

Nội dung chính

-Ngất được xác định khi mất ý thức đột ngột, tự phát và ngã xuống sau đó tự hồi phục lại nhanh chóng và hoàn toàn. Sự mất ý thức này thường kéo dài vài giây cho tới vài phút và không kèm theo sự thay đổi ý thức lâu dài.

-Ngất gây ra bởi sự giảm tưới máu não toàn bộ thoáng qua. Đây là hệ quả sau cùng của nhiều bệnh lý khác nhau, và cần tiếp cận hệ thống để chẩn đoán.

-Bán ngất, hay near-syncope, được xác định khi khởi phát cảm giác mất ý thức không hoàn toàn đột ngột.

-Đa số cơn ngất có nguyên nhân lành tính, nhưng vẫn có thể do các nguyên nhân nguy hiểm. Nguyên nhân gây ngất có thể được phân loại theo ba tiêu nhóm: (i)tim mạch, (ii) đáp ứng (bao gồm ngất do phế vị), (iii) tư thế.

-Các hướng dẫn trong nước khuyến cáo làm điện tâm đồ ECG 12 chuyển đạo với tất cả bệnh nhân ngất nhưng đa số bệnh nhân không mắc bệnh lý nền nghiêm trọng sẽ có ECG bình thường.

-Các khuyến cáo trong nước không khuyến cáo làm cận lâm sàng hay chẩn đoán hình ảnh thường quy (Xquang ngực, chụp hình sọ não, siêu âm tim) và các xét nghiệm nên được làm chỉ khi bệnh sử và thăm khám gợi ý các đánh giá đó.

-Nhập viện hay để bệnh nhân ở đơn vị theo dõi sau khi đánh giá ở phòng cấp cứu do ngất dựa trên các nguyên nhân đặc hiệu, đã xác định (xuất huyết tiêu hóa, loạn nhịp ác tính, thuyên tắc phổi)

-Bệnh nhân có mô tả rõ ràng về một cơn ngất do đáp ứng (ngất phế vị) mà không mắc bệnh lý nghiêm trọng nào thường được cho về từ phòng cấp cứu.

KIẾN THỨC NỀN TẢNG**Dịch tễ**

Ngất là một triệu chứng lâm sàng thường gặp với tỷ lệ mắc trong đời là 20 đến 40%, và nó phổ biến ở nữ hơn nam giới. Sự phân bố về độ tuổi của ngất là nhị hình, đỉnh ở tuổi mới lớn, khoảng 20 tuổi, và đỉnh thứ hai ở tuổi trung niên, khoảng năm 60 tuổi. Bán ngất là một triệu chứng ít gặp hơn ngất tại phòng cấp cứu (ED), bởi nhiều bệnh nhân bị bán ngất không đi thăm khám. Bán ngất và ngất có liên quan tới các kết cục lâm sàng tương tự nhau trong 30 ngày.

Bệnh học

Ngất được xác định khi mất ý thức và ngã thoáng qua rồi hồi phục nhanh chóng, hoàn toàn sau đó, gây ra bởi giảm tưới máu toàn bộ não, thường do giảm cung lượng tim hoặc hạ huyết áp. Mất ý thức thường kéo dài từ vài giây tới vài phút và không đi kèm thay đổi ý

thức kéo dài. Khoảng 8 tới 10 giây giảm tưới máu tới cả vỏ não và hệ thống thân não sẽ dẫn tới mất ý thức và mất khả năng đứng. Ngất là hậu quả sau cùng của nhiều nguyên nhân (mất nước, xuất huyết, loạn nhịp, bệnh tim cấu trúc) khiến có nhiều chẩn đoán phân biệt.

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN**Cần nhắc các chẩn đoán phân biệt**

Nguyên nhân gây ngất có thể chia thành ba nhóm:

- (i) Phản ứng
- (ii) Tư thế
- (iii) Tim (**Bảng 11.1**)

Ngất phản ứng, còn được biết là ngất do thần kinh, là nguyên nhân phổ biến nhất, chủ yếu gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi. Nó gây ra bởi sự giãn mạch không phù hợp, mạch chậm, hoặc cả hai, và bao gồm ngất do phế vị, hội chứng suy nút xoang, và ngất có điều kiện. Ngất do phế vị thường gặp tại ED và thường đặc trưng

bởi tiền triệu đi kèm có liên quan như buồn nôn, nhợt, vã mồ hôi, choáng váng, sốt, rét run và nhìn mờ. Các yếu tố khởi phát thường thấy bao gồm sợ hãi quá mức, cảm xúc, mệt mỏi hoặc đau; ở nơi nóng nực, đông người; đứng lâu hoặc có kích thích thần kinh khác, như khi một người thấy một tai nạn giao thông kinh hoàng. Ngất phế vị là một chẩn đoán dựa trên lâm sàng, dựa trên bệnh sử, thăm khám và theo lời nhân chứng, nếu có. Hội chứng suy nút xoang gây ra do kích thích nút xoang quá mức, được xác định khi có khoảng nghỉ kéo dài trên 3 giây và/hoặc huyết áp tâm thu giảm ≥ 50 mmHg khi kích thích nút xoang. Nguyên nhân này phổ biến hơn ở người già và nam giới. Ngất có điều kiện được định nghĩa là có mối liên quan mật thiết với một hành động cụ thể nào đó như đi tiểu, đi đại tiện, ăn nhiều, ho, hắt xì, nuốt, cười, nín thở hoặc sau khi vận động. Nó có thể đi trước bởi các tiền triệu giống với ngất phế vị. Ngất do tư thế còn được biết là hạ huyết áp tư thế, được định xác định khi huyết áp tâm thu giảm tối thiểu 20 mmHg, và huyết áp tâm trương giảm tối thiểu 10 mmHg trong vòng 3 phút sau khi đứng. Tình trạng này có liên quan tới mất nước, mất máu, các tác dụng phụ của thuốc, rối loạn chức năng thần kinh tự động, uống rượu, và tuổi già. Ngất hoặc bán ngất sẽ xảy ra khi đáp ứng của hệ thần kinh tự động không đủ để chống lại sự tụt huyết áp khi thay đổi tư thế. Đo dấu hiệu sinh tồn khi

đứng tại phòng cấp cứu thường không hữu ích bởi nó không phải là yếu tố tiên lượng độc lập cho các kết cục nghiêm trọng sau 30 ngày, hay không có tác dụng chẩn đoán hay loại trừ ngất do tư thế, trừ khi thay đổi về sinh hiệu khi đứng gây ra các triệu chứng như bệnh nhân đã trình bày.

