

**Gây mê hồi sức
bệnh nhân bệnh lý tuyến giáp**

Phẫu thuật và cường giáp

PT và cường giáp

- PT chương trình (không phải PT tuyến giáp) = Sau khi đã điều trị đến lúc bình giáp
- TH hợp hiếm: PT trên BN:
 - + Cường giáp
 - + Điều trị chưa tốt
 - + Triệu chứng LS nghèo nàn → Bỏ sót Δ

PT và cường giáp

Biểu hiện cường giáp →

- Hội chẩn Nội tiết
- Chuẩn bị BN trước mổ
- Nếu cấp cứu: Ức chế β (propranolol, atenolol...), corticoides

→ Tránh cơn bão giáp

PT và cường giáp

Biểu hiện cường giáp

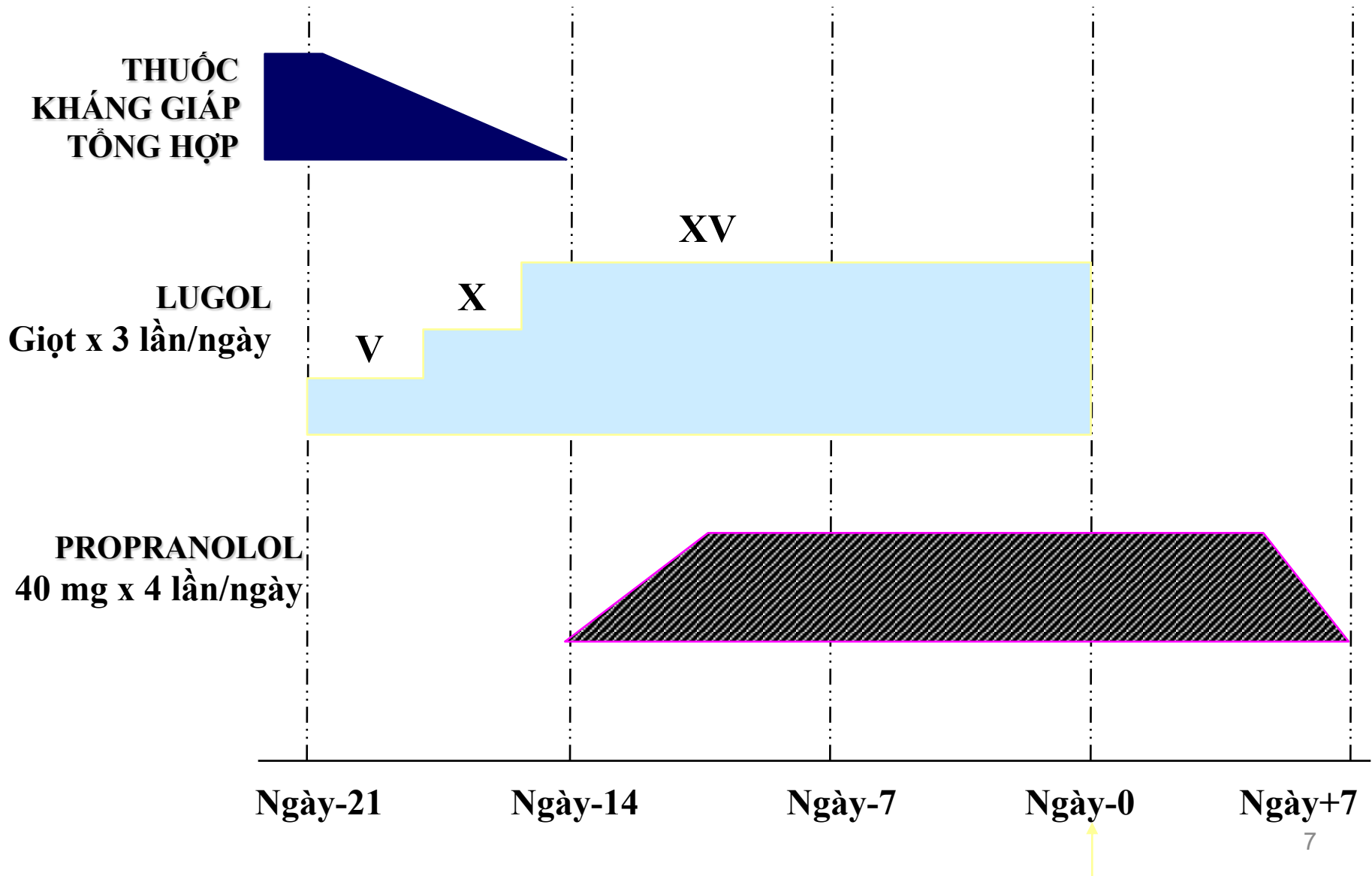
- Chịu nóng kém, mất cân, yếu, hồi hộp, lo lắng, rong kinh
- Run tay (\pm kín đáo), mắt lồi, biểu hiện tim (nhịp nhanh xoang, rung nhĩ, đợt cấp bệnh mạch vành hay suy tim)
- Người lớn tuổi: \pm chỉ rung nhĩ, suy tim, yếu, mất cân.

