi bị tổn thương mất phản xạ nuốt, hô hấp, tim mạch, đe dọa tính mạng.

#### 2. Phân độ hôn mê: Có hai cách

- **Cách 1:** Dùng cho nguyên nhân nội khoa
  - + *Hôn mê độ 1: hôn mê nhẹ*
    - Ý thức còn nhưng xa xăm.
    - Đáp ứng được y lệnh lời nói.
    - Kích thích đau phản ứng còn chính xác.
    - Phản xạ giác mạc (+). Cách thực hiện: lấy bông gòn se nhỏ, đưa từ phía thái dương (*nằm ngoài thị trường*) quẹt vào giác mạc bệnh nhi. Mắt nhắm: phản xạ dương tính. Mắt không nhắm: phản xạ âm tính.
  - + *Hôn mê độ 2: hôn mê vừa*
    - Mất ý thức, không đáp ứng y lệnh, lời nói.
    - Kích thích đau phản ứng kém chính xác.
    - Duỗi cứng mắt vỏ.
    - Phản xạ giác mạc giảm.
  - + *Hôn mê độ 3: hôn mê nặng*
    - Mất hoàn toàn các đáp ứng.
    - Duỗi cứng mắt não.
    - Đồng tử giãn.
    - Phản xạ ánh sáng (-).
    - Phản xạ giác mạc (-).
    - Rối loạn thần kinh thực vật.
  - + *Hôn mê độ 4: hôn mê không hồi phục hay chết não.*
- **Cách 2:** Dùng thang điểm Glasgow (Xem bài chấn thương sọ não), không chính xác đối với trẻ nhỏ

Người bình thường: V+M+E = 15 điểm

Sau 24 giờ : Từ 8 điểm trở xuống rất nặng

Từ 3 - 6 điểm có khả năng tử vong sau 48 giờ.

### 3. Thăm khám bệnh nhân hôn mê:

#### - **Hỏi bệnh sử:**

- + Tiền căn chấn thương.
- + Đang điều trị thuốc gì?
- + Tiếp xúc với độc chất.
- + Tiền căn bệnh lý trước đây (*động kinh, sốt rét...*)

#### - **Kiểu xuất hiện hôn mê:**

- + **Khởi đầu chậm:**
  - Khởi đầu hôn mê chậm + dấu thần kinh khu trú: u não, máu tụ, áp xe não.
  - Hôn mê sau một trạng thái lú lẫn: rối loạn chuyển hóa
- + **Khởi đầu nhanh:**
  - Hôn mê nhanh: tai biến mạch máu não.
  - Hôn mê có khoảng tỉnh: tụ máu nội sọ.
  - Hôn mê có dấu màng não: viêm màng não, xuất huyết dưới màng nhện

#### - **Kiểu thở của hôn mê:**

- + Thở nhanh sâu: hôn mê do đái tháo đường, do toan chuyển hóa nặng.
- + Thở chậm nông: hôn mê trong ngộ độc thuốc, ức chế thần kinh trung ương hoặc tổn thương não nặng.
- + Nhịp thở Cheynes-Stoke, có cơn ngưng thở (*trong lỵ não thất*).
- + Tam chứng Cushing (*mạch chậm, cao huyết áp, nhịp thở bất thường*): tăng áp lực não nặng.

#### - **Mùi hơi thở:**

- + Mùi thuốc trừ sâu: hôn mê do ngộ độc thuốc rầy.
- + Mùi trái cây chín thối: hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường.
- + Mùi rượu: hôn mê do ngộ độc rượu.
- + Mùi tỏi: ngộ độc phosphore vô cơ.

#### - **Đồng tử:**

- + Co nhỏ: hôn mê do ngộ độc thuốc phiện, phosphore hữu cơ.
  - + Giãn một bên: hôn mê do khối choán chỗ nội sọ.
  - + Giãn hai bên: tổn thương não nặng hoặc do ngộ độc thuốc Atropin.
- Phản xạ đồng tử là dấu hiệu đáng tin cậy phân biệt hôn mê do tổn thương thực thể thần kinh hay hôn mê do rối loạn chuyển hóa.
- Phản xạ ánh sáng mất sớm trong hôn mê thần kinh.
- Phản xạ ánh sáng còn ở các giai đoạn của hôn mê do biến dưỡng trừ giai đoạn cuối.