Ngất do tim được chia làm ba nhóm chính: Loạn nhịp, tim cấu trúc, và tim phổi (**Bảng 11.1**). Đây là nguyên nhân nghiêm trọng nhất gây ngất và phải được phân biệt với ngất phản xạ hay ngất do tư thế. Loạn nhịp tim thường xảy ra ở bệnh nhân có bệnh tim cấu trúc, có chẩn đoán hội chứng loạn nhịp từ trước, hoặc nhồi máu cơ tim từ trước/tái phát. Một số loạn nhịp có thể dẫn tới ngất hoặc bán ngất, bao gồm cả loạn nhịp nhanh và chậm (**Bảng 11.2A**). Các triệu chứng gây ra do loạn nhịp rất đa dạng phụ thuộc vào mức độ ảnh hưởng tới cung lượng tim và chức năng tim mạch của bệnh nhân. Bệnh nhân có bệnh tim từ trước, như bệnh động mạch vành (CAD), bệnh van tim, bệnh tim di truyền, bệnh cơ tim, hoặc bệnh kênh cơ tim (hội chứng Brugada, hội chứng QT kéo dài), có nguy cơ rối loạn nhịp cao hơn. Các dấu hiệu trên ECG gợi ý các bệnh tim từ trước (**Bảng 11.2B**). Ngất do loạn nhịp thường biểu hiện mà không có tiền triệu, dù bệnh nhân có mạch nhanh có thể thấy đánh trống ngực hoặc tức ngực trước khi mất ý thức.

Bảng 11.1 Các chẩn đoán về tim mạch liên quan tới ngất

Loạn nhịp (Xem hình 11.2 để biết chi tiết) -Mạch nhanh -Mạch chậm Các nguyên nhân cấu trúc: -Bệnh cơ tim phì đại -Hẹp động mạch chủ -Hẹp động mạch phổi nặng -Nhồi máu/thiếu máu cơ tim -U tụy tim (u nhầy nhĩ)

- Chèn ép tim
- Rối loạn chức năng van nhân tạo
- Rối loạn chức năng thiết bị hỗ trợ thất (VAD)
- Các nguyên nhân tim phổi:
- Bóc tách động mạch chủ
- Thuyên tắc phổi
- Tăng áp phổi

Bảng 11.2A Các rối loạn nhịp có thể liên quan tới ngất

- Block nhĩ thất (BAV)
- Cấp 2 Mobitz II
- Cấp 3
- Ngừng xoang >3s
- Hội chứng suy nút xoang
- Mạch chậm xoang kéo dài (<40l/ph)
- Nhịp nhanh thất
- Nhanh thất đơn dạng
- Nhanh thất đa dạng (Xoắn đỉnh)
- Rung thất
- Nhịp nhanh trên thất
- Rung/cuồng nhĩ
- Nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất
- Nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất
- Block đồng thời nhánh trái và phải
- Máy tạo nhịp hoặc máy khử rung mất chức năng tạo nhịp

Bảng 11.2B Các bất thường trên ECG có thể liên quan tới ngất

- Các dấu hiệu thiếu máu cơ tim (ST chênh lên/xuống, sóng T âm, block nhánh mới, sóng Q bất thường mới)
- Tiền kích thích gợi ý hội chứng WPW
- Khoảng QT kéo dài gợi ý các bất thường bẩm sinh hoặc mắc phải (hội chứng Jervell và Lange-Nielsen)
- QT ngắn gợi ý hội chứng QT ngắn
- Block nhánh phải kèm ST chênh lên ở V1-3 gợi ý hội chứng Brugada
- Sóng T đảo ngược ở chuyển đạo bên phải tim và sóng epsilon gợi ý bệnh cơ tim phải do loạn nhịp
- Phi đại thất trái, sóng Q bất thường chiếm ưu thế, hoặc sóng T âm gợi ý bệnh cơ tim phi đại
- Điện thế thấp hoặc xen kẽ gợi ý tràn dịch màng ngoài tim
- Dấu hiệu “Strain” thất phải gợi ý thuyên tắc phổi

Bệnh cơ tim cấu trúc có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong đáng kể nếu không can thiệp, và cũng dự báo bệnh nhân mắc loạn nhịp nghiêm trọng, khiến chẩn đoán sớm là chìa khóa để tối ưu kết cục tốt cho bệnh nhân. Các nguyên nhân cấu trúc gây ngất bao gồm bệnh van tim (hẹp chủ), bệnh cơ tim phi đại, chèn ép tim, và u nhầy nhĩ, cũng như các nguyên nhân khác (**Bảng 11.1**)

Các nguyên nhân tim phổi gây ngất bao gồm các tình trạng như thuyên tắc phổi (PE), tăng áp phổi, nhồi máu cơ tim cấp (MI), và bóc tách động mạch chủ. Ngất là một phần trong các biểu hiện đó, và các bệnh nhân sẽ có các

dấu hiệu và triệu chứng liên quan tới các tình trạng đó. Các bệnh nhân thông thường khỏe mạnh có ngất và không có dấu hiệu gợi ý nguyên nhân tim phổi không nên làm các xét nghiệm đặc hiệu, như D-dimer hay chụp CT mạch. Ví dụ, các xét nghiệm thường quy cho tất cả bệnh nhân ngất do thuyên tắc phổi (PE) như D-dimer hoặc chụp CT mạch phổi không được chỉ định và sẽ dẫn tới tình trạng cho xét nghiệm quá mức do tỷ lệ mắc bệnh này thấp trong nghiên cứu thuần tập.

Các tình trạng mạch máu não liên quan tới mất ý thức nên được cân nhắc tuy nhiên nó sẽ thường biểu hiện với các dấu hiệu đặc trưng

khác, và sẽ thường không đáp ứng các tiêu chuẩn để chẩn đoán ngất. Ví dụ, xuất huyết dưới nhện (SAH) tự phát hoặc đau đầu migraine do động mạch nền có thể biểu hiện ngất nhưng thường không có tiền triệu và đi kèm với đau đầu, lơ mơ hay thay đổi ý thức cấp tính. Đột quy cấp hoặc thiếu máu thoáng qua không gây ngất bởi nó không gây giảm tưới máu toàn bộ não.

Giả ngất (Syncope mimics) là bất kỳ tình trạng nào nhập ED gây giả ngất như ngã cơ học, ngộ độc, hạ đường máu, động kinh

Bảng 11.3 Giả ngất

- Động kinh
- Hạ đường huyết
- Giảm oxy máu
- Ngã
- Chấn động
- Ngộ độc (Ethanol, opiate, CO)
- Thiếu máu động mạch nền thoáng qua
- Chứng ngủ rũ
- Cơ mất trương lực
- Giả ngất do tâm thần

Các dấu hiệu đi kèm

Thu thập cẩn thận bệnh sử là yếu tố tiên quyết để xác định nguyên nhân gây ngất. Thông thường, bệnh cảnh (tắm sau khi đi tiêu, ở nhà hàng sau một bữa ăn thịnh soạn, chảy máu, ở nơi đông người), tư thế (ngồi, nằm, đứng, thay đổi tư thế) và bối cảnh (gắng sức, biến cố về cảm xúc, kích thích đau, đói) nên được tìm hiểu. Tuổi tác, các loại thuốc đang dùng, tiền sử các cơn ngất trước đó, tiền sử gia đình, và các tiền sử y tế cũng như bất kỳ than phiền nào về tim phổi là quan trọng. Nguy cơ các

Bảng 11.4 Các thuốc liên quan đến hạ huyết áp tư thế

- Giãn mạch
 - Chẹn beta, chẹn kênh canxi, nitrate, hydralazine, thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, phenothiazine, thuốc ức chế phosphodiesterase (sildenafil, tadalafil)
 - Lợi tiểu (hydrochlorothiazide, furosemide)

(**Bảng 11.3**). Việc phân biệt các tình trạng này với ngất thật sự có thể khó khăn, thường không có bệnh sử từ nhân chứng. Động kinh có thể nhầm với ngất thường do sự thật là co giật và mất tự chủ dù thường liên quan tới động kinh nhưng cũng có thể thấy trong ngất. Rối loạn hoạt động hệ vận động trong bệnh cảnh ngất thường được xem là “ngất co giật” và thường ngắn (dưới 20 giây). Không như động kinh eplitic, hoạt động hệ vận động và mất ý thức trong ngất thường không liên quan tới bất kỳ tình trạng sau cơn nào.

biến cố tăng từ từ theo độ tuổi, và thấp khi ở dưới 45 tuổi. Đánh giá tiền sử dùng thuốc cẩn thận có thể đưa tới chẩn đoán ngất do hạ huyết tư thế bởi thuốc (**Bảng 11.4**). Bất kỳ tiền sử gia đình nào về ngừng tim, ngất tái phát, loạn nhịp đáng kể, hoặc bệnh mạch vành (CAD) trẻ tuổi nên được cân nhắc với ngất do tim. Nhiều bệnh đồng mắc có thể đặt bệnh nhân vào nguy cơ cao cho các biến cố nghiêm trọng, đặc biệt là tiền sử suy tim, CAD, loạn nhịp, bệnh tim cấu trúc. Các yếu tố nguy cơ với PE cũng nên được tìm hiểu.

-Thuốc hạ áp trung ương (clonidine, methyl dopa)
-Các thuốc khiến QT kéo dài (amiodarone, flecainide, procainamide, quinidine, sotalol)
Các thuốc hướng thần
-Chống động kinh (carbamazepine, phenytoin)
-Chống loạn thần (olanzapine, risperidone)
-Thuốc điều trị parkinson (Levodopa, pramipexole)
-Thuốc ức chế thần kinh trung ương (barbiturate, benzodiazepine)
-Chống trầm cảm (ức chế monoamine oxidase, ức chế chọn lọc thụ thể serotonin, trazodone, chống trầm cảm 3 vòng)
-Giảm đau opiate (morphine)
-Kháng histamine có tác dụng an thần (diphenhydramine)
-Ức chế cholinesterase (donepezil, tacrine, galantamine)
-Rượu
-Digitalis
-Các chất giảm đau thần kinh (vincristine)
-Bromocriptine

Những thể lâm sàng trên, cùng với các dấu hiệu hoặc triệu chứng đi kèm (nói rõ ở các chương sau) có thể giúp đưa ra các xét nghiệm tiềm năng cho ngất do tim, tư thế, điều kiện hoặc phế vị. Ví dụ, ngất xảy ra nhanh chóng sau khi đứng dậy từ tư thế ngồi có thể chỉ ra là hạ huyết áp tư thế. Ngất xảy ra khi đang lấy máu nhiều khả năng là ngất do phế vị. Ngất xảy ra ngay lập tức sau tiểu (ngất “tiểu tiện”, khi đi đại tiện (ngất “đại tiện”), ăn một bữa ăn lớn (ngất sau ăn), ho hoặc nuốt có thể chỉ ra là ngất do tư thế. Ngất trong khi tập luyện có thể đưa ra nghi ngờ về hẹp đường ra của tim như bệnh cơ tim phì đại hoặc hẹp động mạch chủ hoặc không thể có đáp ứng tăng nhịp tim khi gắng sức (block nhĩ thất)

Bất kỳ cơn ngất và xét nghiệm liên quan nào trước đó (siêu âm tim, thử nghiệm gắng sức) nên được tìm hiểu để giảm thiểu lặp lại các xét nghiệm giá trị thấp. Tiếp cận lâm sàng với bán ngất giống với ngất; bán ngất xuất hiện liên tục với ngất, có cùng tỷ lệ các biến cố

nghiêm trọng. Tại ED, việc đánh giá sai trong việc tìm ra nguyên nhân của ngất/bán ngất lên tới 50%.

Triệu chứng

Một số triệu chứng nên được tìm hiểu trong quá trình thu thập bệnh sử bao gồm đau ngực, khó thở, đánh trống ngực, đau bụng hoặc đau lưng, chảy máu âm đạo, đau đầu và bất kỳ triệu chứng thần kinh nào. Đau ngực có thể gợi ý chẩn đoán hội chứng vành cấp có loạn nhịp, PE, hoặc bóc tách động mạch chủ, trong khi khó thở có thể gợi ý PE hoặc suy tim tiềm ẩn. Đánh trống ngực có thể gợi ý loạn nhịp. Đau bụng hoặc đau lưng có thể gợi ý vỡ phình động mạch chủ. Chảy máu âm đạo gợi ý có thể chữa ngoài tử cung; đau đầu dữ dội có thể gợi ý SAH. Các tiền triệu như choáng váng, buồn nôn hoặc nôn, tím có thể giúp chẩn đoán ngất do phế vị.

Các triệu chứng khác có thể gợi ý sự xuất hiện của giả ngất. “aura” trước đó hoặc lũ lẩn/mơ ngủ kéo dài có thể gợi ý động kinh sau cơn co giật. Co giật có thể xảy ra với cả ngất hoặc

động kinh nhưng co giật do động kinh thường kéo dài hơn (>20 cơn rung giật cơ). Ngã dẫn tới chấn thương đầu kín và mất ý thức có thể biểu hiện như một chấn thương sọ não nhẹ, và không ngắt, dù cho việc phân biệt giữa chúng là khó khăn trên lâm sàng, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi có bất thường về nhận thức hoặc những người có chấn thương đầu gây mất trí nhớ ngược chiều.

Dấu hiệu

Thăm khám lâm sàng, đa số là bình thường, và thường không hữu ích trong đánh giá ngắt. Hạ huyết áp có thể gợi ý giảm thể tích do mất nước hoặc xuất huyết. Mặt khác, thở nhanh, mạch nhanh hoặc giảm oxy máu không rõ nguyên nhân nên được cân nhắc với PE. Đo huyết áp tư thế đứng không hữu ích trừ khi triệu chứng bệnh nhân xuất hiện cùng lúc khi hạ huyết áp. Hạ huyết áp tư thế chỉ có độ nhạy cao với giảm thể tích ở khoảng 70%.

Thăm khám tim mạch có thể tiếng thổi gợi ý bệnh tim cấu trúc (hẹp chủ) hoặc biểu hiện các dấu hiệu suy tim mới khởi phát (tăng áp lực tĩnh mạch cảnh, phù chi dưới hai bên, tiếng tim T3, ran ẩm hoặc ran rít). Mạch mắt, trong bối cảnh phù hợp, có thể nghi ngờ phình động mạch chủ. Chúng tôi không khuyến cáo tiến hành xoa xoang cảnh ở ED do thiếu các bằng chứng chất lượng cao hỗ trợ tính hữu ích chẩn đoán trong bối cảnh trên. Xoa xoang cảnh (Carotid sinus massage, CSM) có thể được cân nhắc ở một số bệnh nhân nội trú hoặc ở đơn vị theo dõi với các bệnh nhân lớn tuổi hơn (>40 tuổi) có ngắt đi kèm với di chuyển cổ hoặc chèn ép cổ đột ngột, và không xác định được nguyên nhân khi đánh giá cụ thể.

Nên tiến hành thăm khám thần kinh, bao gồm một đánh giá nhận thức, và dựa trên định nghĩa về ngắt, bệnh nhân nên được khám thần kinh ở thời điểm ban đầu. Bất kỳ dấu hiệu nào

của tổn thương khu trú mới nên được cân nhắc cho một tình trạng thần kinh cấp tính.

Thăm khám đầu, cổ và các chi nên được tiến hành để đánh giá các dấu hiệu của chấn thương, bởi ngắt thường liên quan tới ngã. Khám trực tràng xem đi ngoài ra máu hoặc phân đen được khuyến cáo nếu nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa và bệnh nhân không thể mô tả được đặc điểm phân.

Các xét nghiệm bổ sung

Điện tâm đồ

ECG 12 chuyển đạo là xét nghiệm được làm nhiều nhất ở ED để đánh giá ngắt. Dù hiếm khi có tính chẩn đoán nhưng xét nghiệm này an toàn, không xâm lấn, và rẻ. Chúng tôi khuyến cáo làm ECG 12 chuyển đạo ở tất cả các trường hợp ngắt ngoại trừ những bệnh nhân khỏe mạnh dưới 40 tuổi mà không có dấu hiệu đáng kể dựa trên triệu chứng cơ năng và thực thể, và bệnh sử khá phù hợp với ngắt do phế vị. Nếu không chắc chắn, chúng tôi khuyến cáo tiến hành ECG 12 chuyển đạo để đánh giá bất thường về dẫn truyền hoặc tổn thương cơ tim ẩn giấu. Loạn nhịp, tiền kích thích, và PR ngắn hoặc QT kéo dài có thể xác định trên ECG 12 chuyển đạo. Một số ECG bất thường mà cần cân nhắc nhiều liên quan tới ngắt, như nhịp chậm xoang dưới 40 l/ph hoặc khoảng ngừng xoang > 3 giây, block nhĩ thất cấp 3, BAV cấp 2 Mobitz 2, và một số khác (**Bảng 11.5**). Các bất thường ECG khác có thể nghi ngờ các nguyên nhân nghiêm trọng khác (**Bảng 11.2B**). Ví dụ, giả block nhánh phải kết hợp với ST chênh lên ở chuyển đạo V1-V3 gợi ý hội chứng Brugada. Thiếu máu cơ tim cấp hoặc cơ tim phì đại có thể biểu hiện. ECG có hình ảnh “strain” thất phải có thể gợi ý PE, trong khi ST chênh lên lan tỏa có thể giúp chẩn đoán viêm màng ngoài tim, có thể đi kèm với viêm cơ tim. Ở những bệnh nhân trên 40 tuổi mà không có nguyên nhân rõ ràng gây ngắt, tiếp tục theo dõi tim

mạch tại ED trong 4-6 giờ cả khi nghỉ ngơi và gắng sức nhẹ, có thể hữu ích trong việc xác định rối loạn nhịp mà không thấy trên ECG ban đầu.

Xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy, dù thường được làm ở các bệnh nhân ngất, nhưng không được ủng hộ bởi các bằng chứng và không được khuyến cáo trong hướng dẫn quốc gia. Ở các bệnh nhân nghi ngờ thiếu máu hoặc mất máu do kinh nhiều hay xuất huyết tiêu hóa, công thức máu toàn phân có thể hữu ích. Điện giải đồ không có ích khi xét nghiệm tầm soát ở bệnh nhân khỏe mạnh nhưng nên được tiến hành khi nghi ngờ tăng hoặc hạ kali máu, dựa trên chế độ ăn (dùng quá nhiều cam thảo gây hạ kali máu) hoặc thuốc (dùng quá nhiều các thuốc bổ sung kali ở bệnh nhân đang dùng lợi tiểu). Hạ natri máu có thể xuất hiện trong bệnh cảnh khát nhiều, thường ở các bệnh nhân đang dùng thuốc hướng thần, nhưng thường đi kèm với thay đổi trạng thái tâm thần.

Hình 11.5 Các chẩn đoán quan trọng liên quan tới ngất

Nhồi máu cơ tim
Loạn nhịp nguy hiểm đến tính mạng
Bóc tách động mạch chủ cấp
Hẹp chủ nặng
Bệnh cơ tim phì đại
Chèn ép tim
Phình động mạch chủ bụng (Đã vỡ)
Thuyên tắc phổi lớn
Xuất huyết dưới nhện
Mất ý thức do nhiễm độc chuyển hóa
Mất máu hoặc xuất huyết nặng
Chửa ngoài tử cung vỡ
Sepsis

Chẩn đoán hình ảnh

Xquang ngực

Chúng tôi không khuyến cáo là xquang ngực thường quy ở bệnh nhân ngất, không có chỉ định dựa trên bệnh sử hay thăm khám. Khi

Các dấu ấn sinh học cơ tim thường được làm trong bối cảnh ngất ở bệnh nhân lớn tuổi. Xét nghiệm troponin được chỉ định nếu nghi ngờ nhồi máu cấp dù hiếm khi bệnh nhân nhồi máu cấp chỉ biểu hiện mỗi ngất mà không có các triệu chứng tim phổi khác, thường là đau ngực hoặc khó thở. Nồng độ peptid lợi niệu có giá trị tiên lượng cho các kết cục nghiêm trọng về tim mạch trong 30 ngày ở bệnh nhân sau ngất. Xét nghiệm D-dimer chỉ nên được ưu tiên ở các bệnh nhân trưởng thành có dấu hiệu hay triệu chứng PE (có thể chỉ biểu hiện mỗi ngất) hoặc có các yếu tố nguy cơ đáng kể với thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Xét nghiệm nước tiểu

Tất cả phụ nữ ở độ tuổi cho con bú mà rối loạn kinh nguyệt, đau bụng hoặc không, hoặc nghi ngờ mang thai nên được xét nghiệm thai bằng nước tiểu. Chửa ngoài tử cung có thể biểu hiện ngất, đi kèm với các dấu hiệu ổ bụng gợi ý chẩn đoán và dễ dàng loại trừ nếu xét nghiệm mang thai là âm tính.

không có chỉ định, thì xét nghiệm trên có giá trị chẩn đoán thấp, và để bệnh nhân tiếp xúc với tia xạ là không cần thiết, và phí thời gian kèm nguồn lực. Ở bệnh nhân có dấu hiệu hay triệu chứng gợi ý, xquang ngực thẳng có thể

thấy nhiễm khuẩn, tim to, hoặc các dấu hiệu của suy tim, thứ có thể giúp đưa ra chẩn đoán. Bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng liên quan nghi ngờ PE (mạch nhanh, giảm oxy máu, thở nhanh, đau ngực, khó thở) có thể cần chụp CT mạch phổi nếu d-dimer tăng hoặc nếu có nguy cơ cao.

Chụp hình sọ não

Bệnh nhân chấn thương sọ não sau đó ngất có thể cần chụp CT sọ để đánh giá các tổn thương. Bệnh nhân thay đổi ý thức hoặc có tổn thương khu trú mới cũng cần chụp hình sọ, tuy nhiên nó sẽ không giúp phân loại ngất theo định nghĩa. Dù có giá trị chẩn đoán rất thấp nhưng CT sọ vẫn đang là xét nghiệm phổ biến và đắt đỏ nhất.

Siêu âm tim

Siêu âm tim không được chỉ định thường quy trong đánh giá ngất. Ở bệnh nhân có hoặc nghi ngờ bệnh tim cấu trúc, siêu âm tại giường có thể đánh giá “strain” thất phải, tràn dịch màng ngoài tim có chèn ép tim, bệnh van tim, và các dấu hiệu cấu trúc liên quan khác. Tương tự, siêu âm tim được tiến hành bởi bác sĩ tim mạch có thể được chỉ định ở một số ca nhất định khi các xét nghiệm trước đó với bệnh tim cấu trúc là dương tính dựa trên bệnh sử, ECG, men tim, nhưng các xét nghiệm khác thì có ít giá trị chẩn đoán. Bác sĩ tại ED cũng nên cân nhắc đánh giá động mạch chủ bụng bằng siêu âm tại giường ở bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ van tim, chủ yếu họ có đau bụng hoặc lưng, và vỡ phình động mạch chủ bụng có thể biểu hiện bằng ngất.

Hình 11.6 Các chẩn đoán cấp tính liên quan tới ngất

Giảm tưới máu hệ thống ảnh hưởng thần kinh trung ương

Rối loạn chức năng hệ thống

Nguyên nhân tim mạch

Tắc nghẽn đường ra

Hẹp hai lá, động mạch chủ hoặc phổi

Bệnh cơ tim phì đại

U nhầy nhĩ

Thuyên tắc phổi

Tăng áp phổi

Chèn ép tim

Bệnh tim bẩm sinh

Giảm cung lượng tim

Nhịp nhanh

Mạch nhanh trên thất

Mạch nhanh thất

Rung thất

Hội chứng WPW

Xoắn đỉnh

Nhịp chậm

Bệnh nút xoang

BAV cấp 2 và 3

Hội chứng QT dài

Máy tạo nhịp mất chức năng

Máy khử rung mất chức năng

Phế vị-tăng áp lực trong lồng ngực, nâng vật nặng

Có điều kiện

Nút xoang tăng nhạy (đeo cà vạt)

Sau tập luyện

Tiêu hóa-nuốt, nôn, đại tiện

Sau tiểu tiện

Do tư thế

Giảm thể tích

Thiếu máu-Xuất huyết

Suy giảm chức năng thần kinh tự động nguyên phát

Suy giảm chức năng thần kinh tự động thứ phát

Do thuốc (**Bảng 11.4**)

Giảm tưới máu cục bộ hệ thống thần kinh trung ương

Bệnh mạch máu não

Tăng thông khí

Cướp máu dưới đòn

Xuất huyết dưới nhện

Đau đầu Migraine do động mạch nền

Ngất do não bộ

Các bệnh tim mạch khác

Bóc tách động mạch chủ
Nhồi máu cơ tim
Bệnh cơ tim

Nguyên nhân thần kinh

Ngất phản xạ (phế vị)
Cảm xúc
Đau
“Thiệt bị”

Rối loạn chức năng hệ thống thần kinh trung ương có tưới máu bình thường

Giảm đường máu

Giảm oxy máu

Động kinh

Chứng ngủ rũ

Nguyên nhân tâm thần

Rối loạn mệt mỏi

Rối loạn bản thân

Rối loạn chuyển đổi

Rối loạn sợ hãi

Cơn ngừng thở ngắn

Ngộ độc

Thuốc

CO

Các nguyên nhân chưa xác định

LƯỢC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân biểu hiện ngất thường không cần can thiệp hay hồi sức ngay lập tức. Với những bệnh nhân ổn định, cân nhắc tiếp sau là làm các xét nghiệm bổ sung như ECG nếu có chỉ định. Trong một số trường hợp nhất định, như ngất do phế vị rõ ràng, xác nhận qua bệnh sử, ở các bệnh nhân khỏe mạnh, không cần làm xét nghiệm thêm (cận lâm sàng hoặc chẩn đoán hình ảnh). Các xét nghiệm bổ sung có thể cần để đánh giá các chẩn đoán nghiêm trọng ở một số bệnh nhân có dấu hiệu và bệnh sử gợi ý (**Bảng 11.5 và 11.6** đưa ra một số chẩn đoán nghiêm trọng). Khi xét nghiệm tại ED hoàn thành, sẽ tìm ra được bằng chứng để chẩn đoán hoặc cơn vẫn còn chưa giải thích được. Có một số chẩn đoán nguy hiểm và cấp tính có thể biểu hiện bằng ngất. Nếu ngất chưa giải thích được, nhà lâm sàng nên đánh giá nguy cơ bệnh nhân cần tậ dựa theo các dấu hiệu từ bệnh sử, thăm khám, và các xét nghiệm, hoặc kết hợp với các công cụ phân độ nguy cơ, còn được biết là điểm nguy cơ trên lâm sàng. Quyết định chuyển bệnh nhân bị ngất chưa giải thích được sẽ có hai tới ba lựa chọn chính: ra viện từ ED, nhập viện, và ở một số trường hợp, vào phòng theo dõi. Quyết định

này nên được dựa trên kết quả phân độ nguy cơ trên lâm sàng, cũng như điều kiện về sức khỏe, môi trường sống, kinh tế và mong muốn của bệnh nhân. Khi có hơn một lựa chọn để điều trị thì nên trao đổi việc đưa ra quyết định với bệnh nhân, họ sẽ sẵn lòng và có thể tham gia vào việc đưa ra quyết định trên lâm sàng. Xem **hình 11.1 và 11.2** về lược đồ chẩn đoán và điều trị ngất tại ED.

PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Phân tầng nguy cơ ngất là một lĩnh vực đã được nghiên cứu trên 20 năm nay. Nhiều công cụ đánh giá nguy cơ đã được công bố trong hướng dẫn điều trị và điều chuyển bệnh nhân ngất. Một số ví dụ như quy tắc ngất San Francisco, thang điểm nguy cơ ngất OESIL, thang điểm STePS, thang điểm nguy cơ ngất Canada, và gần đây hơn, thang điểm FAINT. Dù cho nhiều nghiên cứu cho thấy rất có tiềm năng, nhưng chưa có bằng chứng rõ ràng về việc những thang điểm nguy cơ trên vượt trội hơn so với đánh giá lâm sàng trong việc đưa ra tiên lượng chính xác và tối ưu hóa sử dụng nguồn lực. Trong khi chúng thường cho thấy độ nhạy cao trong dự đoán các biến cố nghiêm trọng thì phần nhiều các thang điểm

nguy cơ lại có độ đặc hiệu thấp. Dù sao thì các thang điểm nguy cơ này cho ta một cung cụ hữu dụng để ước tính nguy cơ ngắn hạn và trung hạn, và có thể đưa ra quyết định trên lâm sàng. **Bảng 11.7** liệt kê các biến thể trên lâm sàng bao gồm ba thang điểm nguy cơ được thiết kế để sử dụng ở ED và một số khác thường được sử dụng cho các yếu tố nguy cơ

ngắn hạn. Tại thời điểm này, chúng được dùng tốt nhất khi kết hợp với thăm khám của bác sĩ nhưng không thể khuyến cáo nó như một công cụ dùng đơn độc được. Thiếu các bằng chứng rõ ràng về độ hiệu quả hay sự vượt trội, những thang điểm này được sử dụng tốt nhất như một phần để thảo luận cách tiếp cận với ngất tại ED.

Bảng 11.7 Các đặc điểm lâm sàng để tính thang điểm nguy cơ với ngất

Thang điểm nguy cơ ngất của Canada

1. Có yếu tố khởi phát với ngất phế vị -1
2. Tiền sử bệnh tim mạch +1
3. Huyết áp ghi tại phòng cấp cứu <90 hoặc >180 mmHg +2
4. Troponin > bách phân vị thứ 99 +2
5. Trục QRS bất thường (<-30 độ hoặc > 110 độ) +1
6. QRS kéo dài >130ms +1
7. QT hiệu chỉnh kéo dài >480ms +2
8. Chẩn đoán ngất do phế vị tại phòng cấp cứu -2
9. Chẩn đoán ngất do tim tại phòng cấp cứu +2

Điểm -2 tức nguy cơ rất thấp; -1 tới 0 là nguy cơ thấp, 1 tới 3 là nguy cơ vừa, >3 là nguy cơ cao.

Thang điểm FAINT

1. Tiền sử suy tim +1
2. Tiền sử loạn nhịp +1
3. ECG 12 chuyển đạo lúc đầu bất thường +1
4. Tăng NT-proBNP >125pg/ml +2
5. Tăng Troponin T-hs >19ng/l +1

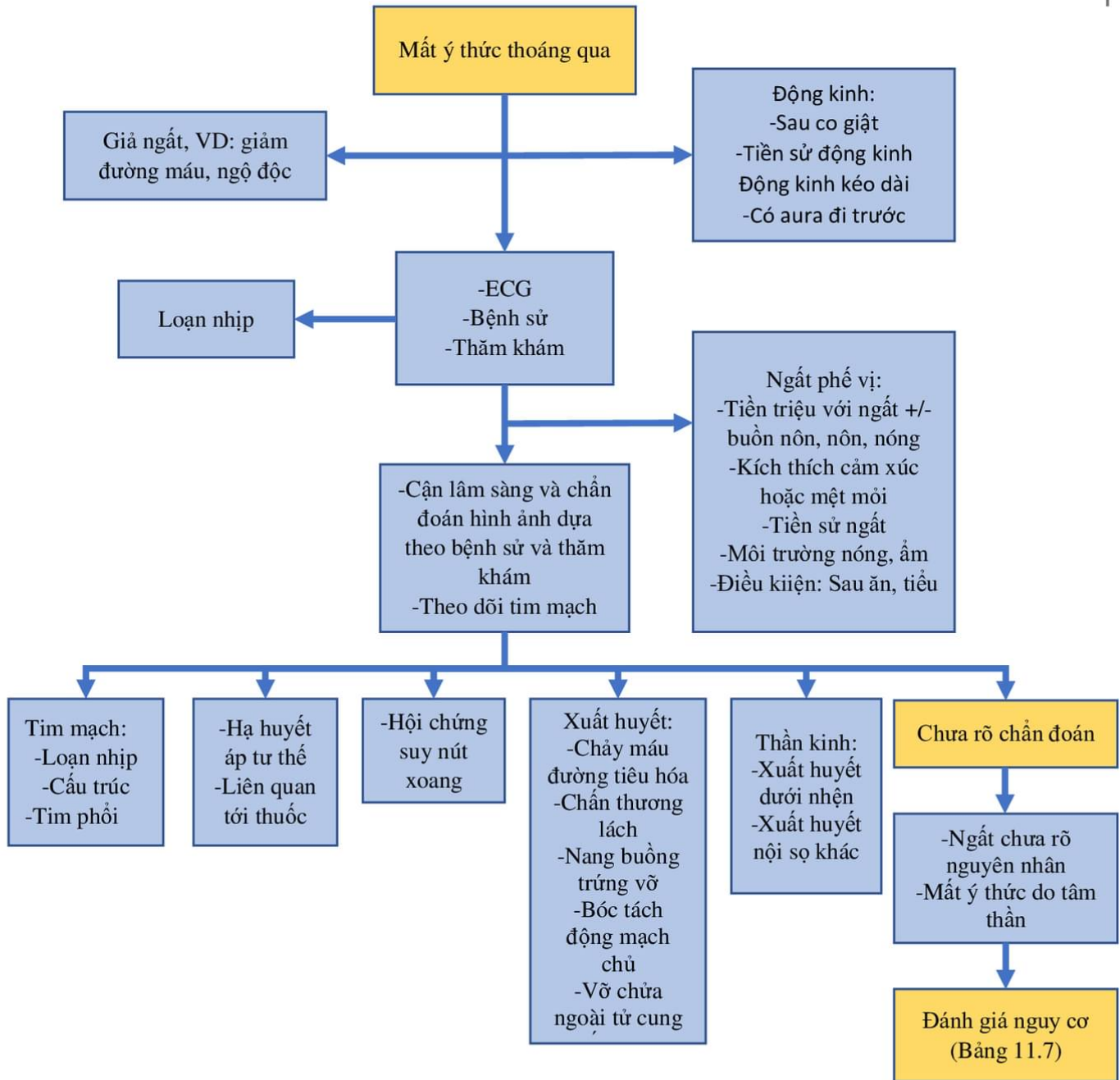
Thang điểm nguy cơ ngất San Francisco

1. Tiền sử suy tim sung huyết
2. Hematocrit <30%
3. Dấu hiệu bất thường trên ECG 12 chuyển đạo
4. Bệnh sử có khó thở
5. Huyết áp tâm thu <90mmHg khi đánh giá

Các yếu tố nguy cơ khác

1. Tuổi già
2. Giới nam
3. Tiền sử gia đình mắc ngừng tim (dưới 50 tuổi)
4. Ngất không có tiền triệu
5. Ngất khi gắng sức
6. Ngất khi ở tư thế nằm
7. Đánh trống ngực trước khi ngất

Hình 11.1 Lược đồ điều trị ngất tại phòng cấp cứu

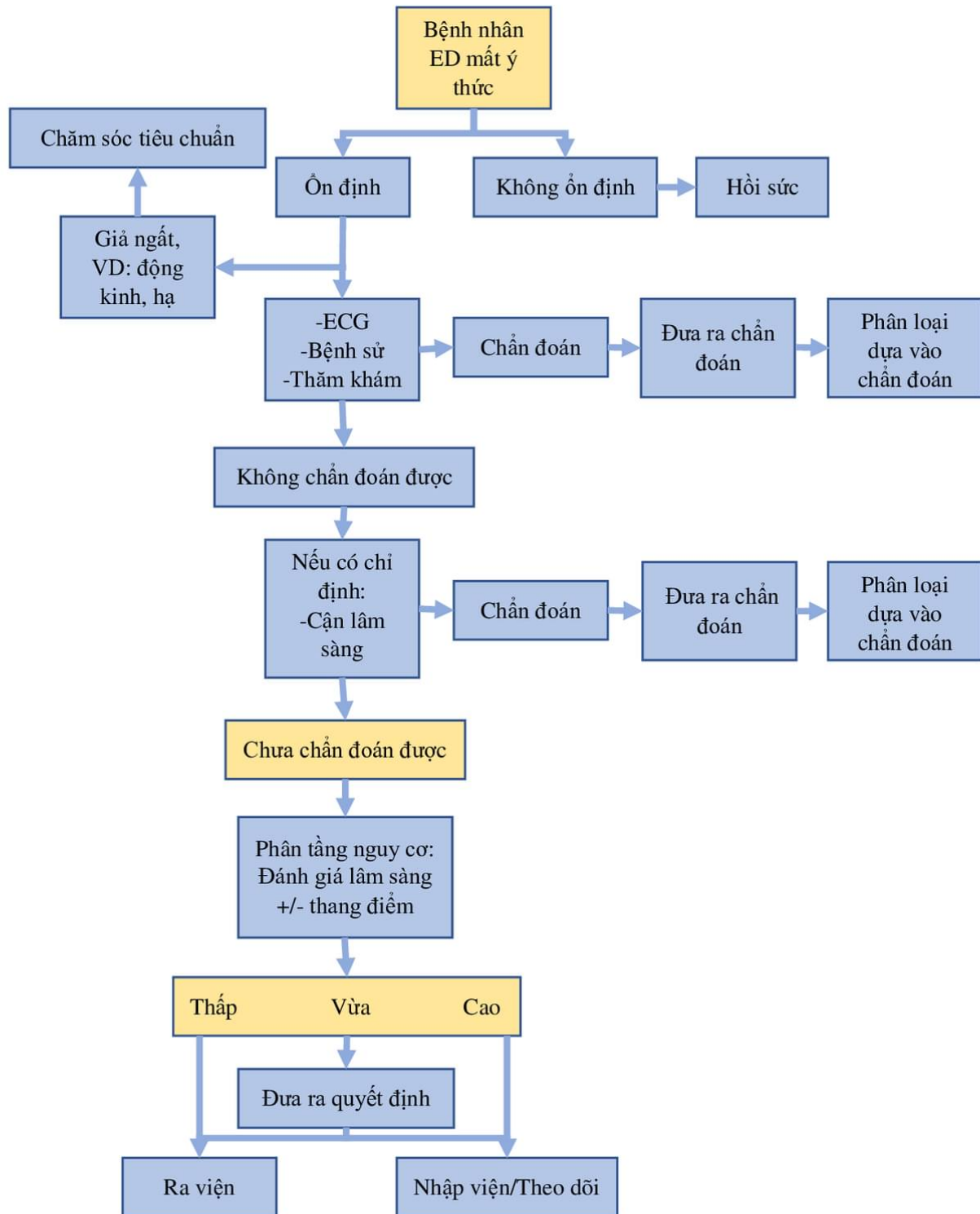


ĐIỀU TRỊ THEO KINH NGHIỆM

Điều trị tại ED cho ngất phần lựa dựa vào việc xác nhận chẩn đoán. Bởi ngất là một triệu chứng, hoặc lí do chính nhập viện, mà nó không phải là một tình trạng có thể điều trị. Nhiều chẩn đoán

liên quan tới ngất cần điều trị cấp cứu tại ED ví dụ, các loạn nhịp nguy hiểm tới tính mạng, xuất huyết tiêu hóa, chữa ngoài tử cung, MI, PE.

Hình 11.2 Lược đồ chẩn đoán ngất tại phòng cấp cứu



Với những bệnh nhân chưa chắc chắn về chẩn đoán, việc tiếp theo sẽ dựa vào đánh giá nguy cơ và các chỉ số ở bệnh nhân, như đã mô tả trước đó. Trong thực hành, các yếu tố ảnh

hưởng tới quyết định nhập viện hay cho bệnh nhân về bao gồm đánh giá để tiếp tục theo dõi, cũng như môi trường sống, tài chính và mong muốn của bệnh nhân.

CÂU HỎI VÀ ĐÁP ÁN

1. Câu nào dưới đây là liên quan tới dịch tễ của ngất là chính xác?

- a. Các vận động viên chết trong khi luyện tập, phần nhiều trong số họ đã có một lần ngất trước đó
- b. Những người dưới 65 tuổi chiếm gần 50% tổng số bệnh nhân nhập viện do ngất tại phòng cấp cứu
- c. Ngất ở người trưởng thành thường do nguyên nhân bệnh lý thứ phát
- d. Ngất chịu trách nhiệm cho khoảng 5 tới 6% trong tổng số các bệnh nhân tới phòng cấp cứu
- e. Phụ nữ chiếm nhiều hơn một chút ở số các bệnh nhân cấp cứu biểu hiện ngất

Đáp án đúng là e. Ngất được ước tính ở khoảng 1-2% trường hợp cấp cứu ở Hoa Kỳ. Phụ nữ chiếm nhiều hơn một chút ở bệnh nhân cấp cứu do ngất. Khoảng 32% số bệnh nhân nhập viện, những người từ 65 tuổi trở lên chiếm đa số. Các nguyên nhân lành tính chiếm đa số ở người vị thành niên và trẻ tuổi. Khoảng 30% số vận động viên tử vong khi tập luyện từng có một cơn ngất trước đó.

2. Ngất do các bệnh lý nghiêm trọng thường gây ra bởi các ý nào dưới đây?

- a. Con thiếu máu não thoáng qua
- b. Loạn nhịp tim
- c. Thuyên tắc phổi
- d. U nhầy nhĩ
- e. Các bất thường chuyển hóa do ngộ độc

Đáp án đúng là b. Các nguyên nhân nghiêm trọng gây ngất là các dạng loạn nhịp tim. TIA thường ít gặp nhưng cũng khá nghiêm trọng. Đột quy thường không gây mỗi ngất. Các bất thường chuyển hóa do ngộ độc có thể gây ngất thông qua thay đổi huyết áp hoặc nhịp tim. Các tổn thương cấu trúc tại tim, như u nhầy nhĩ và gián đoạn đột ngột đường ra thất phải do thuyên tắc phổi, có thể cũng gây mất ý thức nhưng hiếm gặp.

3. Dấu hiệu nào dưới đây gợi ý nhiều nhất tới một bệnh nhân biểu hiện ngất có thể ra viện an toàn từ phòng cấp cứu?

- a. Dưới 85 tuổi và sinh hóa máu bình thường
- b. Xquang ngực và CT sọ não bình thường
- c. Nhịp tim và nhiệt độ bình thường
- d. Các dấu hiệu ECG bình thường và không có tiền sử y khoa
- e. Không có đau bụng và đau đầu

Đáp án đúng là d. ECG bình thường ở bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ đáng kể (tuổi già, bệnh tim từ trước) có thể cân nhắc ra viện cho bệnh nhân. Hóa sinh máu, Xquang ngực, CT sọ thường được làm nhưng có giá trị chẩn đoán và tiên lượng thấp. Đau bụng, sốt và đau đầu là các dấu hiệu và triệu chứng liên quan nhiều trong việc đánh giá nhưng chúng không có giá trị trong việc tiên lượng.