PT và cường giáp

Chẩn đoán cường giáp

- **TSH > 0,1 $\mu\text{U}/\text{mL}$** \rightarrow loại trừ cường giáp LS
- **TSH < 0,1 $\mu\text{U}/\text{mL}$** \rightarrow **FT4** : Nếu cao \rightarrow cường giáp LS
- **TSH < 0,1 $\mu\text{U}/\text{mL}$ + FT4 bt** \rightarrow **FT3** : cường giáp do FT3
- **Chỉ có TSH < 0,1 $\mu\text{U}/\text{mL}$** \rightarrow cường giáp nhẹ hoặc dưới LS (subclinical)

PHÁC ĐỒ THƯỜNG DÙNG CHẾ PHẨM THUỐC TRƯỚC MỔ CHO BỆNH NHÂN CƯỜNG GIÁP



PT và cường giáp

Điều trị cường giáp

- **Ức chế β** : propranolol (30-60 mg/ngày) hoặc atenolol (25-100mmg/ngày) → Điều trị triệu chứng hồi hộp, run, lo lắng
 - **Giảm liều** dần khi cường giáp được kiểm soát
 - **Verapamil** (40-80mg/ngày): Điều trị nhịp tim nhanh nếu có CCĐ ức chế β
- Hỗ trợ cho điều trị chính (definitive therapy)

Điều trị cường giáp

Iode phóng xạ

- Liều duy nhất có thể kiểm soát cường giáp trong > 90% trường hợp
- Chống chỉ định với phụ nữ có thai:** Test thai bắt buộc
- Phải đo Iode phóng xạ niệu sau 24h
- Thionamides tương tác với Iode phóng xạ → Ngưng 3 ngày trước khi khởi sự
- Liều 8 – 10 mCi

Điều trị cường giáp

lode phóng xạ

- Tác dụng phụ: Suy giáp
- Không tăng nguy cơ bệnh lý ác tính
- Tăng nhẹ T4 trong 2 tuần đầu: Theo dõi chặt BN có bệnh lý tim mạch nặng

Điều trị cường giáp

Thuốc kháng giáp tổng hợp

- Methimazole và PTU (propylthiouracil)
- Ức chế tổng hợp hormone giáp
- PTU ức chế quá trình chuyển từ FT4 → FT3 ở ngoài tuyến giáp
- Thuốc không có tác dụng kéo dài trên tuyến giáp

Điều trị cường giáp

Thuốc kháng giáp tổng hợp

- PTU: 100 – 200mg uống 3 lần/ngày
- Methimazole: 10 – 40mg uống/ngày
- Tác dụng phụ: Mẩn ngứa, sốt, đau khớp, giảm BC
thoáng qua
- Tác dụng phụ nặng: Mất BC hạt, viêm gan → Ngưng
thuốc !

Đánh giá trước mổ

- Chức năng giáp: Bn phải bình giáp –nhịp tim < 80lần/phút, không run tay.
- Hoãn mổ cho đến khi khi bình giáp nếu cần.
- BN cường giáp dưới lâm sàng không cần chuẩn bị đặc biệt
- Đánh giá đường thở:
 - lệch khí quản
 - tắc nghẽn đường thở (bướp giáp to)

Đánh giá trước mổ

- Đánh giá đường thở:
 - lệch khí quản
 - tắc nghẽn đường thở (bướp giáp to)
- Hỏi Bn tự thể gây khó thở và khó nuốt
- Tìm triệu chứng của chèn ép KQ: khó thở, nuốt khó, thở rít
- K xâm lấn gây đặt NKQ khó
- Tắc TM chủ trên
- RI tự miễn

Đánh giá trước mổ : XN

- CTM, Calcium, XN chức năng giáp
- Xq ngực và cổ, đánh giá chèn ép khí quản
- Nếu có nghi ngờ chèn KQ: Ctscan, MRI: vị trí, độ dài, vôi hóa
- Nội soi thanh quản nếu có RL chức năng dây thanh trước mổ

Cơ bão giáp

- Ít gặp
- Thường trên BN Basedow được điều trị kém
- Tử vong 20-30% nếu bão giáp + RL CN 1-2 cơ quan
- Xảy ra 6-24 giờ sau mổ

Cơ bão giáp

- Sốt cao 40°C → theo dõi t°
- RL tri giác (kích động, lú lẫn, hôn mê)
- RL cơ (mệt cơ, khó nuốt, khó nói, khó thở, RI vận nhãn)
- RL tim mạch (nhịp nhanh, RL nhịp, co thắt mạch vành, suy tim phải cung lượng cao)
- RL tiêu hóa (tiêu chảy, buồn nôn, nôn)
- FT3 và FT4 tăng cao (XN trước khi khởi sự điều trị)

Điều trị cấp cứu cơn bão giáp

- Bù dịch với NaCl 0,9% và glucose
- Hạ sốt : lau mát, paracetamol (không dùng NSAID hay aspirine vì làm tách gắn kết của hormone giáp ra khỏi vị trí gắn kết
- Propranolol 40mg uống (hoặc TM 1 mg tăng dần đến 10 mg) mỗi 6h (theo dõi CN thất T) cho đến khi mạch < 90 lần/phút
- Thay thế esmolol liều đầu 250-500 $\mu\text{g}/\text{kg}$, sau đó 50-100 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$

