

CHẨN ĐOÁN & XỬ TRÍ HÔN MÊ Ở TRẺ EM.

Mục tiêu

1. Trình bày được tầm quan trọng, dịch tễ học, định nghĩa và cơ chế của hôn mê ở trẻ em.
2. Xác định được tức thời và sơ cứu được một trẻ đang bị trạng thái hôn mê.
3. Hỏi bệnh sử được, khám lâm sàng được khi gặp 1 trẻ bị hôn mê và thực hiện được các biện pháp dự phòng biến chứng cho trẻ đó.
4. Hướng dẫn được cho gia đình cách chăm sóc một trẻ bị hôn mê. Nếu công tác tại tuyến y tế cơ sở thì biết xử trí một trẻ bị hôn mê theo IMCI.

1. Tầm quan trọng của vấn đề hôn mê ở trẻ em.

- Hôn mê là một tình trạng cấp cứu chứ không phải là một bệnh, khá thường gặp, nó chiếm khoảng 5% nguyên nhân vào cấp cứu.
- Đây là một rối loạn nghiêm trọng vì có thể làm cho bệnh nhân tử vong đột ngột do bị mất đi một số phản xạ tự bảo vệ
- Trong một chừng mực nào đó, việc có cứu sống được nạn nhân không và chất lượng đời sống của họ về sau phụ thuộc hoàn toàn vào sự chăm sóc và kỹ năng cấp cứu, hồi sức của đội ngũ cấp cứu.

2. Dịch tễ học.

Qua thống kê các trường hợp hôn mê vào điều trị tại phòng cấp cứu nhi BVTW HUẾ trong 2 năm 90 – 91 cho thấy:

- 2.1. **Tuổi**: Gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng cao nhất là từ 2 tháng đến 4 tuổi (70,24%).
- 2.2. **Giới**: Nam 58% - Nữ 42%. Không khác biệt có ý nghĩa ($p > 0.05$).
- 2.3. **Tần suất mắc**: Chiếm 9,51% số bệnh nhân vào phòng Nhi cấp cứu.
- 2.4. **Địa dư**: Số trẻ ở nông thôn chiếm 89,28% so với 11,72% ở thành phố.
- 2.5. **Mùa**: Mùa nắng nóng từ tháng 4 đến tháng 9 chiếm 60,71%. Thống kê ở nhiều địa phương khác trong nước cũng cho số liệu tương tự.

3. Định nghĩa hôn mê.

3.1 Bình thường: Não bộ con người liên tục nhận được các xung điện kích thích đến từ môi trường bên ngoài cũng như từ các cơ quan bên trong cơ thể và não bộ nhận biết rồi phản ứng lại với mức độ thích ứng cần thiết. Sự phản ứng được biểu lộ ra bên ngoài qua 3 phương tiện là **ÁNH MẮT, NGÔN NGỮ VÀ HÀNH ĐỘNG** (nét mặt hay động tác).

3.2 Định nghĩa hôn mê: Jennett và Teasdale đã đề xuất định nghĩa: "Hôn mê là một tình trạng trong đó người bệnh không có thể mở mắt, không thể thực hiện các động tác theo mệnh lệnh, cũng không nói thành lời được".

4. Cơ chế của ý thức và hôn mê.

4.1. Cơ chế của ý thức: Ý thức là kết quả hoạt động của 2 cấu trúc thần kinh: "2 bán cầu đại não" và "hệ thống lưới phát động hướng lên". (ARAS)

4.2. Cơ chế gây hôn mê

4.2.1. Nói chung

- Tổn thương chức năng hay tổn thương cấu trúc của hệ thống lưới ARAS sẽ gây suy giảm ý thức (hôn mê).
- Tổn thương chức năng hay cấu trúc của bán cầu
- + Nếu chỉ tổn thương khu trú một vùng của bán cầu hay cả một bán cầu thì không gây hôn mê, mà chỉ gây tổn thương vận động hay các chức năng thần kinh khác thuộc vùng não tương ứng. Bệnh nhân vẫn nói được nếu bán cầu tổn thương không phải là bán cầu đối diện với tay thuận.

- + Khi nào tổn thương lan toả sang cả bán cầu bên kia thì bệnh nhân mới mất khả năng nhận biết và phản ứng thích hợp bằng vận động và lời nói, tuy vẫn còn mở mắt.
- + Chỉ đến khi tổn thương lan đến hệ thống lưới ARAS thì người bệnh mới mất luôn khả năng mở mắt ; và theo định nghĩa, khi đó bệnh nhân mới hôn mê thật sự.

4.2.2. Nguyên nhân gây hôn mê thì rất nhiều, nhưng chúng có thể xếp vào ba nhóm theo cơ chế gây hôn mê

(1) Tổn thương choán chỗ hay còn gọi là tổn thương cấu trúc hay tổn thương chèn ép : Nhóm này được chia ra làm 2 thứ nhóm :

- Các tổn thương choán chỗ trên lều.
- Các tổn thương choán chỗ dưới lều .

(2) Tổn thương nhiễm độc - chuyển hóa.

(3) Các bệnh não chức năng.

Ở trẻ em, nhóm nhiễm độc - chuyển hóa chiếm 70 - 80% nguyên nhân gây hôn mê, còn nhóm tổn thương choán chỗ chiếm 20 - 30% mà chủ yếu là các tổn thương trên lều, còn nhóm bệnh não chức năng thì chỉ chiếm một tỷ lệ không đáng kể mà chủ yếu là hôn mê sau động kinh.

Về mặt thực hành, người thầy thuốc cấp cứu phải có khả năng nhanh chóng phân biệt tình trạng hôn mê do tổn thương choán chỗ (có thể đòi hỏi can thiệp ngoại khoa) với hôn mê do nhiễm độc chuyển hóa hoặc do bệnh não chức năng (chỉ cần điều trị nội khoa).

5. Cách phân chia các mức độ hôn mê

Hiện vẫn có nhiều cách phân loại mức độ hôn mê.

5.1. Phân loại theo định danh đơn thuần : mê nhẹ , mê vừa , mê sâu..

5.2. Phân loại theo giai đoạn (stade = stage) : giai đoạn I , II , III , Chết não.

5.3. Phân loại theo mức độ của Fishgold và Mathis : độ I , II , III , IV .

5.4. Phân loại theo mức độ tổn thương giải phẫu : Hôn mê (hm) vỏ-dưới vỏ , hm não trung gian , hm não trung gian-cuống não , hm cuống não , hm cầu não , hm hành tủy.

5.5. Phân độ hôn mê dựa theo mức độ thể hiện các đáp ứng biểu lộ trên lâm sàng Năm 1974 , G.Teadale và B.Jennet ở Glasgow đã đề xuất bảng điểm đánh giá hôn mê (GCS = Glasgow Coma Scores) mà hiện nay được dùng rất phổ biến trong thực hành lâm sàng hàng ngày. Để áp dụng cho trẻ em , có bảng GCS cải biên (bảng 1).

Bảng 1. Bảng điểm đánh giá hôn mê Glasgow cải biên dùng cho trẻ em :

Dựa vào đáp ứng vận động (M = motor response)	Điểm
Trẻ > 1 tuổi	
- Nếu trẻ làm đúng các động tác theo lời ta yêu cầu .	6
- Nếu trẻ không làm theo yêu cầu được, nhưng khi ta gây đau thì trẻ gạt tay ta ra đúng .	5
- Nếu khi gây đau, trẻ có co gập tay chân nhưng không gạt tay ta đúng được	4
- Nếu khi gây đau, trẻ không phải rút tay chân mà tay chân có cử động dị hình hoặc cứng bóc vỏ não (2 tay co, 2 chân duỗi)	3
- Nếu đáp ứng bằng "duỗi cứng mắt não"(tứ chi đều duỗi cứng).	2
- Nếu hoàn toàn không phản ứng	1
Trẻ < 1 tuổi	
- Nếu trẻ có những động tác vận động tự nhiên như bú tay hoặc khua tay, đưa tay ra nắm đồ vật.	6
- Nếu trẻ không có những động tác vận động tự nhiên nhưng khi gây đau thì trẻ gạt tay ta ra đúng	5 đ
- Nếu khi gây đau, trẻ có co gập tay chân nhưng không gạt tay ta đúng được	4 đ
- Nếu khi gây đau, trẻ không phải rút tay chân mà tay chân có cử động dị hình hoặc cứng bóc vỏ não (2 tay co, 2 chân duỗi).	3
- Nếu đáp ứng bằng "duỗi cứng mắt não"(tứ chi đều duỗi cứng).	2
- Nếu hoàn toàn không phản ứng	1

