

HƯỚNG DẪN ĐÁNH GIÁ TIỀN PHẪU TRONG GÂY MÊ

Đánh giá tiền phẫu thiết lập sự liên hệ hiểu biết giữa bác sĩ gây mê và bệnh nhân, bao gồm tiền sử nội, ngoại khoa, và những cuộc gây mê trước, xem lại những dị ứng và những thuốc đang sử dụng, thăm khám đường thở, kiểm tra những xét nghiệm, phân loại ASA và đặt kế hoạch gây mê. Mục tiêu của thăm khám tiền mê là tránh những tai biến và tử vong và làm giảm thiểu nỗi lo lắng của bệnh nhân.

1. Sửa soạn tiền phẫu:

Cuộc thăm khám tiền mê cần thực hiện vài ngày hay ít nhất một ngày trước mổ.

A. KHAI THÁC BỆNH SỬ:

1. **Những thuốc đang sử dụng:** Các loại thuốc bệnh nhân (BN) đang dùng lâu dài ảnh hưởng bất lợi trong gây mê và phẫu thuật như: thuốc huyết áp, lợi tiểu, kháng α và β , thuốc chống đông, kháng sinh, corticoid, thuốc an thần và thuốc ngủ... các loại thuốc điều trị đái tháo đường (ĐTĐ), lao, suyễn. Quyết định tiếp tục sử dụng, ngưng thuốc hay được thay thế tùy thuộc vào độ nặng của bệnh, thời gian bán hủy của thuốc, và sự tương tác của thuốc đối với những thuốc mê dự trù sử dụng.

Dị ứng, những phản ứng với thuốc, những tác dụng phụ, và sự tương tác của thuốc cũng cần được khai thác thận trọng trên BN.

2. **Những bệnh nội khoa tiềm ẩn:** có thể không được định bệnh trước, có ảnh hưởng trên quá trình gây mê và phẫu thuật. Đánh giá lâm sàng về chức năng tim mạch, hô hấp, thần kinh và thận niệu ... Nếu phát hiện dự trữ chức năng giảm, cần chăm sóc tích cực chu phẫu thích hợp.

Bệnh tim mạch: Lượng giá chức năng tim bằng lâm sàng, trắc nghiệm gắng sức và siêu âm tim. Cần cải thiện tình trạng suy tim trước mổ, và có kế hoạch thích hợp cho những biến chứng chu phẫu và sự phục hồi hậu phẫu của bệnh nhân. Trên thực tế cần coi những bệnh nhân cao tuổi (trên 60 tuổi) như những người thiếu năng động mạch vành và có tình trạng thiếu oxy cơ tim tiềm tàng. Vì vậy, gây mê trên bệnh nhân cao tuổi cần tránh tình trạng thiếu oxy và giao động đột ngột huyết áp cùng nhịp tim.

Bệnh phổi: Cần điều trị những bệnh phổi, tập bệnh nhân hít thở, và vật lý trị liệu trước khi mổ. Sau mổ, vận động sớm, vật lý trị liệu và giảm đau tốt giúp giảm được biến chứng xẹp phổi hậu phẫu. Nhiễm trùng đường hô hấp trên, nhất là ở trẻ em, gây co thắt thanh quản và phế quản trong lúc dẫn đầu và hồi tỉnh trong gây mê toàn diện.

Hệ nội tiết:

- Bệnh ĐTĐ: cách điều trị, sự kiểm soát đường huyết, và biến chứng. Thuốc hạ đường huyết uống có thời gian tác dụng từ 8-24 giờ được ngưng trong ngày mổ; và ngưng từ 24-48 giờ trước

mở với thuốc có tác dụng dài như sulfonyleureas và metformin. Kiểm soát đường huyết trong mở trên bệnh nhân ĐTĐ và duy trì hợp lý mức đường huyết <180mg/dl (<10mmol/L).

- Bệnh lý tuyến giáp: cường giáp hay suy giáp đều ảnh hưởng bởi thuốc mê.

Hệ tiêu hoá-dinh dưỡng: nên quan tâm những bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng. Cần điều chỉnh lại trước mở tình trạng thiếu máu, tình trạng rối loạn nước - điện giải thường xảy ra trong tắc nghẽn đường tiêu hóa... Tăng cường dinh dưỡng làm giảm thời gian nằm viện và biến chứng hậu phẫu.

Hệ thần kinh: Đánh giá tình trạng tâm thần, chức năng thần kinh não bộ, tình trạng lú lẫn, tổn thương về nhận thức, và sa sút trí tuệ. Rối loạn chức năng thần kinh tự động người cao tuổi (NCT), làm huyết áp không ổn định và loạn nhịp chu phẫu.

Hệ gan-mật: Trên những BN có tiền sử viêm gan, vàng da, và nghiện rượu.

