

HƯỚNG DẪN**Gây mê toàn diện trong phẫu thuật lấy thai**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)

1. PHÂN LOẠI MỒ LẤY THAI

Mức độ	Định nghĩa (tại thời điểm quyết định phẫu thuật)
1	Đang đe dọa trực tiếp tính mạng của mẹ hoặc thai
2	Sức khỏe của mẹ hoặc thai đang bị ảnh hưởng, nhưng không đe dọa tính mạng ngay lúc đó
3	Cần phải sanh sớm nhưng sức khỏe của mẹ/thai không bị ảnh hưởng
4	Vào lúc phù hợp với sản phụ và equipe sản khoa

2. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

- Khám tiền mê và các thông tin cần thiết
- Xét nghiệm
 - + Công thức máu
 - + Chức năng đông máu: TQ, TCK
 - + Nhóm máu
 - + Kháng thể bất thường hồng cầu
 - + Các xét nghiệm khác tùy tình trạng sản phụ
 - + Phản ứng chéo 2-4 đơn vị hồng cầu lắng nếu nguy cơ truyền máu cao
- Truyền Natri Clorua 0.9% hoặc Lactated Ringer với kim 16G hoặc 18G, tùy tình trạng bệnh nhân để điều chỉnh thể tích dịch truyền trước phẫu thuật. Chuẩn bị 2 đường truyền TM nếu BN có nguy cơ khác (truyền máu, điều chỉnh đường huyết, huyết áp, MgSO₄,...)
- Nhịn ăn uống (phẫu thuật chương trình)
 - + Ăn lần cuối: 8 giờ trước phẫu thuật
 - + Uống lần cuối: 2 giờ trước phẫu thuật (nước trong)
- Kháng tiết dạ dày: trước phẫu thuật 30 phút
 - + Ranitidine: 50 mg TM hoặc 150 mg uống
 - + Metoclopramide: 10 mg TM hoặc uống
- Đặt sonde dạ dày nếu dạ dày đầy. Hút sonde dạ dày
- Luôn để BN nằm nghiêng trái 15⁰

- Đặt sonde tiêu (sau gây tê, trước gây mê)

3. THUỐC THƯỜNG QUY

- Kháng sinh: Sau khi kẹp dây rốn
 - + Cefazoline: 1 g TM (< 80 kg); 2g TM (> 80 kg)
 - + Nếu dị ứng PNC: Clindamycin 600 mg TTM(< 80 kg); 1.2g TTM (>80 kg)
- Tăng co: sau khi kẹp dây rốn hoặc sau khi bóc nhau xong
 - + Oxytocin 10 UI/ NaCl 0.9% 100 ml: TTM nhanh
 - + Oxytocin 10 UI/ NaCl 0.9% 500 ml: TTM 90 ml/h
 - + Các thuốc khác tùy tình trạng bệnh nhân, theo yêu cầu PTV

4. GÂY Mê MỒ LẤY THAI

4.1 Trước phẫu thuật

- Khám tiền mê
 - + Các lần vô cảm trước có tai biến - biến chứng
 - + Đánh giá đường thở khó
 - + Đánh giá nguy cơ hít sặc
 - + Giải thích việc thở Oxy và đè sụn nhẫn trước khi ngủ mê
- Chuẩn bị các dụng cụ và phương án cho đường thở khó: đèn đặt NKQ khó, ống NKQ nhiều kích thước, mask thanh quản...
- Không cho người thân vào phòng phẫu thuật nếu BN được gây mê

