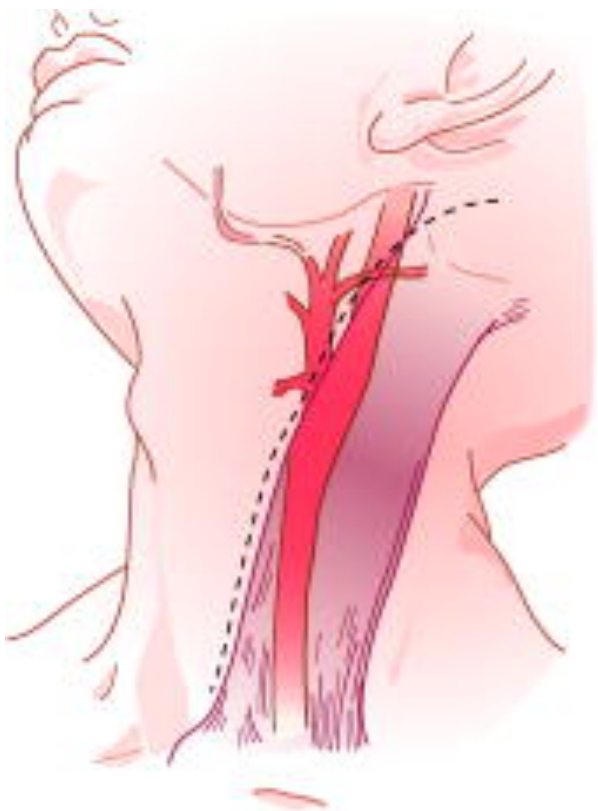


GÂY MÊ HỒI SỨC CHO PHẪU THUẬT ĐỘNG MẠCH CẢNH



PGS.TS.BS Nguyễn Thị Quý
Viện Tim TP. HCM

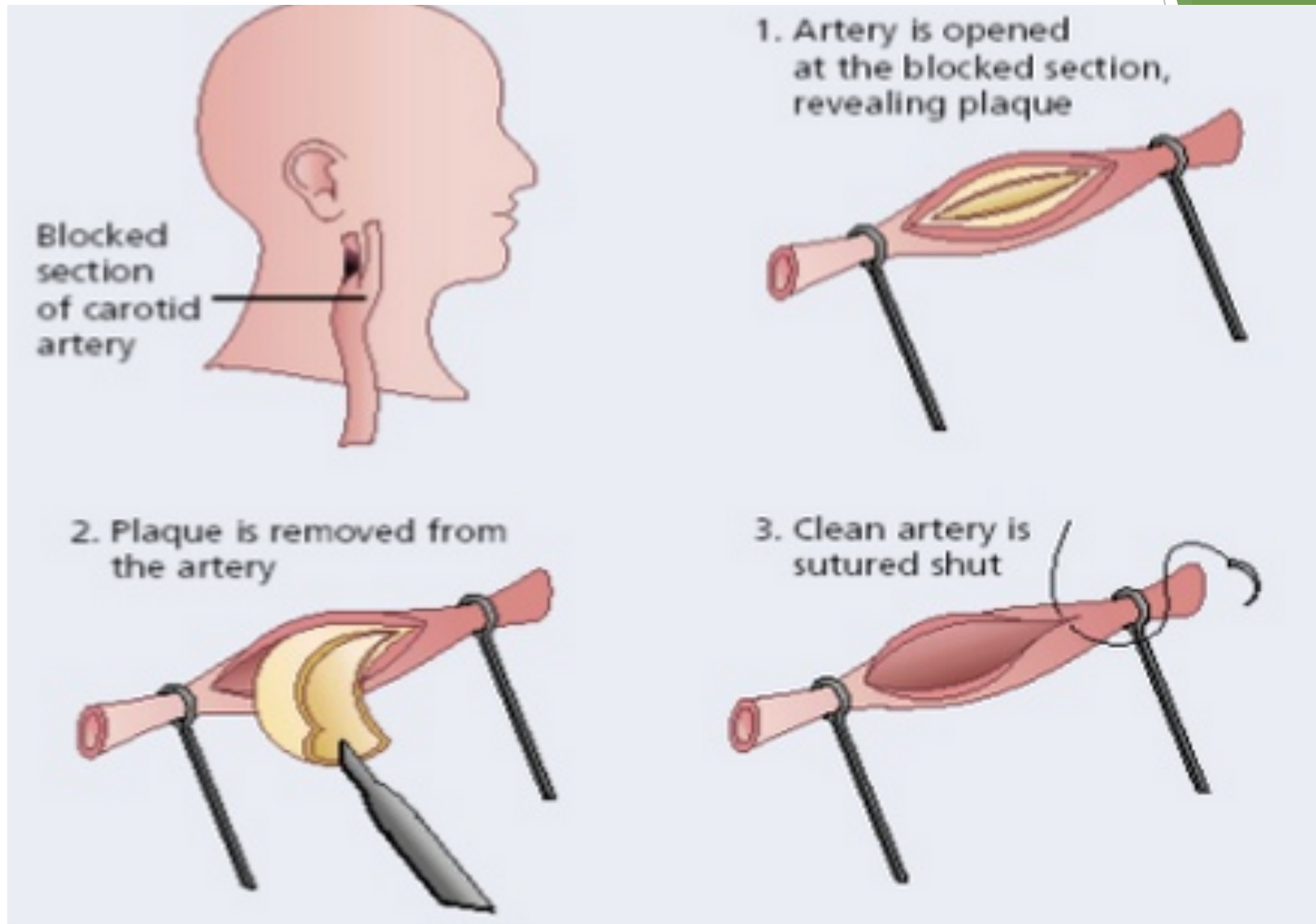
PT động mạch cảnh

- TBMMN là NN thứ ba của tử vong , có thể dẫn đến tàn phế vĩnh viễn, thường do thứ phát của hẹp khít ĐM cảnh trong
- Bóc tách ĐM cảnh là chỉ định phòng ngừa TBMMN đ/v BN hẹp ĐM cảnh > 70%
- Tắc nghẽn do xơ vữa chủ yếu nằm tại chỗ chia đôi của ĐM cảnh hoặc ở gốc của ĐM cảnh trong.
