

GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN CHO PHẪU THUẬT VI PHẪU TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TÂM THU THẮT NHỊP ĐÔI

(Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Ngọc Thạch, Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Văn Quỳnh,
Mai Đình Hương, Phạm Thị Thu Hương,
Hoàng Kim Huệ, Tống Thanh Hải
Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Phẫu thuật vi phẫu thường kéo dài và được vô cảm bằng gây mê nội khí quản. Phẫu thuật vi phẫu được tiến hành trên bệnh nhân có ngoại tâm thu thất nhịp đôi mang lại nhiều nguy cơ và là một thách thức với bác sĩ gây mê. Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước mổ và gây mê nội khí quản kết hợp sử dụng phác đồ xử trí ngoại tâm thu thất trước trong và sau mổ là các yếu tố góp phần cho vô cảm thành công ở bệnh nhân này.

Từ khóa: Ngoại tâm thu thất nhịp đôi, gây mê, phẫu thuật vi phẫu

SUMMARY

Microsurgery is often prolonged and made under endotracheal general anesthesia. Microsurgery on bigeminal ventricular premature beat patient presents many risks and is a challenge for anesthesiologist. Good preparation for the patient before the surgery and endotracheal general anesthesia combining with treatment protocol of perioperative ventricular premature beat are factors contributing to successful anesthesia in the patient.

Key words: Bigeminal ventricular premature beat, general anesthesia, microsurgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật vi phẫu thường kéo dài và vô cảm bằng gây mê nội khí quản. Phẫu thuật vi phẫu được tiến hành trên bệnh nhân có ngoại tâm thu thất nhịp đôi mang lại nhiều nguy cơ cho bệnh nhân này cả trước trong và sau phẫu thuật.

Theo Lown và cộng sự (1977) với ngoại tâm thu thất nhịp đôi, tức là xen kẽ giữa một phức bộ QRS bình thường với một ngoại tâm thu thất, có tỷ lệ tử vong là 20% [4].

Ngày 08/08/2019, Phòng Mổ - Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác đã tiến hành gây mê nội khí quản thành công cho ca phẫu thuật vi phẫu trên bệnh nhân nam 32 tuổi được chẩn đoán 8cm² hoại tử và tổ chức hạt lộ xương trán gò má sau bông bô xe máy tháng thứ 3.

2. THÔNG BÁO CA BỆNH

Bệnh nhân Lý Văn T., nam 32 tuổi, số bệnh án 5767, cao 1,7m, nặng 60kg, vào viện ngày 23/07/2019 với chẩn đoán 8cm² hoại tử tổ chức hạt lộ xương trán gò má sau bông bô xe máy tháng thứ 3. Hỏi và khám bệnh nhân cho thấy không có tiền sử ngất, không tức ngực, không khó thở, không phù, không tím tái, tỉnh táo, phổi nghe không có rales, không sốt, nhịp

¹Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Thạch
Khoa Gây mê, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác
Email: thachgmhs@yahoo.com

tim không đều 80lần/phút, mạch không đều 40 lần/phút, huyết áp 127/70mmHg, SpO₂ 98%.

Điện tim ngày 24/07/2019 có nhịp xoang, ngoại tâm thu thất nhịp đôi một ổ một dạng. Siêu âm tim 01/08/2019 cho thấy kích thước buồng tim bình thường, chức năng tâm thu thất trái bình thường.

Xét nghiệm ngày 24/07/2019 cho thấy Natri máu 138,7mmol/L; K máu 3,14mmol/L và Canxi máu 1,23 mmol/L.

Ngày 01/08/2019, Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Quân y 103 đã khám và chẩn đoán ngoại tâm thu thất nhịp đôi hạ Kali máu và chỉ định bổ sung Kali theo xét nghiệm, tiêm tĩnh mạch Lidocain 80mg sau đó truyền Lidocain 1 - 4mg/phút.

Ngày 06/08/2019, xét nghiệm điện giải có Natri máu 137,7mmol/L, K máu 3,85mmol/L và Canxi máu 1,2mmol/L.

Ngày 07/08/2019, Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Quân y 103 đã khám lại và chỉ định bổ sung Kali, truyền tĩnh mạch Lidocain 800mg pha trong 1000mL NaCl 0,9% tốc độ 30 giọt/phút, uống Seduxen 5mg buổi tối.

Bệnh nhân có lịch mổ dự kiến vào ngày 08/08/2019 với phương pháp mổ là chuyển vật vi phẫu và phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản.

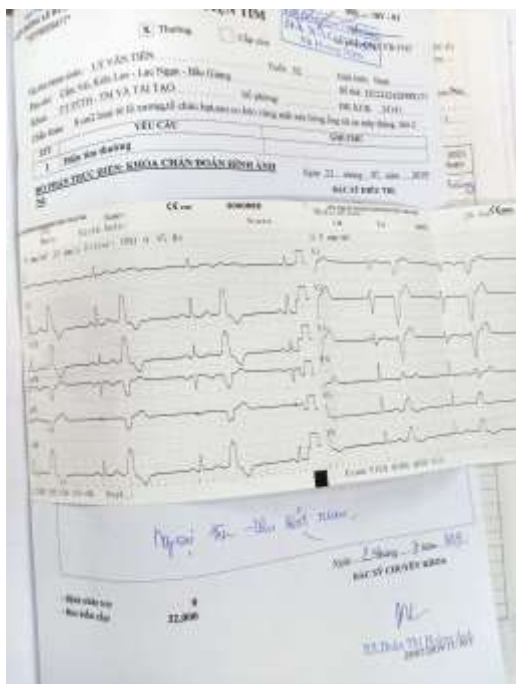
Sáng ngày 08/08/2019 trước khi lên phòng mổ, xét nghiệm điện giải có Natri máu 136mmol/L, K máu 4,19mmol/L và Canxi máu 1,21mmol/L; điện tim cùng lúc cho thấy ngoại tâm thu trên thất và ngoại tâm thu thất. Bệnh nhân lên phòng mổ lúc 8h30 ngày 08/08/2019 trong tình trạng tỉnh táo vẫn còn ngoại tâm thu thất nhịp đôi, tần số tim 72lần/phút, huyết áp 116/76mmHg, SpO₂ 99%. Bệnh nhân được thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi bằng kim lườn 18G ở tay trái truyền Ringerlactat, đặt huyết áp động mạch xâm nhập ở động mạch quay bên phải, đặt catheter 7F ở tĩnh mạch đùi bên phải. Sau đó, bệnh nhân được tiêm tĩnh mạch Lidocain 100mg trong một phút, sau 5

phút lại tiêm tĩnh mạch Lidocain hai lần, mỗi lần 50mg cách nhau mỗi 5 phút, truyền MgSO₄ liều nạp 1g trong 20 phút và truyền tĩnh mạch liều nạp Amiodaron 150mg trong 10 phút. Sau khi truyền tĩnh mạch Amiodaron hết ngoại tâm thu thất và tiêm tĩnh mạch Fentanyl 300mcg, Midazolam 3000mcg, Rocuronium 30mg, soi đèn nội khí quản, phun tê Lidocain 10% vào nắp và khe thanh môn rồi đặt ống nội khí quản 7,5 vào hồi 9h25 ngày 08/08/2019.

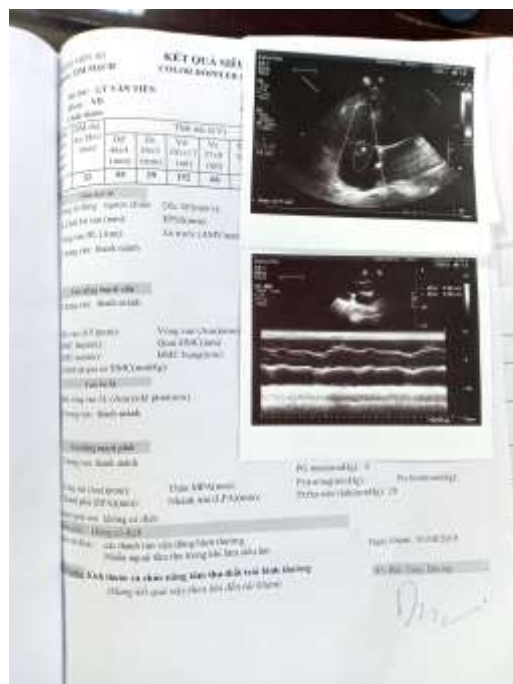
Bắt đầu mổ 9h35 ngày 08/08/2019, trong mổ duy trì truyền tĩnh mạch Midazolam 0,25 - 1mcg/kg/phút, tiêm tĩnh mạch Fentanyl ngắt quãng 100mcg mỗi lần theo đáp ứng trên lâm sàng. Trong mổ duy trì thông khí nhân tạo kiểm soát thể tích (VCV), cài đặt thể tích lưu thông (Vt) = 480ml, tần số thở 16 lần/phút, tỷ lệ thời gian thở vào/thở ra (I/E)=1/2, áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) = 5cmH₂O.

Trong mổ mặc dù duy trì truyền tĩnh mạch Lidocain 1 - 4mg/phút nhưng vẫn xuất hiện ngoại tâm thu thất với tần số tim 60 - 72 lần/phút, huyết áp động mạch xâm nhập 95/60 - 110/70mmHg, SpO₂ 97 - 99%, phân áp CO₂ cuối thì thở ra (EtCO₂) 27 - 32mmHg.

Kết thúc mổ 13h ngày 08/08/2019 với tần số tim 72 lần/phút vẫn còn ngoại tâm thu thất, huyết áp động mạch xâm nhập 108/71mmHg, SpO₂ 99%, EtCO₂ 32mmHg và bệnh nhân được chuyển về Khoa Hồi sức để tiếp tục thông khí nhân tạo, chăm sóc và theo dõi. Tại Khoa Hồi sức xét nghiệm khí máu lúc 13h36 ngày 08/08/2019 cho thấy: pH 7,52; BE 2,4mmol/L; P/F = 253/60; Lactat 1,2; Na⁺ 131mmol/L; K⁺ 3,8mmol/L; Ca⁺⁺ 0,82mmol/L; Glucose 6,6mmol/L; Hematocrit 43%. Bệnh nhân được rút ống nội khí quản vào hồi 15h ngày 08/08/2019 trong tình trạng tỉnh táo, tần số tim 80 lần/phút, huyết áp không xâm nhập 110/60mmHg, SpO₂ 98% với thở oxy 3 lít/phút. Tổng liều lượng thuốc và dịch truyền sử dụng trong mổ bao gồm Voluven 500mL, Ringerlactat 500mL, Atropin 1,5g, Midazolam 17mg, Fentanyl 500mcg, Amiodaron 150mg, Rocuronium 30mg, Magiesulfat 1g, Lidocain 460mg.



Hình 1. Kết quả điện tim ngày 24/07/2019 tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác



Hình 2. Kết quả siêu âm tim ngày 01/08/2019 tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Quân y 103



Hình 3. Kết quả điện tim ngày 08/08/2019 trước khi lên Phòng mổ Bệnh viện Bông



Hình 4. Bệnh nhân sau khi kết thúc phẫu thuật

3. BÀN LUẬN

Với phẫu thuật vi phẫu vùng đầu mặt cổ, vô cảm bằng gây mê nội khí quản có sử dụng thuốc giãn cơ thông khí nhân tạo là một lựa chọn hợp lý. Liều lượng thuốc mê, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ được sử dụng trong gây mê cho bệnh nhân này đều nằm trong giới hạn khuyến cáo.

