

GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT

I. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ khoa: Mô lấy thai, u nang buồng trứng, u xơ tử cung...
- Các phẫu thuật bụng dưới: Viêm ruột thừa, thoát vị bẹn...
- Các phẫu thuật tiết niệu : u xơ tiền liệt tuyến, sỏi bàng quang, sỏi niệu quản...
- Phẫu thuật tăng sinh môn, trực tràng: trĩ, dò hậu môn...

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối hay không hợp tác
- Rối loạn đông cầm máu
- Nhiễm trùng nơi chọc
- Nhiễm trùng huyết, sốt
- Dị ứng thuốc tê...
- Tăng áp lực nội sọ
- Dị dạng cột sống

III. KỸ THUẬT

- Thăm khám đánh giá bệnh nhân trước mổ, giải thích cho bệnh nhân an tâm
- Chuẩn bị thuốc và dụng cụ
- Kiểm tra máy gây mê
- Lập đường truyền kim lớn (G 18,16)
- Mặc monitor theo dõi: M, HA, ECG, SPO₂, EtCO₂
- Tư thế: Ngồi hay nghiêng đều được
- Kim số 25, 27
- Vị trí chọc: Khe giữa 2 đốt sống L2-3 đến L4-5 thấy dịch não tủy trong mới bơm thuốc.
- Thuốc tê : Bupivacain heavy 0,5% liều dùng 8-15mg (liều thấp ở mô lấy thai, người già)
- Có thể phối hợp thêm nhóm thuốc phiện (opioid) làm tăng hiệu quả và giảm đau sau mổ :
 - Nhóm opioid tan trong lipid Fentanyl 20μg (Sufentanyl 5μg)
 - Nhóm opioid tan trong nước Morphini 0,1- 0,2 mg

IV. XỬ TRÍ TÁC DỤNG PHỤ THƯỜNG GẶP

1. Huyết áp thấp:
 - Truyền dịch nhanh
 - Ephedrin 5-10mg TM lặp lại tùy huyết áp
2. Điều trị mạch chậm: Atropin: 0,5-1mg TM
3. Lạnh run: Pethidin 25-50 mg TM, sưởi đèn
4. Nôn, buồn nôn:

- Do huyết áp thấp: nâng huyết áp
- Do tác dụng phụ thuốc nhóm morphin: Metoclopramide (Primperan) 10 mg TB

4. Nhức đầu:

- Nằm nghỉ trên giường
- Uống nhiều nước, uống nước chứa cafein (café, coca...), hoặc truyền dịch
- Paracetamol 15mg/kg/6 giờ TTM

VÔ CẢM PHẪU THUẬT BỤNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cấp cứu thường không có thời gian chuẩn bị nên nguy cơ phẫu thuật cao:

- Bệnh nhân có dạ dày đầy. Khi dẫn mê, dịch dạ dày trào ngược có thể hít vào phổi gây viêm phổi hít hay tắc hoàn toàn đường thở.
- Thể tích tuần hoàn không đủ chưa được điều chỉnh sẽ tụt huyết áp khi dẫn mê.
- Rối loạn điện giải: kali tăng hoặc giảm dễ rối loạn nhịp trong phẫu thuật
- Bệnh kèm theo chưa được điều trị ổn định: tiểu đường, cao huyết áp...

Cần thăm khám, đánh giá bệnh nhân kỹ lưỡng, chuẩn bị đầy đủ phương tiện, thuốc để hạn chế biến chứng trong phẫu thuật.

II. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. Hỏi bệnh
 - Tiền sử nội khoa
 - Tiền sử ngoại khoa
 - Tiền sử dị ứng
 - Tiền sử gia đình ...
2. Thăm khám toàn diện, có hay không bệnh kèm theo
3. Đánh giá sức khỏe theo tiêu chuẩn ASA
4. Nguy cơ đặt nội khí quản khó
5. Kiểm tra xét nghiệm và bổ sung nếu cần

III. PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM

A. GÂY TÊ

- Nếu phẫu thuật cho phép chọn gây tê vùng

B. GÂY Mê TOÀN THÂN - KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN Ở BN DẠ DÀY

1. Chuẩn bị phương tiện, thuốc
 - Kiểm tra hệ thống gây mê, máy hút dịch...
 - Đèn nội khí quản thường, đèn nội khí quản khó
 - Ống nội khí quản thích hợp, chọn thêm 2 ống số lớn và nhỏ hơn
 - Mask thanh quản Proseal
 - Cây thông nòng (Mandrin, Stylet)
 - Cây dẫn đường (Eschmann, Boussignac)
 - Thuốc gây mê và hồi sức
2. Chuẩn bị bệnh nhân:
 - Lập đường truyền lớn (G18,16)
 - Mặc Monitors: M, HA, ECG, SpO₂, EtCO₂
 - Đặt sond dạ dày và hút nhằm làm trống dạ dày, ít hiệu quả khi dịch đặc hay thức ăn. Vấn đề lưu và rút ống còn bàn cãi.

- Có thể dùng thuốc chống nôn Metoclopramide (primperan) giúp làm trống dạ dày và tăng trương lực cơ vòng thực quản dưới.
- Có thể dùng trước khởi mê thuốc kháng acid ,kháng H₂ giúp giảm nguy cơ viêm phổi khi trào ngược

3. Tiến hành

a. Thở oxy : thở oxy 100% 3 -5phút hay thở sâu 4-8 lần

b. Dẫn mê:

➤ Thuốc tiền mê:

- Midazolam : 2-5mg TMC hoặc Diazepam: 5-10mg TMC
- Nhóm morphin: Fentanyl 1-2mcg/kg hoặc Sufentanyl 0,1mcg- 0,2mcg/kg

➤ Thuốc mê

- Propofol 2-2,5 mg/kg TM hoặc
- Etomidate 0,3mg/kg TM khi huyết áp không ổn định, có bệnh lý tim mạch
- Có thể dùng Ketamin 1-1,5mg/kg TM khi huyết áp thấp, mạch không quá nhanh

➤ Dẫn cơ:

- Succinylcholin 1-1,5 mg/kg TM là lựa chọn 1 khi dạ dày đầy, dự kiến đặt nội khí quản khó 40-60 giây có thể đặt nội khí quản
- Rocuronium (Esmeron) 0,8-1 mg/kg TM khi chống chỉ định succinylcholin hoặc
- Atracurium (Tracrium) khi suy chức năng gan, thận

➤ Thủ thuật Sellick (ấn sụn nhẫn)

➤ Giữ mask kín nhưng không thông khí tránh trào ngược

➤ Đặt nội khí quản, bơm bóng chèn, kiểm tra vị trí qua nghe phổi , EtCO₂ và cố định ống

c. Duy trì mê

➤ Thuốc mê: Isofluran, Sevofluran

➤ Kết hợp: Propofol

➤ Giảm đau: Fentanyl, Sufentanyl

➤ Giãn cơ: Rocuronium, Atracurium

d. Kết thúc mổ

➤ Ngưng thuốc mê

➤ Hóa giải giãn cơ: Neostigmin (Prostigmin) + Atropin

➤ Truyền Paracetamol 1g (100ml) / 15-20 phút

e. Theo dõi và điều trị sau mổ

➤ Hô hấp: Tần số, biên độ thở, SpO₂

➤ Tuần hoàn: M, HA, ECG, nước tiểu

➤ Cân bằng nước điện giải, kiểm toan

➤ Theo dõi và điều trị nhiễm trùng

➤ Chảy máu sau mổ, Rối loạn đông cầm máu

➤ Suy gan, thận

- Giảm đau sau mổ: tùy mức độ đau mà dùng đơn thuần hay phối hợp:
 - Paracetamol
 - Nonsteroid
 - Morphin hoặc Pethidin
- Rút nội khí quản: Phần lớn bệnh nhân đều rút được nội khí quản sau mổ khi:
 - Tri giác: Bệnh tỉnh, thực hiện nắm tay, há miệng, nâng đầu khỏi giường; ở trẻ em có thể còn mê nhưng phải có phản xạ hầu, thanh quản
 - Hô hấp: Thở đều tần số 12-25l/p, phổi không ran, SpO₂> 97 %
 - Tuần hoàn ổn định: Mạch, huyết áp bình thường (không dùng vận mạch, nếu có liều thấp)
- Thở máy trong 1 số trường hợp:
 - Sốc nặng
 - Nhiễm khuẩn nặng: VPM do vỡ, thủng ruột...
 - Bệnh phổi trước...
- Xét nghiệm lại khi cần:
 - Mất máu, rối loạn đông cầm máu: PT, APTT, Fibrinogen, Phân tích tế bào máu
 - Rối loạn toan kiềm: Khí máu động mạch
 - Rối loạn điện giải: Ion đồ (Na, K, Cl, Mg...)
 - Chức năng thận: Ure, creatinin
 - ...

GÂY Mê TOÀN DIỆN MỔ LẤY THAI

I. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân từ chối tê vùng
- Chống chỉ định gây tê vùng:
 - Rối loạn đông cầm máu
 - Nhiễm trùng vùng chọc
 - Nhiễm trùng huyết...
- Đe dọa tính mạng mẹ: nhau tiền đạo ra huyết nhiều, vỡ tử cung, phù phổi
- Suy thai nặng
- Thất bại gây tê:
 - Không chọc được tủy sống (vị trí giải phẫu khó tìm)
 - Giảm đau không đủ mạnh, mức tê không cao

II. TIẾN HÀNH

- Đánh giá trước mổ
- Chuẩn bị thuốc và dụng cụ cần thiết
- Lập đường truyền kim lớn (G18,16)
- Xem kết quả xét nghiệm: Công thức máu, đông cầm máu, nhóm máu...
- Theo dõi: Mạch, Huyết áp, ECG, SpO₂, EtCO₂....
- Cung cấp oxy 100% qua mask 3 phút hay bệnh hít thở sâu 4-8 lần
- Dẫn đầu đặt nội khí quản nhanh
 - Thuốc mê:
 - + Thiopental 4-6mg/kg TM hoặc
 - + Propofol 2-2,5mg/kg TM hoặc
 - + Etomidate 0,3mg/kg TM hoặc
 - + Ketamin 1,5mg/kg TM
 - Thuốc giãn cơ
 - + Succinylcholine (Suxamethonium) 1-1,5mg/kg TM thuốc lựa chọn 1
 - + Chỉ dùng Rocuronium (Esmeron 0,6mg/kg) khi bệnh nhân chống chỉ định succinylcholine
 - Ấn sụn nhĩ (thủ thuật Sellick)
- Không thông khí trước khi đặt NKQ

- Đặt nội khí quản số 7 có thông nòng (Mandrin), chuẩn bị 3 cỡ ống 6.5- 7- 7.5, kiểm tra vị trí qua ống nghe và EtCO₂, cố định băng dán.
- Duy trì thuốc mê halogen (Isofluran, Sevoflurane) khoảng 1 MAC (Minimum alveolar concentration- nồng độ phế nang tối thiểu)
- Thêm giãn cơ trung bình nếu cần 0,2- 0,3 mg/kg
- Đánh giá Apgar trẻ để hỗ trợ hồi sức
- Sau kẹp rốn truyền nhanh TM Oxytocin 10 UI + NaCl 0,9% 100 ml tiếp theo 15 UI + NaCl 0,9% 500ml TTM L giọt/phút
- Tùy trương lực cơ tử cung xem xét dùng thêm Methyl ergometrin hay Misoprostol (Alsoben), hay 15 methyl prostaglandin F_{2α} (Hemabate)
- Fentanyl 2-3μg/kg TM hay Sufentanyl 0,2-0,3μg/kg TM sau kẹp cuống rốn
- Giảm thuốc mê Halogen < 1MAC
- Dùng Midazolam 2-5mg TM
- Đánh giá lượng máu mất, truyền máu nếu cần
- Sắp kết thúc phẫu thuật, ngừng thuốc mê, hóa giải giãn cơ, truyền tĩnh mạch thuốc giảm đau Paracetamol 1g
- Rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh, thực hiện theo y lệnh...
- Theo dõi sau mổ
 - + Sinh tồn
 - + Sản dịch
 - + Đau.
 - Thuốc giảm đau: Paracetamol 1g/ 6- 8 giờ TTM/10-15 phút
 - Phối hợp xen kẽ Morphin 5mg TB hoặc Pethidin 50 mg TB 3 lần/ngày

XỬ TRÍ

NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ NẶNG

I. LÂM SÀNG

- Xảy ra ngay hay sau khi tiêm thuốc tê
- Mất ý thức, có thể kèm co giật
- Trụy tim mạch

II. XỬ TRÍ

- Ngừng tiêm thuốc (Nếu đang tiêm).
- Gọi người giúp đỡ.
- Duy trì đường thở, đặt nội khí quản.
- Cho Oxy 100% và bảo đảm thông khí
- Chống co giật bằng: Benzodiazepine, Thiopental, Propofol.

* Nếu có ngừng tim

- Hồi sức tim phổi cơ bản.
- Điều trị loạn nhịp.
- Tuần hoàn ngoài cơ thể (nếu có).
- Tiêm tĩnh mạch bolus nhũ dịch lipid 20% (Intralipid) 1,5ml/kg/1phút (≈100ml, 70 kg).
- Truyền duy trì 0,25ml/kg /phút (≈500ml/30p, 70 kg).
- Có thể lập lại (2 lần) liều bolus sau 5 phút nếu tuần hoàn chưa hồi phục.
- Nếu vẫn chưa hiệu quả tăng liều truyền gấp đôi 0,5ml/kg/phút (500ml/15ph).
- Không vượt quá 12ml/kg (840ml/70kg).
- Truyền nhũ dịch lipid liên tục tối thiểu 30 phút.

*Lưu ý:

- Vừa hồi sức tim phổi vừa truyền nhũ dịch lipid
- Thời gian hồi sức nên kéo dài 1 giờ
- Tỷ lệ tử vong cao

SỐT CAO ÁC TÍNH

I. ĐỊNH NGHĨA

Sốt cao ác tính (SCAT) là một hội chứng tăng chuyển hóa xảy ra đột ngột ở bệnh nhân sau khi tiếp xúc với các thuốc gây mê hơi: Halothane, Isoflurane, Sevofluran... và thuốc giãn cơ : Succinylcholine

II. NGUYÊN NHÂN-TẦN SUẤT

Bất thường về gene trên nhiễm sắc thể 19 thường gặp ở nam và trên bệnh nhi

- Người lớn 1/40.000- 1/100.000
- Trẻ em 1/12.000
- Nam/nữ = 2/1
- Tử vong 80-90% không có Dantrolene

III. CHẨN ĐOÁN

A. LÂM SÀNG

SCAT thường xảy ra trong lúc phẫu thuật với các dấu hiệu lâm sàng ban đầu xuất hiện trong vòng một giờ sau gây mê, tuy nhiên phản ứng chậm hơn vẫn có thể xảy ra sau phẫu thuật (giai đoạn hậu phẫu).

- Tăng thán khí (EtCO₂) là dấu hiệu sớm đáng tin cậy
- Thở nhanh, tím tái
- Nhịp tim nhanh, loạn nhịp, ngoại tâm thu thất, rung thất
- Huyết áp không ổn định
- Cứng cơ nhai, co cứng cơ toàn thân
- Tăng thân nhiệt:
 - o Sau dấu hiệu đầu vài phút đến vài giờ
 - o T>41°C .Tăng nhanh có thể 1-2° mỗi 5 phút
- Tiêu sạm màu (myoglobin)
- Suy thận, suy gan, suy tim
- Phù phổi
- Rối loạn đông cầm máu
- Tử vong nhanh vài giờ

B. CẬN LÂM SÀNG

1. Test cơ cơ với Halothane- Cafein: Test (+) 95 % SCAT. Việt Nam chưa có
2. Ion đồ: Kali ↑, Canxi ↑
3. Khí máu: toan hỗn hợp
4. Chức năng đông cầm máu: Rối loạn
5. Myoglobin máu ↑ , myoglobin nước tiểu (+)
6. Creatin phosphokinase tăng (6, 12, 24 giờ sau)

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Ngừng ngay thuốc gây mê hơi và giãn cơ ngắn, duy trì thuốc mê tĩnh mạch (Propofol), nhanh chóng kết thúc phẫu thuật
2. Thay mới hệ thống dây máy gây mê và vôi soda

3. Tăng thông khí oxy 100%
4. Tiêm Dantrolene (thuốc đặc hiệu): 2,5 mg/kg có thể lặp lại mỗi 10 phút tổng liều 10mg/kg, sau đó 1mg/kg/6 giờ x 24 giờ.
5. Làm lạnh bệnh nhân:
 - Paracetamol TTM 15-20mg/kg
 - Truyền dịch lạnh (NaCl 0,9%)
 - Rửa dạ dày, bàng quang bằng nước lạnh
 - Lau mát ...
6. Điều trị toan chuyển hóa: dựa khí máu
7. Điều trị tăng kali máu: (NaHCO₃, Insulin+ Glucose...)
8. Điều trị loạn nhịp
9. Xét nghiệm theo dõi
 - Khí máu
 - Ion đồ
 - Chức năng đông cầm máu
 - CPK (Creatin Phosphokinase)
 - Myoglobin nước tiểu
10. Duy trì nước tiểu 1ml/kg/giờ. Có thể dùng Furosemide, Mannitol
11. Tiếp tục theo dõi 48 giờ

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

I. MỤC ĐÍCH :

- 1). Biết được tiền sử gia đình, tiền sử bản thân của bệnh nhân về bệnh tật, thói quen và tình trạng hiện tại.
- 2). Chẩn đoán chính xác giai đoạn của bệnh mà người bệnh đang có, dự kiến diễn biến của bệnh, những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng bệnh và những tai biến, biến chứng của cuộc mổ.
- 3). Đề xuất các xét nghiệm chuyên khoa cần phải bổ sung để xác định tình trạng bệnh lý của bệnh nhân. Giúp cho công tác chăm sóc và điều trị hiệu quả.
- 4). Điều trị nội khoa tiếp tục những bệnh mà bệnh nhân có từ trước: hen suyễn, tăng huyết áp, rối loạn nhịp, tiểu đường...
- 5). Lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp căn cứ vào: bệnh lý cần phải phẫu mổ, tính chất cuộc mổ, trang thiết bị, thuốc men, trình độ chuyên môn (phẫu thuật viên, gây mê hồi sức...)
- 6). Giải thích tình trạng bệnh cho bệnh nhân hay thân nhân của họ, động viên giúp cho bệnh nhân hiểu, tin tưởng và hợp tác với thầy thuốc.

II. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN:

1). *Đánh giá bệnh nhân trước mổ theo phân loại sức khoẻ ASA (Hội GMHS Mỹ):*

- ASA I: Bệnh nhân tình trạng sức khoẻ bình thường, không mắc một bệnh nào khác kèm theo
- ASA II: Bệnh nhân mắc một bệnh nhẹ, ảnh hưởng nhẹ đến chức năng của cơ quan của cơ thể
- ASA III: Bệnh nhân mắc một bệnh trung bình, gây ảnh hưởng nhất định đến chức năng các cơ quan của cơ thể.
- ASA IV: Bệnh nhân mắc một bệnh nặng, đe doạ thường xuyên đến tính mạng của người bệnh và gây suy sụp đến chức năng các cơ quan của cơ thể người bệnh
- ASA V: Bệnh nhân trong tình trạng nguy kịch hấp hối, có thể tử vong dù mổ hay không mổ, tiên lượng sống dưới 24 giờ.
- ASA VI: Bệnh nhân đã chết não, có thể lấy cơ quan ghép cho người khác.

2). *Quan hệ giữa thầy thuốc và bệnh nhân:*

Giải thích kỹ cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân lòng tin. Cần giải thích cho bệnh nhân những tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong gây mê, phẫu thuật, những kỹ thuật gây mê, gây tê sẽ thực hiện và phương pháp giảm đau sau mổ...

3). *Thăm khám bệnh nhân:*

- a. Đánh giá nguy cơ do cơ địa của bệnh nhân: tiểu đường, mức độ hô hấp, hen suyễn, dị ứng tình trạng bệnh tim mạch, rối loạn đông máu...
- b. Đánh giá nguy cơ phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ chảy máu
- c. Đánh giá nguy cơ gây mê: Nguy cơ dạ dày đầy gây nôn ói hít sặc, cơ địa dị ứng, đặt nội khí quản khó, co thắt thanh quản..

*** Các yếu tố dự kiến đặt nội khí quản khó:** Khám đầu, mặt, cổ, răng miệng: Đây là khâu khám rất quan trọng, giúp cho người gây mê hồi sức tiên lượng được việc đặt nội khí quản khó hay dễ.

A. Tiêu chuẩn đánh giá theo Mallampati:

Được đánh giá ở bệnh nhân với tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, há miệng, thè lưỡi và phát âm “A”. Có 4 mức độ như sau:

- I: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng, trụ trước và trụ sau Amygdales.

- II: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, một phần lưỡi gà và thành sau họng.

- III: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm và nền của lưỡi gà.

- IV: Chỉ thấy khẩu cái cứng.

Nếu ở mức độ III và IV là đặt nội khí quản khó.

B. Khoảng cách cằm-giáp:

Là khoảng cách từ bờ trên sụn giáp đến phân giữa cằm. Đo ở tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, hít vào. Nếu khoảng cách này < 6cm (3 khoát ngón tay) là đặt nội khí quản khó.

C. Khoảng cách giữa 2 cung răng:

Khoảng cách giữa 2 cung răng đo ở vị trí há miệng tối đa, nếu < 3cm là đặt nội khí quản khó.

D. Các dấu hiệu khác:

- Cổ ngắn.

- Hàm dưới nhỏ, hớt ra sau.

- Vòm miệng cao, răng hàm trên nhô ra trước (răng hô).

- Khoang miệng hẹp, lưỡi to (ở trẻ em).

- Ngực, vú quá to, béo phì

- Hạn chế vận động khớp thái dương - hàm, cột sống cổ.

- U sùi vòm miệng, họng, thanh quản.

- Sẹo phồng co rút vùng cổ, ngực.

*** Thái độ xử trí khi gặp đặt nội khí quản khó:**

+ Cần lưu ý rằng bệnh nhân không chết vì nội khí quản khó mà sẽ chết vì những biến chứng của nó như thiếu oxy, trào ngược. Vì vậy đứng trước một trường hợp đặt nội khí quản khó cần tính đến các yếu tố sau:

- Bệnh nhân có khả năng thông khí bằng mask không.

- Các trang thiết bị hiện có để đặt nội khí quản khó.

- Kinh nghiệm của người gây mê.

- Nguyên nhân đặt nội khí quản khó.

- Thể trạng của bệnh nhân, các bệnh lý kèm theo.. .

+ Cần tôn trọng nghiêm ngặt những nguyên tắc sau:

- Không thực hiện một mình, phải luôn có ít nhất một người hỗ trợ.

- Chuẩn bị sẵn sàng đầy đủ mọi dụng cụ cần thiết có sẵn.

- Chuẩn bị hệ thống theo dõi liên tục độ bão hoà oxy, huyết áp động mạch, điện tim, mạch, tần số thở...

- Để bệnh nhân tỉnh táo và tự thở.

- Cung cấp oxy 100% cho bệnh nhân vài phút trước đặt nội khí quản.

- Gây tê tại chỗ tốt, nếu bệnh nhân phải cho ngủ thì vẫn phải giữ thông khí tự nhiên. Trường hợp ngoại lệ có thể dùng giãn cơ ngắn nhưng với điều kiện là bệnh nhân phải thông khí được bằng mask.

*** Một số kỹ thuật đặt nội khí quản khó:**

a-Thay đổi tư thế bệnh nhân:

- Có thể kê cao đầu bằng một gối nhỏ khoảng 10cm để làm cho trục khoang miệng và thanh quản thành một đường thẳng.

- Nhờ người phụ ấn vào sụn thanh quản ra sau và lên trên.

- Nhờ người phụ kéo môi trên ra sau để thấy thanh quản rõ hơn.

b-Dùng nòng nội khí quản hoặc que dẫn đường:

- Dùng nòng nội khí quản (Mandrin hay Stylet) cho vào ống nội khí quản để uốn cong nội khí quản theo hình cây gậy hoặc chữ S để đặt dễ dàng hơn.

- Dùng que dẫn đường (guide) có một đầu mềm, đặt vào trong khí quản trước sau đó luồn ống nội khí quản theo que này.

c-Đặt nội khí quản mò qua mũi:

Đưa ống nội khí quản qua mũi khoảng 10cm sau đó vừa đẩy nhẹ nhàng vào ở thì bệnh nhân hít vào vừa kiểm tra hơi thở ra của bệnh nhân qua lỗ ngoài ống nội khí quản ở thì thở ra. Khi ống nội khí quản qua dây thanh âm, bệnh nhân sẽ có phản xạ ho và có hơi thoát ra khỏi ống. Kiểm tra vị trí của ống bằng bóp bóng và nghe phổi rồi cố định ống.

d-Các phương pháp khác:

- Đặt nội khí quản ngược dòng.

- Đặt nội khí quản bằng ống soi mềm.

- Dùng mask thanh quản.

- Chọc kim qua màng nhĩ giáp để thông khí.

- Mở khí quản.

4). Hỏi bệnh:

a). Tiền sử nội khoa:

- Bệnh tim mạch: Hỏi tiền sử đau ngực, thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim loạn nhịp, bệnh van tim, tăng huyết áp, viêm tắc động mạch...

- Bệnh hô hấp: Tiền sử hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, lao phổi cũ...

b). Tiền sử ngoại khoa: Tiền sử phẫu thuật, loại phẫu thuật, các biến chứng, thời gian nằm hồi sức ở lần mổ trước.

c). Tiền sử dị ứng:

- Phản ứng với các loại thuốc đã dùng: kháng sinh, thuốc tê, thuốc mê, thuốc dẫn cơ, giảm đau, thuốc chùng ngừa..

- Cơ địa dị ứng

d). Các thói quen: nghiện thuốc lá, rượu, thuốc phiện..

e). Những thuốc hiện dùng: Có ảnh hưởng đến gây mê và phẫu thuật như: corticoisteroid, lợi tiểu, trợ tim, thuốc tăng huyết áp, thuốc chống đông, thuốc tâm thần...

5). *Thăm khám lâm sàng:*

Thăm khám toàn diện tỉ mỉ, lần lượt và định hướng một số cơ quan nên theo thứ tự sau để hạn chế bỏ sót thương tổn: hô hấp, tuần hoàn, thần kinh trung ương, tiêu hoá, tiết niệu- sinh dục, cơ xương khớp, nội tiết..

6). *Các xét nghiệm cận lâm sàng:*

* **Xét nghiệm cơ bản theo bệnh và tính chất cuộc mổ:**

- Huyết học: Công thức máu (CTM), hồng cầu, bạch cầu, Hematocrit, huyết sắc tố, máu chảy, máu đông, nhóm máu

- Sinh hoá: urê huyết, creatinin, đường máu, điện giải, protide, nước tiểu tìm hồng cầu, bạch cầu, cặn tinh thể, cấy tìm vi trùng v.v...

- X quang phổi: Các bất thường có thể phát hiện đó là tim to hoặc các bệnh phế quản phổi mạn tính tắc nghẽn, các di căn, lao phổi ...

- Điện tim (ECG): Cho các bệnh nhân trên 40 tuổi, bệnh nhân có tiền sử tim mạch, cao huyết áp, lao phổi, loạn nhịp, đái đường, rối loạn nước điện giải để điều chỉnh trước mổ.

* **Xét nghiệm bổ sung theo bệnh:**

- Các bệnh nhân mạch vành: làm ECG, X quang phổi bắt buộc ở mọi lứa tuổi, siêu âm tim. Nếu nghi có nhồi máu cơ tim phải tìm SGOT, SGPT, CPK, LDH, Troponin I các thăm dò tim để đánh giá tình trạng của tim

- Các bệnh nhân phổi: Như ung thư, lao, hen phế quản phải chụp phổi, thăm dò chức năng hô hấp hoặc chụp phế quản, soi đờm tìm vi trùng, nếu cần thì chụp cắt lớp để chẩn đoán.

- Các bệnh nhân gan mật, dạ dày, đại tràng v.v... xét nghiệm bilirubin, transaminase máu và nước tiểu, SGOT, SGPT, siêu âm đường mật, chụp đường mật, soi ổ bụng, tìm HBsAg, protid máu, albumin, soi dạ dày, chụp dạ dày có thuốc cản quang tìm khối u v.v....

- Các bệnh nhân tiết niệu: Chụp bụng không chuẩn bị, chụp UIV, UPR, siêu âm, soi bàng quang, làm CT Scanner bụng nếu u thận hay u thượng thận, cấy nước tiểu tìm vi trùng

- Các bệnh nhân nội tiết: Đái đường làm xét nghiệm đường máu, đường niệu, HbA1c, chức năng gan, thận, tim mạch. Bướu cổ (Basedow) đo chuyển hoá cơ bản, định lượng độ tập trung iod 131, điện tim, định lượng cholesteron máu, đường máu.

- Các xét nghiệm tìm HIV nếu có dấu hiệu nghi ngờ hoặc ở những vùng có nguy cơ cao

6). *Nhịn ăn trước mổ:*

- Phẫu thuật ngoài đường tiêu hoá: Thức ăn thức ăn đặc, sữa trước 6 giờ. Nước đường trước 2 giờ trước mổ.

- Phẫu thuật ruột non: Nhịn từ 6- 12 giờ trước mổ

- Phẫu thuật ở đại tràng: Nhịn ăn, thuốc nhuận tràng, thụt tháo. Nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch... Thường phẫu thuật vào ngày thứ tư và nên mổ vào buổi sáng.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU MỔ

I. CHĂM SÓC THÔNG THƯỜNG CHO BỆNH NHÂN SAU MỔ:

1). Thay đổi tư thế:

Di chuyển bệnh nhân sau mổ phải rất nhẹ nhàng tránh tụt huyết áp, trụy mạch, ngưng tim, ngưng thở... Sau khi thay đổi tư thế bệnh nhân cần phải kiểm tra lại mạch, huyết áp, SpO₂.

Nếu cần thiết cho bệnh nhân thở oxy hoặc giúp thở theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ liên tục từ phòng mổ đến phòng hồi tỉnh

2). Dấu hiệu sinh tồn:

Những dấu hiệu cần theo dõi khi bệnh nhân vừa được gây mê - phẫu thuật gồm có:

- Hô hấp: tần số thở, biên độ thở, độ bão hoà oxy, màu sắc da, niêm mạc phải hồng

- Mạch: tần số, biên độ, đánh giá mạch đập mạnh hay yếu, nhịp tim có chênh lệch với mạch hay trùng khớp

- Huyết áp: huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, huyết áp trung bình. Độ chênh lệch các chỉ số này cần phải chú ý

Mạch, huyết áp nhịp thở cần phải theo dõi mỗi 5-10 phút cho đến khi thật ổn định. Sau đó theo dõi 15- 20 phút hoặc lâu hơn tùy từng trường hợp cụ thể

- Thân nhiệt:

Những trường hợp cần theo dõi sát: Rối loạn hô hấp tím tái, chảy máu vết mổ hay ống dẫn lưu

3). Sự vận động của bệnh nhân:

- Phải thực hiện nghiêm túc y lệnh của bác sỹ như nằm yên tuyệt đối tại giường hay vận động nhẹ

- Thường sau gây mê - phẫu thuật bệnh nhân chưa tỉnh cần phải được vận động thụ động xoay trở bệnh nhân cho đến khi bệnh nhân tỉnh tự cử động được

- Bệnh nhân phải được khuyến khích tập thở thật sâu, tập ho mạnh để khạc đờm ra ngoài

- Sự vận động sớm của bệnh nhân giúp tuần hoàn hữu hiệu, tránh thuyên tắc tĩnh mạch sâu, tránh nhiễm trùng hô hấp, tiết niệu, da... nhất là những người già

4). Lượng dịch xuất nhập: ghi nhận 12 hoặc 24 giờ trong những trường hợp đặc biệt cần theo dõi 6- 8 giờ

5). Theo dõi lượng nước tiểu: trung bình #1ml/kg/g

6). Theo dõi ống dẫn lưu: Theo dõi dịch ống dẫn lưu trong trường hợp có đặt ống dẫn lưu

7). Liệu pháp dưỡng khí:

- Rút nội khí quản tại phòng mổ nếu cho bệnh nhân tỉnh sớm sau khi mổ xong và đạt các chỉ số cần thiết

- Rút nội khí quản tại phòng hồi tỉnh sau khi bệnh nhân tỉnh hẳn, đáp ứng đúng y lệnh và hết tác dụng của thuốc dẫn cơ.

- Luôn luôn cho bệnh nhân thở dưỡng khí sau mổ để tăng tỷ lệ dưỡng khí hít vào FiO₂ 30% - 40 % là an toàn

8). Các xét nghiệm căn bản: tùy từng trường hợp cụ thể ta có thể thực hiện các xét nghiệm sau:

- Xét nghiệm máu: HC, BC, TC, Hct, Hb, đông cầm máu...
- Xét nghiệm sinh hoá: Đường huyết, ure, creatinine, men gan, Ion đồ, Ca, Mg...
- Siêu âm bụng, X quang ngực, đo điện tim, CT Scanner...

9). Giảm đau: Nguyên tắc giảm đau trước khi đau, giảm đau đa mô thức: tê ngoài màng cứng, phối hợp morphine trong tê tuỷ sống, tê cạnh cột sống. Phối hợp các loại thuốc giảm đau theo bậc thang của tổ chức y tế thế giới.

10). Truyền dịch sau mổ:

- Truyền dịch sau mổ để bù lượng dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hoá.

II. NHỮNG BIẾN CHỨNG SỚM THƯỜNG GẶP SAU MỔ:

1). Biến chứng hô hấp:

a- Tắc nghẽn đường hô hấp trên: Đây là tai biến thường gặp, khá nguy hiểm

* Nguyên nhân:

- Tụt lưỡi gây tắc hầu ở người mê sâu
- Ứ đọng dịch chất tiết trong hầu họng
- Co thắt thanh quản
- Liệt dây thanh âm do tổn thương TK thanh quản khi phẫu thuật vùng cổ

b- Hạ đường khí máu:

* Nguyên nhân:

- Còn ức chế hô hấp của thuốc mê
- Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng trên, phẫu thuật ngực
- Xẹp phổi, tràn khí, tràn máu màng phổi
- Hít dịch dạ dày
- Bệnh nhân già yếu, béo phì

2). Các rối loạn tuần hoàn:

a- Hạ huyết áp:

- Giảm khối lượng tuần hoàn
- Giảm khả năng co bóp cơ tim
- Nhiễm trùng huyết
- Tràn dịch màng ngoài tim

b-Tăng huyết áp:

- Do đau
- Tiền sử tăng huyết áp
- Truyền quá nhiều dịch

c-Rối loạn nhịp tim:

* Nguyên nhân:

- Thiếu dưỡng khí
- Giảm thể tích tuần hoàn
- Đau do phẫu thuật
- Hạ thân nhiệt
- Thiếu máu cơ tim

Rối loạn điện giải

Toan hô hấp

3).Đau sau phẫu thuật:

Thường xảy ra sau mổ nhất là ở giai đoạn hồi tỉnh vì vậy cần chú ý áp dụng các biện pháp giảm đau hợp lý

4).Hạ thân nhiệt:

- Do truyền nhiều dịch nhất là truyền máu nhiều trong mổ

- Thời gian mổ kéo dài đặc biệt sử dụng thuốc mê bốc hơi hoặc rửa bụng với dung dịch có nhiệt độ thấp

III. CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG BỆNH NHÂN SAU MỔ:

Nhu cầu năng lượng trong ngày:

- Nhu cầu cần 30-40 Calori/kg/ngày tăng nhiều ở hậu phẫu 50-70 Calori/kg/ngày

- Năng lượng được cung cấp 40-60% từ dung dịch đường, 10-15% từ dung dịch đạm, 25-50% từ dung dịch mỡ

Ngoài ba nhóm: đường, đạm mỡ cần cung cấp các yếu tố vi lượng vitamine và chất khoáng.