

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ TRONG PHẪU THUẬT THẦN KINH

Bs Nguyễn Ngọc Anh
BVND 115.

I/- Mở đầu:

- Trong phẫu thuật ngoại thần kinh, trước mổ người GM cần nắm vững các thông tin về cận lâm sàng cũng như lâm sàng có liên quan đến bệnh lý của bệnh nhân. Đặc biệt là các bệnh lý kèm theo.
- Mức độ cấp cứu trong phẫu thuật thần kinh tùy thuộc vào tổn thương và những đánh giá trước của người GM. Có khoảng 20% trường hợp phải mổ cấp cứu tuyệt đối (máu tụ ngoài màng cứng) hoặc tương đối (u não có tăng ALNS, vỡ phồng động mạch, tăng ALNS).

II/- Đánh giá trước mổ những trường hợp phẫu thuật chương trình.

- Có hai hình thức phẫu thuật cần phân biệt:
 - +Phẫu thuật bệnh lý: bóc u não, dị dạng mạch máu não, phình động mạch não.... Thường đây là những bệnh lý nặng, tiến triển nhanh và có thể dẫn đến mất bù. Bệnh nhân được khám tiền mê ting hoàn cảnh khẩn trương, cần phải lên chương trình mổ trong thời gian ngắn nhất nếu có thể.
 - +Phẫu thuật chức năng: như Parkinson, động kinh, đau mãn tính, rối loạn trương lực cơ, sơ cứng rải rác. Bệnh thường tiến triển chậm, quyết định phẫu thuật có sự phối hợp của nhiều chuyên khoa như nội ngoại thần kinh, Bs X-quang thần kinh, BS tâm lý và GMHS. Bn được khám tiền mê trong hoàn cảnh ít khẩn trương, chương trình mổ có thể xếp cách vài tuần, cho Bn thư dãn trạng thái tinh thần nhằm thích nghi tốt với phẫu thuật và GM.

2.1/- Hỏi bệnh:

2.1.1/- Tiền sử bệnh lý tim mạch:

- Bệnh lý cao huyết thì thường thấy ở những Bn già, những Bn bị mổ mạch máu não, những Bn bị to đầu chi.... Đối với những Bn này thì nguy cơ thiếu máu trong mổ do tụt Hạ động mạch, nhất là những vùng đặt banh phẫu thuật (écareur chirurgical) thì có thể xảy ra, vì lúc này đường cong của sự tự điều hoà lưu lượng máu não chuyển về bên phải.

- Khi Bn suy tim, chức năng cơ tim không còn bảo tồn, có thông liên thất, thông liên nhĩ thì chống chỉ định trong mổ tư thế ngồi.

- Bn có nhồi máu cơ tim dưới 6 tháng là chống chỉ định tương đối vì nó phụ thuộc vào mức độ cấp cứu của loại phẫu thuật.

- Để đánh giá chức năng của tim và mức độ thiếu máu cơ tim, người Bs GMHS cần khảo sát các xét nghiệm: Siêu âm tim, nghiệm pháp gắng sức, chụp mạch vành.vv.

- Đối với BN bị Parkinson (phẫu thuật chức năng) thì cần phải khảo sát các rối loạn thần kinh giao cảm tự động, mà một trong những dấu hiệu lâm sàng biểu hiện của rối loạn chức năng này là hạ HA tư thế đứng. Người BsGM có thể phát hiện khi khám tiền mê bằng nghiệm pháp Valsava.

2.1.2/- Tiền sử về bệnh lý hô hấp:

- Đối với những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính thì cần phải đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh đến tim mạch và não, đánh giá sự đáp ứng của bệnh với thuốc điều trị (dẫn phế quản). Nếu không phải là cấp cứu thì nên điều trị cho ổn định.

