

GÂY MÊ BỆNH NHÂN CAO HUYẾT ÁP

Ban hành kèm theo Quyết định số 236/QĐ- BV ngày 28/3/2014

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh lý cao huyết áp rất hay gặp trên các BN phẫu thuật và hầu hết đều đã được điều trị các thuốc hạ huyết áp trước đó. Tiếp tục sử dụng, ngừng thuốc hay điều chỉnh liều thích hợp cũng như các vấn đề ảnh hưởng đến quá trình gây mê cần phải được cân nhắc tùy theo mỗi loại thuốc khác nhau.

2. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI CHA:

Phân loại	HATThu		HATTrương
Tối ưu	<120	và	<80
Bình thường	<130	và	<85
BT cao	130-139	hay	85-89
CHA			
Nhẹ	140-159	hay	90-99
Trung bình	160-179	hay	100-109
Nặng	180-209	hay	110-119
Rất nặng	>210	hay	>120

2.1. NHÓM THUỐC DẪN MẠCH TRỰC TIẾP:

– Các thuốc tiếp tục dùng trước phẫu thuật:

Dihydralazine (Nepressol, Trasipressor).

Diazocide (Hyperstat), Minodixil (Lonoten)

– Thuốc phải ngừng: Adelphan-Esidrex (có chứa Reserpine): ngừng 8 ngày trước mổ.

2.2. NHÓM THUỐC TÁC DỤNG LÊN HỆ THẦN KINH:

– Reserpine: ngừng 8 ngày.

– Clonidin (Catapressan): Tiếp tục dùng để tránh tăng HA dội ngược trong mổ. Không dùng kết hợp Droperidol trong gây mê do nguy cơ tụt HA
Methyl-Dopa (Aldomet): Có tác dụng giảm trương lực giao cảm và giảm 40% MAC của Halogenés.

- Alpha-bloquant: Prazocine (Minipress), Urapidil (Eupressyl, Mediatensyl): Dùng tiếp tục, chú ý bù dịch thích hợp trong mổ.
- Beta-bloquant: Dùng đến ngày phẫu thuật, nếu ngừng đột ngột có thể gây tăng HA trong mổ.

2.3. Ức CHẾ CALCI:

- Nhóm Dihydropyridine, Diltiazem, Amlodipine: tiếp tục sử dụng.
- Verapamil: cần nhắc, chú ý nguy cơ mạch chậm khi kết hợp nhóm Halogenés.
- Bepridil (Cordium): ngừng 10 - 15 ngày trước mổ, có thể thay bằng Tildiem 3 ngày vì nguy cơ xoắn đỉnh hay Block AV.

2.4. Ức CHẾ MEN CHUYỂN:

- Captopril: Không dùng sáng ngày phẫu thuật.
- Enalapril(Renitec) và các thuốc ức chế men chuyển khác: Ngừng điều trị đêm trước phẫu thuật. Nếu có tăng HA khi dẫn mê: dùng Loxen TM. Trong mổ, nếu có tụt HA kết hợp mạch chậm: bù dịch và dùng Ephedrine; nếu tụt HA kết hợp mạch nhanh: Neosynephrine.

2.5. ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRONG MỔ:

- Điều trị cơn tăng huyết áp trong mổ cần sử dụng những thuốc hạ HA đường TM có thời gian tiềm phục và thời gian tác dụng ngắn.
- Sau khi gây mê BN đủ độ sâu và giảm đau cần thiết mà vẫn xuất hiện cơn cao HA động mạch, việc điều trị là cần thiết.
- Có thể dùng nicardipine hay nitroprussiat.

2.5.1. Phác đồ sử dụng nicardipine (Loxen[®]):

2.5.1.1. Chống chỉ định: Phụ nữ có thai.

2.5.1.2. Chú ý khi dùng: Bệnh nhân có bệnh mạch vành

2.5.1.3. Tác động qua lại giữa các thuốc:

- Những thuốc chống CHA khác.
- Dẫn chất nitrat tác dụng làm mạnh thêm.
- Beta-bloquants nguy cơ làm suy tim, nếu BN có suy tim không kiểm soát được.

