

55. GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN TRONG MỔ LẤY THAI

I. Đối tượng

- Sản phụ được chỉ định mổ lấy thai
- Người thực hiện: BS gây mê hồi sức (GMHS), kỹ thuật viên GMHS, cử nhân GMHS

II. Chỉ định – chống chỉ định

1. Chỉ định

Sản phụ từ chối hay không hợp tác với phương pháp gây tê	– Sản phụ từ chối gây tê (không có những yếu tố dự báo đặt nội khí quản khó). – Có rối loạn thần kinh nặng. – Chậm phát triển tâm thần.
Có những bệnh lý chống chỉ định gây tê tại chỗ	– Bệnh lý về máu. – Bệnh lý tim mạch nặng (hẹp van ĐMC nặng ...) – Basedow chưa điều trị ổn định hoặc có dấu hiệu của cơn bão giáp. – Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim. – Nhiễm trùng huyết. – Truy tuần hoàn nặng chưa điều chỉnh được (băng huyết do sót nhau hay rách tử cung, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, nhau bong non, sản giật, hội chứng HELLP). – Tăng áp lực nội sọ. – Biết có dị ứng với thuốc tê (hiếm).
Các trường hợp cấp cứu	– Thai suy. – Sa dây rốn.
Gây tê thất bại	– Thất bại chọc kim ở nhiều vị trí. – Không sờ được khe sống. – Đau xuất hiện trong cuộc mổ.

2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm thanh quản cấp tính.
- Lao phổi tiến triển.
- Nhiễm trùng đường tiêu hóa và hô hấp trên.
- Không đủ trang thiết bị cần thiết và thiếu nhân viên có kinh nghiệm.

III. Quy trình kỹ thuật

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hỏi tiền căn bệnh nội – ngoại khoa kèm theo như:

- + Chú ý các bệnh lý tim mạch (hẹp 2 lá phổi, có tăng áp động mạch phổi), hô hấp (hen phế quản, viêm phổi, lao), nội tiết (tiểu đường, basedow).
- + Hỏi tiền căn dị ứng các loại thuốc, thức ăn gì.
- + Tiền căn gây mê, gây tê trong những lần mổ trước, có biến chứng gì không?
- Nhịn uống nước sạch trong vòng 2 giờ và thức ăn rắn (kể cả thức ăn có lipid như uống sữa) trong vòng 6 – 8 giờ. Nếu bệnh nhân mới ăn thức ăn rắn hoặc uống sữa dưới 6 giờ nên đặt sonde dạ dày và hút dịch, sau đó rút sonde ra trước khi đặt nội khí quản.
- Thảo luận với BS sản khoa về chỉ định mổ lấy thai, xem lại chẩn đoán trong biên bản mổ lấy thai, và các cam kết đồng ý mổ của bệnh nhân.
- Xem hồ sơ chú ý các xét nghiệm sinh hóa, huyết học (nếu mổ chương trình: công thức máu chú ý tiểu cầu 150.000 đến 400.000/mm³, TQ 12 – 14 giây, TCK 26 – 40 giây, nhóm máu, chức năng gan AST, ALT, urê, creatinin, glycemie, ECG).
- Đặt đường truyền với kim luôn 18 và Lactate Ringer 500ml.
- Đặt monitoring theo dõi SpO₂, ECG, nhịp thở, mạch, huyết áp, đo huyết áp tay để so sánh, thông tiêu.
- Quan sát vùng mũi, miệng mở rộng, hầu cổ để dự đoán những khó khăn: cầm lẹm, cổ ngắn, cứng hàm, viêm khớp sọ cổ, miệng nhỏ, lưỡi lớn, răng hô.
- Quan sát răng kỹ: tháo răng giả ra (nếu có).
- Xác định chính xác bệnh nhân (đúng tên tuổi, địa chỉ), vị trí phẫu thuật, điều chỉnh bàn mổ cho thích hợp (đầu bệnh nhân ngang vùng thượng vị của người đặt nội khí quản), bàn mổ có thể nghiêng trái 10⁰ đến 15⁰.
- Có thể uống Citrate de Sodium 0.3M (nếu có) hoặc uống Ranitidin viên 150mg dạng sủi bọt pha với 15 ml nước.
- Cho metoclopramide ống 10mg tiêm mạch..

2. Chuẩn bị phương tiện

- Bơm thử túi hơi, đèn soi thanh quản phải đủ độ sáng.
- Kiểm tra hoạt động máy gây mê, nguồn dưỡng khí, máy hút, bình bốc hơi.

3. Chuẩn bị thuốc

- Hỏi cân nặng, rút và pha lượng thuốc cần sử dụng (điều chỉnh tùy theo tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân).

4. Tiến hành kỹ thuật

- Cung cấp oxy 100% qua mask trong 3 phút hay lâu hơn có thể yêu cầu bệnh nhân thở 4 đến 8 nhịp thở trước khi đặt nội khí quản.
- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh.
 - + Ấn sụn nhẫn với áp lực 10N khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30N sau khi bệnh nhân mất tri giác (Nghiệm pháp Sellick).
 - + Dẫn đầu mê với một trong các thuốc sau:
 - Thiopental: 4mg/kg cân nặng.
 - Propofol: 2 đến 2,5 mg/kg cân nặng.