- Mức độ hẹp được ĐN là tỷ lệ của đk chỗ hẹp so với đk bên lành trên đoạn hẹp → hẹp nhẹ < 50%; hẹp trung bình (50 – 70%); hẹp nặng > 70% và tiền thuyên tắc huyết khối > 90%
- BN PTBCMV kết hợp với bệnh lý ĐM cảnh → tỷ lệ tử vong – tai biến thần kinh cao → PT bóc tách ĐM cảnh nên thực hiện trước

PT động mạch cảnh

- Tử vong : 1- 2% liên quan chính yếu với BC tim mạch
 - 60 – 80% BN có cao HA
 - > 50% có suy MV
- Tỷ lệ BC TK chu phẫu : 4 – 10%
- 2 v/đ quan trọng:
 - BC tim mạch
 - BC thần kinh

PT bóc tách nội mạc ĐM cảnh



Biểu hiện lâm sàng

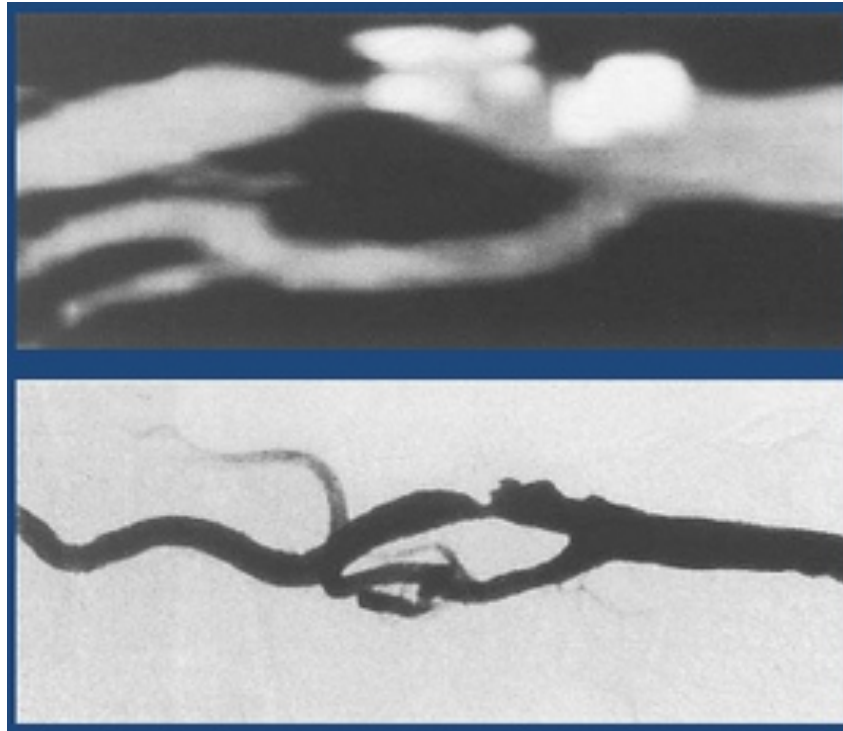
Thay đổi tùy theo vị trí hẹp và thuyên tắc xa

Là một phần của bệnh lý mạch máu chung

Thiếu máu thoáng qua

Tổn thương thần kinh do thiếu máu có thể hồi phục được

Chẩn đoán hình ảnh



- Siêu âm : tỷ lệ phát hiện 89%
- Tiêu chuẩn vàng là chụp mạch máu não nhưng có 1% cơ hội là tổn thương TK

Đánh giá và chuẩn bị trước mổ PT bóc tách nội mạc ĐM cảnh

Đánh giá và chuẩn bị tim mạch:

- Xác định cao HA không ổn định và TMCT ?
- 65% TMCT /BN cần PT bóc tách ĐM cảnh
- Theo dõi dài hạn TMCT là NN hàng đầu gây tử vong và BC
- Trước mổ → tối ưu hoá θ nội khoa

Duy trì aspirine 81 – 325 mg cho đến tận ngày mổ → phòng ngừa tai biến thiếu máu thoáng qua và TBMMN sau PT bóc nội mạc ĐM cảnh

PT động mạch cảnh

Đánh giá nguy cơ thần kinh

- Cao HA không ổn định + tình trạng TK không ổn định trước mổ + không có tuần bàng bàng hệ đủ hiệu quả → ↑ nguy cơ BC TK và tử vong chu phẫu
- Tgian trì hoãn PT bóc tách nội mạc ĐM cảnh sau TBMMN là dưới 1 tháng trong đk tốt
- Nếu hệ thống tuần hoàn không đủ → BC TK do thiếu máu nhất là khi kẹp ĐM cảnh → khi có tắc nghẽn ĐM cảnh đối bên, trong lúc mổ nên hỗ trợ bởi 1 cầu nối (shunt) hoặc theo dõi TK bởi KT gây tê vùng hay monitoring TK dưới GM tổng quát

Mục tiêu của xử trí GM

- Bảo vệ não và tim tổn thương do thiếu máu
- Duy trì HĐ ổn định
- Hủy bỏ các đáp ứng đ/v kích thích và stress ngoại khoa
- BN thức tỉnh, phối hợp vào cuối cuộc PT cho phép đánh giá TK rõ ràng

Monitoring tim mạch

- ECG II, V4 - 5 → RL nhịp và phân tích đoạn ST
- Theo dõi HA ĐM xâm lấn và không xâm lấn → RL sự điều hoà của áp cảm thụ quan (thường xảy ra ↑ HA nhiều hơn hạ HA)
- SpO2
- CVP không cần thiết . Không nên đặt ở vùng cảnh
- Tắm nhuần glomus carotidienne với lidocaine 1% trong lúc mổ → tránh được tụt HA

Monitoring não

- Bảo vệ tim tương tự như trong PT mạch vành
- Bảo vệ não đặc hiệu:
 - Monitoring thần kinh → phát hiện dấu hiệu tổn thương não trong khi kẹp ĐM cảnh
 - Gây tê vùng → monitoring không quan trọng (BN tỉnh)
 - GM → có nhiều KT để đánh giá sự dung nạp khi kẹp ĐM cảnh:

EEG

Áp lực tồn lưu (đo sau khi kẹp ĐM cảnh)

Potentiels évoqués somesthésique

Đo LLM não bởi chích xénon 133: không thường qui

Doppler não

Gây mê toàn thân

- Duy trì tưới máu não
- Công hoạt động tim tối thiểu
- GM → thức tỉnh sớm và êm dịu → đánh giá TK ngay tức khắc sau mổ

- Dẫn mê: propofol, benzodiazepine, etomidate → ↓ CMR02
 - Pentothal bảo vệ não chống lại thiếu máu tại chỗ
 - Thức tỉnh nhanh với propofol
 - Etomidate có thuận lợi về HĐ nhưng có thể gây tệt hơn tổn thương TH do thiếu máu (động vật)

Gây mê tổng quát

- Duy trì mê
 - Isoflurane có tác dụng ức chế cơ tim tối thiểu
 - SEVO, DES → thức tỉnh nhanh hơn
 - Duy trì mê nông hơn → cho phép thức tỉnh nhanh và dễ dàng lý giải điện não

Thuận lợi của GM toàn thân:

- Cho phép BN bình thản , không bị xúc động
- Dễ dàng kiểm soát đường thở và thông khí
- Có khả năng bảo vệ não nếu phát triển thiếu máu

Gây mê tổng quát

- **Đáp ứng HD đ/v đặt NKQ/tăng HA**
 - Thuốc giảm đau tác dụng ngắn
 - Chẹn beta tác dụng ngắn
 - Nitroglycerin hoặc nitroprusside
- Đặt NKQ hay mặt nạ thanh quản?



Xử trí HA:

- Khoảng thay đổi HA tốt nhất cho mỗi BN

- Nguy cơ TMCT hoặc TM não thấp nhất nếu AL tưới máu được duy trì ở khoảng thay đổi cao bình thường của BN

- BN hạ HA thường có biểu hiện tình trạng thiếu KLTH trung bình trung bình

- Bù dịch bolus

- Phenylephrine

Phenylephrine: đồng vận α , không có tác dụng trực tiếp trên mạch máu não; tưới máu não tăng do tăng AL tưới máu

Ephedrine: Hoà trộn hoạt động α và β

- Các vấn đề duy trì

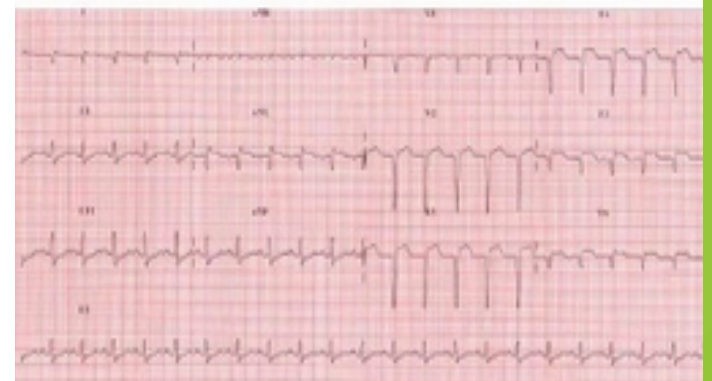
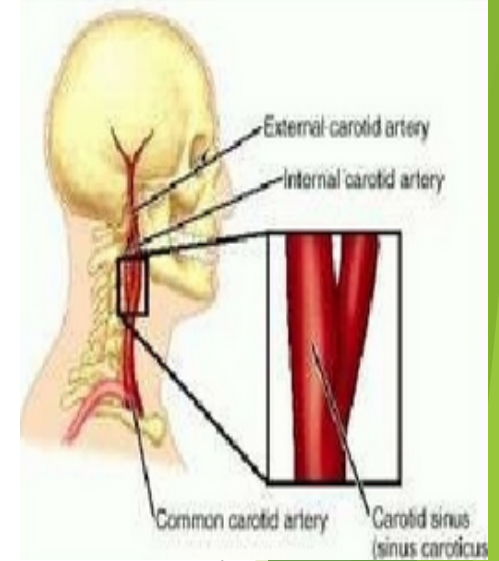
- Đường mổ ở cổ không có kích thích đặc biệt

- Thay đổi nhanh M, HA/HĐ không ổn định có thể thường gặp

- Vai trò thuốc có tác dụng ngắn /thuốc vận mạch

- Kích thích áp cảm thụ quan của ĐM cảnh

- Xờ mó → gây M chậm
- Tắm nhuận thuốc tê vùng xoang cảnh -
- Atropine
- Nhịp tim nhanh → θ : chọn β (esmolol)