- Anti-H2 tác dụng làm mạnh thêm.
- Phenytoine: làm mạnh thêm tác dụng của Phenytoine (đầu hiệu về thần kinh).
- Dantrolène: gây rung thất.

2.5.1.4. Tác dụng bất lợi:

- Nhức đầu.
- Nhịp tim nhanh.
- Đa niệu.
- Ngừng tim (hiếm).

2.5.1.5. Tác dụng tương kỵ:

Bị kết tủa với các sản phẩm có dung dịch pH > 6 như:

- Bicarbonate.
- Ringer Lactate.
- Diazepam.
- Furazémide.
- Barbiturates.

Nguy cơ hấp thụ Nicardipine trên những dụng cụ plastiques khi có mặt dung dịch muối (9‰).

2.5.1.6. Trình bày: Ống 10mg/ 10ml.

Cách dùng: Pha 30mg/ 30ml (3 ống loại 10mg).

- Theo dõi sát huyết áp trên monitor.
- Tiêm TM 1 mg nicardipine mỗi 5 phút.
- Theo dõi HA mỗi 2,5 phút giữa các lần tiêm và ngay trước khi tiêm.
- Lập lại liều thuốc cần thiết để đạt được mức HA mong muốn.
- Có thể truyền liên tục với liều bằng ½ liều bolus đạt hiệu quả (tính bằng mg/ giờ). Ví dụ: bolus 1 mg x 4 lần để đạt được mức HA mong muốn, liều duy trì liên tục là 2 mg/ giờ.
- Ở người lớn tuổi hoặc có bệnh lý tim mạch, liều bolus là 0,5 mg/ lần.

2.5.2. Phác đồ sử dụng sodium nitroprusside (Nipride®):

Là một thuốc dẫn mạch trực tiếp, nó tác dụng trên cơ trơn động mạch và tĩnh mạch.

2.5.2.1. Chống chỉ định :

- Suy gan, suy thận nặng.
- Tăng huyết áp còn bù.
- Nhược giáp chưa được điều trị ổn định (vì chất chuyển hóa thiocyanat ức chế sự hấp thu và gắn iod).
- Người bị bệnh teo dây thị Leber thiếu thiosulfat sulfuryltransferase (rhodanase).
- Người bệnh suy tuần hoàn não không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu và quá nặng.

2.5.2.2. Tương tác thuốc :

- Dùng đồng thời natri nitroprusiat có thể làm giảm nồng độ digoxin.
- Tác dụng làm hạ huyết áp của captopril với minoxidil hoặc natri nitroprusiat hiệp đồng với nhau; nên giảm liều các thuốc này nếu dùng đồng thời để tránh huyết áp bị giảm quá mức.
- Các thuốc liệt hạch làm tăng tác dụng hạ huyết áp của nitroprusiat.
- Các thuốc gây mê toàn thân có thể làm cho huyết áp không ổn định.