Điều trị cấp cứu cơn bão giáp

- Hydrocortisone (200 mg/ngày) để điều trị suy tuyến thượng thận, giảm phóng thích T4 và chuyển T3
- PTU: 200-300mg uống (hoặc sonde dạ dày) mỗi 6h để giảm phóng thích thyroxine và giảm chuyển đổi T3 và T4 ở ngoại vi
- Lugol: 5- 10 giọt uống/ngày

PT và cường giáp

- Lộ mắt ác tính

- + Tư thế nửa ngồi

- + Corticoïdes: Dexamethasone hay Prednisone

- + Thuốc nhỏ mắt (Hội chẩn CK mắt)

- + Khâu mí mắt tạm thời

Phẫu thuật và suy giáp

PT và suy giáp

Khám tiền mê

- Dấu hiệu suy giáp: mệt, đau khớp, da khô, khàn tiếng, sợ lạnh
- Ảnh hưởng tim mạch: Giảm nhịp tim, giảm V tổng máu tâm thu, giảm hoạt động cơ tim, suy tim
- Hội chứng mạch vành với triệu chứng nghèo nàn (do cơ thể ít hoạt động)

PT và suy giáp

Khám tiền mê

- Tim mạch: RL phản xạ thụ thể áp lực
- Hô hấp: Giảm thông khí phế nang, giảm đáp ứng với giảm O₂ và tăng CO₂ máu
- Phù nề đường thở trên + lưỡi → Ảnh hưởng thông khí

PT và suy giáp

Khám tiền mê – CLS

- Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào
 - Hạ đường huyết do giảm tân tạo đường và giảm ly giải glycogen
 - Có thể RLĐM
 - TSH tăng, FT3 và FT4 giảm**
- **Hội chẩn Nội tiết**

PT và suy giáp

Điều trị suy giáp

- Thyroxine (Lévothyrox®)
- BN trẻ : khởi đầu 100mcg/ngày
- BN BN lớn tuổi : khởi đầu 50mcg/ngày
- BN bệnh lý tim mạch : khởi đầu 25 – 50mcg/ngày + theo dõi triệu chứng tim mạch
- Liều lượng điều chỉnh theo TSH

PT và suy giáp

Giai đoạn trong mổ

- Biến đổi huyết động (tụt HA do giảm thể tích tuần hoàn + RL chức năng thụ thể áp lực)
- Nhu cầu thuốc mê giảm → giảm liều
- Chuyển hóa gan giảm + thân nhiệt thấp → Tính tan trong mỡ của thuốc mê thay đổi → Giảm liều thuốc mê halogen (giảm MAC)

PT và suy giáp

Giai đoạn trong mổ

- Ứ trệ dạ dày → Nguy cơ trào ngược và hít sặc
- Nguy cơ hạ thân nhiệt trong mổ
- Đặt NKQ khó? → Đánh giá theo chiến lược đặt NKQ
- Theo dõi kiểm soát tùy theo PT (lưu ý tim mạch)

PT và suy giáp

Giai đoạn sau mổ

- Hội chứng có thể trễ (thải trừ thuốc kéo dài)
- Thuốc an thần và thuốc phiện có thể làm rối loạn chức năng kiểm soát hô hấp trung ương → THẬN TRỌNG
- Hội chứng vành cấp (đau, stress)

PT và suy giáp

Giai đoạn sau mổ - Các nguy cơ

- Hạ thân nhiệt
- Sang chấn
- Phẫu thuật
- Thuốc an thần
- Du khuẩn huyết

→ Bệnh cảnh nặng trên BN suy giáp không biết trước hoặc điều trị kém

PT và suy giáp

Giai đoạn sau mổ - Hôn mê

- Hôn mê “tĩnh”
- Giảm trương lực
- Không dấu TK khu trú
- Hạ thân nhiệt, thở chậm, nhịp chậm xoang
- QRS điện thế thấp, T phẳng hay nghịch đảo/cđ trước ngực

PT và suy giáp

Giai đoạn sau mổ - CLS

- Hạ Natri máu (giữ nước, tăng vasopressin máu, giảm yếu tố lợi niệu Na tâm nhĩ, giảm hoạt tính của renine và aldosterone)
- Hạ chlore máu
- Giảm độ thẩm thấu máu
- Hạ đường huyết
- TSH cao và FT3, FT4 giảm mạnh

PT và suy giáp

Giai đoạn sau mổ - Điều trị

- Điều trị triệu chứng (đặt NKQ, thở máy)
- Cân bằng nước – điện giải : NaCl 0,9% và glucose
- Hormone tuyến giáp (L-thyroxine tiêm mạch): Hội chẩn Nội tiết
- Corticoïdes: Hydrocortisone hemisuccinate 50mg TM mỗi 6 – 8h (tránh suy thượng thận do sử dụng hormone tuyến giáp quá nhanh)

Tài liệu tham khảo

- Traité d'anesthésie générale 2004 – Bernard
DALENS
- The Washington manual of Medical Therapeutics
2007