## II. NGUYÊN NHÂN

### 1. Chấn thương sọ não

### 2. Các nguyên nhân khác không chấn thương:

#### - **Bất thường về cấu tạo:**

- + Ác tính:
  - Khối u tiền phát não

- Tâm nhuận do bệnh bạch huyết cấp
- + Đau nước
- + Mạch máu
  - Xuất huyết tự nhiên
  - Vỡ mạch máu não do dị dạng (*anévrisme*)
- **Rối loạn biến dưỡng:**
  - + Bệnh lý não do thiếu máu hoặc thiếu oxy não.
  - + Đái tháo đường hay hạ đường huyết.
  - + Suy gan cấp hay tối cấp.
  - + Suy võ thượng thận cấp.
  - + Tăng giảm Na<sup>+</sup> máu quá ngưỡng.
  - + Hội chứng Reye.
  - + Tăng ammoniac máu bẩm sinh.
  - + Rối loạn biến dưỡng acid amin bẩm sinh.
  - + Thiếu Vitamine B6, PP, B1 hoặc acide folique.
- **Ngộ độc:** hóa chất hoặc thuốc
  - + *Viêm nhiễm hệ thần kinh trung ương*
    - Viêm màng não mủ.
    - Viêm não màng não siêu vi.
    - Áp xe não.
  - + *Hạ hoặc tăng nhiệt độ thành lình*
  - + *Nguyên nhân khác:*
    - Lòng ruột
    - Hội chứng huyết tán tăng urê huyết (SHU: syndrome hémolytique urémique)
    - Sốc chảy máu
    - Sốc nhiễm độc

### III. BIẾN CHỨNG

**Các biến chứng gồm có hai loại:**

#### 1. Biến chứng liên quan tới hôn mê:

- Giảm thông khí đưa đến ngưng thở.
- Viêm phổi hít, xẹp phổi, bội nhiễm phổi.
- Rối loạn nhịp tim, nhịp tim chậm.
- Nhiễm trùng huyết.
- Rối loạn điều hòa nhiệt độ: tăng thân nhiệt hoặc hạ thân nhiệt.
- Lở loét ngoài da, loét giác mạc.

#### 2. Các biến chứng liên quan đến nguyên nhân gây hôn mê

- Tăng áp lực nội sọ.
- Rối loạn huyết động học.
- Tụt não, chết não.
- Sống trong tình trạng thực vật.

### IV. ĐIỀU TRỊ

**Nguyên tắc**

- Thông hô hấp, ổn định tuần hoàn.

- Phát hiện bệnh lý ngoại thần kinh.
  - Điều trị hỗ trợ, ngừa biến chứng.
  - Điều trị nguyên nhân.
- 1. Điều trị hỗ trợ, ngừa biến chứng:**
- Lưu thông đường thở: tư thế ngửa đầu nâng cằm, hút đàm nhớt
- Đánh giá xử trí suy hô hấp:
    - + Nếu tím tái cho thở O<sub>2</sub> bảo đảm SaO<sub>2</sub> > 95% hay PO<sub>2</sub> > 70 mmHg, giữ PCO<sub>2</sub> 28 - 32 mm Hg. Nếu SaO<sub>2</sub> không cải thiện với O<sub>2</sub> qua cannula, phải đặt nội khí quản, tránh thiếu oxy não gây phù não.
  - Hỗ trợ tuần hoàn:
    - + Nếu có sốc thì chú ý thông khí, truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải Lactate Ringer hay Normal Saline 20 ml/kg/giờ.
    - + Nếu thất bại: dùng đại phân tử.
    - + Trường hợp bệnh lý não do cao huyết áp:
      - Dùng Furosemide 0,5 - 1 mg/kg tĩnh mạch chậm.
      - Nifedipine 0,1 - 0,5 mg/kg nhỏ dưới lưỡi.
    - + Kiểm soát co giật (xem bài Co giật).
    - + Điều trị tăng áp lực nội sọ (xem bài Phù não).
    - + Hạ sốt.
    - + Điều chỉnh nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- 2. Điều trị nguyên nhân**
- Chấn thương sọ não: phẫu thuật.
  - Hạ đường huyết: xem bài Hạ đường huyết.
  - Điều chỉnh rối loạn điện giải: thường là hạ Na máu.
  - Hôn mê do ngộ độc, đái tháo đường, sốt rét thể não.
  - Các hôn mê do bệnh khác cần điều trị theo chuyên khoa.
- 3. Dinh dưỡng và theo dõi**
- Tốt nhất là nuôi ăn qua ống thông dạ dày
  - Từ ngày thứ 4 trở đi:
    - + Tính đủ năng lượng và các chất.
    - + Cho ăn nhiều lần, tốc độ chậm tránh nguy cơ sặc.
    - + Nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn khi: bệnh nhân co giật, sốc, suy hô hấp chưa ổn định hay xuất huyết tiêu hóa.
  - Ngăn ngừa bội nhiễm, ngừa nhiễm trùng bệnh viện. Kháng sinh chỉ dùng khi nghi ngờ hôn mê do nhiễm trùng hay có bội nhiễm.
  - Hút đàm, vật lý trị liệu, xoa bóp, vỗ lưng, vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng.
  - Theo dõi: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, co giật, các dấu hiệu của tăng áp lực nội sọ dấu thần kinh định vị. Các xét nghiệm Ion đồ, đường huyết, dịch não tủy.