Dựa vào đáp ứng mở mắt (E = eye opening): Áp dụng cho mọi lứa tuổi		Điểm
- Nếu trẻ mở mắt tự nhiên được .		4
- Nếu trẻ không mở mắt tự nhiên được nhưng khi ta bảo hoặc gọi to thì trẻ mở.	3 đ	3
- Nếu trẻ chỉ mở mắt khi ta gây kích thích đau .	2 đ	2
- Nếu trẻ không còn mở mắt ngay cả khi ta gây kích thích đau		1
Dựa vào đáp ứng bằng lời nói (verbal response)		
> 5 tuổi		
- Nếu bệnh nhân trả lời đúng các câu hỏi về không gian (ở đâu) và thời gian (sáng hay chiều) :		5
- Nếu trả lời được nhưng sai (ví dụ : buổi sáng thì trả lời là buổi chiều) .		4
- Nếu bệnh nhân nói ra thành lời nhưng lời rời rạc và vô nghĩa với câu hỏi.		3
- Nếu hỏi lớn không trả lời được và hoặc là gây đau thì miệng bệnh nhân phát ra âm mà ta không nhận biết đó là từ gì cả		2
- Nếu ngay cả khi câu véo cũng không phát ra âm nào .		1
2 - 5 tuổi		
- Nếu trẻ nói được những từ hoặc câu có nghĩa.		5
- Nếu trẻ nói ra thành lời nhưng vô nghĩa.		4
- Nếu trẻ chỉ khóc và hoặc là la hét.		3
- Nếu trẻ chỉ phát ra âm thanh thô và trầm không thành từ.		2
- Không có phản ứng.		1
0 - 23 tháng		
- Nếu trẻ cười , gù gù hay khóc đòi mẹ được.		5
- Nếu trẻ khóc , nhưng có thể dỗ cho trẻ nín được.		4
- Nếu trẻ chỉ khóc và hoặc là la hét.		3
- Nếu trẻ chỉ phát ra âm thanh thô và trầm không thành từ.		2
- Không có phản ứng.		1
	1 đ	

Điểm số GCS (Glasgow Coma Scores = Điểm đánh giá hôn mê Glasgow) là tổng số 3 điểm đánh giá trên cộng lại :

Như vậy điểm số thấp nhất là 3 đ và cao nhất là 15 đ.

- Nếu GCS ≤ 7 đ thì xác định là hôn mê.

- Nếu GCS = 8 đ thì 50% số bệnh nhân này cũng đã hôn mê.

Thang điểm GCS đã được chứng minh là rất có giá trị để theo dõi các bệnh nhân bị sang chấn đầu và đánh giá hôn mê ở người lớn và trẻ lớn.

6. Kỹ thuật thăm khám một bệnh nhân hôn mê

6.1. Nguyên tắc chung (= Thái độ cần có trước một trẻ bị hôn mê)

6.1.1. Ta phải bảo đảm cho não bộ và các cơ quan sống khác không bị tổn thương trong quá trình khai thác bệnh sử cũng như khám lâm sàng. Do đó, ngay khi tiếp nhận 1 bệnh nhân hôn mê ta phải nhanh chóng đánh giá sơ bộ 5 chức năng sống và thực hiện tốt 4 bước sơ cứu cơ bản A, B, C, D của hồi sức.

(Sinh viên cần ôn lại phần này trong bài HƯỚNG DẪN TIẾP NHẬN & SƠ CỨU CẤP CỨU).

6.1.2. Chỉ khi nào làm xong 4 điều đó ta mới rời bệnh nhân để đi hỏi bệnh sử, sau đó khám lâm sàng toàn diện.

6.2. Những điều cần lưu ý khi khai thác bệnh sử

6.2.1. Để khỏi bỏ sót các nguyên nhân có thể gây hôn mê, Gottlieb A.J và cộng sự đã khuyên "ta phải luôn luôn duyệt xét để hỏi từng điểm một trong chìa khóa mã chẩn đoán nguyên nhân sau :

I SPOUT A VEIN

(TÔI LÀM PHUN (MÁU) MỘT TĨNH MẠCH)

[Infection(Nhiễm trùng) – Shock(Choáng) – Psychose(Tâm thần) – Opiate(Thuốc phiện) – Uremia(Tăng uree máu) – Trauma(Chấn thương) – Alcohol(Rượu) – Vasculocardiac(Tim mạch) – Encephalopathy(Bệnh não) - Insulin – Neoplasia(Ung thư)]

6.2.2. Trong khi hỏi bệnh cần chú ý hỏi kỹ về 4 lĩnh vực có tác dụng giúp ta khu trú khả năng nguyên nhân, đó là

- Tuổi của trẻ: Vì mỗi lứa tuổi có 1 thứ tự tần suất khác nhau về nguyên nhân gây hôn mê.
- Bệnh diễn tiến từ từ hay cấp tính : Các hôn mê xảy ra cấp tính thường là do nguyên nhân tim mạch , chấn thương.
- Trước đó có bị chấn thương không ? : Mọi trường hợp hôn mê đều phải xét đến nguyên nhân này , vì nếu có thì cần phải chụp CTScan sọ não và hội chẩn ngoại
- Có phải bệnh nhân có những bệnh nặng toàn thân hay không ?

6.3. Giá trị chẩn đoán của các triệu chứng tổng quát

6.3.1. Nhiệt độ

- Sốt : gợi ý nhiễm trùng, tổn thương gian não hoặc trúng nóng.
- Hạ nhiệt : gợi ý ngộ độc thuốc ngủ hoặc tổn thương đã đến phần dưới thân não.

6.3.2. Huyết áp

- HA tăng : có thể là nguyên nhân gây bệnh não cao HA. Cũng có thể là cao HA thứ phát do xuất huyết dưới màng nhện.
- Hạ huyết áp : Có thể hôn mê do thiếu tưới não bởi sốc giảm thể tích, suy bơm tim hay giảm đột ngột sức cản ngoại vi.

6.3.3. Tần số và nhịp tim

- Tần số tim tăng : có thể do sốt, thiếu oxy hay do giảm thể tích máu gây hôn mê do thiếu máu và oxy.
- Tần số tim giảm : gợi ý có tăng áp nội sọ hoặc cơn Adams - Stokes.
- Nếu có rối loạn nhịp : có thể bệnh lý đã ảnh hưởng đến hành tủy.

6.3.4. Nhịp thở và kiểu thở

Rất có giá trị chẩn đoán vì

- Kiểu thở có thể cho biết mức tổn thương thuộc về bán cầu, gian não, cuống não, cầu não hay hành tủy .
- Kiểu thở có thể gợi ý cho biết trẻ có tình trạng nhiễm toan do hôn mê đái đường hay do suy thận.

6.4. Các điều cần lưu ý khi khám bộ phận

6.4.1. Khám da và niêm mạc

Mọi bệnh nhân hôn mê đều cần được thăm khám cẩn thận da vùng đầu, mặt để tìm :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| - Dấu phù nề da đầu. | - Dấu chảy dịch hay máu mũi |
| - Dấu bầm tím sau tai | - Dấu thiếu máu niêm mạc |
| - Dấu chảy nước não tủy hay máu ở tai | - Dấu vàng mắt. |
| - Dấu bầm tím quanh mắt | |

Khám da vùng khác chú ý tìm :

- Ban xuất huyết (não mô cầu, giảm tiểu cầu) - Tìm các vết xây xước trên da.
- Tìm dấu nốt nhện của bệnh gan mạn - Da màu hồng tía của ngộ độc CO
- Dấu ngón tay-chân dùi trống và tím gợi ý bệnh tim bẩm sinh có tím /tim - phổi mạn (có thể gây biến chứng tắc mạch não và hoặc là áp xe não)
- Dấu ứ muối nước gợi ý bệnh thận thận (gây hôn mê tăng uree máu hoặc bệnh não cao áp)
- Tìm các triệu chứng của SDD nặng (gây hôn mê do hạ đường máu, do thiếu B₁...)

6.4.2. Khám lồng ngực : Cần lưu ý 2 yếu tố

- Tìm những tiếng thổi gợi ý viêm nội tâm mạc, tim bẩm sinh.
- Tìm những triệu chứng gợi ý giảm thông khí do tắc nghẽn.

6.4.3. Khám bụng

- Cần lưu ý tìm gan lớn, lách lớn (gợi ý bệnh máu, nhiễm trùng-KST).
- Nếu bệnh nhân bị chấn thương, cần chú ý xem có dấu xuất huyết nội vào khoang màng bụng hay không ?.

6.5. Các điều cần lưu ý về khám thần kinh bệnh nhân hôn mê

6.5.1. Mục đích của việc thăm khám thần kinh bệnh nhân hôn mê phải đạt được là

- Xác định được mức độ sâu của hôn mê.
- Xác định được mức tổn thương của trục thần kinh.
- Xác định hôn mê do tổn thương choán chỗ (vị trí choán chỗ) hay do chuyển hóa và nguyên nhân cụ thể.

6.5.2. Kỹ thuật và biện pháp

Nói chung là ta phải khám lần lượt 1 cách hệ thống 7 chức năng thần kinh là :

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Khảo sát ý thức-tâm thần. | 5. Khảo sát chức năng tiểu não. |
| 2. Khảo sát vận động. | 6. Khảo sát cảm giác |
| 3. Khảo sát đầu màng não. | 7. Khảo sát hệ thần kinh thực vật. |
| 4. Khảo sát 12 dây thần kinh sọ. | |

Dĩ nhiên là khi bệnh nhân đã rối loạn ý thức nặng, không còn hợp tác nữa hoặc trẻ quá nhỏ thì ta không thể khảo sát chức năng (5) và (6) được.

- Mức độ rối loạn ý thức : Có thể đánh giá nhanh dựa theo thang điểm hôn mê Glasgow (GCS) (bảng 1- trang 3&4) hay theo cách phân loại hôn mê của Mathis và Fishgold (bảng 2):

Bảng 2 : Cách đánh giá nhanh mức độ hôn mê của Mathis và Fishgold trong thực hành .

+ Nghi ngờ bệnh nhân có hôn mê : Khi thấy bệnh nhân nhắm mắt hoặc mở mắt nhưng mơ màng, thiếp ngủ hoặc nhìn sững.

+ Ta xác định có hôn mê không ? và mức độ hôn mê dựa vào :

Cách phản ứng của bệnh nhân với kích thích đau.

Có hay không có kèm theo các rối loạn thần kinh thực vật :Thở không đều, rối loạn nhịp tim, rối loạn điều nhiệt.

+ Kỹ thuật : Ta dùng 2 ngón tay ấn mạnh vào điểm giữa hai cung mày trẻ hoặc cong ngón tay trở lại kỳ mạnh vào xương ức của trẻ hoặc bấm mạnh vào gốc các móng tay, móng chân của trẻ để gây một kích thích đau và quan sát cách trẻ phản ứng lại với kích thích này . Khi đó có thể có các khả năng sau :

- (1) Trẻ khóc hoặc nói thành lời phản đối, mở mắt nhìn ta, đưa tay gạt tay ta ra nhanh và chính xác, sau đó trẻ mở mắt tỉnh táo → Trẻ này không bị rối loạn ý thức, chỉ đang ngủ hoặc giả vờ.
- (2) Trẻ khóc hay nói, nhắm mắt, mở mắt, gạt tay ta nhanh chính xác. Nếu trẻ lớn thì có thể chấp hành các mệnh lệnh đơn giản như đưa tay lên, trả lời đúng về thời gian nơi chốn. Nhưng chỉ một lát sau trẻ lại ngủ thiếp → Trẻ này đã lú lẫn.
- (3) Trẻ còn khóc, nhắm mắt, mở mắt chậm, có thể gạt tay ta chậm nhưng còn đúng. Gọi hỏi lớn thì chỉ trả lời ú ớ, hết kích thích thì lại ngủ thiếp ngay → Bệnh nhân này lơ mơ = Hôn mê độ I theo Mathis và Fishgold.
- (4) Trẻ không khóc, không nhắm mắt, có thể mở mắt, có cử động dương như muốn gạt tay ta nhưng không được hoặc lên cơn cứng bóc vỏ não : ngón tay gập vào bàn tay, bàn gập vào cổ tay, cẳng tay gập vào cánh tay, 2 cánh tay áp vào mình, còn hai chân duỗi cứng, vẫn còn thở đều (Hôn mê độ II)
- (5) Trẻ hoàn toàn không có phản ứng gì cả hoặc lên cơn duỗi cứng kiểu mất não (tay và chân đều duỗi), nhịp thở không đều (Hôn mê độ III.)