Hệ thận niệu: Đặc biệt trên NCT, số lượng tiểu cầu thận còn chức năng giảm. Chức năng dự trữ của thận ở những bệnh nhân cao tuổi là tối thiểu. Tránh để khối lượng tuần hoàn thấp kéo dài, đặc biệt những bệnh nhân dùng thuốc có độc tính trên thận như: kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc ức chế men chuyển (Captopril) và một số thuốc kháng sinh (Aminoglycosides, Polymycine B).

3. Tiền sử gia đình: Trong gia đình có người bị phản ứng bất thường hay trầm trọng đối với thuốc mê. Bệnh sốt ác tính (malignant heperthermia).

4. Tiền sử xã hội:

Hút thuốc: phải ngưng hút thuốc từ 2-4 tuần trước mở để tránh biến chứng phổi chu phẫu. BN nên được yêu cầu ngưng hút thuốc trước khi gây mê, ngay cả khi chỉ vào đêm hôm trước mở. Mặc dù chấm dứt hút thuốc trong một thời gian ngắn như vậy sẽ không làm giảm bớt lượng các chất tiết đáng kể hoặc làm cho đường hô hấp ít bị kích thích hơn khi tiếp xúc vật lạ, chẳng hạn như ống NKQ, nó sẽ cung cấp đủ thời gian cho mức carbon monoxide trong máu giảm, qua đó tăng gắn oxy.

Nghiện rượu và ma túy: ngộ độc rượu cấp tính gây hạ thân nhiệt và hạ đường huyết. Thiếu rượu (withdrawal) gây huyết áp tăng, run rẩy, nói sảng, kinh giật, và tăng nhu cầu thuốc mê. Nghiện ma túy làm tăng đáng kể liều lượng thuốc dùng trong dẫn đầu, duy trì gây mê, và giảm đau hậu phẫu.

5. Tiền sử gây mê-phẫu thuật, sanh đẻ trước đây: Đáp ứng của BN với những thuốc dùng trong gây mê. Những tai biến và biến chứng đã xảy ra trong lần mở trước (buồn nôn và ói mửa hậu phẫu, đặt NKQ khó...).

B. THĂM KHÁM CƠ THỂ:

1. Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, huyết áp, thở, nhiệt độ. Chiều cao, cân nặng. Thăm khám thận trọng những bệnh lý của phẫu thuật ảnh hưởng đến gây mê (như bệnh lý tuyến giáp ảnh hưởng

trên nội tiết và làm lệch khí quản). Thăm khám vị trí dự trữ tiêm truyền, và làm thủ thuật gây tê vùng

2. Thăm khám đường thở: Tìm những triệu chứng đặc biệt liên quan đến đường thở khó (ĐTK): viêm khớp, thăm khám ổ miệng, đầu và cổ, di động cột sống cổ, khoảng cách giáp cảm, phân loại Mallampati, tầm nhìn cấu trúc hầu và thanh môn dưới đèn soi thanh quản (phân loại theo Cormack và Lehane). Sửa soạn các dụng cụ và thiết bị cần thiết nếu nghi ngờ có ĐTK.

C. ĐÁNH GIÁ XÉT NGHIỆM TIỀN PHẪU:

Huyết học: Công thức máu, chức năng đông cầm máu.

Hct trong khoảng 25-30% có thể chịu đựng tốt trên những bệnh nhân tổng trạng tốt, nhưng có thể gây thiếu máu trên bệnh mạch vành (CAD).

Ion đồ, đường huyết, BUN/creatinine: Trên những BN cao huyết áp, ĐTD, bệnh thận, bệnh tim mạch, hay trên những BN dễ rối loạn nước-điện giải. BN dùng thuốc digoxin, lợi tiểu, thuốc ACE-inhibitor.

Kali-huyết giảm: $K < 3\text{mEq/L}$ cần được điều trị, thường thấy trên những BN dùng thuốc lợi tiểu và thường được bù với potassium đường uống trước mổ. Cố gắng điều chỉnh kali-huyết giảm bằng đường tĩnh mạch có thể dẫn đến rối loạn nhịp tim và ngưng tim.

Chức năng gan: ít thường quy. Thường trên BN có bệnh gan, viêm gan, vàng da, dùng thuốc có ảnh hưởng trên gan. BN có tiền sử nghiện rượu hay nghiện ma túy.

Điện tâm đồ (ECG): BN có tiền căn và triệu chứng bệnh tim, những bệnh có ảnh hưởng trên tim (cao huyết áp, ĐTD, mập phì, bệnh mạch máu ngoại biên...).

X quang lồng ngực: BN có triệu chứng bệnh phổi, ung thư, tắc nghẽn đường thở, bệnh tim, tiền sử hút thuốc nhiều, BN cao tuổi.

Phân tích nước tiểu: có giá trị không cao trong đánh giá tiền phẫu. Dùng trên những BN có bệnh thận, rối loạn nước-điện giải, ĐTD...

D. PHÂN LOẠI ASA: Thăm khám tiền mê giúp bệnh nhân an tâm, tin tưởng và hợp tác; giúp người GMHS đánh giá thể trạng BN và những nguy cơ có thể xảy ra trong và sau mổ. Từ đó ta có thể phân loại BN theo ASA (American Society of Anesthesiologists: Hiệp hội Gây Mê Hoa Kỳ).

