

# PHÁC ĐỒ GÂY MÊ DẠ DÀY DÀY

*Ban hành kèm theo Quyết định số 181/ QĐ-BV ngày 13/3/2014*

## 1/ Tổng quan:

Nguy cơ hít phải chất nôn từ dạ dày tăng từ 1/3.900 lên 1/9.000 trong phẫu thuật cấp cứu. Tỷ lệ tử vong sau hít sặc là 3-5%.

## 2/ Các giai đoạn có nguy cơ hít sặc:

- Dẫn mê: thời gian sau khi bệnh nhân mất ý thức đến trước khi bệnh nhân được bơm bóng trên ống nội khí quản.
- Trong lúc mê: do trào ngược thụ động, thường ở bệnh nhân lớn tuổi hay trẻ nhỏ.
- Sau mê: do bất thường của hầu và thanh quản nếu rút ống quá sớm.

## 3/ Yếu tố nguy cơ:

- Bình thường : dạ dày trống sau 2 giờ khi uống nước trong và 6 giờ sau khi ăn. Trẻ nhũ nhi 4 giờ sau khi bú sữa mẹ.
- Sự làm trống dạ dày chậm hơn ở:
  - Bệnh nhân chấn thương.
  - Tiểu đường, béo phì.
  - Dùng thuốc Morphin tổng hợp.
  - Viêm phúc mạc do các nguyên nhân.
  - Liệt ruột (sau mổ. Do các rối loạn chuyển hóa : tăng kali, tăng ure máu, toan chuyển hóa do tăng ceton máu trên bệnh nhân đái tháo đường . Do các thuốc kháng choline).
  - Tắc ruột.
  - K dạ dày gây hẹp môn vị.
  - Sốc do các nguyên nhân.
  - Lo lắng.
  - Phụ nữ có thai 3 tháng cuối.

- Đau chuyển dạ.
- Thoát vị cơ hoành .
- Mới ăn, uống.
- Thủ thuật Sellick: Dùng ngón cái và ngón giữa giữ sụn nhĩ, ngón trỏ đè lên sụn nhĩ với một lực khoảng 30N, ngay khi bệnh nhân mất tri giác và liên tục đến khi bơm cuff, đặc biệt trong thời gian này không được bóp bóng giúp thở. Nếu bệnh nhân nôn thì ngưng thủ thuật Sellick. Chống chỉ định: Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ.

### 5/ Các thuốc ngừa hít sặc:

❖ Antacid.

❖ Thuốc đối kháng các thụ cảm thể  $H_2$ :

+ Cimetidine 200 mg hay ranitidine 300 mg uống với 30 ml nước, uống vào đêm trước mổ và sáng ngày mổ; thời gian bắt đầu tác dụng 45-60 phút; kéo dài 10 giờ.

+ Có thể kết hợp cimetidine 400 mg và thuốc kháng acide; thời gian bắt đầu tác dụng nhanh hơn.

❖ Thuốc làm trống dạ dày:

+ Erythromycin 100 mg, thời gian bắt đầu hoạt động khoảng 30 phút, có thể gây đau bụng và nôn mửa, mất ý thức hoặc ức chế hô hấp sau mổ (nếu kết hợp với midazolam và Alfentanil).

### 6/ Phác đồ gây mê dạ dày đầy: Gồm 4 bước

Chuẩn bị, Khởi mê, Duy trì mê và Hồi tỉnh.

#### • 6.1. Bước 1: Chuẩn bị

- Nhận định bệnh nhân có nguy cơ trào ngược dịch vị và tiên lượng đặt nội khí quản khó.
- Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch.
- Có thể cho bệnh nhân nằm tư thế Trendelenbourg.

- Đặt sonde dạ dày và hút dịch dạ dày (sau đó có thể rút hoặc lưu sonde dạ dày).
- Kiểm tra máy hút hoạt động tốt và sẵn sàng bên cạnh bệnh nhân.
- Không bóp bóng bằng tay.
- Thở oxy 100% qua mask 8-10L/p( 4 nhịp hít thở trong trường hợp tối khẩn cấp, hoặc tối thiểu 3 phút trước khởi mê).

- **6.2. Bước 2:** Khởi mê

- **6.2.1. Dẫn mê:** 1 trong 3 thuốc sau và Thủ thuật Sellick

- Thiopental: 5 mg/kg hoặc
    - propofol: 1-2mg/kg hoặc
    - Etomidate: 0.2-0.5mg/kg.

- **6.2.2. Dẫn cơ:** dùng các thuốc có thời gian tiềm phục ngắn, có thể sử dụng 1 trong 2 thuốc sau:

- Succinylcholine: 1 mg/kg 30-60 giây sau có thể đặt nội khí quản (là thuốc dẫn cơ thích hợp nhất).
    - Rocuronium: 1mg/kg dùng cho bệnh nhân chống chỉ định với Succinylcholine và không có yếu tố đặt nội khí quản khó.

- \* **Một số cách dùng khác:**

- Liều mỗi: tiêm 1 liều nhỏ dẫn cơ không khử cực ngay trước khi tiêm thuốc mê, sau 60 giây tiêm hết số thuốc dẫn cơ còn lại → Rút ngắn thời gian tiềm phục của thuốc dẫn cơ không khử cực.
    - Trường hợp đặt nội khí quản khó: Có thể đặt nội khí quản với ống nội soi mềm (xem bài đặt nội khí quản khó).

- **6.3. Bước 3:** Duy trì mê

Giống như gây mê cho các loại phẫu thuật khác.

- **6.4. Bước 4:** Hồi tỉnh

- Hút sạch chất tiết trong nội khí quản.
    - Hút và lưu sonde dạ dày.

- Cho bệnh nhân thở oxy qua nội khí quản.
- Rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, có phản xạ đường thở, thuốc dẫn cơ hết tác dụng và đạt tiêu chuẩn rút nội khí quản.
- 2 giờ sau khi rút nội khí quản có thể chuyển bệnh nhân về khoa nếu bệnh nhân không có dấu hiệu suy hô hấp.

### 6.5. Một số điều cần lưu ý:

- Nên rút NKQ khi BN hoàn toàn tỉnh táo.
- Hút dạ dày trước và trong mổ không đảm bảo làm trống dạ dày sau mổ.
- Sử dụng thuốc kháng tiết dịch vị trước mổ là cần thiết.
- 2 giờ sau khi rút NKQ, BN có thể được chuyển khoa nếu:
  - + Không có biểu hiện lâm sàng (không ho, không khó thở)
  - + SpO<sub>2</sub> > 90% với khí trời và không có dấu hiệu đặc biệt trên X quang.

## 7. TIÊU CHUẨN RÚT NỘI KHÍ QUẢN:

### 7.1. CÁC TIÊU CHUẨN LÂM SÀNG NÓI CHUNG:

- Vấn đề phẫu thuật đã được giải quyết.
- Bệnh nhân tỉnh, thực hiện theo yêu cầu các động tác đơn giản.
- Ổn định các chức năng sống.
- Có phản xạ nuốt.
- Có phản xạ ho khi hút đàm.
- Nâng đầu lên và giữ được ≥ 5 giây.

### 7.2. CÁC TIÊU CHUẨN VỀ HÔ HẤP:

- Không khó thở, không rối loạn hô hấp, nghe phổi bình thường, đối xứng.
- Tần số hô hấp 12 - 25 lần/ phút.
- Thông khí phút (Vm) > 100 ml/kg.
- PaCO<sub>2</sub> > 60 mmHg (với FiO<sub>2</sub>= 0,4).
- pH từ 7,35-7,45.
- Dung tích sống > 10 - 15 ml/kg.
- Lực hô hấp > 25 cmH<sub>2</sub>O.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

1/ Phác đồ điều trị ngoại khoa 2008- Bệnh viện Nhân Dân 115. Trang 123.

2/ Anesthesie et estomac plein, Protocoles 2010, 12<sup>e</sup> édition, MAPAR Édition.  
P.97-98.

3/ GM BN PT bụng cấp cứu Hội Gây Mê Hồi Sức Việt Nam.