- Đối với Bn có rối loạn nuốt, ho thì cần phải cẩn thận khi phải rút NKQ trong phòng mổ. (nhất là phẫu thuật đặt khung định vị)

2.1.3/- Tiền sử về bệnh nội tiết:

- Đối với Bn mổ vùng tuyến yên (nhất vùng hậu yên) cần phải chú ý triệu chứng của đái tháo nhạt, mà nó biểu hiện trên lâm sàng bằng hai triệu chứng: đái nhiều và khát nhiều. Vì vậy trước mổ cần phải điều chỉnh các rối loạn về nước và điện giải, không được ngừng các thuốc đang điều trị.

- Đối với các Bn bị tiểu đường, cần chú ý đến bệnh lý mạch máu của não, tim, thận và mạch máu ngoại vi. Trước mổ cần phải kiểm soát tình trạng cao đường huyết vì nó có thể làm nặng thêm tình trạng thần kinh.

-Đối với những Bn bị u sọ hầu,cần chú ý đến hội chứng suy tuyến toàn bộ trước dậy thì, trước mổ cần điều trị để dự phòng những rối loạn do suy tuyến yên gây nên.

-Đối với những Bn bị to đầu chi cần phải chú ý là có thể đặt nội khí quản khó.Nếu bệnh đang tiến triển,có thể ảnh hưởng tới chức năng tim mạch,yếu gốc chi,cao HA,hoặc tiểu đường của hội chứng Cushing của bệnh lý tuyến yên.

2.1.4/- Tiền sử về bệnh huyết học.

-Phải khai thác và phát hiện các bệnh lý về đông máu do bẩm sinh hay mắc phải.Nếu không phải là cấp cứu thì phải điều trị,nếu là cấp cứu thì phải chuẩn bị thì phải chuẩn bị đủ các yếu tố đông máu để bù.Cần phải chuẩn bị máu để bù vì nguy cơ chảy máu trong và sau mổ là rất cao.

2.1.5/- Tiền sử về bệnh lý thận:

Đối với Bn bị suy thận mãn cần chú ý đến các tổn thương về mạch máu não,chống chỉ định dùng mannitol ,khi dùng các chất cản thì cần phải chú ý.

2.1.6/- Tiền sử về phẫu thuật:

-Những Bn có tiền sử phẫu thuật vùng cơ thái dương ,phải chú ý có thể Bn sẽ mở mjiệng khó.

-Những Bn có tiền sử phẫu thuật vá màng cứng nhân tạo,phải chú ý đến động kinh,kể cả Bn có tiêm hormone tăng trưởng.

-Cần khai thác các yếu tố liên quan đến đặt NKQ khó của lần mổ trước(nếu có thể thì xem lại hồ sơ cũ.)

2.1.7/- Tiền sử dị ứng:

-Tìm hiểu nguyên dị ứng :thuốc ,thức ăn,nhựa tổng hợp...Biểu hiện của dị ứng(nổi mề đai,ngứa,sốc phản vệ....).

2.1.8/- Những thuốc Bn được điều trị lâu dài:

-Các thốc ức chế tiểu cầu(aspirine,ticlopidine,clopidrogel..)phải được ngừng từ 7-10 ngày trước phẫu thuật .

-Các thuốc kháng vitamine K phải được ngừng 48-72 h(Tùy theo thời gian bán hủy)trước phẫu thuật.

-Các thuốc chống viêm không steroide thường được ngừng trước mổ theo công thức:thời gian bán hủy x 5.

-Một số tác giả cho ngừng cho ngừng dépakine vì có khoảng 30% trường hợp nó ức chế tiểu cầu.

-Đối với corticoide thì có thể tiếp tục dùng, nhưng phải chú ý đến tăng đường huyết, giảm kali máu và nhạy cảm với nhiễm trùng.

-Đối với các thuốc điều trị cao HA nhóm ức chế men chuyển và ức chế angiotensive II, tốt nhất là nên dừng trước mổ (tùy theo thời gian bán hủy) vì nó có nguy cơ gây tụt HA trong mổ.

2/- Khám thực thể:

-Phải ghi nhận các tổn thương thần kinh trước mổ vì nó là cơ sở để đánh giá tổn thương thần kinh sau mổ.

-Đánh giá tình trạng tĩnh mạch dễ hay khó chích, nhất là những trường hợp mổ dự đoán mất nhiều máu (u màng não).

-Khám để phát hiện nguy cơ đặt NKQ khó, thông khí bằng mặt nạ khó..

-Tình trạng bệnh lý phổi, tim mạch.

2/- Các xét nghiệm cận lâm sàng:

2.1/- Điện tim (ECG):

Cần phải làm đối với các Bn:

-Nam > 40 tuổi, nữ > 50 tuổi.

-Những Bn nghi ngờ có bệnh tim mạch, hoặc những BN đang dùng thuốc có ảnh hưởng đến tim mạch.

2.1/- Siêu âm tim qua thực quản (ETO):

-Bắt buộc đối với trường hợp mổ tư thế ngồi.

-Cần phải đánh giá chính xác tình trạng tim mạch.

2.3/- Siêu âm màu hệ thống mạch máu:

-Cần thiết cho những bóc tách vỏ động mạch cảnh, hẹp động mạch cảnh không triệu chứng, nếu bị hẹp trầm trọng thì cần phải điều trị trước khi phẫu thuật ở não nếu không thì khi hạ HA sẽ tăng nguy cơ thiếu máu não.

2.4/- X-quang ngực: cần thiết cho những trường hợp có bệnh phổi.

2.5/- Đo chức năng hô hấp:

-Đối với Bn COPD.

-Những BN bị Parkinson vì nó giúp đánh giá được tổn thương cơ hô hấp, rối loạn chức năng thanh quản.

2.6/- Các xét nghiệm khác:

-ion đồ, đường huyết, protide máu, nhóm máu, công thức máu, chức năng đông máu, chức năng gan., thận.....

-Bilan về nội tiết đối với Bn mổ vùng hố yên ,đo thị lực, thị trường.

-Đối với các phẫu thuật về mạch máu não ,cần phải chụp mạch não đồ.

2.7/- Các chuẩn bị khác liên quan đến phẫu thuật:

-Đối với các phẫu thuật dự đoán mất máu nhiều,có thể áp dụng kỹ thuật truyền máu tự thân.

-Chuẩn bị các dụng cụ liên đến đặt tư thế trong mổ(nằm sấp,mount,quì,ngồi...),các phương tiện theo dõi,hồi sức trong và sau mổ và chuẩn vị trí ở phòng hậu phẫu(giường ,máy thở...)

-Cần phải giải thích kĩ các nguy cơ có thể xảy ra sau mổ như liệt thần kinh ,mất ngôn ngữ...cho Bn(nếu có thể)và gia đình.Sau mổ cần phải thông báo lại cho gia đình Bn biến của bệnh trong mổ và những gì đã làm được và chưa làm được.

III/-Đánh giá trước mổ những trường hợp phẫu thuật cấp cứu.

Quyết định can thiệp phẫu thuật cấp cứu trong ngoại thần kinh thường liên quan trực tiếp tới nguy cơ mất bù của hội chứng tăng tăng áp lực nội sọ(HTIC)và những bệnh lý này thường do nhiều nguyên nhân:

-Chấn thương:máu tụ ngoài màng cứng,dưới màng cứng ,trong não hay dập não xuất huyết.

-Mạch máu:chảy máu màng não và trong não do vỡ phòng động mạch,dị dạng động tĩnh mạch.

-U não:tụt não do thể tích u tăng nhanh,u chèn ép gây não úng thủy(u não hố sau),tiến triển cấp của hẹp cống Sylvius cũ.

Tùy theo tình trạng Bn mà việc đánh giá trước mổ giúp cho người GMHS định hướng được kỹ thuật GM,phương tiện cần theo dõi trong mổ và ở hậu phẫu.

1/- Cấp cứu chấn thương: