

## GÂY TÊ TỬY SỐNG PHẪU THUẬT NỘI SOI RUỘT THỪA TRÊN BỆNH NHÂN CÓ NHIỀU BỆNH NỀN

(THÔNG BÁO LÂM SÀNG)

Lâm Ngọc Tú, Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Duy Anh

Khoa Gây mê, Bệnh viện Quân y 103

### TÓM TẮT

*Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa thường được thực hiện dưới gây mê toàn thân, tuy nhiên việc sử dụng kỹ thuật gây tê vùng cũng mang lại những lợi ích nhất định trong một số trường hợp bệnh nhân có bệnh nền như bệnh phổi, bệnh tim mạch...*

*Chúng tôi thông báo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 75 tuổi với các bệnh nền tăng huyết áp, đái tháo đường, giãn phế quản, suy tim độ II. Tại thời điểm nhập viện, xét nghiệm glucose máu 30,4mmol/L, XQ phổi hình ảnh giãn phế quản vùng dưới 2 bên phổi, siêu âm tim và điện tim có hình ảnh hở van 2 lá nhẹ, giãn nhĩ trái, phân suất tống máu EF 40%, rung nhĩ. Phẫu thuật nội soi ruột thừa đã được thực hiện thành công bằng phương pháp gây tê tửy sống với bupivacain 0,5% tỷ trọng cao. Sau phẫu thuật không có biến chứng nào xảy ra và bệnh nhân được ra viện sau phẫu thuật 5 ngày.*

**Từ khoá:** *Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, gây tê tửy sống*

### SUMMARY

*Laparoscopic appendectomy is normally made under general anaesthesia, but regional techniques have been found beneficial in a lot of situations with comorbidity diseases e.g pulmonary or cardiovascular diseases.*

*We present a case of a 75-year-old female patient with various comorbidity diseases including hypertension, diabetes mellitus, bronchiectasis, and second-degree heart failure who was undergone laparoscopic appendectomy under spinal anaesthesia. At the time of admission, the blood level of glucose was 30.4 mmol/l, bronchiectasis in the lower lobe of both lungs on the chest x-ray, mild mitral regurgitation, left atrial dilation, ejection fraction (EF) 40%, and atrial fibrillation on the heart ultrasound and electrocardiogram. Laparoscopic appendectomy was made successfully under spinal anaesthesia with heavy bupivacaine 0.5%. There weren't postoperative complications and the patient was discharged 5 days after the surgery.*

**Keywords:** *Laparoscopic appendectomy, spinal anaesthesia*

---

<sup>1</sup>Chịu trách nhiệm; Nguyễn Ngọc Thạch; Bệnh viện Quân y 103

Email: nnthach1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/7/2022; Ngày nhận xét: 10/8/2022; Ngày duyệt bài: 30/8/2022

DOI: <https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2022.147>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay phẫu thuật nội soi ruột thừa được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng. Gây mê nội khí quản là phương pháp vô cảm thường được lựa chọn cho phẫu thuật nội soi ruột thừa với bơm CO<sub>2</sub> ổ bụng do có nhiều ưu điểm như chủ động kiểm soát thông khí của bệnh nhân, giãn cơ tối ưu tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật... Tuy nhiên với các bệnh nhân có bệnh lý nền tim phổi việc lựa chọn gây mê tùy sống cho phẫu thuật nội soi ruột thừa mang lại những lợi ích nhất định do tránh được những ảnh hưởng bất lợi của gây mê nội khí quản.

Hiện nay, đã có một số nghiên cứu trong và ngoài nước thông báo sử dụng gây mê tùy sống cho phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa mang lại hiệu quả vô cảm tốt và an toàn cho người bệnh [1], [2], [3], [4]. Tuy nhiên các nghiên cứu này đều tiến hành gây mê tùy sống trên bệnh nhân trẻ tuổi, khỏe mạnh có ASA 1-2 [1], [2].

Vào ngày 11/5/2022 chúng tôi đã vô cảm gây mê tùy sống để phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa thành công ở bệnh nhân nữ 75 tuổi được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp kèm theo tăng huyết áp, đái tháo đường, giãn phế quản, suy tim độ II.

## 2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 75 tuổi, cao 155cm, nặng 57kg có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường không điều trị thường xuyên, suy tim độ II. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp giờ thứ 24, vào Khoa Ống tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103 vào hồi 15 giờ 30 phút ngày 11/5/2022 và có chỉ định phẫu thuật cấp cứu nội soi cắt ruột thừa.

Tình trạng của bệnh nhân khi vào Khoa Ống tiêu hóa, tỉnh táo, nhiệt độ 37,5°C, mạch không đều 81 lần/phút, huyết áp 137/81mmHg, tần số hô hấp 18 lần/phút, nghe phổi không có rales, SpO<sub>2</sub> 98% với thở oxy hỗ trợ qua kính mũi 4 lít/phút; tại chỗ đau âm ỉ liên tục vùng hố chậu phải, phản ứng cơ thành bụng (+), dấu hiệu cảm ứng phúc mạc (+).

Xét nghiệm máu khi nhập viện hồng cầu 4,73 T/L, Hb 145 g/L, hematocrit 0,43 L/L, tiểu cầu 207 G/L; albumin 37,69 g/L, protein 76,1 g/L, glucose 30,4 mmol/L, GOT 51,68 U/L GPT 34,67 U/L; ure 6,92 mmol/L, creatinin 89,83 umol/L, natri 131,3 mEq/ml, kali 3,65 mEq/ml. Điện tim có hình ảnh rung nhĩ đáp ứng tần số thất 81 chu kỳ/phút và sóng T đảo ngược ở đạo trình V3-V6. Siêu âm tim: Hở van 2 lá nhẹ, giãn nhĩ trái, giảm vận động thành trước tim, EF 40%. X-Q phổi: Hình ảnh giãn phế quản vùng nền phổi 2 bên.

Bệnh nhân được khám chuyên khoa nội tiết và được chỉ định sử dụng Insulin nhanh 70/30 tiêm dưới da và truyền dịch. Glucose máu được kiểm tra vào hồi 20 giờ 30 phút ngày 11/5/2022 là 19,18mmol/L. Vào hồi 23 giờ ngày 11/5/2022, bệnh nhân được chuyển lên phòng mổ và được đặt đường truyền tĩnh mạch với kim luồn 18G; theo dõi liên tục điện tim, nhịp tim, SpO<sub>2</sub>, huyết áp động mạch xâm nhập, thở hỗ trợ oxy qua kính mũi 4 lít/phút và bệnh nhân được gây mê tùy sống, chọc kim gây mê ở vị trí L2-3 tư thế nằm nghiêng phải, tiêm hỗn hợp Bupivacain tỷ trọng cao 0,5% liều 7mg và 20mcg Fentanyl.

Sau khi tiêm xong hỗn hợp thuốc tê, rút kim gây mê, bệnh nhân được giữ ở tư thế nghiêng phải trong 5 phút sau đó chuyển qua tư thế nằm ngửa. Mức ức chế cảm giác được kiểm tra bằng cảm giác lạnh (sử dụng bông cotton) đạt mức T6 sau gây mê 5

phút. Bắt đầu phẫu thuật nội soi vào hồi 23 giờ 15 phút, cài đặt áp lực bơm CO<sub>2</sub> 10mmHg, lưu lượng bơm CO<sub>2</sub> 10 lít/phút, kết thúc phẫu thuật 23 giờ 55 phút, thời gian phẫu thuật là 40 phút.

Trong quá trình phẫu thuật, chỉ gặp một lần hạ huyết áp thấp nhất là 80/40mmHg và được xử trí thành công bằng tiêm tĩnh mạch 2ml dung dịch Noradrenalin có nồng độ 2mcg/ml. Ngoài ra, bệnh nhân có than phiền cảm giác tức bụng và đã được xử trí thành công bằng tiêm tĩnh mạch chậm Fentanyl 50mcg. Các chỉ số sinh tồn khác duy trì ở mức bình thường trong và sau phẫu thuật. Giai đoạn sau phẫu thuật, bệnh nhân tiếp tục được kiểm soát đường huyết và huyết áp bằng Insulin tác dụng nhanh, amlor, glucose máu hồi 8 giờ ngày 12/5/2022 là 18mmol/L và huyết áp là 156/80mmHg.

Bệnh nhân được ra viện sau 5 ngày điều trị mà không có bất kỳ biến chứng nào khác.

### 3. BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa cấp là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm đã cho thấy những ưu điểm hơn so với phẫu thuật mở do ít xâm lấn, có tính thẩm mỹ cao, ít đau sau phẫu thuật... nên được áp dụng rộng rãi. Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm thường tiến hành dưới gây mê nội khí quản và bơm khí CO<sub>2</sub> vào ổ bụng nhờ các ưu điểm như chủ động kiểm soát thông khí của bệnh nhân, giãn cơ đầy đủ, giảm đau thỏa đáng và bệnh nhân không biết trong phẫu thuật. Tuy nhiên, kỹ thuật này vẫn luôn tiềm ẩn những nguy cơ tai biến, biến chứng liên quan tới gây mê nội khí quản và bơm CO<sub>2</sub> ổ bụng như tồn dư giãn cơ, ưu thán, tăng áp lực đỉnh đường thở, giảm các thể tích hô hấp, tăng huyết áp, rối loạn nhịp

tim...

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân nữ 75 tuổi, được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp kèm theo các bệnh lý nền. Trong đó có một số lưu ý mà việc lựa chọn phương pháp vô cảm là gây tê tuỷ sống có thể mang lại hiệu quả cho bệnh nhân hơn so với gây mê nội khí quản để phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa. X-quang phổi của bệnh nhân cho thấy hình ảnh giãn phế quản vùng nền phổi hai bên. Mặc dù khám lâm sàng nghe rì rào phế nang phổi không có bất thường, nhưng gây mê nội khí quản có sử dụng thuốc giãn cơ, thông khí xâm nhập ít nhiều gây ra các biến chứng về hô hấp sau phẫu thuật như xẹp phổi, viêm phổi... Hơn nữa việc tồn dư giãn cơ cũng là một yếu tố dẫn tới sự gia tăng các biến chứng phổi sau phẫu thuật.

Bệnh nhân của chúng tôi bị rung nhĩ và suy tim độ II kèm theo với EF 40% do đó chúng tôi đã lựa chọn gây tê tuỷ sống với tư thế nằm nghiêng phải, chọc kim gây tê ở vị trí L2-3, tiêm hỗn hợp Bupivacain tỷ trọng cao 0,5% liều 7mg và 20mcg Fentanyl.

Bệnh nhân này đạt ức chế cảm giác đau ở mức T6 sau 5 phút gây tê là đủ đảm bảo cho phẫu thuật. Liều lượng Bupivacain chúng tôi đã sử dụng là thấp hơn liều lượng Bupivacain của Trần Xuân Thịnh và Hồ Khả Cảnh là 12mg [1] cũng như của Lê Sáu Nguyên và cộng sự là 10,2mg [2], do các tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân trẻ tuổi khỏe mạnh với ASA 1-2. Do sử dụng liều lượng Bupivacain thấp và không thay đổi tư thế bệnh nhân trong phẫu thuật nên ảnh hưởng lên huyết động không đáng kể, tuy nhiên trong mổ chúng tôi cũng bắt gặp một lần huyết áp tụt và xử trí dễ dàng với tiêm tĩnh mạch 2ml dung dịch Noradrenalin nồng độ 2mcg/ml.

Trần Xuân Thịnh và Hồ Khả Cảnh đã thông báo tỷ lệ hạ huyết áp là 6,6% [1],

trong khi tỷ lệ này của Lê Sáu Nguyên và cộng sự là 22% [2]. Ngoài ra nhờ phối hợp với phẫu thuật viên sử dụng bơm CO<sub>2</sub> áp lực thấp 10mmHg cũng giúp hạn chế rối loạn huyết động, hô hấp và cảm giác căng tức bụng do bơm CO<sub>2</sub> mà vẫn bảo đảm trường mổ thuận lợi cho phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi có than phiền đau tức bụng nhẹ và đã xử lý thành công bằng tiêm tĩnh mạch chậm Fentanyl 50mcg.

Mặc dù khi gây tê tủy sống cho phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa có thể bắt gặp một số tác dụng không mong muốn như mạch chậm, tụt huyết áp, ngứa, run, đau đầu, bí tiểu, buồn nôn nôn, đau vai... tuy nhiên các biến chứng này có thể xử trí dễ dàng.

Trần Xuân Thịnh và Hồ Khả Cảnh đã thông báo trong và sau phẫu thuật nội soi ruột thừa dưới gây tê tủy sống có tỷ lệ đau vai 40%; ngứa 16,6%; buồn nôn nôn 23,3%; mạch chậm 6,6%; bí tiểu 6,6% [1], trong khi Lê Sáu Nguyên và cộng sự cũng nhận thấy trong và sau phẫu thuật nội soi ruột thừa dưới gây tê tủy sống có tỷ lệ đau vai 22%; ngứa 4%; buồn nôn nôn 8%; run 12%; bí tiểu 32% [2].

Bệnh nhân của chúng tôi ngoài hạ huyết áp và đau tức bụng nhẹ trong mổ thì không có bất kỳ biến chứng nào khác xảy ra ở giai đoạn trong và sau mổ.

#### 4. KẾT LUẬN

Tóm lại việc áp dụng gây tê tủy sống cho phẫu thuật nội soi ruột thừa trong một số trường hợp có thể mang lại nhiều lợi ích hơn so với gây mê nội khí quản, đặc biệt ở các bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý nền hô hấp, tim mạch.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Xuân Thịnh, Hồ Khả Cảnh (2010)**, "Bước đầu đánh giá kết quả của gây tê tủy sống trong mổ cắt ruột thừa viêm nội soi tại bệnh viện trường đại học y dược Huế", *Y học thực hành* 709 (3), trang 17-21
2. **Lê Sáu Nguyên, Phạm Hùng, Trần Đắc Tiệp (2017)**, "Đánh giá hiệu quả của gây tê tủy sống bằng bupivacain và morphin trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm tại bệnh viện quốc tế Thái Nguyên", *Khoa học và Công nghệ*. 165(5), trang 81-85.
3. **Manish K. Singh D. A. K. (2013)**, "Laparoscopic appendectomy under spinal anaesthesia", *Journal of Dental and Medical Sciences*, 11 (2), pp. 33-35
4. **Dhaval Patel H. V. P. (2015)**, "Laparoscopic appendectomy surgery using spinal anesthesia", *International Archives of Integrated Medicine*, 2 (3), pp. 103-107