Midazolam có tác dụng an thần, ít thay đổi hoặc tăng nhẹ tần số tim, đã được chúng tôi lựa chọn sử dụng để khởi mê và duy trì mê. Các thuốc mê Propofol, Sevofluran... không có chỉ định áp dụng ở bệnh nhân này do các thuốc mê này gây giảm nhịp tim, hạ huyết áp, suy giảm cơ bóp cơ tim [2] trong khi bệnh nhân có ngoại tâm thu thất nhịp đôi, mạch chậm 40 lần/phút.

Ketamin gây tăng nhịp tim, tăng tiêu thụ oxy cơ tim lên 30 - 40% cũng như gây ảo giác [2] nên cũng không phù hợp cho bệnh nhân này.

Bệnh nhân được phát hiện ngoại tâm thu thất nhịp đôi khi vào Bệnh viện Bông, và theo phân loại ngoại tâm thu thất của Lown và cộng sự (1977) với ngoại tâm thu thất nhịp đôi có tỷ lệ tử vong là 20% [4]. Bệnh nhân đã được khám và chỉ định điều trị ngoại tâm thu thất nhịp đôi theo phác đồ của Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Quân y 103. Tuy nhiên khi lên phòng mổ bệnh nhân vẫn còn xuất hiện ngoại tâm thu thất nhịp đôi và đã được chúng tôi điều trị bằng Lidocain, Amiodaron, MgSO₄ theo khuyến cáo của các tác giả trong và ngoài nước [2] [3] cho đến khi không còn xuất hiện ngoại tâm thu thất nhịp đôi, chúng tôi mới tiến hành khởi mê đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo và bắt đầu tiến hành phẫu thuật. Trong mổ chúng tôi tiếp tục duy trì truyền tĩnh mạch Lidocain để điều trị ngoại tâm thu thất tái xuất hiện.

Theo Nguyễn Văn Chùng (2004) xử trí rối loạn nhịp tim với Lidocain ở bệnh nhân không suy tim bao gồm tiêm tĩnh mạch chậm 100mg Lidocain trong 1 phút, nếu vẫn còn rối loạn nhịp tim tiêm tĩnh mạch Lidocain 50mg mỗi phút nhưng không vượt quá 200mg, nếu vẫn còn rối

loạn nhịp tim sẽ điều trị với thuốc chống loạn nhịp tim khác. Nếu bệnh nhân không suy giảm chức năng gan, truyền tĩnh mạch Lidocain 50mcg/kg/phút, sau 12 - 24giờ giảm liều từ 30 - 50% và sau 48 giờ ngừng sử dụng Lidocain [2].

Theo N.Dua và V.P.Kumra (2007) xử trí rối loạn nhịp thất trong mổ có thể bằng tiêm tĩnh mạch liều nạp Lidocain 1mg/kg, lặp lại mỗi 5 phút, truyền tĩnh mạch liên tục Lidocain 30 - 50mcg/kg/phút hoặc truyền tĩnh mạch Amiodaron với liều nạp 150mg/10phút sau đó là 360mg/6giờ và truyền tĩnh mạch MgSO₄ nếu có giảm nồng độ Magie trong máu [3].

4. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ngoại tâm thu thất nhịp đôi trải qua phẫu thuật vi phẫu là một thách thức với bác sỹ gây mê. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ đầy đủ, gây mê nội khí quản thông khí nhân tạo trong mổ kết hợp sử dụng phác đồ hợp lý xử trí ngoại tâm thu thất trước trong và sau mổ là các yếu tố góp phần cho vô cảm phẫu thuật vi phẫu thành công ở bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chùng (2004). Sử dụng lâm sàng thuốc gây mê hồi sức; trang 67-68, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh.
2. Trường đại học y Hà nội (2014). Bài giảng gây mê hồi sức tập 1; trang 411-517, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. N.Dua, V.P.Kumra (2007). Management of perioperative arrhythmias. Indian Journal of Anaesthesia;51(4):310-323.
4. B. Lown *et al.* (1977). Management of patients with malignant ventricular arrhythmias. Am J Cardiol 39:910-918.