- Xử trí thông khí

- Duy trì bình thán
- Ưu thán có thể gây HC ăn cắp máu MV
- Ưu thán có thể giảm tưới máu não



Gây tê vùng

- Gây tê vùng:
 - Bloc cạnh cột sống cổ (bloc paracervical), bloc đám rối cổ nông và cổ sâu
 - TNMC cổ
 - Bloc đám rối cổ (bloc cervical)
 - Tê thấm tại chỗ
- Thuận lợi của gây tê vùng
 - BN tỉnh cho phép đánh giá TK lặp đi lặp lại
 - Có thể tránh các monitors theo dõi TK phức tạp
 - HĐ ổn định hơn , cải thiện sự dung nạp với kẹp ĐM cảnh
 - ↓ thời gian nằm viện và chi phí
 - ↓ tần suất TBMMN và tử vong do tim

- Bất lợi:
 - Không thể dùng các thuốc bảo vệ não
 - Cần sự phối hợp, BN không bị sợ hãi
 - Có thể xảy ra co giật
 - Không đánh giá được đường thở nếu cần GM
 - Liệt TK phế vị và TK thanh quản trên thường gặp

So sánh giữa gây tê và GM:

- GM → bảo vệ não tốt nhất , tuy nhiên gây tê cho phép theo dõi TK đơn giản và tin cậy, ↓ tỷ lệ làm shunt ĐM cảnh.
- NC → gây tê vùng ↓ 50% nguy cơ TBMMN chu phẫu hay tử vong
- Gây tê → HĐ ổn định hơn
- GM → ↑ tỷ lệ tụt HA sâu cần phải dùng thuốc vận mạch. HĐ không ổn định + ↑ tỷ lệ tử vong chu phẫu nhiều hơn.
- Đa số NC hồi cứu → ↓ có ý nghĩa các BC dưới gây tê

BC sau mổ

- Cao HA
- Tụt HA
- TMCT hoặc NMCT
- Tổn thương TK sọ não
- Tổn thương TK thanh quan quặt ngược
- TBMMN
- Chảy máu

Điều trị sau mổ và các tai biến:

Tai biến thần kinh:

Cơ chế căn nguyên:

- Thuyên tắc (xơ vữa, sợi fibrin, khí)
- ↓ tưới máu não liên quan với kẹp ĐM hoặc các GD ↓ HA
- Thuyên tắc ĐM cảnh do PT (thường do sai sót ngoại khoa)
- Xuất huyết não : hiếm nhất, thuận lợi khi xảy ra các cơn ↑ HA

Phòng ngừa

- Đặt shunt ĐM (PTV) → không phòng ngừa và chỉ ↓ tai biến thuyên tắc
- Duy trì mức HAĐM gần bằng mức HA hằng ngày của BN
- Duy trì bình thán ($EtCO_2 = 30 - 35$ mmHg) vì nhược thán → ↓ LLM não; ưu thán → ăn cắp máu MV
- Tăng đ/h → nặng thêm tình trạng thiếu máu não → phải được phòng ngừa
- Hạn chế c/c đường và theo dõi đ/h trên BN tiểu đường
- PLM → ↓ độ nhày máu → cải thiện tưới máu vùng và CLT → ích lợi phòng ngừa thiếu máu não

BC tim mạch

HĐ không ổn định và BC tim mạch → TMCT, NMCT/BN MV

2/3 BN có HĐ không ổn định sau mổ

Cao HA xảy ra trong khoảng 8 giờ đầu SM (30%) → ↑ nguy cơ tử vong, TBMMN và BC tim mạch

NN: thức tỉnh, đau

θ : nicardipine, chẹn beta, urapidil

Tụt HA hiếm xảy ra → co mạch

Theo dõi tại khoa SSDB → ECG, troponin : 24 – 48 giờ SM

BC hô hấp

Tắc nghẽn đường HH (2 – 6%) → BC sau mổ bóc tách ĐM cảnh
do máu tụ lớn kết hợp với phù nề thanh khí quản

Tồn thương TK quặt ngược TQ 2 bên