

GÂY MÊ HỒI SỨC BỆNH NHI THOÁT VỊ HOÀNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị hoành bẩm sinh là do khiếm khuyết phần sau bên của cơ hoành (khe Bochdalek). Một số ít có thể thoát vị qua phần trước giữa của cơ hoành (khe morgani) hoặc khe thực quản. Một hoặc nhiều cơ quan trong ổ bụng đi vào lồng ngực như ruột, dạ dày, lách, gan chui lên lồng ngực gây chèn ép phổi gây suy hô hấp, tăng áp động mạch phổi...

Tần suất 1/2.000 - 1/5.000 trẻ sinh sống. Bên trái 80%, bên phải 20%.

2. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

2.1. Lâm sàng

- Bệnh nhân suy hô hấp đã được hỗ trợ: thở oxy, máy thở...
- Bệnh nhân tỉnh cờ phát hiện khi nhập viện do một nguyên nhân khác.
- Bệnh nhân phẫu thuật chương trình theo hẹn.

2.2. Thăm khám: (xem thêm bài thoát vị hoành trong phác đồ điều trị).

- Đánh giá bệnh nhân trước mổ: thăm khám toàn thân.
- Độ nặng lâm sàng.
- Hồi sức trước mổ.
- Các dị tật hoặc bệnh lý nội khoa kèm theo: đánh giá tình trạng nhiễm trùng, tình trạng viêm phổi và các dị tật mà gây ảnh hưởng khi gây mê.
- Các yếu tố tiên lượng.
- Phương pháp phẫu thuật: mổ hở hoặc mổ nội soi.

2.3. Cận lâm sàng

- Cho trẻ lớn và bệnh nhân được mổ chương trình theo hẹn:
 - + Tổng phân tích tế bào máu.
 - + Đông máu toàn bộ.
 - + Nước tiểu 10 thông số.

- + Bilirubin TP, GT, TT.
- + SGOT, SGPT.
- + Ure và creatinin máu.
- + X quang ngực không sửa soạn.
- Cho bệnh nhân sơ sinh:
 - + Ngoài các xét nghiệm thường quy trên cần làm thêm.
 - + Điện giải đồ.
 - + Khí máu.
 - + Siêu âm tim màu: tìm bẩm sinh phổi hợp, cao áp phổi.
 - + Siêu âm não, bụng: tìm dị tật phổi hợp.

2.4. Chuẩn bị khác

- Tắm, vệ sinh trước mổ: theo quy trình bệnh viện.
- Đăng ký máu nhóm 1 (theo tiêu chuẩn của bệnh viện).
- Chuẩn bị máy thở.
- Kháng sinh điều trị hoặc kháng sinh dự phòng theo tình trạng bệnh nhân.

3. PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ HỒI SỨC TRONG PHẪU THUẬT

Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

3.1. Tiền mê

- Midazolam 0,1 - 0,2 mg/kg tiêm tĩnh mạch.
- Fentanyl 2 µg/kg hoặc Sufentanil 0,2 - 0,5 µg/kg tiêm tĩnh mạch.

3.2. Dẫn đầu:

- Đặt nội khí quản nhanh (xem thêm bài đặt nội khí quản dạ dày đầy trong phác đồ).
- Dẫn đầu bằng ketamine tiêm tĩnh mạch hoặc Propofol tiêm tĩnh mạch (lưu ý chống chỉ định), giãn cơ, đặt nội khí quản sau khi cho giãn cơ.

3.3. Thở thuật

- Đặt thông tiểu.

- Đặt thông dạ dày.
- Đặt CVP.
- Huyết áp xâm lấn.

3.4. Duy trì

- Sevoflurane, kèm thêm thuốc mê tĩnh mạch nếu bệnh nhân không đủ độ mê do tình trạng viêm phổi hoặc cao áp phổi.

- Giảm đau: Fentanyl tiêm tĩnh mạch hoặc Sufentanil tiêm tĩnh mạch.
- Giãn cơ: Atracurium, hoặc Rocuronium hoặc Vecuronium.

3.5. Thông khí:

Thở máy.

3.6. Thử khí máu động mạch:

Nếu có điều kiện.

3.7. Dịch truyền: bù dịch, bù máu khi cần thiết.

- Nếu bệnh nhân đã được đặt nội khí quản tại ICU:
 - + Cho an thần hoặc giãn cơ tĩnh mạch trước khi chuyển bệnh đến phòng mổ.
 - + Chuyển bệnh với đủ phương tiện theo dõi.
 - + Có đủ dụng cụ cấp cứu đường thở.
 - + Trước khi gây mê cần kiểm tra lại một lần nữa các phương tiện theo dõi
 - + Atropin 0,02 mg/kg tiêm tĩnh mạch.
- Mổ nội soi: xem thêm bài Gây mê cho phẫu thuật nội soi trong phác đồ điều trị.

4. THEO DÕI TRONG GÂY Mê - PHẪU THUẬT

- Theo dõi ECG.
- Sinh hiệu, SpO₂:
- NIBP.
- CVP, huyết áp xâm lấn (nếu cần).

- Capnography.
- Thân nhiệt.
- Theo dõi lượng máu mất.
- Theo dõi máy thở.
- Theo dõi khí máu động mạch.

5. HẬU PHẪU

Chuyển hồi sức hoặc sơ sinh còn nội khí quản.

- Bóp bóng giúp thở kèm oxy.
- Monitor theo dõi lúc chuyển.
- Bàn giao bệnh cho hồi sức.

6. AN TOÀN BỆNH NHÂN

Tuân thủ quy trình checklist của bệnh viện.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ hết sức quan trọng.
- Lưu ý các dị tật và bệnh lý mắc phải kèm theo.
- Nếu bệnh nhân viêm phổi thì cần thiết phải thêm thuốc mê tĩnh mạch.
- Bệnh nhân thoát vị hoành có thể có sản do đó phải tính toán để cài đặt thông số máy thở cho phù hợp. Nên làm khí máu động mạch khi có điều kiện.
- Biến chứng thường gặp khi gây mê - phẫu thuật: chảy máu, tràn khí, hạ thân nhiệt, toan chuyển hóa, cao áp phổi, shunt P-T...
- Đặt sensor theo dõi SpO₂, ở tay P (trước ống động mạch) và một trong các chi còn lại (sau ống động mạch): dao động là cảnh báo sớm shunt P → T/tăng áp phổi.
- Dùng ống nghe trước ngực bên P (để theo dõi tràn khí màng phổi bên P do chấn thương áp lực).
- Thông khí nhẹ nhàng với áp lực < 20 cmH₂O; áp lực thông khí phải giảm khi đã đưa tạng thoát vị vào lại ổ bụng.
- Ủ ấm bệnh nhân.

- Bệnh nhân được mổ nội soi:

+ Lưu ý chỉ định và chống chỉ định của mổ nội soi.

+ Theo dõi tốc độ và áp lực bơm hơi vào ổ bụng.

+ Theo dõi thân nhiệt.

+ Theo dõi EtCO₂

+ Theo dõi kỹ ECG và áp lực máy thở vì đây là nội soi lồng ngực.

+ Việc kiểm soát hô hấp trong mổ nội soi rất khó khăn, do đó cần theo dõi được bằng thông khí thì phải hội ý với phẫu thuật viên để chuyển qua mổ hở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Trinh (2024), *Kỹ thuật gây mê cơ bản*, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh tr. 193-200.
2. Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2020), *Phác đồ điều trị nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 560-563.
3. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.