

# TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ BỆNH NHI HÔN MÊ

PGS.TS. BS Đoàn Thị Ngọc Diệp

## Mục tiêu

1. Nhận biết và đánh giá được một bệnh nhi hôn mê
2. Biện luận chẩn đoán được nguyên nhân hôn mê ở trẻ em
3. Xử trí được một bệnh nhi hôn mê

## Nội dung

### 1. Nhận biết và đánh giá được một bệnh nhi hôn mê:

#### 1.1. Nhận biết bệnh nhi hôn mê:

- Nhìn xem trẻ có tỉnh táo hay không. Hỏi trẻ, xem trẻ có trả lời đúng các câu hỏi hay không. Nếu trẻ có vẻ không tỉnh táo và hỏi không trả lời, hãy lay gọi trẻ.
- Nếu lay gọi nhưng trẻ không không đáp ứng hoặc đáp ứng không chính xác, có nghĩa là trẻ có rối loạn tri giác.
- Nếu thấy trẻ bất thường, hãy hỏi bà mẹ xem bà có thấy trẻ có ngủ bất thường hay không, có khó đánh thức hay không. Nếu có, hãy xem là trẻ có rối loạn tri giác.
- Trong trường hợp do tai nạn hay thảm họa, nhớ dùng một bàn tay cố định đầu trẻ khi lay gọi trẻ vì trẻ có thể có chấn thương cột sống cổ kèm theo.

#### 1.2. Đánh giá bệnh nhi hôn mê:

Khi đánh giá bệnh nhi hôn mê, hãy đánh giá theo trình tự ABCDE để xác định xem trẻ có các dấu hiệu cần cấp cứu ngay hay không. Sau đó đánh giá mức độ hôn mê, đánh giá toàn thân và hỏi bệnh sử để xác định nguyên nhân gây hôn mê

- Đánh giá ABCDE để xác định xem trẻ có các dấu hiệu cần cấp cứu ngay hay không

**A (Airways):** Đường thở của trẻ có thông hay không, có dị vật trong miệng hay không

**B (Breathing):** Trẻ có còn thở được, thở có hiệu quả hay không

**C (Circulation):** Mạch trẻ còn rõ hay không, tim trẻ còn đập hay không

**D (Disability):** Trẻ có hôn mê hay không, trẻ có đang co giật hay không

**E (Exposure):** Bộc lộ trẻ để đánh giá các tổn thương khác, xem trẻ có bị sốt, bị hạ thân nhiệt hay không

Trẻ cần cấp cứu ngay khi có một trong các dấu hiệu sau đây:

- Ngưng thở hoặc doạ ngưng thở
- Có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở
- Tím tái
- Sốc
- Đang co giật
- Tiêu chảy mất nước nặng

- Đánh giá mức độ hôn mê: Thang điểm đánh giá hôn mê Glasgow

Yếu tố	Đáp ứng tốt nhất	Điểm
Mở mắt	Tự nhiên	4
	Với lời nói	3
	Với kích thích đau	2
	Không đáp ứng	1
Lời nói	Định hướng tốt	5
	Nhầm lẫn	4
	Từ ngữ không phù hợp	3
	Âm thanh vô nghĩa	2
	Không đáp ứng	1
Vận động	Theo yêu cầu	6
	Đáp ứng chính xác với kích thích đau	5
	Rút chi lại khi kích thích đau	4
	Co chi khi kích thích đau (mất vỏ)	3
	Duỗi chi khi kích thích đau (mất não)	2
	Không đáp ứng	1
Điểm tối đa		15

**Thang điểm đánh giá hôn mê Glasgow cải tiến dành cho trẻ nhỏ**

Yếu tố	Đáp ứng tốt nhất	Điểm
Mở mắt	Tự nhiên	4
	Với lời nói	3
	Với kích thích đau	2
	Không đáp ứng	1
Lời nói	Nói bập bẹ	5
	Kích thích, khóc la	4

	Khóc khi kích thích đau	3
	Rên rĩ khi kích thích đau	2
	Không đáp ứng	1
Vận động	Cử động tự nhiên	6
	Rút chi lại khi sờ	5
	Rút chi lại khi kích thích đau	4
	Co chi bất thường (mắt vò)	3
	Duỗi chi bất thường (mắt nã)	2
	Không đáp ứng	1
Điểm tối đa		15

## 2. Chẩn đoán nguyên nhân bệnh nhi hôn mê

### 2.1. Nếu đây là một thảm họa hay một tai nạn:

- Nếu do thảm họa, trẻ có thể hôn mê do chấn thương sọ não, ngộ độc khí CO trong các đám cháy, ngộ độc khí cyanide, hạ đường huyết do nhịn đói trong thời gian dài,.. Hãy nhớ rằng, trong trường hợp này luôn luôn phải xử trí trẻ như có chấn thương cột sống cổ kèm theo.
- Nếu do tai nạn giao thông, hãy nghĩ ngay trẻ có chấn thương sọ não. Đừng quên, trong trường hợp này luôn luôn xử trí trẻ như có chấn thương cột sống cổ kèm theo. Trẻ chấn thương sọ não nặng có thể có dấu hiệu của tụt não như mạch chậm, huyết áp tăng, thở không đều. Đây là một tình huống cần cấp cứu ngay vì trẻ có thể tử vong rất nhanh chóng do chèn ép trung tâm hô hấp - tuần hoàn.
- Nếu do té sông, ngạt nước, trẻ có thể hôn mê do thiếu oxy não kéo dài, hạ đường huyết kèm theo. Những trường hợp té sông, hãy cẩn thận vì trẻ có thể có chấn thương cột sống cổ kèm theo.

### 2.2. Nếu đây không phải là một trường hợp thảm họa hay tai nạn, hãy hỏi xem trẻ có sốt hay không (đo nhiệt độ hoặc sờ trẻ xem có nóng hay không), có nhức đầu, ói mửa trước đó hay không, diễn tiến dần dần hay diễn tiến đột ngột.

#### 2.2.1. Nếu trẻ không sốt:

- **Nếu trẻ không sốt và diễn tiến đột ngột:**
  - *Trẻ nhức đầu, ói mửa rồi co giật hôn mê*, hãy nghĩ tới xuất huyết não – màng não. Khám có thể thấy trẻ có dấu hiệu đồng tử giãn một bên và mất phản xạ ánh sáng (tổn thương dây thần kinh III). Trẻ nhỏ có thể kèm theo thóp phồng và dấu hiệu lòng bàn tay nhạt do thiếu máu, mạch nhẹ, tay chân lạnh do sốc mất máu. Trẻ có thể có dấu yếu liệt nửa người. Trường hợp nặng có thể có co gồng mắt vò hoặc co gồng mắt nã. Xuất huyết não màng não có thể do chấn thương không biết hay chấn thương xảy ra trước đó một thời gian (xuất huyết bán cấp hay mãn), vỡ dị dạng mạch máu não, thiếu vitamin K ở trẻ nhỏ, rối loạn đông máu do nguyên nhân khác,..

- *Trẻ đột ngột co giật hôn mê và không có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ* (không nhức đầu, không ói mửa) hãy xem chừng trẻ bị:

- **Ngộ độc:** Trẻ có thể bị ngộ độc các loại thuốc có dẫn xuất morphine, các loại thuốc an thần, thuốc điều trị các bệnh tâm thần,... Hãy hỏi xem trẻ có uống thuốc cầm tiêu chảy trước đó hay không. Hỏi xem trong gia đình có ai có bệnh mãn tính và uống thuốc lâu dài hay không, có trữ thuốc hay không. Yêu cầu gia đình kiểm tra số lượng thuốc còn lại, nếu nghi ngờ. Đối với trẻ lớn, đặc biệt là trẻ vị thành niên, hãy lưu ý đến khả năng trẻ tự tử. Nếu khám thấy trẻ có dấu hiệu hôn mê, tăng tiết đàm nhớt, đồng tử co nhỏ, cần nghĩ đến ngộ độc phosphore hữu cơ. Điều trị thử với atropine có thể giúp chẩn đoán. Nếu trẻ có hôn mê, đồng tử co nhỏ, ngưng thở hoặc thở không đều, cần nghĩ đến ngộ độc dẫn xuất morphine. Điều trị thử với naloxone có thể giúp chẩn đoán.
- **Hạ đường huyết:** Trẻ hạ đường huyết sẽ có triệu chứng chóng mặt, vã mồ hôi, ói mửa, run tay chân khi đường huyết hạ dưới mức 60mg%. Trẻ co giật, hôn mê khi đường huyết hạ dưới 40mg%. Vì vậy ít khi trẻ đang khoẻ mạnh đột ngột hạ đường huyết dưới 40mg% và có triệu chứng co giật hôn mê. Trẻ co giật hôn mê do nguyên nhân hạ đường huyết thường xảy ra trong hai bệnh cảnh:

- (1) Đêm hôm trước trẻ có ói mửa hoặc nhin đói trước khi ngủ, sáng hôm sau trẻ không thức dậy và co giật hôn mê, do đường huyết hạ quá thấp trong lúc ngủ.
- (2) Trẻ có một bệnh lý gây nôn ói tất cả mọi thứ (như nhiễm trùng tiêu hoá) làm cho đường huyết hạ quá thấp vì không thể hấp thu thức ăn, gây co giật hôn mê.

Cần lưu ý, trẻ co giật hôn mê luôn luôn có khả năng kèm theo hạ đường huyết, hậu quả của việc không ăn uống được vì hôn mê do một bệnh lý khác. Vì vậy, bất kỳ trẻ nào có co giật, hôn mê đều phải được điều trị với một liều đường ưu trương.

- **Nếu trẻ không sốt, bệnh cảnh diễn tiến từ từ**, nặng dần với nhức đầu, ói mửa sau đó là co giật hôn mê, hãy nghĩ đến nguyên nhân u não. Trẻ có thể có các dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt nửa người, liệt các dây thần kinh sọ; hoặc dấu hiệu tăng áp lực nội sọ như phù gai thị hay phản xạ Cushing.
- Nếu trẻ có bệnh lý về thần kinh trước đó, đã từng co giật, hôn mê, hãy xem có phải đây là lần tái phát do bệnh lý thần kinh có sẵn hay trẻ có thêm nguyên nhân nào khác gây co giật hôn mê (như xuất huyết, ngộ độc, viêm màng não,...) trên nền bệnh lý mãn tính.

#### 2.2.2. Nếu trẻ có sốt:

- Nếu trẻ có sốt, co giật, hôn mê, hãy nghĩ đến bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương, bao gồm:
  - Viêm não do siêu vi
  - Viêm màng não do vi trùng
  - Sốt rét thể não, nếu trẻ có nguy cơ sốt rét, có nghĩa là trẻ sống trong vùng dịch tễ sốt rét hoặc lui tới vùng dịch tễ sốt rét trong vòng 6 tháng qua
  - Viêm màng não, viêm não do lao
  - Viêm màng não do nấm
  - Viêm màng não do ký sinh trùng

- Nguyên nhân do bệnh lý ác tính di căn, bệnh lý miễn dịch ít gặp hơn. Bệnh cảnh thường kéo dài, diễn tiến dần dần và kèm theo tổn thương đa cơ quan
- Cần lưu ý rằng, một trẻ co giật hôn mê có sốt có thể liên quan đến bệnh lý nhiễm trùng như đã nêu trên, nhưng đôi khi trẻ có hai bệnh kết hợp, một bệnh lý tổn thương não không do nhiễm trùng (xuất huyết não, ngộ độc, hạ đường huyết,...) và một bệnh lý nhiễm trùng ngoài hệ thần kinh trung ương (nhiễm siêu vi, sốt rét,...).

### 3. Điều trị:

Nguyên tắc xử trí phải tuân thủ trình tự ABCD

- A. *Airways*. Thông đường thở
- B. *Breathing*. Bảo đảm thở có hiệu quả
- C. *Circulation*. Bảo đảm tuần hoàn có hiệu quả
- D. *Drugs*. Sử dụng các loại thuốc khác

Cụ thể là:

- (1) Bảo đảm thông đường thở cho trẻ bằng các biện pháp đúng và hiệu quả
- (2) Đặt bệnh nhân ở tư thế an toàn cho trẻ hôn mê, tùy theo có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ hay không
- (3) Giúp thở nếu trẻ ngưng thở hoặc thở không hiệu quả
- (4) Truyền dịch nếu trẻ có sốt
- (5) Thuốc cắt cơn co giật với diazepam chích tĩnh mạch hoặc bơm qua trực tràng
- (6) Glucose 10%, 5ml/kg, truyền tĩnh mạch hoặc bơm qua sond dạ dày
- (7) Nếu có dấu hiệu tụt não, truyền manitol liều 0,5g/kg trong vòng 45 - 60 phút
- (8) Hạ sốt khi nhiệt độ nách  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ : paracetamol liều 15 – 20mg/kg/lần đặt trực tràng và lau nước ấm
- (9) Điều trị nguyên nhân:
  - Có sốt: Kháng sinh tĩnh mạch như điều trị nhiễm trùng huyết hoặc viêm màng não với cefotaxime 200mg/kg/ngày chia 4 lần hoặc ceftriaxon 100mg/kg/ngày chia 2 lần, trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân
  - Có sốt và có nguy cơ sốt rét: kháng sinh như trên và artesunate tĩnh mạch
  - Đa chấn thương, hội chứng vùi lấp, chấn thương hờ: Kháng sinh tĩnh mạch

#### Tóm lại, Hôn mê ở trẻ em:

- Là một cấp cứu
- Chẩn đoán nguyên nhân có thể định hướng được dựa vào tình huống xảy ra, hỏi bệnh sử và khám lâm sàng
- Đánh giá và xử trí ban đầu theo ABCDE
- Tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân và điều trị ngay lúc nhập viện

## TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

Sau đây là một số tình huống lâm sàng thường gặp. Trong mỗi tình huống, hãy nghĩ đến các nguyên nhân có thể xảy ra, các biện pháp xử trí ban đầu và các xét nghiệm phải thực hiện để xác định chẩn đoán.

### ***Tình huống 1:***

Bé trai 3 tuổi, sống ở Thành phố Hồ Chí Minh, không đi đâu xa trong vòng 6 tháng trước đó, được mẹ đưa đến vì sốt cao.

Bé khởi bệnh trước nhập khoảng 6 giờ với triệu chứng sốt cao liên tục. Bé có ói 2 lần, không co giật, không ho hoặc khó thở, không tiêu chảy, không có vấn đề về tai. Bé đi nhà trẻ. Trong lớp có một bạn nhập viện ngày hôm trước với chẩn đoán viêm màng não. Khám thấy có chấm xuất huyết vòm họng và nhiều chấm xuất huyết dưới da. Mạch rõ, chi ấm. Lờ đờ, tiếp xúc chậm.

### ***Tình huống 2:***

Bé gái, 5 tháng tuổi, sống ở TP HCM, nhập viện vì hôn mê.

Bệnh khởi phát 3 ngày

N1-2: sốt cao, quấy khóc, ọc sữa, bú kém.

N3: vẫn sốt, co giật toàn thân, sau giật bé mê nên được nhập viện.

Tiền căn không gì lạ.

Khám lâm sàng thấy bé hôn mê, kích thích đau gối chi, thóp phồng, yếu nhẹ ½ người phải, niêm hồng nhạt, tim nhanh 150l/p, phổi ran ứ đọng, gan 3 cm dưới bờ sườn, các cơ quan khác chưa thấy bất thường.

### ***Tình huống 3:***

Bé trai, 40 ngày tuổi, nhà ở TP HCM, nhập viện vì co giật.

