

Bài 2

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HÔN MÊ

Ngô Minh Triết, Trần Công Thắng

Mục tiêu học tập

1. Giải phẫu chức năng thức tỉnh và hôn mê
2. Các bước tiếp cận một bệnh nhân hôn mê
3. Xử trí cấp cứu và xác định nguyên nhân hôn mê

Nội dung

- Định nghĩa
- Sinh lý bệnh
- Đánh giá lâm sàng
- Khảo sát cận lâm sàng
- Nguyên nhân
- Xử trí cấp cứu

ĐỊNH NGHĨA

Ý thức là tình trạng trong đó một người hoàn toàn tỉnh táo và nhận thức được môi trường xung quanh. Ý thức bao gồm thức tỉnh và nhận thức bình thường.

Hôn mê là tình trạng giống như ngủ và người bệnh không có những đáp ứng có mục đích với môi trường xung quanh và từ đó người bệnh không thể thức tỉnh.

Ở bệnh nhân hôn mê, hai mắt nhắm và không mở tự nhiên. Bệnh nhân không nói chuyện và không có những vận động ý nghĩa ở mặt và tay chân. Không có đáp ứng với kích thích lời nói. Kích thích đau không đáp ứng hoặc có những vận động không ý thức qua trung gian tủy sống và thân não.

SINH LÝ BỆNH

Thức tỉnh được duy trì bởi chức năng toàn vẹn của hệ lưới hoạt hóa thân não nằm ở phần trên đoạn giữa cầu não và phóng chiếu hai bên qua đồi thị lên bán cầu đại não, chủ yếu ở thùy trán trước hai bên.

Hôn mê do rối loạn chức năng hệ lưới hoạt hóa hướng lên ở thân não hoặc cả hai bán cầu.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG

Bệnh sử

Khía cạnh quan trọng nhất của bệnh sử là thời gian khởi phát và tiến triển của hôn mê.

Khởi phát **đột ngột** hôn mê gợi ý nguyên nhân mạch máu, đặc biệt là đột quy thân não và xuất huyết khoang dưới nhện.

Tiến triển nhanh từ các triệu chứng bán cầu (như liệt nửa người, khiếm khuyết cảm giác nửa người, mất ngôn ngữ,...) dẫn tới hôn mê trong vòng vài phút đến vài giờ là đặc trưng của xuất huyết não.

Diễn tiến **kéo dài hơn** dẫn tới hôn mê (vài ngày đến vài tuần hay lâu hơn) gợi ý u, abscess hay tụ máu dưới màng cứng mạn tính.

Hôn mê xảy ra sau tình trạng **lú lẫn** hay **sảng cấp** mà không có dấu thần kinh khu trú nào, có lẽ do nguyên nhân chuyển hóa hoặc nhiễm trùng (viêm màng não hoặc viêm não).

Khám tổng quát

Dấu hiệu chấn thương

Quan sát vùng đầu có thể chỉ ra dấu hiệu chấn thương, bao gồm: **mắt gấu trúc** (tụ máu quanh ổ mắt), dấu **Battle** (sưng và tím vùng xương chũm sau tai), **chảy máu màng nhĩ**, rỉ dịch não tủy ở mũi hay tai.

Sờ vùng đầu có thể thấy gãy lõm xương sọ hoặc sưng nề mô mềm vùng chấn thương.

Huyết áp

- Huyết áp tăng cao ở bệnh nhân hôn mê gợi ý các nguyên nhân xuất huyết não, xuất huyết dưới nhện hay ít gặp hơn là đột quy vùng thân não.
- Thường huyết áp cao trên 250/150mmHg ở các bệnh nhân bệnh não tăng huyết áp, trị số có thể thấp hơn ở trẻ em hoặc những bệnh nhân vốn có huyết áp bình thường trước đó (Ví dụ: suy thận cấp).