- Loại 1: không bệnh cơ quan thực thể.
- Loại 2: có bệnh chức năng nhẹ - không tổn hại.
- Loại 3: có bệnh thực thể và tổn hại chức năng rõ ràng.
- Loại 4: bệnh nặng đe dọa mạng sống.
- Loại 5: hấp hối.
- Loại 6: chết não - lấy bộ phận ghép.

Trong phẫu thuật cấp cứu, thêm chữ E sau phân loại ASA.

2. Kế hoạch gây mê:

A. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM:

1. Gây mê toàn diện, gây tê vùng, hay chăm sóc theo dõi có kiểm soát (MAC: Monitored Anesthesia Care).
2. Xử lý trong mổ: - Kiểm soát - Dịch truyền – Thuốc dùng trong gây mê - Những kỹ thuật đặc biệt dùng trong gây mê và phẫu thuật.
3. Xử lý sau mổ: - Giảm đau sau mổ – Kế hoạch chăm sóc sau mổ - Theo dõi huyết động.

B. NHỊN ĂN TRƯỚC MỔ: BN có thể uống thuốc với lượng ít nước trắng (nước suối, nước đường).

Người lớn: Không thức ăn đặc sau nửa đêm (trước ngày mổ), nhưng có thể uống nước trắng ≥ 2 giờ trước mổ (không làm tăng lượng dịch dạ dày, làm loãng chất tiết dạ dày, kích thích dạ dày rỗng, giảm lượng dịch tồn đọng)

Trẻ em: Tùy độ tuổi. Không thức ăn đặc ≥ 6 giờ trước mổ. Từ 1-6 tháng: uống sữa, bú mẹ ≥ 4 giờ trước mổ, uống nước trắng 2 giờ trước mổ.

Bệnh nhân mổ đường tiêu hoá: chỉ dẫn đặc biệt.

Bệnh nhân bị trào ngược: nguy cơ hít vào phổi. Dùng thuốc đối kháng H2 (Cimetidine – Ranitidine). Dùng Droperidol – Metoclopramide để làm giảm acid dạ dày và ói mửa, và dùng propofol để khởi mê.

C. GIẢI THÍCH VÀ THỎA THUẬN GIỮA BS GÂY Mê - BỆNH NHÂN:

Bệnh nhân được giải thích hợp lý để lựa chọn cách xử lý gây mê. Nếu không giải thích và có sự thỏa thuận của BN, bác sĩ có thể bị trách nhiệm trước pháp luật.

Nếu là vị thành niên, có người ủy quyền hợp pháp.

Không có tờ thông báo thỏa thuận khi bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu nặng.

Mổ chương trình:

Có thời gian để nâng tổng trạng tối ưu cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nên thực hiện sớm vì nằm lâu trên giường bệnh dễ bị suy thoái, nhiễm trùng.

Mổ khẩn:

Một số trường hợp khẩn không thể trì hoãn được, mọi chậm trễ chỉ làm bệnh nặng thêm (viêm phúc mạc, tắc ruột hoại tử ...). Cần điều chỉnh những xáo trộn dựa trên lâm sàng và những kết quả xét nghiệm ban đầu. Mổ khẩn có hệ số nguy cơ và tỉ lệ tử vong tăng cao so với mổ chương trình..

3. Phiếu gây mê:

Ghi chép đầy đủ và rõ ràng nhất có thể được.

1. Phiếu kiểm soát tiền phẫu, máy gây mê và những trang thiết bị khác.

2. Đánh giá lại bệnh nhân ngay trước khi khởi mê.
3. Xem lại hồ sơ những xét nghiệm mới và hội chẩn mới.
4. Xem lại những thỏa thuận về gây mê và phẫu thuật.
5. Thuốc dùng và liều lượng.
6. Kiểm báo trong mổ (máu mất, nước tiểu...)
7. Truyền dịch, truyền máu.
8. Những thủ thuật: đặt NKQ, kiểm báo xâm nhập, những kỹ thuật đặc biệt và thường quy.
9. Thời gian và diễn tiến khởi mê, vị thế bệnh nhân, rạch da, rút nội khí quản.
10. Những biến chứng và sự kiện không bình thường trong lúc gây mê và phẫu thuật..
11. Tình trạng và điều kiện bệnh nhân lúc cuối cuộc mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. John F. Butterworth IV, David C. Mackey, John D. Wasnick (2013). *Preoperative Assessment, Premedication, & Perioperative Documentation. In: Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, pp 295 - 306. McGraw-Hill Education, LLC.*
2. Alla Tauber, Mary Kraft (2010). *Evaluating the Patient Before Anesthesia. In: Clinical Anesthesia Procedures of the Massachusetts General Hospital, 8th edition, pp 1- 15. Lippincott Williams & Wilkins.*