Bệnh khởi phát từ 2 ngày:

N1: sốt vừa ( $38,5^{\circ}\text{C}$ ), quấy khóc, ọc sữa, bỏ bú. N2: co giật, sau giật bé mê nên được nhập viện.

Tiền căn sản khoa bình thường, sanh tại trạm y tế xã, bú mẹ, phát triển bình thường, bú sữa mẹ. Không bệnh gì khác từ lúc sanh đến giờ.

Khám lâm sàng: Mạch: 160l/p, Nhiệt độ:  $38,5^{\circ}\text{C}$ , Nhịp thở: 40l/phút

Da niêm xanh xao, thóp căng phồng, đồng tử bên phải giãn, PXAS (-), tim nhanh, phổi ran ứ đọng, gan 3 dưới bờ sườn, lách mập mé bờ sườn trái. Không dấu xuất huyết dưới da.

### ***Tình huống 4:***

Bé trai, 10 tuổi, nhà ở Tiền Giang, nhập viện vì hôn mê.

Bệnh sử 2 ngày:

N1: sốt cao kèm nôn ói và nhức đầu.

**N2: co giật toàn thân, sau giật em mê sâu**

Tiền căn bình thường, không sống trong vùng dịch tễ sốt rét

Khám: em mê sâu, kích thích đau gối chi kiểu mất vỏ

Mạch: 100 l/phút, HA: 10/6 cmHg, T:  $39^{\circ}\text{C}$ , Nhịp thở: 30 l/phút

Niêm hồng, tim đều, phổi trong, bụng mềm, gan lách không to.

Đồng tử đều, PXAS (+) 2 bên, yếu ½ người phải. Soi đáy mắt không thấy dấu hiệu phù gai.

***Tình huống 5:***

Bé trai, 10 tuổi, nhà ở thành phố HCM, nhập viện vì hôn mê.

Bệnh ngày thứ nhất: sáng nay bé đang đi học, đột ngột nhưc đầu dữ dội, ói 2 lần, không sốt, sau đó bé co giật toàn thân, sau giật bé hôn mê sâu và được đưa ngay vào cấp cứu. Tiền căn hoàn toàn bình thường.

Khám: bé hôn mê sâu, gồng chi từng cơn. Mạch: 60 l/phút, HA: 14/9 cmHg,

T: 37<sup>0</sup> C. Da niêm hồng, không dấu xuất huyết dưới da.

Nhịp tim 60 l/phút, không đều, phổi không nghe ran. Bụng mềm, gan lách không to. Đồng tử bên phải giãn to hơn bên trái, PXAS (-) bên phải.

***Tình huống 6:***

Bé gái, 2 tháng tuổi, nhập viện vì ưỡn người từng cơn.

Bé hay bị ọc sữa từ lúc mới sinh, được bác sĩ chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản, được điều trị với motilium. Từ 2 ngày nay, em sốt 38,5°C, ọc sữa nhiều hơn, quấy khóc, bú kém. Bác sĩ điều trị cho kháng sinh đường uống và đổi thuốc chống ói sang Primpépran®. Vì không tìm được dạng sirop nên người nhà cho bé uống Primpéran dạng viên 10mg, sáng ½ viên, chiều ½ viên. Sáng ngày thứ hai thì bé xuất hiện ưỡn người từng cơn, bỏ bú hoàn toàn và nôn ói nhiều hơn, nên thân nhân đem bé đến bệnh viện. Bé không ho, không khó thở, không tiêu chảy, không có vấn đề gì về tai.

Khám: bé cân nặng 5 kg. Mạch: 150 l/phút, T: 39<sup>0</sup> C, bé lơ mơ, ưỡn người từng cơn, thóp phồng, đồng tử đều, PXAS (+) 2 bên. Không thấy dấu thần kinh khu trú. Tim nhanh đều, phổi không nghe ran. Bụng mềm, gan 3 cm dưới bờ sườn, lách mấp mé dưới bờ sườn trái. Niêm hồng vừa không dấu xuất huyết dưới da.

***Tình huống 7:***

Bé gái 5 tuổi, nhập viện vì hôn mê, nhà ở thành phố Biên Hoà.

Bệnh khởi phát cách nhập viện khoảng 2 tháng. Lúc đầu, bé bị phát ban điển hình của bệnh sởi, sau đó bé ăn uống kém, suy kiệt dần, chậm tiếp xúc với người xung quanh. Sốt nhẹ về chiều. Bé đã được điều trị với nhiều loại kháng sinh đường uống và cả đường tiêm tĩnh mạch (tại BV Đồng Nai). Trước nhập viện 3 ngày, em co giật ½ người phải, sau giật em hôn mê nên được chuyển đến BVND.

Tiền căn: em không bệnh gì trước đó, chích ngừa đầy đủ, không phát hiện nguồn lây lao. Khám lúc nhập viện: em hôn mê, gồng chi kiểu mất vỏ, đồng tử bên phải giãn to, PXAS (-). Bé suy kiệt, cân nặng chỉ có 8 kg.

***Tình huống 8:***

Bé gái 15 tuổi, nhập viện vì nhưc đầu, được chuyển đến BVND vì nghi ngờ lao màng não.

Bệnh khởi phát khoảng 2 tháng trước nhập viện, với triệu chứng nhưc đầu âm ỉ và liên tục, bé có sốt nhẹ, ăn uống kém, chậm tiếp xúc với người xung quanh, suy kiệt nhanh chóng (sụt 5 kg trong vòng 2 tháng). Năm ngày trước nhập viện, em ói liên tục, được bệnh viện tình chọc dò tủy sống

thất bại nên chuyển BVNDI. Em không ho, không khó thở, không tiêu chảy, không có vấn đề về tai, không co giật.

Khám lúc nhập viện: em tỉnh nhưng đờ, tỉnh tiếp xúc chậm, hỏi trả lời đúng. Mạch: 80l/phút, HA: 12/8 cmHg, T: 37,5°C. Không dấu màng não, không yếu liệt tay chân, đồng tử đều, liệt VI bên phải, soi đáy mắt thấy phù gai thị nặng hai bên. Các cơ quan khác không phát hiện gì lạ.

Tiền căn bản thân không bệnh gì trước đó, không chủng ngừa. Không tiếp xúc người bệnh lao.

### ***Tình huống 9:***

Một bé trai 5 tuổi, nhà ở Bình Phước, nhập viện vì hôn mê.

Bệnh 4 ngày trước nhập viện:

N1-3: sốt cao kèm lạnh run, không ho, không sổ mũi, không tiêu chảy, không có vấn đề về tai.

N4: em co giật toàn thân, sau giật không tỉnh nên thân nhân đưa đến BVND. Tiền căn: sống trong vùng dịch tễ sốt rét, đã từng bị sốt rét.

Khám lúc nhập viện:

Em mê, kích thích đau đáp ứng không chính xác. CN: 20kg, M: 150l/phút, HA: 9/6 cmHg, T: 39o C, Nhịp thở: 40l/ph.

Da niêm nhợt nhạt, tim nhanh đều, có âm thổi tâm thu 2/6, phổi ran ứ đọng. Bụng mềm, gan 3 cm dưới bờ sườn phải, lách 2 cm dưới bờ sườn trái, không phù, sonde dạ dày ra dịch nâu.

### ***Tình huống 10:***

Bé nam, 14 tháng tuổi, nhà ở TP HCM, nhập viện vì co giật và hôn mê.

Bệnh N2:

N1: sốt cao, chảy nước miếng nhiều, không chịu bú, quấy khóc

N2: co giật toàn thân → nhập viện

TC: không bệnh lý gì. Nhà trẻ có nhiều bé bị bệnh tay chân miệng

Khám: Mê, co gồng mắt vỏ, thở 60 lần/phút, Mạch: 230 lần/phút, nhẹ. HA: 9/6 cmHg, phổi ran ẩm. Khám không thấy hồng ban bóng nước. có 2 vết loét đầu lưỡi. Gan lách không to.