(6) Trẻ đã rối loạn nhịp thở nặng hoặc đã ngừng thở, ngừng tim, đang sống nhờ các biện pháp hồi sức, mất hết mọi phản xạ (Hôn mê độ IV.)

- Mức tổn thương của trục thần kinh : Để xác định mức tổn thương và để theo dõi diễn tiến, cần chú ý khám kỹ và khám lặp lại nhiều lần 4 chức năng mà sự điều khiển chúng thuộc về các tầng khác nhau của trục thần kinh. Đó là :

+ Đáp ứng vận động đối với kích thích gây đau.

+ Nhịp và kiểu thở.

+ Vận động của mí mắt và nhãn cầu.

+ Kích thước đồng tử và phản xạ đồng tử đối với ánh sáng.

7. Nguyên nhân hôn mê & chìa khóa mã chẩn đoán nguyên nhân hôn mê

7.1. Chìa khóa mã chẩn đoán nguyên nhân hôn mê

Để khỏi bỏ sót chẩn đoán nguyên nhân hôn mê, Gottlieb khuyên ta : Trong lúc hỏi bệnh sử, tiền sử, cũng như khám lâm sàng và quyết định cho xét nghiệm, ta cần xét qua trong đầu 11 nhóm nguyên nhân được tóm tắt bằng chìa khóa mã sau :

I SPOUT A VEIN

(Tôi làm máu phun ra từ một tĩnh mạch)

7.2 . Các nguyên nhân gây hôn mê cần duyệt xét theo thứ tự trong khi hỏi bệnh cũng như khi khám lâm sàng và chỉ định xét nghiệm

I = INFECTION : Nhiễm trùng là nguyên nhân cần nghĩ đến đầu tiên.(Ví dụ Viêm màng não mủ, áp xe não, sốt rét ác tính thể não)

S = SHOCK : choáng.

P = PSYCHOGENIC : Hôn mê do bệnh tâm thần .

O = OPIATES AND OTHER INTOXICATION : Hôn mê do ngộ độc thuốc phiện và các thuốc khác .

U = UREMIA AND OTHER METABOLIC DISORDERS : Hôn mê do tăng urê máu và các rối loạn chuyển hóa khác (như hạ Natri máu , hạ đường máu).

T = TRAUMA : Hôn mê do chấn thương sọ não .

A = ALCOHOL : Hôn mê do rượu và các nguyên nhân có liên quan đến rượu (đối với trẻ em

A = ASPHYXIA : Hôn mê do ngạt thở , thiếu khí).

V = VASCULOCARDIAC : Hôn mê do tim mạch (ví dụ xuất huyết não do vỡ phình mạch não , tắc mạch não).

E = EPILEPSIA : Hôn mê sau động kinh cơn lớn.

I = INSULIN : Hôn mê đái đường.

N = NEOPLASIA : Hôn mê do u não .

8. Các biến chứng của hôn mê = những cơ sở sinh lý bệnh và nguyên lý hồi sức

8.1.Những biến chứng hô hấp của hôn mê : Tắc nghẽn đường thở .: Phù phổi cấp ; Những rối loạn chỉ huy hô hấp ; Xẹp phổi và bội nhiễm phổi .

8.2.Những rối loạn tuần hoàn ở bệnh nhân hôn mê : Mạch nhanh và khuynh hướng tăng huyết áp ; Những rối loạn nhịp ; Trụy mạch ; Tăng huyết áp .

8.3.Những rối loạn điện giải : Mất nước tế bào ; Ứ nước tế bào ; Mất nước ngoại bào ; Tăng Natri máu ; Hạ Natri máu ; Tăng Kali máu ; Hạ Kali máu .

8.4.Những rối loạn toan kiềm và chuyển hóa : Toan và kiềm hô hấp cũng như toan và kiềm chuyển hóa; Tăng Urê máu ; Hạ đường máu .

8.5.Những biến chứng da : Loét mục ; Co rút gân cơ và kiên

Khô và loét ; ường tiểu ; Tiêu xương do bất động .

8.6.Rối loạn thân nhiệt : Sốt cao ; Hạ thân nhiệt .

8.7.Thuyên tắc mạch : Do nằm một chỗ gây huyết thuyên tắc.

T.t.t. tai biến não :
2 âtái co nhỏ, Fxs(-)

T.t. củ ẩng não

P

Âtái P đ ẩng Fxs(-)

T.t.ph ẩng củ ẩng não : 2 âtái 3-4mm ,
Fxs(-)

H.3.Gi ẩ trẻ củ ẩ vi ẩc ẩ ẩnh gi ẩ k ẩch th ẩc ẩc v ẩ ph ẩn x ẩ ẩ ẩng t ẩi ẩ ẩo ch ẩn ẩ ẩn ng ẩn nh ẩn v ẩ v ẩ tr ẩ t ẩn th ẩc ẩng ẩi b ẩn nh ẩn b ẩ h ẩn m ẩ.

8.8. Biểu chứng phù não và tăng áp lực nội sọ : Hoặc do bệnh lý nguyên nhân, và hoặc do chuyển dịch sai khi bệnh nhân có hội chứng tăng tiết ADH bất thường

9. Xử trí một trường hợp hôn mê

9.1. Tiến hành sơ cứu ngay theo các bước A,B,C,D của hồi sức. (Xem cụ thể ở bài Hướng dẫn tiếp nhận và sơ cứu cấp cứu)

9.2. Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân.

9.3. Chăm sóc và theo dõi.

10. Cách chăm sóc một trẻ hôn mê

10.1. Chăm sóc vệ sinh

10.1.1. Vệ sinh niêm mạc

- Miệng

+ Ngày 2 lần dùng bông thấm nước sôi nguội chùi nhẹ nhàng trong miệng, má, lợi răng.

+ Dùng một muỗng cà-phê inox loại nhỏ lật úp lại để cạo sạch bọt lưỡi.

- Mắt

+ Dùng bông thấm nước chùi nhẹ 2 mí mắt ngày 2 lần. Điểm Chlorocid 4% ngày nhiều lần, và nhỏ mắt ngày 1 viên dầu cá.

+ Nếu trẻ không nhắm kín mắt được do mê sâu hoặc do liệt dây thần kinh mặt, thì phải dùng gạc sạch băng kín mắt và cứ vài giờ lại nhỏ nước muối 9/1000 lên gạc làm cho gạc luôn luôn ẩm, điều này giúp ngăn ngừa khô và loét giác mạc.

10.1.2. Vệ sinh da

Dùng khăn nước ấm lau toàn thân ngày 2-3 lần, chú ý lau kỹ các kẽ nách, bẹn, cổ.

10.2. Phòng loét mục

- Trở người cho cháu 30 phút một lần: Lúc nằm nghiêng phải, lúc nằm ngửa, lúc nằm nghiêng trái.

- Mỗi lần trở người thì dùng tay xoa nắn các vùng da bị tỳ:

+ Ổ đầu: Vùng chẩm, 2 thái dương, 2 vành tai.

+ Ổ ngực, bụng: 2 xương bả vai và vùng cùi chỏ.

+ Ổ tay: Đầu xương cánh tay, khuỷu tay.

+ Ổ chân: 2 mắt cá ngoài.

- Xoa bột phấn ngày nhiều lần.

- Nếu có điều kiện thì cho trẻ nằm trên đệm nước hay đệm hơi.

- Giữ cho da luôn luôn sạch sẽ, khô ráo cũng làm giảm nguy cơ loét mục

10.3. Phòng teo cơ và cứng khớp

- Làm vận động thụ động các khớp ngày nhiều lần.

