

VÔ CẢM CHO PHẪU THUẬT CẮT HOẠI TỬ Ở BỆNH NHÂN BẠCH CẦU CẤP (Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Ngọc Thạch¹, Nguyễn Quang Đông¹, Phạm Thái Dũng²

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh viện Bỏng Quốc gia thường không hay điều trị phẫu thuật cắt hoại tử do bệnh lý bạch cầu cấp. Do đó việc lựa chọn phương pháp vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử cho các bệnh nhân này cần phải cân nhắc kỹ lưỡng vì các bệnh nhân thường bị ức chế miễn dịch, thiếu máu, giảm tiểu cầu. Vào ngày 8/1/2018 chúng tôi đã gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử trên bệnh nhân bạch cầu cấp.

Giới thiệu ca bệnh: Bệnh nhân Vũ Hồng Q., nam, 9 tuổi, có tiền sử bệnh bạch cầu cấp phát hiện và điều trị nhiều đợt Bệnh viện Huyết học truyền máu Trung ương.

Trước khi vào Bệnh viện Bỏng Quốc gia 1 tháng, cháu xuất hiện vết loét cẳng chân trái không lành, vào Khoa Hồi sức cấp cứu/Bệnh viện Bỏng Quốc gia ngày 4/1/2018 trong tình trạng, tỉnh, nhiệt độ 37^o5C, mạch 103 lần/phút, huyết áp 115/65mmHg, niêm mạc nhợt, SpO₂ 98%, rì rào phế nang rõ, không có rale, bụng chướng nhẹ. Tại chỗ tổn thương hoại tử độ IV, V chân trái tím tiết dịch hôi diện tích 7%. Bệnh nhân được chẩn đoán khi vào khoa là 7% hoại tử cẳng bàn chân trái trên bệnh nhân bạch cầu cấp thể L2.

Xét nghiệm trước phẫu thuật cho thấy thiếu máu, giảm tiểu cầu. Vào hồi 10 giờ 45 phút ngày 8/1/2018, bệnh nhân lên phòng mổ với chẩn đoán trước mổ 7% hoại tử cẳng chân trái. Phương pháp phẫu thuật là cắt hoại tử 7% chân trái ghép da đồng loại và phương pháp vô cảm là gây mê sử dụng phối hợp thuốc mê đường tĩnh mạch và thuốc mê đường hô hấp với mask không xâm nhập. Quá trình gây mê và phẫu thuật diễn ra an toàn.

Kết luận: Phẫu thuật cắt hoại tử ở bệnh nhân mắc bệnh lý bạch cầu cấp có thể được vô cảm hiệu quả và an toàn với phương pháp gây mê sử dụng mask không xâm nhập phối hợp thuốc mê đường tĩnh mạch và thuốc mê đường hô hấp.

Từ khóa: Vô cảm, phẫu thuật cắt hoại tử, bạch cầu cấp

ABSTRACT

Introduction: The National Burn Hospital doesn't often necrosis excision for acute leukemia. Therefore, the choice of anesthesia method for necrosis excision in these patients needs to be carefully considered because they often suffer from

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

Email: thachgmhs@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 06/1/2021

Ngày phản biện: 7/4/2021

Ngày duyệt bài: 20/4/2021

immunosuppression, anemia, and thrombocytopenia. On January 8th, 2018 we made general anesthesia for necrosis excision in an acute leukemia patient.

Case Presentation: *9-year-old male Vu Hong Q., the patient had a history of acute leukemia detected and treated several times at the National Hospital of Hematology and Transfusion.*

One month before admission to the National Burn Hospital, he appeared an ulcer on his left leg that did not heal and admitted to the intensive care unit of the National Burns Hospital on January 4th, 2018 in a state of consciousness, body temperature 37^o5C, pulse rate 103 bpm, blood pressure 115/65mmHg, pale mucous, SpO₂ 98% on room air, clear breath sound on bilateral lung fields, no rale, slight abdominal distention. There was 7% total body surface area of bad odor purple necrosis of level IV and V on left leg.

