

VÔ CẢM CHO PHẪU THUẬT CẮT HOẠI TỬ BÔNG GHÉP DA Ở BỆNH NHÂN TĂNG MEN GAN PHẢN ỨNG (Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Ngọc Thạch¹, Nguyễn Quang Đông¹, Phạm Thái Dũng²

¹ Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

² Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử bông ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng là không thường gặp. Ngày 3/4/2018 chúng tôi đã gây mê mặt nạ thanh quản cho phẫu thuật cắt hoại tử bông ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng.

Giới thiệu ca bệnh:

Bệnh nhân nữ 49 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, bị bỏng lửa 11 giờ ngày 27/3/2018 và chuyển vào Khoa Hồi sức cấp cứu/Bệnh viện Bông Quốc gia vào 16 giờ ngày 27/3/2018 trong tình trạng nằm yên dưới tác dụng an thần, da niêm mạc nhợt, nhiệt độ 36^o8, mạch 94 lần/phút, huyết áp 132/74mmHg, tự thở với SpO₂ 98%, số lượng nước tiểu 300 ml/giờ.

Tại chỗ tổn thương bỏng 18% (15%) III, IV mặt, lưng, hai tay, hai hông, đùi trái. Bệnh nhân được chẩn đoán: Bỏng lửa 18% (15%) III, IV mặt, lưng, hai tay, hai hông, đùi trái, sốc bỏng giờ thứ 5. Ngày 29/3/2018 kết quả xét nghiệm máu cho thấy Protein 43g/l; Albumin 21g/l; Bilirubin toàn phần 35,7 μ mol/l; Bilirubin trực tiếp 14,5 μ mol/l; GOT 5513U/l; GPT 3020U/l; Na⁺ 119,7mmol/L; K⁺ 3,35 mmol/l; Ca⁺⁺ 0,94mmol/l; Glucose 8,7mmol/l.

Ngày 29/3/2018, Khoa Nội tiêu hóa/Bệnh viện Quân y 103 khám thấy bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý gan mật, bụng mềm gan lách không to và đã chẩn đoán viêm gan nhiễm độc.

Ngày 3/4/2018 bệnh nhân lên phòng mổ với chẩn đoán trước mổ 11% hoại tử thân chi. Phương pháp phẫu thuật là cắt hoại tử ghép da với phương pháp vô cảm gây mê mặt nạ thanh quản.

Kết luận: Vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử bông ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng cần đánh giá trước gây mê phẫu thuật đầy đủ, chi tiết và phải quản lý tối ưu tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật. Lựa chọn phương pháp vô cảm phù hợp và theo dõi cẩn thận trong phẫu thuật là các yếu tố quan trọng giúp vô cảm phẫu thuật thành công ở bệnh nhân này.

Từ khóa: Tăng men gan phản ứng, vô cảm, cắt hoại tử bông ghép da

¹Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thạch, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: nnthach1970@gmail.com

SUMMARY

Introduction: Anesthesia for necrosis excision and skin graft in burn patients with reaction elevated liver enzymes is not common. On April 3, 2018, we made general anesthesia with laryngeal mask airway for necrosis excision and skin graft on a burn patient with reaction elevated liver enzymes.

Case report:

A 49-year-old female, a healthy history, suffered from the flame burn at 11 o'clock on March 27, 2018, and transferred to the Intensive Care Unit (ICU) of National Burns Hospital at 16 o'clock on March 27, 2018, in a state of consciousness sedation, pale mucous and skin, temperature 36^o8C, pulse 94 bpm, blood pressure 132/74mmHg, spontaneous breathing with SpO₂ 98%, urine output 300ml/4hrs. Local lesions included a total burn surface area of 18% (15%) at the third and fourth degrees on the face, the back, both hands, both buttocks, left thighs, burn shock at the 5th hour.