- Ketamin: 1 mg/kg cân nặng dùng trong trường hợp sản phụ bị giảm khối lượng tuần hoàn hoặc dị ứng.
- Etomidate: 0,2 đến 0,3 mg/kg cân nặng cho bệnh nhân với tình trạng huyết động học không ổn định.
- + Succinylcholine 1mg/kg cân nặng hay Rocuronium 0,6 mg/kg (khi có chống chỉ định dùng succinylcholin *). Lưu ý: thời gian dẫn cơ của Rocuronium \geq 45 phút.
- + Sau khi cho succinylcholin 45 đến 60 giây \rightarrow Đặt nội khí quản ống số 7 – 7.5, bơm bóng hơi.
- + Nghe phổi cả hai phế trường để xác định vị trí chính xác của ống nội khí quản.
- Có thể đặt thêm đường truyền tĩnh mạch ngoại biên nếu cần.
- Duy trì thuốc mê:
 - + Thở máy với $FiO_2 \geq 50\%$, không có PEEP. Sử dụng thuốc mê bốc hơi **Isoflurane** hoặc **Sevoflurane** hoặc **Desfluran** (khoảng 1 MAC).
 - + Có thể duy trì mê bằng propofol khi có chống chỉ định sử dụng thuốc mê bốc hơi, liều duy trì mê trung bình là 4 – 5 mg/kg/giờ qua bơm tiêm điện(**).
 - + Duy trì thuốc dẫn cơ Vécursionium trung bình là 0,02 – 0,04mg/kg hoặc atracurium 0,2mg/kg thời gian dẫn cơ kéo dài 25 – 40 phút.
 - + Duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg hay 80% giá trị huyết áp tâm thu bình thường. Xử trí: truyền dịch tinh thể như Lactate Ringer, có thể phối hợp sử dụng phenylephrine hay éphedrin
- Sau khi kẹp rốn sử dụng fentanyl 1 – 2mcg/kg hay sufentanil 0,2mcg/kg cân nặng.
- Giảm nồng độ thuốc mê bay hơi nhóm halogen khoảng 0,75 MAC để tránh đờ tử cung.
- Bắt đầu truyền oxytocin liên tục (10 đơn vị trong 50ml Lactate Ringer truyền tĩnh mạch nhanh, sau đó 15 đơn vị trong 500ml Lacate Ringer truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút).
- Xem xét sử dụng những thuốc co tử cung khác, khi tử cung co hồi kém:
 - + Methylergotamine ống 0,2mg tiêm bắp.
 - + Prostaglandin E1 (Misoprostol viên 200mcg, 4 – 5 viên đặt hậu môn).
 - + Prostaglandin F_{2 α} (Prostodin ống 250mcg tiêm bắp).
- Giảm dần thuốc gây mê và ngưng hẳn thuốc khi phẫu thuật chấm dứt.
- Lúc đóng phúc mạc: sử dụng Paracetamol 1g/100ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
- Chỉ rút ống nội khí quản khi thuốc dẫn cơ được hóa giải hoàn toàn, bệnh nhân tỉnh thực hiện đúng y lệnh.
- Đánh giá lượng máu mất để xử trí (cân gạc trước và sau mổ là phương pháp đánh giá tương đối chính xác).

- Đánh giá các mặt khác: đau sau mổ, buồn nôn, nôn.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn đến khi sản phụ ổn định sẽ được chuyển sang phòng hồi sức theo dõi.

5. Theo dõi hậu phẫu

- Ăn uống sớm làm nhu động ruột mau hồi phục, giúp tăng tiết sữa và làm giảm sử dụng thuốc và giảm đau sau mổ.
 - + Ngày phẫu thuật (No): uống nước đường, ăn súp hoặc cháo
 - + Ngày hôm sau (N1): tiếp tục ăn súp, cháo đến khi có nhu động ruột sẽ ăn chế độ bình thường.
- Rút sonde tiêu sớm và tập cho bệnh nhân tự đi tiêu.
- Đánh giá hậu phẫu:
 - + Tình trạng huyết động học ổn định.
 - + Hết tác dụng của thuốc mê.
 - + Hiệu quả giảm đau.
 - + Nhận diện và điều trị những biến chứng nếu có của phẫu thuật hoặc gây mê.

() Chống chỉ định của succinylcholin: tiền căn gia đình hay bản thân có tăng thân nhiệt ác tính, tiền căn dị ứng succinylcholin, mắc bệnh lý về cơ bẩm sinh, tăng Kali máu (suy thận nặng, đa chấn thương ...), tiền sản giật nặng, thiếu men ly giải succinylcholin bẩm sinh (pseudocholinesterase).*

*(**) Chống chỉ định thuốc mê bốc hơi: tiền căn gia đình bị bệnh lý sốt cao ác tính, tiền sử dị ứng thuốc mê họ Halogen, tiểu porphyrie. Chống chỉ định tương đối: sử dụng beta - bloquant sẽ làm suy yếu cơ tim; bệnh nhân dùng adrenaline, terbutaline, ventoline sẽ làm loạn nhịp thất; bệnh nhân điều trị isoniazide sẽ làm suy chức năng tế bào gan.*