- Xoa nắn các bắp cơ và làm vận động thụ động tay chân.

10.4. Chăm sóc dinh dưỡng

- Trong giai đoạn hôn mê sâu, tăng tiết nhiều thì không được cho ăn qua đường miệng để đề phòng sặc thức ăn khi trẻ nôn. Nhưng khi trẻ chỉ còn hôn mê nhẹ thì phải bảo đảm cung cấp cho trẻ đủ calo và đạm bằng cách cho ăn qua sonde.

- Thức ăn tốt nhất vì có đầy đủ chất dinh dưỡng, có tỷ lệ P/G/L hài hòa, dễ mua, pha chế đơn giản nhất là sữa bột. Ví dụ

+ Sữa DUMEX: 1 gram sữa bột có # 5 calo; một muỗng đong trong hộp có # 5 gram = 25 calo.

+ Sữa ISOCAL: 1 gram sữa bột có # 4,7 calo; một muỗng đong trong hộp có # 18 gram = 84 calo.

- Tùy theo cân nặng để tính số lượng sữa cần pha và số lượng nước

- Chia làm 8 lần bơm qua sonde dạ dày. Sau mỗi lần bơm sữa, cần bơm 5cc nước sôi nguội cho sạch sữa trong ống sonde.

- Để đơn giản hóa cho gia đình dễ nhớ thì trong một ngày:

- + Nếu dùng sữa DUMEX cứ 1kg thể trọng cần cho 4 muỗng đong sữa bột và 80 mililit nước. (Ví dụ trẻ nặng 10kg, thì mỗi ngày cần cho 40 muỗng đong sữa bột và 800 mililit nước. Chia bơm 8 bữa , mỗi bữa pha 5 muỗng đong sữa bột với 100 mililit nước..)
- + Nếu dùng sữa ISOCAL cứ 1kg thể trọng cần cho 1,2 muỗng đong sữa bột và 80 mililit nước. (Ví dụ trẻ nặng 10kg, thì mỗi ngày cần cho 12 muỗng đong sữa bột và 800 mililit nước Chia bơm 8 bữa ,mỗi bữa pha 1,5 muỗng đong sữa bột với 100 mililit nước..)
- Cách cho ăn qua sonde hay nhất là cho chuyên nhỏ giọt , hoặc bơm rất chậm bằng máy vì số lượng sữa được cho vào dạ dày rất chậm, được hấp thu hết ngay , tránh nguy cơ gây nôn của việc bơm cùng lúc một lượng sữa lớn.

11. Thái độ xử trí khi gặp 1 trẻ hôn mê tại tuyến y tế cơ sở

Theo khuyến cáo của chương trình IMCI thì :

11.1. Mọi trẻ bị hôn mê đều phải được xếp loại là bệnh rất nặng và trẻ phải được chuyển lên tuyến trên ngay sau khi sơ cứu .

11.2. Trước và trong khi chuyển cần

- Giữ thông đường thở.
- Bảo đảm cho trẻ không bị hạ đường máu.
- Tiêm cho trẻ liều kháng sinh đầu tiên.
- Giữ ấm cho trẻ.

Tài liệu tham khảo

1. T.S.Phạm Nhật An, T.S. Ninh thị Ứng (2001), “Hôn mê ở trẻ em”, *Bài giảng Nhi Khoa*, Nxb Y Học, Hà nội.
2. G.S.T.S. Nguyễn Công Khanh (2001), “Hôn mê”, *Tiếp cận chẩn đoán Nhi Khoa*, Nxb Y Học, Hà nội.
3. BS Lê thiện Thuyết (2004), “Hướng dẫn tiếp nhận và sơ cứu bệnh nhân cấp cứu “ , *Bài giảng lý thuyết cho sinh viên Y6*
4. BS Lê thiện Thuyết (2004), “Sổ tay thực tập lâm sàng nhi cấp cứu”, *Bài giảng thực hành lâm sàng cho sinh viên Y6*.
5. Vera Fan Tait, J.Michael Dean and coll.(1992), “Evaluation of the comatose Child”, *Textbook of Pediatric Intensive Care* , Vol. I, Williams & Wilkins , Baltimore, Maryland.