4.2 Khởi mê (phẫu thuật lấy thai cấp độ 1)

- Chuyển bệnh nhân đến phòng phẫu thuật ở tư thế nghiêng trái
- Có sẵn người phụ (KTV GM)
- Lactated Ringer 500 ml TTM chảy tốc độ tối đa
- Chuyển BN qua bàn phẫu thuật với tư thế nghiêng trái 15⁰
- Kê đầu, cổ vai ở tư thế thuận lợi cho việc đặt ống nội khí quản (NKQ).
- Cho BN thở Oxy 100% với mask kín
 - + Bảo đảm thấy đường biểu diễn CO₂
 - + Trong lúc đó người phụ đặt monitoring theo dõi ECG, NIBP, SpO₂
 - + Bảo đảm máy hút sẵn sàng hoạt động và ở trong tầm tay
- Khi PTV đã sẵn sàng, người phụ thực hiện thủ thuật Sellick.
- Bảo đảm đường truyền TM chảy tốt
 - + Fentanyl 1-2 mcg/kg (TM) hoặc Alfentanyl 8-10 mcg/kg nếu BN có bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch máu não (Báo BS khoa nhi, bé sơ sinh sẽ được dùng thuốc hóa giải).
 - + Thiopental 4-5 mg/kg (TM) hoặc Propofol 2-2.5 mg/kg (TM)

+ Succinylcholine 1-1.5 mg/kg (TM)

- Khi đủ điều kiện, đặt ống nội khí quản (6.0-7.0), bơm bóng. Gắn vào hệ thống thông khí (Oxy 100%). Kiểm tra vị trí ống NKQ.

4.3 Lưu ý khi đặt NKQ khó

- Ở sản phụ, đường kính trong NKQ thường nhỏ hơn so với mức ước lượng. Đặc biệt trong trường hợp sản phụ bị viêm đường hô hấp trên hoặc tiền sản giật, vì thanh quản thường bị phù.
- Dùng stylet giúp đặt ống NKQ dễ hơn
- Nên sử dụng đèn soi thanh quản để đặt NKQ khó
- Thanh quản thường bị che khuất do đèn sụn nhĩ không đúng cách
- Đặt lại tư thế đầu và cổ
- Nếu đèn sụn nhĩ làm ảnh hưởng đến việc thông khí cung cấp Oxy thì có thể ngưng đèn. BN có thể bị hít sặc nhưng việc thiếu Oxy nguy hiểm hơn vì có thể gây tử vong.
- Lưu ý: Bệnh nhân không chết vì đặt NKQ thất bại. Bệnh nhân chết vì thiếu Oxy do cố gắng đặt ống NKQ nhiều lần hoặc do đặt ống NKQ vào thực quản mà không biết.
Nếu nghi ngờ, rút ống NKQ ra và thông khí lại bằng mask và bóng.

4.4 Duy trì mê và hóa giải

- Khi đã chắc chắn đặt NKQ đúng, cho BN thở máy. Điều chỉnh để duy trì EtCO₂ 35-40.
- FiO₂ 35-50%, N₂O 50-70%, Isoflurane hoặc Sevoflurane. Nếu BN bị mất máu nhiều, duy trì mê bằng cách tiêm TM Ketamine (dò liều mỗi lần 25 mg).
Lưu ý: BN có thể bị thức tỉnh bất cứ lúc nào.
- Sau khi kẹp dây rốn, thêm thuốc dẫn cơ: Rocuronium 15 mg hoặc Atracrium 15 mg, hoặc tùy tình trạng BN. Nếu được, nên theo dõi TOF để hướng dẫn sử dụng thuốc dẫn cơ. Đồng thời thêm Fentanyl 1-2 mcg/kg. Chú ý: lượng ối trong bình hút trước khi bắt bé để đánh giá lượng máu mất chính xác hơn.
- Truyền Paracetamol và/hoặc NSAID để giảm đau sau phẫu thuật, nếu đau không giảm sử dụng Morphine PCA theo phác đồ.
 - + Perfalgan 1 g: 1 chai x 4 TTM/15 phút, cách 6 giờ
 - + Voltaren 75 mg: 1 ống TB
 - + Nếu mức độ đau ≥ 4 , theo phác đồ Morphine PCA
- Khi kết thúc cuộc phẫu thuật, sử dụng máy đo độ dẫn cơ để xem BN đã hồi phục hoàn toàn chưa. Cần lưu ý đặc biệt những BN đã hoặc đang sử dụng Magnesium Sulphate.
- Hóa giải dẫn cơ bằng Neostigmin và Atropin

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng GMHS Trường ĐHYD TP HCM
2. Bài giảng GMHS Trường ĐHY Hà Nội
3. Sách GMHS sản khoa của Bs Tô Văn Thìn Bv Hùng Vương

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương