

HÔN MÊ GAN

BSNT NGUYỄN THÁI BÌNH – BM NỘI – ĐHY HÀ NỘI

I Chẩn đoán hôn mê gan

1. Một số nghiệm pháp nhằm phát hiện hôn mê gan giai đoạn sớm:

- Nghiệm pháp Diazepam hay nghiệm pháp Seduxen của Degos: Tiêm 10 mg seduxen, 15 giây sau ghi điện não đồ. Người không có nguy cơ hôn mê gan thì thấy xuất hiện một sóng nhanh, ở người có nguy cơ hôn mê gan thì xuất hiện một sóng chậm cao thế hơn vùng trán.
- Nghiệm pháp vẽ: Theo Conn - USA và Cheverel - Pháp): Cho bệnh nhân vẽ một mạch liên tục 25 vòng tròn trên một mảnh giấy, người bình thường vẽ hết 10 giây, người có nguy cơ hôn mê vẽ hết 66 giây các vòng tách rời nhau.
- Nghiệm pháp viết: Đưa cho bệnh nhân một cây bút và đọc cho bệnh nhân viết, nếu có hiện tượng Astericis thì nét chữ sẽ run.

Các nghiệm pháp trên có thể theo dõi trong nhiều ngày thì sẽ phát hiện được dấu hiệu hôn mê gan sớm.

2. Chẩn đoán xác định:

a. Lâm sàng dựa vào 3 dấu hiệu:

- Rối loạn ý thức tinh thần.
- Những rối loạn về thần kinh.
- Rối loạn về hô hấp.
- Các dấu hiệu Flapping tremor (+), Clonus (+), Babinski (+)...

b. Xét nghiệm:

- NH₃ tăng, đường máu hạ, rối loạn điện giải, rối loạn điện não đồ.

3. Chẩn đoán giai đoạn hôn mê:

a. 5 giai đoạn theo phân loại của Morgan (1987)

Giai đoạn/ Triệu chứng	GĐ 0	GĐ1	GĐ2	GĐ3	GĐ4
Tâm thần	Bình thường	Quá vui, lơ lửng, giảm chú ý	Mất phương hướng, rối loạn cư xử, quá buồn	Lơ mơ, lẫn lộn, chậm chạp	Hôn mê
F.T	(-)	Hiếm	ít, không đều	Thường có	Luôn luôn có
Colnexion de number	<30	31-51	51-80	81-120	>120
NH3, ĐM	<60	61-100	101-150	151-200	>200

b. Phân độ hôn mê bằng cho điểm theo Glasgow:

Năm 1974 G.Teesdale et B.Jennett ở Glasgow đã dựa trên đáp ứng của bệnh nhân hôn mê bằng mở mắt, trả lời, vận động lập bảng đánh giá độ hôn mê Glasgow (Glasgow coma scale) xem bảng dưới đây:

Mở mắt	Trả lời	Vận động
Tự nhiên (4 điểm)	Đúng, nhanh (5 điểm)	Bảo: làm đúng (6 điểm)
Gọi tên (3 điểm)	Chậm, lơ mơ (4 điểm)	Cầu: gạt đúng chỗ (5 điểm)
Cầu véo (2 điểm)	Không chính xác (3 điểm)	Gập cứng chi trên (3 điểm)
Không (1 điểm)	Kêu, rên (2 điểm)	Duỗi cứng tứ chi (2 điểm)
	Không (1 điểm)	Không (1 điểm)

Sau khi khám cho điểm với mỗi đáp ứng và cộng các điểm đạt được để đánh giá tri giác, mức độ hôn mê: điểm 7 là điểm bản lề, trên điểm 7 là tổn thương nông, tiên lượng tốt. Dưới điểm 7 là tổn thương sâu tiên lượng xấu. Để theo dõi tri giác ta kẻ bảng và nối các điểm lại sẽ được đường biểu diễn đi lên nếu tri giác khá lên, đường biểu diễn đi xuống nếu tri giác xấu đi. Số lần theo dõi có thể nhiều lần trong ngày khi bệnh nhân nặng hay mới chấn thương sọ não.

II Điều trị hôn mê gan

1. Hộ lý:

Công tác hộ lý đối với hôn mê gan rất quan trọng:

- a. Thông khí tốt: hút đờm rãi, thở oxy ngắt quãng có điều chỉnh. Có thể đặt nội khí quản khi cần thiết.
- b. Ăn hạn chế protide thậm chí bỏ hẳn.
- c. Vệ sinh chống loét chống bội nhiễm.
- d. Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, lượng nước đào thải để bồi phụ nước điện giải phù hợp.

2. Điều trị theo cơ chế NH₃ trong máu tăng:

a. Loại trừ NH₃ từ nguồn đại tràng (nguồn cung cấp NH₃ chính)

- Rửa ruột cho đến khi nước trong chảy ra, trường hợp chảy máu tiêu hóa người ta rửa ruột bằng dung dịch mannitol như sau:

+ 40 gam mannitol + 1 gram KCl + 1 gram NaCl /1 lít nước, rửa khoảng 5 lít trong 2,5 giờ.

+ Lactulose: là một loại đường dissacharide không bị hấp thu ở ruột, nó chỉ bị phân giải bởi các vi khuẩn Dissacharolyticae ở đại tràng thành acide organique, methane làm giảm pH của phân và ức chế hoạt động của các vi khuẩn lên men proteine sinh NH₃, nó cũng làm cho NH₃ trong máu đào thải qua ruột dễ hơn. Đây là chất tốt nhất làm giảm nguồn NH₃ ở đại tràng. Với liều từ 40-60gam/24 giờ sẽ

làm cho pH phân dưới 6, một ngày có thể dùng 2-3 lần khi đi ngoài mỗi ngày 2-3 lần là được.

Thuốc mới có tên: lactitol có mùi dễ chịu hơn, tác dụng nhanh và ít tác dụng phụ hơn.

- Một số kháng sinh đường ruột:

Neomycine: 4 - 6g/24 giờ

Colimycine: 4 - 6 triệu đơn vị/24 giờ

Tetracycline: 1 - 1,5g/24 giờ

Vancomycine: 1 - 1,5g/24 giờ

Metronidazol: 1 - 1,5g/24 giờ

- Lactobacillus acidophile: cũng có kết quả antibiophilus.

Có thể chỉ dùng 1 trong 3 loại thuốc kể trên nhưng cũng có thể dùng phối hợp lactulose với kháng sinh.

b. Các acide amine chuyển hóa NH₃ và tăng đào thải NH₃ qua thận:

- Glutarsine, valine, leucine, isoleucine, glutamique, arginine, glutmate Na, Mg và Ca, alphacetoglutarate Ca, orotate de lysine...

- Trong các loại acide amin kể trên hai chất có tác dụng mạnh hơn cả là omicetil (alphacetoglutarate omithine) và chlorhydrate arginine

+ Omicetil đóng lọ 2 gram: 1 - 5 lọ/24 giờ

+ Eucol 1000 (10 g oxoglutarate de arginine) 0,5g/kg/24 giờ tương đương với 3 - 4 lọ/ngày

+ Morihéamine (Roussel Morishita) 500ml truyền tĩnh mạch/180 phút

- Uống Benzoate Na: Làm tăng đào thải NH₃ qua thận dưới dạng acide pyruvic sau khi gắn với một phân tử glycine.

c. Chế độ ăn uống:

- Phải giảm protide đưa vào cơ thể nhưng đảm bảo lượng cao tối thiểu 1600 - 2500 calo/24 giờ. Lượng đạm mỗi ngày chỉ cần (nên) cho 40 - 80g trung bình 60gram

- Giảm đạm động vật tăng đạm thực vật vì đạm thực vật dễ hấp thu và giàu chất xơ. Đạm thực vật làm giảm tổng hợp NH_3 của vi khuẩn nó chứa ít methionine và acide min hơn.

- Nên dùng proteine từ sữa vì nó ít gây NH_3 hơn proteine ở thịt trứng.

