

56. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM ĐỐI VỚI SẢN PHỤ BỊ BỆNH HẸP VAN 2 LÁ

Hẹp van 2 lá là bệnh van tim thường gặp nhất trong thai kỳ và hầu như luôn kết hợp với bệnh tim hậu thấp. Tỷ lệ bệnh tim hậu thấp đã giảm nhiều ở các nước phát triển, tuy nhiên bệnh này vẫn còn là vấn đề rất quan tâm ở những nước đang phát triển.

I. Nguyên nhân

- Hậu thấp: dính mép van.
- Bẩm sinh: u nhầy nhĩ trái, huyết khối.
- Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ).
- Hẹp van 2 lá thứ phát sau vô hóa vòng van 2 lá.

II. Chẩn đoán

Diễn tiến bệnh chậm và thường biểu hiện sau 20 đến 30 năm. Khoảng 25% phụ nữ bị bệnh hẹp van 2 lá bắt đầu có triệu chứng biểu hiện trong thai kỳ.

1. Lâm sàng

a. Triệu chứng cơ năng

Hẹp van 2 lá nặng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp, phù phổi, ho ra máu, huyết khối thuyên tắc.

b. Triệu chứng thực thể

- Âm rung tâm trương âm sắc trầm ở mỏm với nhấn mạnh tiền tâm thu (nếu không có rung nhĩ) nghe rõ nhất khi bệnh nhân nằm nghiêng trái và khi gắng sức. Mức độ nặng của hẹp van tỉ lệ với độ dài âm rung tâm trương.
- Clắc mở van (tiếng có âm sắc cao, đầu tâm trương, nghe rõ nhất ở bờ trái xương ức và mỏm tim).
- T1 đánh.

2. Cận lâm sàng

- XQ ngực: nhĩ trái giãn (kéo thẳng bờ trái tim, hình bóng đôi bên phải, góc phế quản bên trái nâng lên).
- ECG cho thấy dày nhĩ trái, dày thất phải, có thể có rung nhĩ.
- Siêu âm tim, thông tim giúp xác định chẩn đoán.

3. Phân loại

- Diện tích mở van bình thường là 4 cm² - 6cm².
- Hẹp van 2 lá thường được định nghĩa là diện tích mở van từ 1.5 cm² - 3cm².
- + Hẹp van 2 lá trung bình là từ 1.1 cm² - 1.5cm².
- + Hẹp nặng khi diện tích mở van < 1.0cm².

III. Phương pháp vô cảm

1. Nguyên tắc

Lựa chọn phương pháp vô cảm phụ thuộc vào độ nặng của tổn thương bao gồm diện tích mở van 2 lá và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

2. Phương pháp vô cảm trong chuyển dạ sanh ngã âm đạo

- Gây tê ngoài màng cứng (GTNMC): lý tưởng cho các TH sanh ngã âm đạo với giai đoạn 2 của chuyển dạ kéo dài, cần phải sinh giúp bằng dụng cụ. Thường thì GTNMC trong chuyển dạ giúp giảm đau đủ để đặt forceps. Nếu GTNMC không đủ giảm đau, có thể sử dụng fentanyl kèm theo với liều nhỏ lidocaine tiêm vào khoang ngoài màng cứng.
- Gây tê tủy sống kết hợp tê ngoài màng cứng (CSE):
 - + Tê tủy sống với thuốc nhóm Opioid trong giai đoạn 1 của chuyển dạ, sau đó tiêm dung dịch thuốc tê với nồng độ thấp vào khoang ngoài màng cứng trong giai đoạn 2 của chuyển dạ (đạt T10 đến S4). Với phương pháp này đa số sản phụ có tình trạng huyết động học ổn định.

3. Phương pháp vô cảm trong mổ lấy thai (MLT):

- GTNMC được ưa chuộng nếu thời gian cho phép:
 - + Tiêm vào khoang ngoài màng cứng hỗn hợp.
 - Fentanyl: 1 – 2mcg/kg cân nặng (hoặc Sufentanil 5mcg).
 - Lidocaine 2% liều trung bình 18ml.
- Gây mê toàn diện:
 - + Dẫn đầu gây mê:
 - Etomidate 0,2mg - 0,3 mg/kg là lựa chọn tốt để dẫn đầu gây mê.
 - Đặt nội khí quản nhanh với succinylcholin 1mg/kg cân nặng.
 - Ấn sụn nhẫn cho đến khi xác định đúng vị trí ống nội khí quản.
 - + Duy trì mê:
 - Sevoflurane MAC 1 đến 1.5 là lựa chọn tốt để duy trì mê.
 - Nên tránh các thuốc gây nhịp tim nhanh (atropine, meperidine, pancuronium, ketamine).
 - Phòng ngừa hít sặc cho tất cả các bệnh nhân gây mê MLT.
 - Thận trọng khi sử dụng oxytocin và ergotamine, prostaglandine vì các thuốc này có thể làm thay đổi áp lực mạch máu hệ thống và mạch máu phổi dẫn đến mất bù huyết động.
 - Trường hợp gây mê toàn thân khi đóng bụng sử dụng Paracetamol 1g/100 ml truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút (nếu bệnh nhân không có chống chỉ định dùng thuốc).
 - Chuyển sang hồi sức theo dõi
- + Tê tủy sống liều duy nhất không nên dùng cho bệnh nhân có hẹp van 2 lá trung bình đến nặng do làm thay đổi đột ngột sức cản mạch máu ngoại biên.