Thân nhiệt

- Hạ thân nhiệt xuất hiện trong hôn mê do ngộ độc rượu, thuốc an thần, hạ đường huyết, bệnh não Wernicke, bệnh não gan, phù niêm.
- Tăng thân nhiệt trong hôn mê do sốc nhiệt, tăng thân nhiệt ác tính liên quan thuốc gây mê, thuốc kháng cholinergic, xuất huyết cầu não và các tổn thương vùng hạ đồi.

Dấu kích thích màng não

- Rất có giá trị trong hôn mê do xuất huyết dưới nhện hay viêm màng não. Nhưng hãy nhớ các dấu màng não có thể mất đi trong hôn mê sâu.

Đáy mắt

- Phù gai hay xuất huyết võng mạc thấy trong tăng áp lực nội sọ.
- Xuất huyết dưới thể kính gợi ý nhiều đến nguyên nhân xuất huyết dưới nhện.

Khám thần kinh

Khám thần kinh là bước then chốt để chẩn đoán nguyên nhân hôn mê. Kích thước, phản xạ đồng tử với ánh sáng, vận động mắt phản xạ (bao gồm phản xạ đầu mắt và phản xạ tiền đình) và đáp ứng vận động với kích thích đau nên được đánh giá chi tiết.

Thang điểm hôn mê Glasgow (GCS)

Thang GCS là thang điểm định lượng để đánh giá mức độ thức tỉnh. Điểm GCS thấp nhất là 3, cao nhất là 15. Thang điểm này được dựa trên đáp ứng của mắt, lời nói và vận động khi người bệnh được kích thích bởi môi trường, lời nói yêu cầu và kích thích đau (Bảng 2.1).

Bảng 2.1. Thang điểm hôn mê Glasgow

Điểm	Mắt	Lời nói	Vận động
1	Không	Không	Không
2	Với đau	Phát âm vô nghĩa	Duỗi mắt nảo
3	Với lời nói	Dùng từ không phù hợp	Gồng mắt vỏ
4	Tự phát	Định hướng sai	Co tay không chính xác
5	-	Định hướng đúng	Co tay chính xác
6	-	-	Theo y lệnh

Đồng tử

- *Đồng tử bình thường*: đồng tử bình thường có đường kính 3-4mm (có thể lớn hơn ở trẻ em và nhỏ hơn ở người già), đều hai bên; có đáp ứng co lại khi chiếu sáng. Đồng tử bình thường ở bệnh nhân hôn mê là đặc điểm của nguyên nhân chuyển hóa.
- *Đồng tử đôi thị*: co nhỏ mức độ trung bình (2 mm) thấy trong giai đoạn sớm của chèn ép đôi thị (gian não) do khối choán chỗ; cơ chế do sự gián đoạn con đường giao cảm đi xuống.
- *Đồng tử dẫn lớn, mất phản xạ*: đồng tử kích thước lớn hơn 7mm, mất phản xạ ánh sáng thường do chèn ép dây thần kinh vận nhãn (và liên quan các sợi co đồng tử đối giao cảm) bất kỳ đoạn nào, từ trung não đến hóc mắt, nhưng cũng có thể do ngộ độc thuốc kháng cholinergic và thuốc cường giao cảm. Nguyên nhân thường gặp nhất của đồng tử dẫn lớn một bên, mất phản xạ ánh sáng là thoát vị qua lều thùy thái dương trong từ một tổn thương choán chỗ trên lều.
- *Đồng tử kích thước trung gian, mất phản xạ*: đồng tử cố định kích thước 5 mm đường kính, do tổn thương thân não ở mức trung não, gây gián đoạn cả các sợi giao cảm - dẫn đồng tử và sợi đối giao cảm - co đồng tử.
- *Đồng tử pinpoint*: kích thước 1-1.5mm ở bệnh nhân hôn mê thường gợi ý quá liều opioid, hay ít gặp hơn là tổn thương cấu trúc cầu não. Đồng tử pinpoint không có phản xạ ánh sáng trừ khi nhìn với kính lúp. Phân biệt nguyên nhân cấu trúc và opioid dựa vào tiêm naloxone. Các nguyên nhân khác của đồng tử pinpoint là ngộ độc phospho hữu cơ, nhũ thuốc co đồng tử và giang mai thần kinh (đồng tử Argyll-Robertson).

Vận động mắt phản xạ

- Ở bệnh nhân hôn mê, khám vận động mắt bằng cách kích thích hệ tiền đình (ống bán khuyên tai giữa) bằng cách xoay đầu thụ động (phản xạ đầu mắt hay

nghiệm pháp mắt búp bê).

- Nghiệm pháp mắt búp bê được thực hiện bằng cách xoay đầu ngang tạo ra vận động mắt ngang và dọc tạo ra vận động mắt dọc. Đáp ứng vận động mắt phải ngược hướng với hướng xoay đầu. Phản xạ này có thể vượt qua ở bệnh nhân tỉnh táo. Mất phản xạ mắt búp bê gợi ý tổn thương ở thân não.

Đáp ứng vận động với kích thích đau

- Đáp ứng vận động với kích thích đau được đánh giá bằng cách ấn mạnh ở góc trên ổ mắt, xương ức, giường móng. Đáp ứng với mỗi kích thích này có thể cho thấy tình trạng gây ra hôn mê ảnh hưởng não bộ đối xứng (điển hình trong hôn mê do chuyển hóa hoặc các bệnh não lan tỏa) hay không đối xứng (tổn thương cấu trúc một bên). Đáp ứng vận động với kích thích đau cũng giúp định khu vị trí tổn thương não bộ.
- Với tổn thương não mức độ trung bình, bệnh nhân có thể khu trú được kích thích đau (gạt đúng tay người khám đang kích thích đau).
- **Tư thế mất vỏ** (gập cánh tay ở khuỷu, vai khép lại, duỗi và xoay trong cẳng chân và bàn chân): tổn thương đồi thị hoặc tổn thương bán cầu chèn ép đồi thị từ trên.
- **Tư thế mất não** (duỗi khuỷu, xoay trong vai và cẳng tay, và duỗi cẳng chân): tổn thương tới não giữa. Vì vậy, tư thế mất não cho thấy tổn thương não bộ nặng hơn so với tư thế mất vỏ, dù rằng cả hai đều không định vị chắc chắn vị trí tổn thương nằm ở đâu.
- Tư thế đối xứng hai bên thấy ở cả bệnh não cấu trúc hoặc chuyển hóa.
- Tư thế bất đối xứng gợi ý bệnh não cấu trúc ở bán cầu hay thân não đối bên.
Ở các bệnh nhân tổn thương cầu não và hành não, thường không có đáp ứng với kích thích đau, nhưng có thể ghi nhận thấy **phản xạ gập gối** (phản xạ tủy).

Đánh giá vị trí tổn thương trên lâm sàng

Tổn thương cấu trúc trên lều

- Đồng tử và phản xạ ánh sáng: kích thước bình thường, còn phản xạ; dẫn lớn mất phản xạ nếu thoát vị qua lều.
- Vận động mắt phản xạ: bình thường (xu hướng nhìn về bên tổn thương).
- Đáp ứng vận động: thường không đối xứng, có thể đối xứng sau thoát vị qua lều.

Tổn thương cấu trúc dưới lều

- Đồng tử và phản xạ ánh sáng: kích thước trung gian và mất phản xạ nếu tổn thương trung não; đồng tử co nhỏ (pinpoint), mất phản xạ ánh sáng: cầu não.
- Vận động mắt phản xạ: xoay mắt nhìn xa tổn thương, mất phản xạ mắt búp bê ngang.
- Đáp ứng vận động: không đối xứng nếu tổn thương một bên, đối xứng nếu tổn thương hai bên.

Bệnh não lan tỏa/Viêm màng não

- Đồng tử và phản xạ ánh sáng: thường bình thường, pinpoint: opiates, dẫn lớn mất phản xạ trong ngộ độc thuốc anti cholinergic.
- Vận động mắt phản xạ: thường bình thường, mất: thuốc an thần, bệnh não Wernicke.
- Đáp ứng vận động: thường đối xứng, rất hiếm không đối xứng: hạ đường huyết, tăng đường huyết, bệnh não gan.

KHẢO SÁT CẬN LÂM SÀNG

Hình ảnh học

Hình ảnh học (CT hoặc MRI) nên được thực hiện ở các bệnh nhân có dấu thần kinh khu trú.

Nếu khám không thấy dấu thần kinh khu trú, mà nguyên nhân hôn mê chưa xác định, thì nên chỉ định hình ảnh học, vì một số nguyên nhân cấu trúc không có biểu hiện lâm sàng dấu thần kinh khu trú, ví dụ như não úng thủy tắc nghẽn cấp, xuất huyết khoang dưới nhện, tụ máu dưới màng cứng hai bên, abscess não nhiều ổ, di căn,...

Xét nghiệm sinh hóa

- Đường huyết: hạ đường huyết có thể biểu hiện lâm sàng có dấu thần kinh khu trú.
- Điện giải đồ: Natri, Kali, Phosphate, Magne.
- Ure và creatinin: hội chứng tăng ure huyết.
- Công thức máu: nhiễm trùng, giảm tiểu cầu,...
- PT, APTT: rối loạn đông máu, suy chức năng gan.
- Sàng lọc độc chất học máu và nước tiểu.
- Khí máu động mạch: toan chuyển hóa, thiếu oxy máu.
- NH3 máu và chức năng gan: bệnh não gan.
- Transketolase hồng cầu: bệnh não Wernicke.
- Chức năng tuyến giáp: hôn mê do phù niêm.
- Độ thẩm thấu máu và nước tiểu.
- Cortisol máu: thiếu năng tuyến thượng thận.

Dịch não tủy

Phân tích dịch não tủy (đếm tế bào, đạm, đường, nhuộm Gram, cấy và tế bào học tùy trường hợp) thực hiện khi nghi ngờ nguyên nhân nhiễm trùng, viêm, u (viêm màng não do carcinomatous, u não có tế bào trong dịch não tủy).

Một số trường hợp nghi ngờ xuất huyết dưới nhện mà CT Scan bình thường.

Chống chỉ định chọc dò dịch não tủy khi có tổn thương choán chỗ vì biến chứng thoát vị não.

Điện não (EEG)

Thường thấy sóng chậm khu trú hoặc lan tỏa.

Sóng chậm 3 pha thùy trán thường thấy trong bệnh não gan hay bệnh não do ure huyết cao.

Đo điện não liên tục có thể phát hiện 30% trạng thái động kinh không co giật ở các bệnh nhân hôn mê chưa rõ nguyên nhân.

NGUYÊN NHÂN HÔN MÊ

Tổn thương cấu trúc trên lều

Tụ máu dưới màng cứng: Đau đầu, thay đổi ý thức, yếu nửa người,... là các triệu chứng phổ biến. Nguyên nhân thường gặp do chấn thương. Chẩn đoán dựa vào CT Scan sọ não. Điều trị phẫu thuật.

Tụ máu ngoài màng cứng: Thường bệnh nhân có khoảng tỉnh vài giờ trước khi hôn mê, kèm theo đau đầu, nôn ói, cơn động kinh và dấu thần kinh khu trú. Nguyên nhân do chấn thương gây gãy xương sọ hoặc rách động - tĩnh mạch màng não giữa. Chẩn đoán dựa vào CT Scan sọ não. Điều trị phẫu thuật.

Đập não: Mất ý thức dao động, dấu thần kinh khu trú, cơn động kinh,... là các triệu chứng phổ biến. Cần theo dõi cẩn thận các biến chứng phù não tiến triển và tụt não. Chẩn đoán dựa trên CT Scan sọ não. Trái với tụ máu dưới màng cứng và tụ máu ngoài màng cứng, đập não hiếm khi cần điều trị phẫu thuật.

Xuất huyết não: Nguyên nhân thường gặp nhất do tăng huyết áp. Đau đầu nặng, buồn nôn, nôn, liệt nửa người là các triệu chứng khởi đầu, sau đó tiến triển hôn mê trong vòng vài phút đến vài giờ. Chẩn đoán dựa trên CT Scan sọ não. Điều trị kiểm soát huyết áp, chống phù não và phẫu thuật lấy máu tụ.

Nhồi máu não: Nhồi máu não một bán cầu do tắc động mạch cảnh trong hoặc động mạch não giữa không gây ra hôn mê trực tiếp. Tuy nhiên, phù não gây chèn ép bán cầu đối bên hoặc tụt não gây ra hôn mê. Chẩn đoán dựa vào CT Scan hay MRI sọ não. Điều trị chống phù não và phẫu thuật giải ép.

Abscess não: Các vi khuẩn gây bệnh là Streptococcus, Staphylococcus, vi khuẩn đường ruột Gram âm, ngoài ra còn có Toxoplasma, lao, nấm,... Lâm sàng đau đầu, dấu thần kinh khu trú ở bệnh nhân còn tỉnh táo tiến triển kéo dài cả tuần, có thể có cơn động kinh, sau đó tiến đến hôn mê sau vài ngày. Lưu ý thân nhiệt có thể bình thường ở 40% và bạch cầu bình thường ở 20% bệnh nhân. CT có cản quang hay MRI có cản từ thấy tổn thương choán chỗ bắt thuốc dạng vòng nhẫn. Điều trị kết hợp kháng sinh và phẫu thuật dẫn lưu.

U não: đau đầu, dấu thần kinh khu trú tiến triển từ từ vài tháng và hôn mê xuất hiện muộn. Chẩn đoán dựa vào MRI có cản từ. Điều trị phẫu thuật, hóa trị, xạ trị dựa trên bản chất khối u.

Tổn thương cấu trúc dưới lều

Tắc động mạch thân nền: Huyết khối gây tắc phần giữa, hay đình động mạch thân nền. Gần như tất cả bệnh nhân rối loạn ý thức, 50% hôn mê khi khởi phát và các khiếm khuyết thần kinh khu trú. Các bất thường đồng tử, phản xạ đầu mắt,... Chẩn đoán cần CTA hay MRI-MRA. Điều trị tiêu sợi huyết rtPA hay lấy huyết khối bằng dụng cụ nếu còn trong cửa sổ thời gian.

Xuất huyết cầu não: Do tăng huyết áp. Khởi phát đột ngột hôn mê là đặc điểm, ngoài ra còn có đồng tử pinpoint, mất các vận động mắt ngang, tăng thân nhiệt. Chẩn đoán dựa trên chụp CT Scan sọ não. Tiên lượng rất nặng.

Xuất huyết hoặc nhồi máu tiểu não: Khởi phát đột ngột đau đầu, chóng mặt, ói, mất thăng bằng rồi tiến triển nhanh tới hôn mê trong vài giờ hay vài ngày. Diễn tiến nặng có thể xảy ra mà không có dấu hiệu báo trước, vì vậy cần theo dõi thật sát. CT Scan giúp chẩn đoán xác định. Điều trị phẫu thuật có thể cứu mạng bệnh nhân.

Tụ máu dưới/ngoài màng cứng hố sau: Ít gặp, bệnh cảnh lâm sàng tương tự như tổn thương hố sau, thường có chấn thương đầu vùng chẩm. Chẩn đoán dựa trên CT Scan sọ não. Điều trị phẫu thuật.

Bệnh não lan tỏa

- Viêm màng não và viêm não
- Xuất huyết khoang dưới nhện
- Hạ đường huyết
- Thiếu máu não toàn bộ
- Ngộ độc thuốc (an thần, ethanol, opioid)
- Bệnh não gan
- Tăng đường huyết/tăng áp lực thẩm thấu
- Hạ natri máu
- Hạ thân nhiệt
- Tăng thân nhiệt
- Con động kinh hoặc trạng thái sau cơn kéo dài
- Các bệnh não lan tỏa khác (bệnh não tăng huyết áp, nhiễm trùng huyết, di căn,...)

Viêm màng não và viêm não: Lâm sàng sốt, đau đầu, lú lẫn cấp và hôn mê. Thăm khám có dấu màng não, dấu thần kinh khu trú trong viêm não,... Chẩn đoán dựa trên hình ảnh học và xét nghiệm dịch não tủy. Điều trị theo nguyên nhân.

Xuất huyết khoang dưới nhện: Biểu hiện lâm sàng đau đầu dữ dội, ói, dấu màng não, hôn mê. Chẩn đoán xác định dựa trên CT Scan sọ não trong hầu hết các trường hợp, nếu CT âm tính cần chọc dò dịch não tủy.

Hạ đường huyết: Hôn mê hạ đường huyết thường do quá liều insulin. Biểu hiện tăng hoạt động giao cảm (nhịp nhanh, vã mồ hôi,...), cơn động kinh, dấu thần kinh khu trú luân phiên, sáng, lơ mơ và hôn mê. Đường huyết bầm dưới 30 mg/dl. Xử trí lập tức truyền đường ưu trương tĩnh mạch hay qua sonde dạ dày.

Thiếu máu não toàn bộ: Thường xảy ra sau ngưng tim. Biểu hiện đồng tử giãn nhanh, tư thế co cứng, uốn người, các vận động giống như co cứng-co giật. Nếu tưới máu não được khôi phục kịp thời, bệnh nhân có thể hồi phục và bắt đầu ở mức thân não với sự trở lại của các vận động mắt phản xạ và chức năng đồng tử, rồi các vận động phản xạ có mục đích và ý thức dần dần trở lại. Nếu hồi phục không hoàn toàn, bệnh nhân thức tỉnh trở lại (nhắm - mở mắt với chu kỳ thức ngủ), trở lại chức năng thân não nhưng không còn các chức năng trí tuệ cao cấp, đây là tình trạng nếu kéo dài trên 6 tháng gọi là *trạng thái thực vật kéo dài*.

XỬ TRÍ CẤP CỨU

Đảm bảo đường thở, thông khí và tuần hoàn. Thông khí đầy đủ nếu bệnh nhân không tím, nhịp thở trên 8 lần/phút và kết quả khí máu động mạch. Nếu có bất kỳ dấu hiệu thông khí kém, cần thông khí cơ học. Đo mạch và huyết áp giúp đánh giá nhanh tình trạng tuần hoàn. Suy tuần hoàn nên được điều trị bằng bù dịch, thuốc vận mạch khi có chỉ định.

Lập catheter tĩnh mạch và lấy máu xét nghiệm đường huyết, điện giải đồ, chức năng gan, thận, PT, APTT, công thức máu và sàng lọc thuốc.

Truyền tĩnh mạch đường ưu trương, thiamine và naloxone. Truyền tĩnh mạch 25g glucose ưu trương (50ml glucose 50%), để điều trị hôn mê hạ đường huyết. Vì truyền glucose đơn độc có thể khởi phát hoặc làm nặng hơn bệnh não Wernicke ở bệnh nhân thiếu hụt thiamine, cần truyền 100 mg thiamine kèm theo.

Để điều trị quá liều opiates, thuốc đối vận opiates naloxone, liều 0.4-1.2mg tiêm tĩnh mạch thường quy ở các bệnh nhân hôn mê.

Với bệnh nhân quá liều thuốc ngủ benzodiazepine, thì dùng thuốc đối vận flumazenil 1-10 mg tiêm tĩnh mạch. Tuy nhiên, không nên sử dụng nếu bệnh nhân có tiền sử động kinh, nghiện benzodiazepine, hoặc nghi ngờ đang dùng thuốc chống trầm cảm 3 vòng.

Lấy khí máu động mạch, đánh giá tình trạng thông khí cũng như giúp gợi ý các nguyên nhân hôn mê chuyển hóa.

Điều trị cơn động kinh nếu có. Cơn động kinh kéo dài ở bệnh nhân hôn mê nên được xem là trạng thái động kinh và điều trị phù hợp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày giải phẫu chức năng thức tỉnh và hôn mê?
2. Trình bày các bước tiếp cận một bệnh nhân hôn mê?
3. Trình bày xử trí cấp cứu và xác định nguyên nhân hôn mê?