On March 29, 2018, blood test results showed Protein 43g/l, Albumin 21g/l, total Bilirubin 35.7 μ mol/l, direct Bilirubin 14.5 μ mol/l, GOT 5513U/l, GPT 3020U/l, Na⁺ 119.7mmol/l, K⁺ 3.35mmol/l, Ca⁺⁺ 0.94mmol/l, Glucose 8.7mmol/l. On March 29, 2018, the Department of Gastroenterology of Hospital 103 examined no history of the hepatobiliary disease, soft abdomen, no large liver and spleen. The patient was diagnosed with toxic hepatitis. On April 3, 2018, she was transferred to the operating room with a preoperative diagnosis 11% of total body surface area of necrosis on limb and trunk. The surgical method was necrosis excision and skin graft. The anesthesia method was general anesthesia with a laryngeal mask airway.

Conclusion: Anesthesia for burn necrosis excision and skin graft in patients with reaction elevated liver enzymes needs full and detailed evaluation before anesthesia and surgery. The patient's condition before surgery must be managed optimally. Choosing appropriate anesthesia methods and intraoperative careful monitoring are important factors for successful surgical anesthesia in the patients.

Keywords: Reaction elevated liver enzymes, anaesthesia, burn excision, skin graft

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử bỏng ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng là không thường gặp tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia. Vào ngày 3/4/2018 chúng tôi đã gây mê mặt nạ thanh quản cho phẫu thuật cắt hoại tử bỏng ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng.

2. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Thị Ph. nữ 49 tuổi, nặng 45kg, tiền sử khỏe mạnh. Vào hồi 11 giờ ngày 27/3/2018, bệnh nhân đốt cây bị ngã vào lửa gây bỏng, sau bỏng dội nước lạnh, được sơ cứu tại Bệnh viện đa khoa huyện Chí linh (Hải Dương).

Bệnh viện ĐK Hải Dương chuyển vào Khoa Hồi sức cấp cứu/Bệnh viện Bỏng

Quốc gia vào hồi 16 giờ ngày 27/3/2018 trong tình trạng, nằm yên dưới tác dụng an thần, da niêm mạc nhợt, nhiệt độ 36^o8, mạch 94 lần/phút, huyết áp 132/74mmHg, tự thở với SpO₂ 98%, số lượng nước tiểu qua sonde 300ml/4giờ, phổi không rale. Tại

chỗ tổn thương bỏng 18% (15%) III, IV mặt, lưng, hai tay, hai hông, đùi trái. Bệnh nhân được chẩn đoán: Bỏng lửa 18% (15%) III, IV mặt, lưng, hai tay, hai hông, đùi trái, sốc bỏng giờ thứ 5.

Bảng 1. Xét nghiệm sinh hóa máu tại Khoa Hồi sức cấp cứu

Xét nghiệm sinh hóa máu	Ngày 29/3/2018	Ngày 02/4/2018
Protein	43g/L	56g/L
Albumin	21g/L	26g/L
Bilirubin toàn phần	35,7 μ mol/L	12,5 μ mol/L
Bilirubin trực tiếp	14,5 μ mol/L	4,3 μ mol/L
GOT	5513U/L	140U/L
GPT	3020U/L	255U/L
Na ⁺	119,7mmol/L	126,6mmol/L
K ⁺	3,35mmol/L	3,34mmol/L
Ca ⁺⁺	0,94mmol/L	1,05mmol/L
Glucose	8,7mmol/L	5,3mmol/L
Ure		4,5mmol/L
Creatinin		58 μ mol/L

Bảng 2. Xét nghiệm công thức máu và đông máu toàn bộ tại Khoa Hồi sức cấp cứu

Xét nghiệm công thức máu và đông máu toàn bộ	Ngày 2/4/2018
Hồng cầu	3,63T/L
Huyết sắc tố	106g/L
Hematocrit	0,31L/L
Bạch cầu	19,3G/L
Bạch cầu đa nhân trung tính	83%
Tiểu cầu	215G/L
PT	13,4s/14s =126%
APTT	26,5s/30s
Fibrinogen	3,87g/L

Ngày 29/3/2018, Khoa Nội tiêu hóa/Bệnh viện Quân y 103 khám thấy bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý gan mật, bụng mềm gan lách không to và chẩn đoán viêm gan nhiễm độc, đã kê đơn Glucose 5% x 1000ml; Phipolvin 5g x 4 ống; Glutathione 1200 x 1 ống; Morihepamin x 400ml; Reamberin 1,5% x 400ml. Tại Khoa Hồi sức cấp cứu, bệnh nhân được truyền dịch, huyết tương, kháng sinh, thuốc bảo vệ dạ dày, thay băng.

Ngày 3/4/2018, bệnh nhân lên phòng mổ với chẩn đoán trước phẫu thuật 11% hoại tử thân chi. Phương pháp phẫu thuật là cắt hoại tử ghép da với phương pháp vô cảm gây mê mặt nạ thanh quản. Trong phẫu thuật cài đặt thông số máy gây mê như sau mode thở SIMV, Vt 450ml; tần số thở 14 lần/phút; độ nhạy dòng (flow trigger) 2l lần/phút; áp lực hỗ trợ 8cmH₂O; thời gian thở vào 1,2s nhận thấy áp lực đỉnh đường thở dao động 12 - 15cmH₂O; thông khí phút dao động 7 - 8 lít; EtCO₂ dao động 32 - 36cmH₂O; tần số tim dao động 104 - 122 lần/phút; huyết áp dao động 86 - 120/50-60mmHg; SpO₂ dao động 98 - 100%.

Thời điểm khởi mê 9 giờ ngày 3/4/2018; bắt đầu phẫu thuật 9 giờ 10 phút ngày 3/4/2018; phẫu thuật xong 10 giờ 45 phút 3/4/2018; thời điểm tỉnh 11 giờ 3/4/2018 với tần số tim 118 lần/phút; huyết áp 126/75mmHg; thở 18 lần/phút; SpO₂ 99%. Bệnh nhân được sử dụng trong phẫu thuật 500ml máu nhóm O, Rringerlactat 500ml, Voluven 1000ml, Glucolyte 500ml, Propofol 800mg, Fentanyl 300mcg trong mổ và giảm đau sau mổ 500mcg, Ketamin 50mg, Atropin 0,5mg, Solumedrol 40mg, Transamin 1,5g, Nikethamid 500mg, Lidocain 320mg, Noradrenalin 4mg.

3. BÀN LUẬN

Hội chứng nhiễm khuẩn nhiễm độc bồng thường bắt đầu từ ngày thứ ba sau bồng và tồn tại cho tới khi vết bồng được phủ kín. Trong giai đoạn này có nhiều biểu hiện bệnh lý trên cơ quan và biến đổi về xét nghiệm. Trên cơ quan tiêu hóa có thể gặp biến chứng loét cấp ống tiêu hóa, viêm gan cấp nhiễm độc, viêm túi mật cấp... đi kèm với nó là men Transaminase tăng, Protein máu hạ thấp, Albumin máu giảm, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch...

Trong điều trị nhiễm khuẩn nhiễm độc bồng bao gồm điều trị tại chỗ như thay băng, nếu có bồng sâu thì phẫu thuật cắt bỏ hoại tử càng sớm càng tốt, ghép da che phủ ... và điều trị toàn thân thì các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, giải độc, tăng cường sức đề kháng... đặc biệt là sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch kết hợp với các thuốc giảm đau hạ sốt vẫn là biện pháp quan trọng [1], tuy nhiên các thuốc này cũng có các tác dụng bất lợi gây rối loạn chức năng gan.

Bệnh nhân của chúng tôi trước phẫu thuật cắt hoại tử bồng ghép da, đã được sử dụng các thuốc giải độc, bảo vệ chức năng gan. Do đó mặc dù giá trị SGOT và SGPT ngày 2/4/2018, một ngày trước phẫu thuật cắt hoại tử ghép da, cao gần gấp 4 - 6 lần giá trị bình thường nhưng đã giảm nhiều so với ngày 29/3/2018. Do đó cần lựa chọn phương pháp vô cảm và sử dụng các thuốc hợp lý ít ảnh hưởng đến chức năng gan trong quá trình vô cảm phẫu thuật ở bệnh nhân tăng men gan phản ứng.

Với các bệnh nhân mắc bệnh lý gan, mục đích của quản lý trong phẫu thuật là duy trì dòng máu gan và phân phối oxy đầy

đủ. Giảm tưới máu hoặc thiếu oxy máu có thể gây thêm tổn thương gan và dẫn đến tình trạng mất bù [2].

Các thuốc mê tĩnh mạch có ảnh hưởng vừa phải trên dòng máu gan và ảnh hưởng bất lợi không có ý nghĩa trên chức năng gan sau phẫu thuật nếu huyết áp động mạch trung bình được duy trì đầy đủ trong quá trình gây mê.

Ketamin ít có ảnh hưởng trên dòng máu gan. Trong lúc Propofol tăng dòng máu gan ở cả tuần hoàn động mạch gan và tĩnh mạch cửa [3]. Với thuốc mê đường tĩnh mạch như Propofol cần phải giảm liều Propofol do độ nhạy gia tăng với hiệu quả an thần và ức chế hô hấp tim mạch ở bệnh nhân mắc bệnh lý gan [2]. Gây mê Propofol theo nồng độ đích là lựa chọn thay thế cho gây mê bằng thuốc mê đường hô hấp, độ thanh thải Propofol không suy giảm đáng kể ở bệnh nhân mắc bệnh gan [2].

Fentanyl, thuốc giảm đau thuộc nhóm opioid, có tính tan trong lipid cao, thời gian tác dụng ngắn, cũng được chuyển hóa ở gan [3]. Với các bệnh nhân mắc bệnh lý gan nên sử dụng liều nhỏ Fentanyl trong phẫu thuật vì thuốc không có sản phẩm chuyển hóa còn hoạt tính và thuốc được đào thải qua thận [2].

Với bệnh nhân bỏng thường vị trí cắt hoại tử và lấy da ghép khác nhau nên phương pháp vô cảm là gây mê sẽ phù hợp hơn cả. Bệnh nhân bỏng là bệnh nhân thường phải trải qua nhiều lần gây mê cho các thủ thuật, phẫu thuật và đặc điểm của gây mê cho phẫu thuật cắt hoại

tử bỏng và ghép da là chỉ cần bệnh nhân mê, không đau, không yêu cầu giãn cơ. Do đó lựa chọn gây mê mặt nạ thanh quản (laryngeal mask airway) là hợp lý hơn so với gây mê nội khí quản do không những bảo đảm được hiệu quả thông khí ngoài ra cũng ít xâm lấn đường khí đạo hơn và chúng tôi đã sử dụng gây mê Propofol theo nồng độ đích cùng với thuốc giảm đau Fentanyl cũng bảo đảm vô cảm hiệu quả và an toàn cho phẫu thuật cắt hoại tử bỏng và ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng.

4. KẾT LUẬN

Vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử bỏng ghép da trên bệnh nhân tăng men gan phản ứng cần chuẩn bị tối ưu tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật, đặc biệt là chức năng gan. Lựa chọn phương pháp vô cảm hợp lý và sử dụng các thuốc trong phẫu thuật ít ảnh hưởng đến chức năng gan là các yếu tố quan trọng giúp vô cảm phẫu thuật thành công ở bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Xuân Vận (2018)**. “Nhiễm khuẩn nhiễm độc Bông” *Giáo trình bông*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, Hà nội, trang 236-253
2. **Rakesh Vaja et al. (2009)**. “Anaesthesia for patients with liver disease” *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain* 10(1):15-19.
3. **Aparna Dalal and John D. Jr. Lang (2013)**. “Anesthetic Considerations for Patients with Liver Disease” *Hepatic Surgery*, Intech Open, p.62-75 <http://dx.doi.org/10.5772/54222>