

GÂY Mê CHO PHẪU THUẬT MILES NỘI SOI TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI RUNG NHĨ CAO HUYẾT ÁP GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

(Báo cáo ca lâm sàng)

¹Ngô Xuân Tý, ¹Nguyễn Ngọc Thạch, ²Nguyễn Văn Quỳnh

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Gây mê cho bệnh nhân tim mạch phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân cao tuổi nhiều bệnh lý nền là một vấn đề thách thức với bác sĩ gây mê vì bệnh nhân có nhiều thay đổi về sinh lý, dược động học của thuốc cũng như tỉ lệ tai biến tim mạch cao. Chúng tôi thông báo ca lâm sàng bệnh nhân nam, 71 tuổi, ung thư trực tràng 1/3 dưới, cao huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới. Bệnh nhân được gây mê nội khí quản phẫu thuật Miles nội soi, sau phẫu thuật về khoa hồi sức ngoại điều trị và ra viện sau 5 ngày phẫu thuật.

Từ khóa: Gây mê, rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới, phẫu thuật Miles nội soi.

SUMMARY

General anesthesia for non-cardiac surgery in elderly patients with chronic disease is a difficult problem for anesthesiologists because not only the physiology of patients and pharmacokinetics of drugs are changed, but also the rate of cardiovascular events is high. We present a case of a 71-year-old male patient who has low rectal cancer, hypertension, atrial fibrillation, varicose veins. The patient was made successful under general anesthesia for the Miles endoscopic surgery and was cared for at the surgical resuscitation department postoperative. The patient was discharged on the 5th day after surgery.

Keywords: General anesthesia, atrial fibrillation, hypertension, varicose vein, Miles endoscopic surgery.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Ngọc Thạch, Bệnh viện Quân y 103

Email: nnthach1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/5/2024; Ngày nhận xét: 21/6/2024; Ngày duyệt bài: 26/6/2024

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.3.2024.313>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gây mê cho bệnh nhân có bệnh tim mạch ngày càng phổ biến do tỉ lệ mắc bệnh mãn tính đặc biệt là bệnh tim mạch có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Gây mê cho bệnh nhân tim mạch phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nền là một vấn đề thách thức với các bác sĩ gây mê vì bệnh nhân có nhiều thay đổi về sinh lý, được động học của thuốc cũng như tỉ lệ tai biến tim mạch cao [1], [2], [3].

Ngày 26/9/2023, chúng tôi đã gây mê nội khí quản để phẫu thuật Miles nội soi thành công ở bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 dưới trên bệnh nhân rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 71 tuổi, cao 155cm, nặng 50kg, tiền sử cao huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới đang được điều trị tại nhà bằng các thuốc Betaloc zok, Xarelto, Clopidrogel, Daflon, Trimetazidin

Ngày 18/9/2023, bệnh nhân vào Khoa Ống tiêu hóa (Bệnh viện Quân y 103) điều trị trong tình trạng toàn thân tỉnh táo, không sốt, không đau tức ngực, không khó thở, loạn nhịp tim, tần số 80 chu kỳ/phút, huyết áp 144/80mmHg.

Tại chỗ thăm khám trực tràng thấy nhiều khối bất thường vị trí 12 giờ khi người bệnh ở tư thế sản khoa, kích thước 3cm, bề mặt trơn bóng, cảm giác đau khi ấn, mật độ chắc, có máu theo găng. Nội soi đại trực tràng bằng ống nội soi mềm phát hiện khối u sùi trực tràng sát ống hậu môn, chiếm 50% chu vi lòng trực tràng, bề mặt nhám nhở và sinh thiết khối u cho kết quả ung thư biểu mô tuyến, xâm lấn qua lớp cơ niêm.

Điện tim hình ảnh rung cuồng nhĩ đáp ứng tần số thất 90 chu kỳ/phút. Siêu âm tim hình ảnh hở van 2 lá, van 3 lá mức độ nhẹ, không tăng áp lực động mạch phổi, giãn nhẹ thất trái, chức năng tâm thu thất trái bình thường, Dd 53,8mm, EF 82,9%.

Các xét nghiệm khác bình thường cho phép phẫu thuật. Bác sĩ chuyên khoa tim mạch thăm khám trước mổ và kết luận nguy cơ tim mạch khi phẫu thuật vừa, tỉ lệ tai biến tử vong do tim là 3% theo Goldman, khuyến cáo bệnh nhân ngừng sử dụng thuốc chống đông thể hệ mới (NOAC) trước phẫu thuật ít nhất 24 giờ và ngừng clopidrogel ít nhất 7 ngày trước mổ.

Chẩn đoán trước mổ là ung thư trực tràng 1/3 dưới trên bệnh nhân rung nhĩ, cao huyết áp, giãn tĩnh mạch chi dưới. Phương pháp phẫu thuật dự kiến là phẫu thuật Miles nội soi và phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản.

Lúc 7 giờ 30 phút ngày 26/9/2023, bệnh nhân được đưa vào phòng mổ trong tình trạng toàn trạng ổn định. Bệnh nhân được đặt đường truyền tĩnh mạch với kim lùn 16G, catheter động mạch xâm nhập, catheter tĩnh mạch trung tâm và đo được CVP 5 cmH₂O, gắn các thiết bị theo dõi mạch, huyết áp, ECG, SpO₂ trên monitor LifeScope.

Bệnh nhân được khởi mê lúc 8 giờ 10 phút ngày 26/9/2023 bằng Propofol 60mg, Fentanyl 100µg, Rocuronium 50mg, đặt ống nội khí quản (NKQ) số 7,5 thuận lợi. Bệnh nhân được thông khí nhân tạo mode PCV-VG với Vt 400ml, tần số thở 16 lần/phút, I:E = 1:2, PEEP 5 cmH₂O, duy trì mê bằng Sevofluran 1 - 2% kết hợp duy trì bơm tiêm điện Fentanyl 10 - 150 µg/giờ, Rocuronium 20 - 40mg/giờ.

Phẫu thuật bắt đầu lúc 8 giờ 30 phút và kết thúc lúc 12 giờ 30 phút cùng ngày. Trong quá trình phẫu thuật duy trì áp lực bơm CO₂ là 10mmHg, lưu lượng bơm là 10 lít/phút.

Diễn biến các thông số sinh tồn trong quá trình phẫu thuật được ghi lại tại bảng 1. Các chỉ số khí máu ở các thời điểm được liệt kê ở bảng 2. Thuốc và dịch truyền được sử dụng trong mổ được liệt kê ở bảng 3. Tổng thời gian phẫu thuật là 4 giờ, thời gian gây mê là 4 giờ 20 phút.

Bảng 1. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trong quá trình gây mê và phẫu thuật

Thời điểm	Giai đoạn	Mạch (lần/phút)	Huyết áp động mạch (mmHg)	SpO ₂ (%)	CVP (cmH ₂ O)
7 giờ 30 phút	Vào phòng mổ	75	128/75	99	5
8 giờ 10 phút	Khởi mê	74	104/88	100	
8 giờ 45 phút	Giải phóng trực tràng	48	100/60	97	
10 giờ 15 phút	Cắt trực tràng	80	82/30	96	
12 giờ	Đóng da	86	114/62	99	
12 giờ 30 phút	Kết thúc cuộc mổ	90	120/70	100	7

Bảng 2. Biến đổi các thông số khí máu trong quá trình gây mê, phẫu thuật

Thông số	Thời điểm		
	Ngay trước khởi mê (8h00)	Trong mổ (10h15)	Trước khi kết thúc phẫu thuật (12h00)
pH	7,41	7,32	7,38
PaO ₂ (mmHg)	244,1	558,3	466,5
PaCO ₂ (mmHg)	34,2	47,3	38,1
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	22	24,8	22,8
BE (mmol/l)	-1,4	-0,8	-1,4
Hb (g/l)	12,7	11,6	10,7
Hct (%)	38	35	32
Na ⁺ (mmol/l)	136,4	136,4	134,4
K ⁺ (mmol/l)	3,22	3,83	3,78
Ca ²⁺ (mmol/l)	0,96	1,06	0,88
Lactat (mmol/l)	0,9	0,7	0,6

Bảng 3. Liều lượng thuốc và thể tích dịch truyền dùng trong mổ

Tên thuốc/dịch	Liều lượng/thể tích
Atropin (mg)	1
Noradrenalin (µg)	20
Propofol (mg)	60
Fentanyl (µg)	750
Rocuronium (mg)	250
Sevofluran (ml)	20
Ringerlactat (ml)	1500
Voluven (ml)	500
Albumin (ml)	100
Tổng lượng nước tiểu	1200 ml/160 phút

Trong quá trình phẫu thuật, hô hấp và huyết động cơ bản được duy trì trong giới hạn cho phép, tim loạn nhịp hoàn toàn, có thời điểm nhịp tim giảm xuống còn 48 chu kỳ/phút, huyết áp động mạch giảm 82/30mmHg (Bảng 1), đã được xử trí tiêm tĩnh mạch 1mg Atropin và bolus tĩnh mạch 20µg Nordrenalin, sau đó huyết động nhanh chóng trở lại bình thường.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển về Khoa Hồi sức ngoại để tiếp tục điều trị. Tại đây, bệnh nhân được thông khí nhân tạo và rút ống nội khí quản vào lúc 16 giờ 30 phút cùng ngày trong tình trạng tỉnh, mạch 90 lần/phút, huyết áp 135/70 mmHg, SpO₂ 98% (ô xy 2 lít/phút). Bệnh nhân được chuyển về Khoa Ông tiêu hóa và ra viện sau 5 ngày phẫu thuật.

3. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Relin Yang (2011), tỉ lệ người trên 65 tuổi chiếm 13% dân số thế giới và tỉ lệ bệnh nhân trên 65 tuổi cần phẫu thuật chiếm xấp xỉ 53% tất cả các bệnh nhân cần phẫu thuật [4], tỉ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân cao tuổi do phẫu thuật còn cao [5].

Gây mê cho bệnh nhân cao tuổi có nhiều thay đổi về sinh lý cũng như dược động học của thuốc nên việc lựa chọn thuốc, liều lượng thuốc cho phù hợp là điều rất quan trọng, đặc biệt trên các bệnh nhân này thường có các bệnh lý kết hợp. Với bệnh nhân có bệnh tim mạch được phẫu thuật ngoài tim như bệnh nhân rung nhĩ cần duy trì huyết động ổn định, khi rung nhĩ gây ảnh hưởng đến sức bóp cơ tim gây tụt huyết áp và đe dọa tính mạng bệnh nhân cần ổn định huyết động và cố gắng khôi phục nhịp xoang [6].

Rung nhĩ và đột quy não có mối liên hệ mật thiết với nhau. Rung nhĩ làm tăng

nguy cơ đột quy lên đến 5 lần so với người bình thường. Giãn tĩnh mạch chi dưới có thể gây ra biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu và gần 1/3 số người bị huyết khối tĩnh mạch sâu có nguy cơ tiến triển thành tắc mạch phổi [7], [8].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nam giới, 71 tuổi với nhiều bệnh lý kết hợp nặng (tăng huyết áp, rung nhĩ, giãn tĩnh mạch chi dưới) với tỉ lệ tai biến tim mạch theo thang điểm Goldman là 3%. Bệnh nhân này đã được chúng tôi chuẩn bị trước mổ đầy đủ và chiến lược gây mê hợp lý. Việc lựa chọn thuốc, liều lượng thuốc sử dụng trong gây mê để tránh biến đổi lớn về huyết động lúc khởi mê và trong quá trình duy trì mê là điều quan trọng.

Trong các thuốc mê tĩnh mạch dùng để khởi mê đang sử dụng hiện nay, chúng tôi lựa chọn Propofol là thuốc có thời gian khởi phát nhanh và thời gian tác dụng ngắn. Tuy nhiên, Propofol là thuốc có nguy cơ gây tụt huyết áp trong lúc khởi mê nên chúng tôi đã sử dụng liều thấp (1,2mg/kg) và chia thành hai lần để bolus khởi mê. Trong các thuốc mê tĩnh mạch đang sử dụng, chúng tôi không lựa chọn Ketamin vì thuốc này gây nhịp tim nhanh trên nền bệnh nhân rung nhĩ dẫn đến hiệu quả co bóp tổng máu từ nhĩ xuống thất càng kém. Etomidat là thuốc ít ức chế co bóp cơ tim và ổn định huyết động nhưng hiện tại chúng tôi không có thuốc này. Duy trì mê bằng Sevofluran, là thuốc có tác dụng bảo vệ cơ tim, phối hợp với thuốc giãn cơ Rocuronium và Fentanyl giúp đảm bảo huyết động trong phẫu thuật vì yêu cầu của gây mê cho phẫu thuật ổ bụng là đảm bảo giãn cơ, giảm đau đầy đủ, ức chế phản xạ thần kinh thực vật tạo điều kiện cho việc thăm dò, bộc lộ các tạng. Thuốc mê hô hấp có tác dụng ức chế cơ tim dẫn đến giảm

nhu cầu tiêu thụ ô xy cơ tim vì vậy có ảnh hưởng thuận lợi trên sự cân bằng cung cầu ô xy trong lúc thiếu máu cơ tim. Nhiều nghiên cứu thực nghiệm cho thấy thuốc mê hô hấp có tác dụng bảo vệ cơ tim chống lại với các hậu quả do thiếu máu và tái tưới máu qua cơ chế tiền thích nghi với thiếu máu cơ tim cục bộ [9].

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi đã giảm áp lực bơm CO₂ xuống 10mmHg nhằm góp phần hạn chế ảnh hưởng của bơm CO₂ đến hô hấp và tuần hoàn. Trong quá trình phẫu thuật cần đảm bảo duy trì cân bằng lượng dịch vào và ra của cơ thể, cân bằng kiềm toan. Thông qua các giá trị khí máu tại 3 thời điểm (Bảng 2), áp lực tĩnh mạch trung tâm tại hai thời điểm (Bảng 1) và thể tích nước tiểu trong phẫu thuật (Bảng 3) đã cho thấy chúng tôi đáp ứng được yêu cầu trên.

4. KẾT LUẬN

Gây mê cho phẫu thuật ngoài tim ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh lý tim mạch kết hợp các bệnh lý nền nặng khác vẫn là vấn đề phức tạp, đòi hỏi bác sĩ gây mê phải có kiến thức, kinh nghiệm, đặc biệt là vấn đề lựa chọn và quản lý các thuốc sử dụng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sylvia L. Ranjeva, Avery Tung and Daniel S. Rubin (2021). "Morbidity and mortality after acute myocardial infarction following elective major non-cardiac surgery" *J Cardiothorac Vasc Anesth* 35(3): 834-842.
2. James B Froehlich and Kim A Eagle (2002). "Anaesthesia and the cardiac patient: the patient versus the procedure" *Heart* 87 (1): 91-96.
3. Kaul, Tej K, Tayal, Geeta (2007). "Anaesthetic considerations in cardiac patients undergoing noncardiac surgery" *Indian Journal of Anaesthesia* 51(4): 280-286.
4. Relin Yang, Matthew Wolfson and Michael C. Lewis (2011). "Unique aspects of the elderly surgical population" *Geriatr orthop surg rehabil* 2(2): 56-64.
5. Florence E Turrentine (2006). "Surgical risk factors, morbidity and mortality in elderly patients" *J am coll surg* 203(6): 865-877.
6. Hsiu-Rong Liao et al. (2012). "Atrial fibrillation: An anesthesiologist's perspective" *Acta Anaesthesiologica Taiwanica* 51(2013): 34-36.
7. Erin M. Hald et al. (2018) "Atrial fibrillation and cause-specific risks of pulmonary embolism and ischemic stroke" *Journal of the American Heart Association*;7.
8. Shyue – Luen Chang et al. (2018). " Association of varicose veins with incident venous thromboembolism and peripheral artery disease" *JAMA*;319(8):807-817.
9. Nguyễn Thị Quý (2011). "Bảo vệ cơ tim: Thuốc và thuốc mê hô hấp" <https://timmachhoc.vn/bo-v-c-tim-thuc-va-thuc-me-ho-hp/>