Proteine từ sữa làm cho vi khuẩn lactique phát triển mạnh do đó làm giảm pH ở phân và giảm hấp thụ NH_3 ở máu.

d. Điều trị bằng phẫu thuật (Với thể mạn)

- Buộc miệng nối của chủ

- Mở thông hai đầu của đại tràng và nối manh tràng với đại tràng.

- Tạo đường tắt bằng cách nối ruột cuối với trực tràng.

e. Điều trị chung:

- Hồi sức tim mạch, hô hấp nếu có.

- Điều chỉnh nước rối loạn điện giải và pH máu: giảm K, Na và kiềm chuyển hóa

- Không được dùng các thuốc giảm đau, an thần, thuốc ngủ, morphine thuốc lợi tiểu mạnh.

3. Điều trị theo giả thuyết hôn mê gan do chất dẫn truyền TK:

Do các acide amine ramifié giảm các acide amine aromatique tăng làm cho các chất dẫn truyền thần kinh trung gian bình thường (Dopamine, Noradrenaline) bị giảm trong não, mà thay vào đây là chất dẫn truyền thần kinh giả tạo.

Ta có thể dùng: Levodopa (L - dopa), Dopamine hay chất cạnh tranh của Dopamine là Bromocriptine:

- L - dopa: làm tăng Dopamine và Adrenaline trong não uống 2 - 4g/24 giờ

- Bromocriptine: uống 15 - 25mg/kg/24 giờ

Có thể dùng cả hai loại trên:

- Dung dịch dầu acide amine ramifiées (Valine, leucine, isoleucine...) nghèo acide amine aromatique (Phenylalanine, tyrosine) làm giảm NH_3 máu nhưng không làm giảm các triệu chứng thần kinh.

4. Điều trị theo giả thuyết về cơ quan thụ cảm với Benzodiazepam:

Từ năm 1985 người ta đã sử dụng những chất đối kháng với cơ quan thụ cảm của Benzodiazepam thấy có kết quả tốt đối với các dấu hiệu của ý thức. Kết quả nhanh hơn sau vài phút nhưng tạm thời, không kéo dài kết quả thu được từ 40 - 70%. Một trong những chất đó là Flumazenil tiêm tĩnh mạch một lần không nên truyền.

5. Các phương pháp khác:

- Lọc máu nhân tạo nhằm loại trừ NH₃
- Oxy cao áp
- Khi cần thiết dùng Corticoid cao: Hydrocortison Hemisuccinate (500mg hoặc dexamethasone 100mg/24 giờ nhỏ giọt tĩnh mạch, bảo vệ tế bào gan)
- Hepa merz: Gói 5g uống

Ống 5ml, 10ml tiêm TM, hòa dịch truyền

Tiền hôn mê gan: 8 ống (10ml)/6 giờ sau 3 - 4 ống/6 giờ

Hòa vào dịch truyền, không được quá 6 ống

- Importal (Lactitol monohydrate) 10g

Não gan: 0,5 - 0,7g/kg ngày giữa bữa ăn.

Bảng tóm tắt các biện pháp điều trị

Giả thuyết	Biện pháp điều trị
Giả thuyết ammoniac	Làm giảm nguồn cung cấp NH ₃ ở ruột
	Rửa ruột
	Chế độ ăn giảm protide
	Kháng sinh đường ruột
	Disaccharides
	Làm tăng bài tiết NH ₃ qua thận
	Ornithine (ornithine)

	Argnine
	Benzoate de Na
	Hepa-mez
Giả thuyết dẫn truyền thần kinh giả hiệu	L-dopa
	Bromocryptine
	Dung dịch dầu a. amne ramifié (valine, leucine...)
Giả thuyết serotoninique	Không có
Giả thuyết GABA ergique	Không có
Giả thuyết hiệp đồng	Không có
Giả thuyết cơ quan cảm thụ với benzodiazepam	Các chất đối kháng với cơ quan cảm thụ benzodiazepam (Flumazenil)