2.5.2.4. Thận trọng:

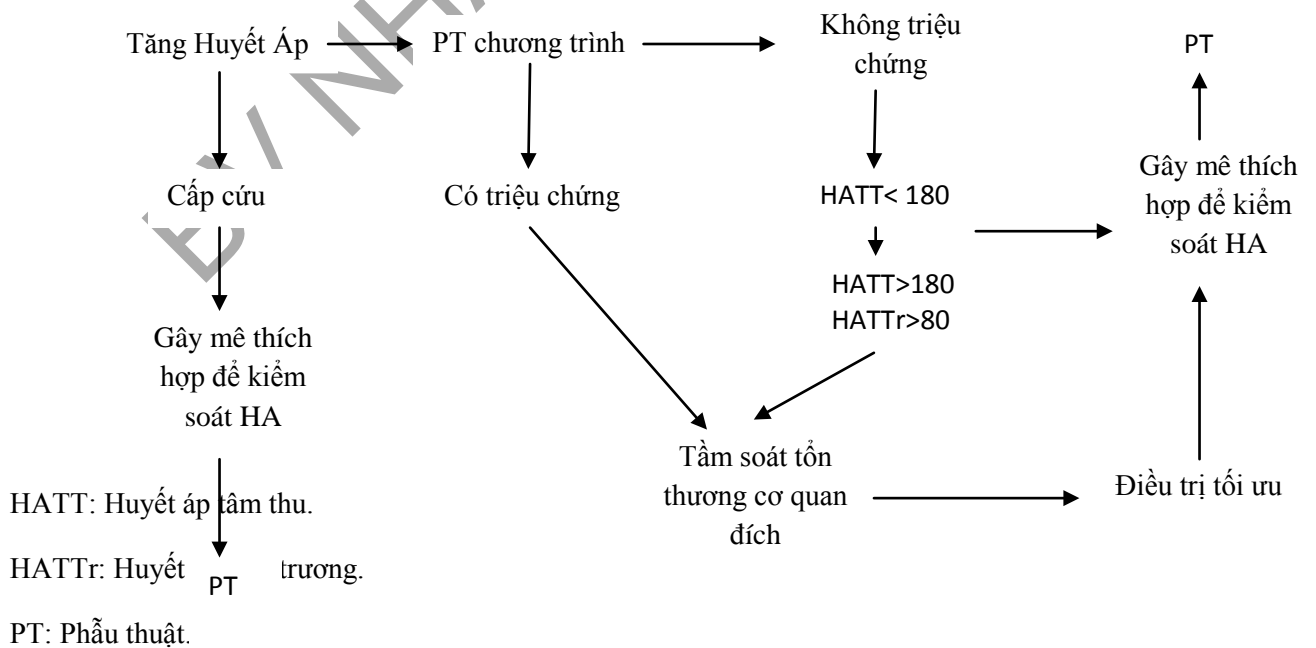
- Thuốc chỉ được dùng khi được theo dõi sát, có phương tiện sẵn sàng để theo dõi sát huyết áp, hạ huyết áp có thể xảy ra nhanh và cho hậu quả nghiêm trọng.
- Người bệnh bị suy giảm chức năng gan, thận: Nồng độ thiocyanat trong huyết tương phải được theo dõi và không được cao quá 5 mg/100 ml.
- Người bệnh cao tuổi thường nhạy cảm với thuốc hơn.
- Người bệnh có nồng độ cobalamin trong huyết tương thấp.
- Người bệnh suy hô hấp.
- Người bệnh suy giảm tuần hoàn não hay suy mạch vành. Bệnh não hoặc bệnh khác có tăng áp lực nội sọ. Những người bệnh này đặc biệt nhạy

cảm với tác dụng hạ huyết áp của nitroprusiat nên phải truyền với tốc độ chậm và theo dõi sát để tránh giảm tưới máu cho mạch vành và não.

2.5.2.3. Liều lượng và cách dùng:

- Liều: Tùy theo từng trường hợp. Liều khuyến dùng:
- Người bệnh không dùng thuốc hạ huyết áp nào khác: Liều khởi đầu là 0,5 microgam/kg/phút (ví dụ, với người lớn nặng 70 kg: 0,3 ml/phút hay 6 giọt/phút dung dịch 50 mg pha trong 500 ml dung dịch truyền). Tốc độ truyền tăng dần và thường xuyên được điều chỉnh cho đến khi đạt kết quả mong muốn lên huyết động. Tốc độ tối đa khuyến dùng khoảng 8 microgam/kg/phút và sau 10 phút nếu không có đáp ứng phải ngừng tiêm truyền.
- Chuyển ngay sang dùng thuốc hạ huyết áp theo đường uống khi có thể được, nhằm giảm thời gian phải truyền natri nitroprusiat.
- Để gây hạ huyết áp khi gây mê: Tổng liều tối đa là 1,5 microgam/kg/1'. Chú ý là các thuốc liệt hạch có thể làm tăng tác dụng hạ huyết áp của natri nitroprusiat.

Sơ đồ xử lý bệnh nhân tăng huyết áp cần phẫu thuật



TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhân Dân 115, 2008.
2. Miller's Anesthesia, 7th Edition. Chapter IV- Preoperative Evaluation, section 34.
3. Dược Thư Quốc Gia Việt Nam.
4. “2009 ACCF/AHA Focused Update on Perioperative Beta Blockade incorporated into ACC/AHA 2007 Guideline on Perioperation cardiovascular evaluation and care for Noncardiac surgery”.

BV NHÂN DÂN 115