He was diagnosed when admission to the intensive care unit with was 7% total body surface area of necrosis of left leg in patients with acute leukemia L2. Tests before surgery showed anemia, thrombocytopenia. At 10:45 on January 8th, 2018, he was transferred to the operating room with a preoperative diagnosis of 7% total body surface area of necrosis on the left leg. The surgical method was the necrosis excision of 7% total body surface area on the left leg and skin homograft and the anesthetic method was general anesthesia using a combination of intravenous and inhalational anesthetics with a non-invasive mask. The course of general anesthesia and surgery were safe.

Conclusion: *Necrosis excision in an acute leukemia patient could be made efficacious and safe by general anesthesia with a non-invasive mask using a combination of intravenous and inhalational anesthetics.*

Keywords: *Anesthesia, necrosis excision, acute leukemia*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Bông Quốc gia thường không hay điều trị phẫu thuật cắt hoại tử da do bệnh lý bạch cầu cấp. Do đó việc lựa chọn phương pháp vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử cho các bệnh nhân này cần phải cân nhắc kỹ lưỡng vì các bệnh nhân thường bị ức chế miễn dịch, thiếu máu, giảm tiểu cầu [1]. Vào ngày 8/1/2018, chúng tôi đã gây mê cho phẫu thuật cắt hoại tử trên bệnh nhân bạch cầu cấp.

2. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Vũ Hồng Q., nam, 9 tuổi, số bệnh án 5481, có tiền sử bệnh bạch cầu cấp, phát hiện và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2014, truyền hóa chất nhiều đợt tại Bệnh viện Huyết học truyền máu Trung ương.

Cách đây 1 tháng, cháu xuất hiện vết loét cẳng chân trái khi đang điều trị tại Bệnh viện Huyết học truyền máu Trung ương, sau đó chuyển sang khoa nhi Bệnh viện Bạch Mai nhưng vết thương không lành, hoại tử lan rộng tím đen cẳng bàn chân trái kèm theo sốt cao liên tục 39^oC.

Bệnh nhân chuyển vào Khoa Hồi sức cấp cứu/Bệnh viện Bông Quốc gia ngày 4/1/2018 trong tình trạng: Tỉnh, nhiệt độ 37^o5, mạch 103 lần/phút, huyết áp 115/65mmHg, da niêm mạc nhợt, SpO₂ 98%, rì rào phế nang rõ, không có rale, bụng chướng nhẹ.

Tại chỗ tổn thương hoại tử độ IV, V cẳng bàn chân trái tím đen tiết dịch nhiều mùi hôi diện tích 7%. Bệnh nhân được chẩn đoán khi vào khoa là 7% hoại tử cẳng bàn chân trái trên bệnh nhân bạch cầu cấp

thể L2.

Ngày 4/1/2018: Xét nghiệm máu có hồng cầu 3,09T/l; huyết sắc tố 87g/l; hematocrit 0,246l/l; tiểu cầu 96G/l; bạch cầu 7G/l, trung tính 69%; mono 16%; lympho 15%; ure 2mmol/l; glucose 5,3mmol/l; creatinin 35 μ mol/l; protein toàn phần 54g/l; albumin 28g/l; SGOT 24U/l; SGPT 11U/l, bilirubin toàn phần 9,7 μ mol/l; bilirubin trực tiếp 4,2 μ mol/l

Ngày 5/1/2018: Xét nghiệm nước tiểu có tỷ trọng 1,025; pH 5,5; bạch cầu (-); hồng cầu (-); thể ceton (-); protein (-). Xét nghiệm khí máu pH 7,52; Na⁺ 134mmol/l; K⁺ 2mmol/l; Ca⁺⁺ 0,97mmol/l; lactate 1,2mmol/l. Xét nghiệm đông máu toàn bộ PT 95%, fibrinogen 5,95g/l; APTT 33s.

Tại Khoa Hồi sức cấp cứu bệnh nhân đã được truyền dịch, truyền máu, kháng sinh, bảo vệ dạ dày, chống dị ứng, thay băng.

Vào hồi 10 giờ 45 phút ngày 8/1/2018, bệnh nhân lên Phòng Mổ với chẩn đoán trước mổ 7% hoại tử cẳng chân trái. Phương pháp phẫu thuật là cắt hoại tử 7% chân trái ghép da đồng loại và phương pháp vô cảm là gây mê sử dụng phối hợp thuốc mê đường tĩnh mạch và thuốc mê đường hô hấp với mask không xâm nhập. Tại phòng mổ, bệnh nhân được thiết lập đường truyền tĩnh mạch với kim lùn 20G truyền dung dịch Voluven, thở oxy qua mũi 2 lít/phút, lắp đặt thiết bị theo dõi các chỉ số sinh tồn.

Vào hồi 10 giờ 50 phút ngày 8/1/2018, bệnh nhân được tiền mê bằng tiêm tĩnh mạch chậm Midanium 1mg, Fentanyl 50mcg với các chỉ số sinh tồn, mạch 126 lần/phút, huyết áp 104/56 mmHg, SpO₂ 99%.

Vào hồi 10 giờ 55 phút ngày 8/1/2018, bệnh nhân được khởi mê Ketamin 60mg với các chỉ số sinh tồn: Mạch 136 lần/phút, huyết áp 112/87mmHg, SpO₂ 99%, úp

mask không xâm nhập và duy trì mê bằng Sevoran Vol 2 - 3%, thông khí nhân tạo mode kiểm soát thể tích với thể tích khí lưu thông 300ml; tần số thở 24 lần/phút, tỷ lệ thời gian thở vào : thở ra là 1:2; tỷ lệ thời gian cao nguyên thở vào 10% đạt áp lực đỉnh 18mmHg; EtCO₂ 25mmHg.

Vào hồi 11 giờ ngày 8/1/2018, bệnh nhân bắt đầu được phẫu thuật cắt hoại tử và vào hồi 11 giờ 45 phút ngày 8/1/2018, phẫu thuật kết thúc với các chỉ số sinh tồn, mạch 148 lần/phút, huyết áp 127/95mmHg, SpO₂ 100%.

Vào hồi 12 giờ ngày 8/1/2018, bệnh nhân tỉnh với các chỉ số sinh tồn, mạch 152 lần/phút, huyết áp 142/90mmHg, SpO₂ 100%. Thuốc và dịch truyền đã sử dụng trong phẫu thuật bao gồm Midanium 1mg, Fentanyl 50mcg, Tranexamic axit 500mg, Voluven 500mL, Glucolyte 500mL, Panangin 2 ống, hồng cầu khối nhóm B 350mL, huyết tương 200ml nhóm B.

3. BÀN LUẬN

Bệnh lý máu ác tính khá phổ biến ở trẻ em với khoảng 630 ca mắc mới hàng năm ở nước Anh. Với tỷ lệ mắc phải bệnh bạch cầu cấp gia tăng và việc cải thiện tỷ lệ sống sót 5 năm đạt khoảng 85%, bác sỹ gây mê ngày càng bắt gặp và phải vô cảm cho các bệnh nhi này thực hiện các thủ thuật chẩn đoán, hóa trị, phẫu thuật và điều trị tích cực [1].

Trẻ em mắc bệnh bạch cầu cấp thường có khuynh hướng vãng khuẩn huyết (bacteremia) giảm bạch cầu [2]. Điều này có thể liên quan trực tiếp với quá trình bệnh do tủy xương không sản xuất ra các tế bào duy trì đáp ứng miễn dịch. Chức năng miễn dịch suy giảm cũng có thể do điều trị (hóa trị hoặc xạ trị), bệnh kèm theo.

Trước khi vô cảm cần có kết quả xét nghiệm công thức máu ngoại vi để xác định số lượng bạch cầu và xem liệu bệnh nhi có thiếu máu hoặc giảm tiểu cầu nghiêm trọng không. Cần nhắc nhở cẩn thận nguy cơ/lợi ích nếu sử dụng kỹ thuật gây tê vùng đặc biệt gây tê trực thần kinh vì có thể gia tăng nguy cơ nhiễm trùng và tránh tiêm bắp vì có thể hình thành áp xe tại chỗ [1].

Bệnh nhân này mặc dù đã được truyền máu trong thời gian nằm điều trị trước mổ tại khoa nhi nhưng vẫn có biểu lộ thiếu máu trước mổ với huyết sắc tố 87g/l. Ngoài ra bệnh nhân này có chỉ định phẫu thuật cắt hoại tử 7% ở chân trái nhưng do tiểu cầu giảm là 96G/l nên chống chỉ định gây tê tủy sống cũng như gây tê ngoài màng cứng cho phẫu thuật và giảm tiểu cầu khiến cho phải cẩn thận khi đặt các dụng cụ xâm nhập đường khí đạo.

Yêu cầu vô cảm cho phẫu thuật cắt hoại tử ở bệnh nhân này chỉ cần bệnh nhân ngủ, không đau, hô hấp và huyết động ổn định mà không yêu cầu sử dụng thuốc giãn cơ. Vì vậy chúng tôi đã không sử dụng gây mê nội khí quản cũng như gây mê mask thanh quản nhằm hạn chế tổn thương trên đường khí đạo ở bệnh nhân này đã sẵn có tiểu cầu thấp mà lựa chọn phương pháp gây mê sử dụng mask không xâm nhập phổi hợp thuốc mê đường tĩnh mạch và thuốc mê đường hô hấp nhằm giảm liều lượng các thuốc mê được sử dụng, giúp bệnh nhân nhanh hồi tỉnh sau phẫu thuật. Mặc dù với trẻ nhỏ mắc bệnh máu ác tính, người ta thường ưa thích gây mê nội khí quản hơn trong lúc với trẻ lớn việc sử dụng gây mê mask thanh quản có lẽ phù hợp hơn [1].

Bệnh nhân này có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường là 7G/l, có lẽ do đã được điều trị đầy đủ theo phác đồ trong thời gian dài. Với các bệnh nhân có

số lượng bạch cầu cao gây tăng độ quánh của máu dẫn đến tổn thương nội mô, tắc nghẽn mao mạch, vi nhồi máu, rối loạn chức năng cơ quan. Các cơ quan có nguy cơ cao nhất là não và phổi. Ở não là chảy máu não hoặc nhồi máu não trong lúc sự ứ trệ bạch cầu ở mao mạch phổi gây hủy hoại phế nang, thiếu oxy mô, suy hô hấp [1].

Bệnh nhi mắc bệnh máu ác tính có thể phát triển suy hô hấp như là hậu quả của nhiễm khuẩn hoặc do tác dụng phụ của thuốc điều trị và các bệnh nhi này có nguy cơ cao hơn viêm phổi do thở máy. Do đó trong quá trình gây mê với mask không xâm nhập cho bệnh nhân này chúng tôi đã sử dụng mode thở kiểm soát thể tích và trong quá trình vô cảm phẫu thuật bệnh nhân không bị suy hô hấp với SpO₂ luôn dao động quanh 99 - 100%.

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt hoại tử ở bệnh nhân mắc bệnh lý bạch cầu cấp có thể được vô cảm hiệu quả và an toàn với phương pháp gây mê sử dụng mask không xâm nhập phổi hợp thuốc mê đường tĩnh mạch và thuốc mê đường hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Louise Oduro-Dominah, Liam J Brennan (2013)**. "Anaesthetic management of the child with hematological malignancy" *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain* 13(5):158-164
2. **Tamburo R. (2005)**. "Paediatric cancer patients in clinical trials of sepsis: factors that predispose to sepsis and stratify outcome" *Pediatric Crit Care Med* 6:87-91