

GÂY MÊ CHO PHẪU THUẬT MẮT, TAI MŨI HỌNG, ĐẦU VÀ CỔ

BS. NGUYỄN THỊ NGỌC ĐÀO

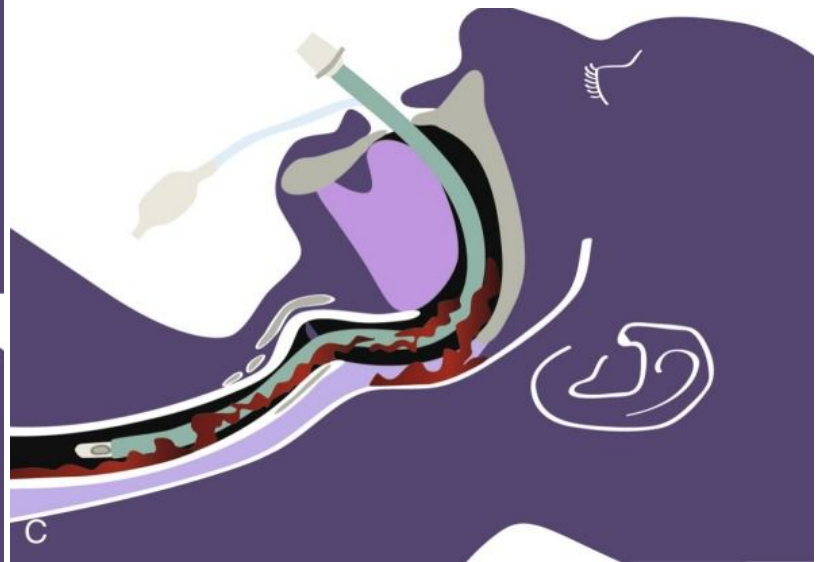
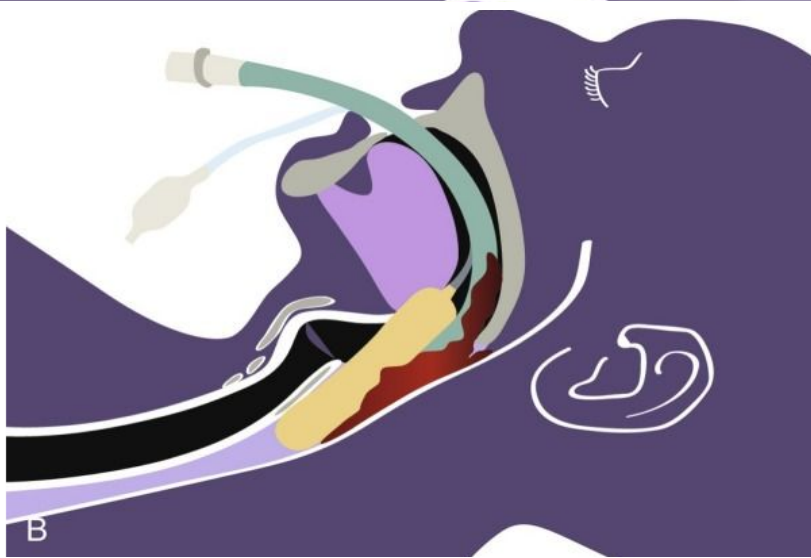
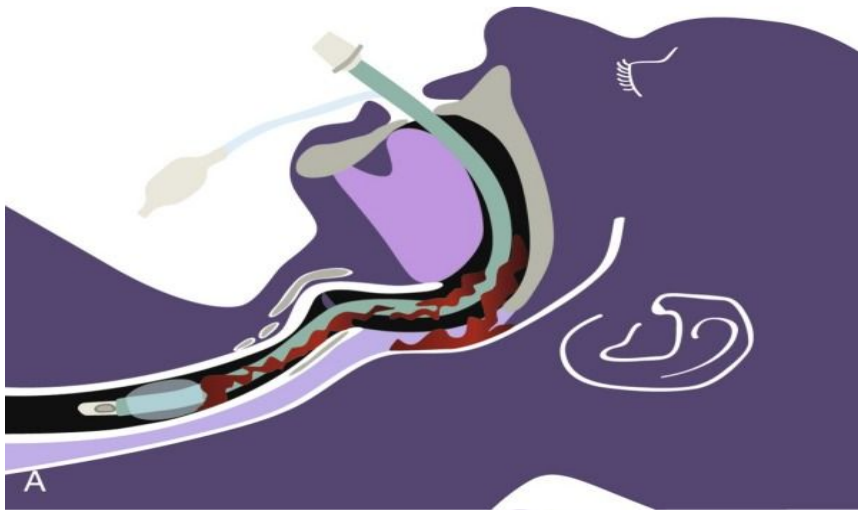
- PT vùng đầu, cổ: Sự hợp tác chặt chẽ giữa Bác sĩ gây mê và Bác sĩ Phẫu thuật.
- Thiết lập, duy trì và bảo vệ đường thở khi PT vùng mặt + bất thường: kỹ năng và sự kiên nhẫn của BSGM.
- Hiểu rõ giải phẫu đường thở, và các PPPT TMH, hàm mặt phổ biến: rất có ít cho GMHS.



ĐƯỜNG THỞ TRONG PT TMH

- Chia sẻ với PTV.
- Bất thường bẩm sinh, chấn thương, bệnh lý... gây tắc nghẽn đường thở cấp hay mạn tính, chảy máu, đặt NKQ khó.
- Tiền sử:
 - Hút thuốc lá
 - Nghiện rượu
 - Ngưng thở khi ngủ
 - NT hô hấp trên tái đi tái lại.





PHẪU THUẬT MŨI XOANG



PHẪU THUẬT MŨI XOANG (1)


PT mũi xoang:

- Cắt polyp mũi
- FESS (Functional Endoscopic Sinus Surgery).
- Chỉnh hình mũi
- Chỉnh hình vách ngăn.
- Mở xoang hàm

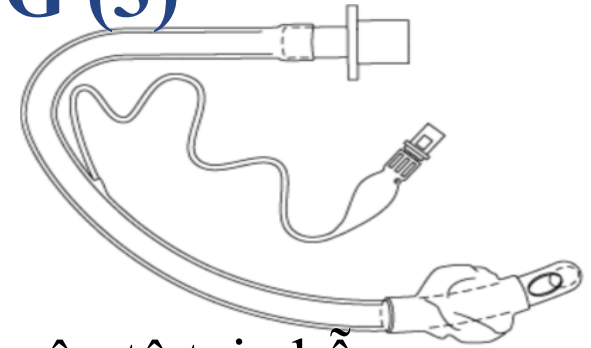


PHẪU THUẬT MŨI XOANG (2)

Đánh giá trước PT

- Tác nghẽn đường thở → **Phù phổi do áp lực âm** sau rút NKQ.
 - Xung huyết niêm mạc do nhiễm trùng
 - Mức độ vẹo vách ngăn
- ↪ Thông khí bằng mask khó, đặc biệt khi phối hợp với các yếu tố đặt **NKQ khó** khác: béo phì, bất thường hàm mặt.
- Polyp mũi thường liên quan đến phản ứng dị ứng- hen phế quản, đặc biệt tiền sử dị ứng Aspirin (CCĐ NSAIDs).
 - Máu nuôi niêm mạc mũi nhiều, đánh giá tiền sử sử dụng thuốc chống đông, chảy máu bất thường.
- 

PHẪU THUẬT MŨI XOANG (3)



Kiểm soát trong PT:

- Một số PT vùng mũi có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ.
- Gây mê:
- Sử dụng airway khi thông khí bằng mask trong TH có tắc nghẽn đường mũi.
- Đặt ống **NKQ RAE** (Right Angel Endotracheal)
- PT đòi hỏi khép tay BN.
- Khép mắt BN để tránh **loét giác mạc**.
- Rút NKQ: êm dịu, tránh phản xạ ho sẽ làm tăng áp lực tĩnh mạch và gây chảy máu. Rút NKQ khi còn mê sẽ tăng nguy cơ viêm phổi hít.

PHẪU THUẬT MŨI XOANG (4)

- Kỹ thuật giúp giảm chảy máu trong PT:
 - Gây tê vùng mô với Lidocaine có pha epinephrine.
 - Tư thế đầu cao.
 - Hạ huyết áp chỉ huy: duy trì huyết áp trong mô 90-100 mmHg.



CHỈNH HÌNH HÀM MẶT, MIỆNG

- Chỉnh hình hàm mặt sau chấn thương-gãy Leford
- Bất thường hàm mặt
- PT ung thư
- Ngưng thở khi ngủ.



○ **Đánh giá trước mổ:**

- Thử thách đường thở với GMHS.
- Đánh giá đường thở chi tiết và toàn diện.
- Tập trung vào: mở miệng, di động cổ, khả năng thông cảm mask khó, hàm nhỏ, răng hô, lưỡi to, bệnh lý răng, ...
- Có bất kì dấu hiệu nào của thông khí bằng mask khó hoặc đặt NKQ khó nên đặt NKQ khi BN tỉnh.
- Đặt NKQ với ống nội soi mềm hoặc mở khí quản.



○ Kiểm soát trong mổ:

- Mất máu nhiều trong mổ: nằm đầu cao, hạ huyết áp chỉ huy, gây tê với thuốc tê có pha epinephrine → giảm chảy máu.
- Khép tay khi phẫu thuật.
- 2 đường truyền lớn.
- Vùng PT liên quan đến đường thở, xì, tụt ống NKQ, thùng bóng → theo dõi EtCO₂, áp lực đỉnh đường thở, ống nghe thực quản.
- Hồi tỉnh: rút NKQ khi BN tỉnh hẳn, phản xạ đường thở phục hồi hoàn toàn và không chảy máu.



PHẪU THUẬT TAI

- PT tạo hình tai giữa
- PT cắt xương chũm.
- PT dẫn lưu ống tai
- PT tạo hình tai nhỏ



NITROUS OXIDE VÀ PT TAI

- Khuếch tán vào khoang khí nhanh hơn Nitơ, khi ngưng N_2O tạo áp lực âm trong tai giữa
 - Giảm sức nghe
 - Giảm chức năng tai giữa
 - Vỡ màng nhĩ
 - Vỡ mảnh ghép
 - Buồn nôn và nôn.
- ⇒ **Tránh dùng** trong PT tai. Nếu có sử dụng: <50% và ngưng trước khi đóng tai giữa.



○ Chảy máu

- PT vi phẫu, 1 lượng nhỏ máu cũng ảnh hưởng đến vùng PT.
- Phương pháp giảm chảy máu:
 - Nằm đầu cao 15°
 - Hạ huyết áp chỉ huy.
 - Thuốc tê có pha adrenaline 1/50,000-1/200,000.
- **Phản xạ ho** khi rút NKQ khi BN tỉnh làm tăng áp lực tĩnh mạch gây chảy máu → rút NKQ sâu.
- Nhận biết **dây thần kinh mặt**
 - Bảo tồn dây TK mặt rất quan trọng trong PT tai.
 - Hạn chế dùng dẫn cơ trong lúc PT để sử dụng máy kích thích thần kinh cơ.



○ **Nôn, buồn nôn sau PT**

- Cảm giác thặng bằng của cơ thể
- Nôn, buồn nôn
- Chóng mặt.
- Dự phòng/ điều trị.



PHẪU THUẬT VÙNG MIỆNG



CẮT AMIDAN

- Là PT thường gặp ở trẻ em
- **Chỉ định**
 - Phì đại Amidan gây tắc nghẽn đường thở
 - Viêm A tái đi tái lại.
 - Kết hợp nạo VA (giảm tắc nghẽn hầu mũi)
- Trẻ < 6 tuổi, nhiễm trùng hô hấp trên < 2 tuần, đặt NKQ → tăng nguy cơ BC hô hấp chu phần.
- Tiền mê cho trẻ em: midazolam 0,5mg/kg uống 20ph trước gây mê, max 10mg.



- Hội chứng ngưng thở khi ngủ
- Tư thế BN khi PT: nằm ngửa cổ.
- Cố định ống NKQ
- Đặt NKQ đường mũi.
- Nôn và buồn nôn sau PT: dự phòng
- NSAIDs và nguy cơ chảy máu sau cắt Amidan



CHẢY MÁU SAU CẮT AMIDAN

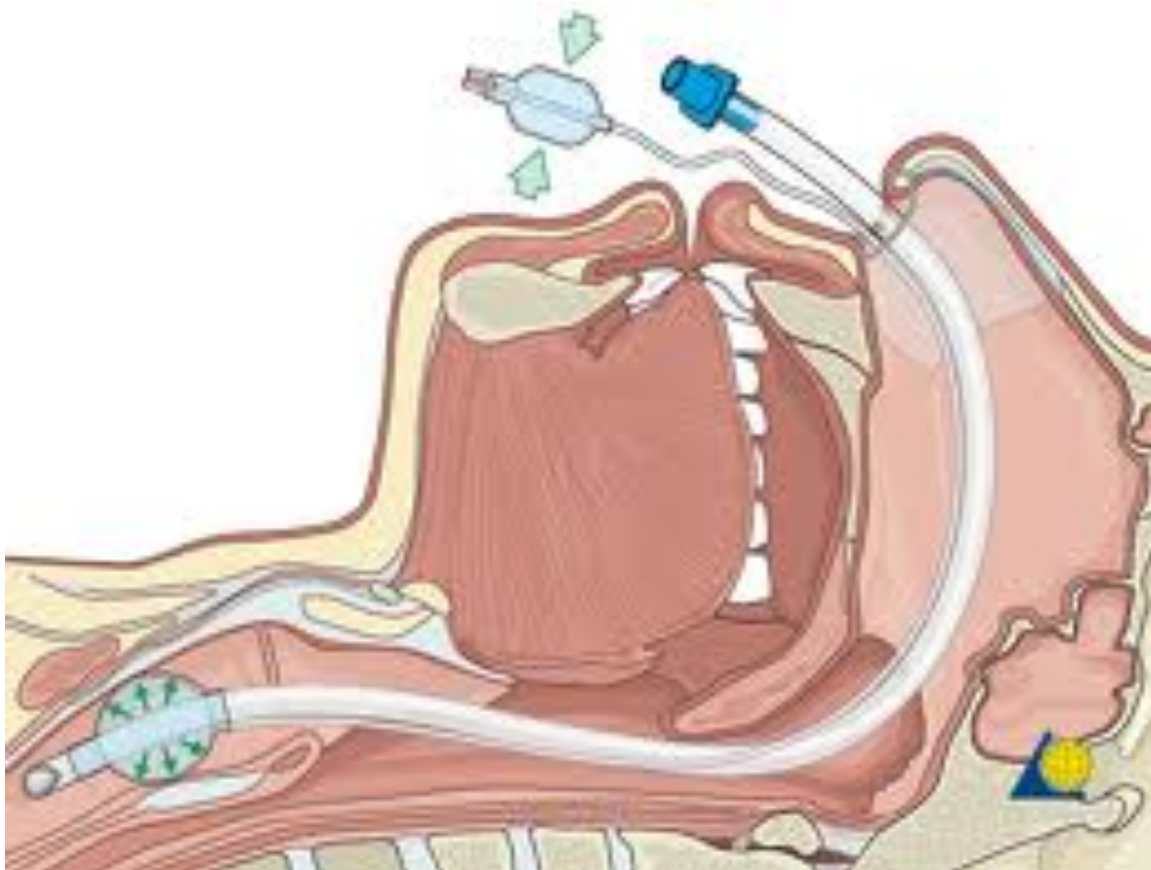
- Có thể xảy ra 24 giờ sau Pt hoặc 5-10 ngày sau PT.
- Thường có biểu hiện:
 - Nhịp tim nhanh
 - Nuốt máu
 - Ói ra máu
 - Da niêm nhạt
 - Tắc nghẽn đường thở
- Lượng máu mất khó đoán do nuốt.



- Dẫn mê ở trẻ em đang chảy máu, giảm thể tích tuần hoàn: hạ huyết áp, ngưng tim.
- Đường truyền tĩnh mạch và bù đủ dịch trước dẫn mê.
- Truyền máu nếu cần.
- XN: Hct, CN đông máu và dự trữ máu nếu cần.
- Giảm liều thuốc mê.
- Do nuốt máu → dẫn mê BN dạ dày đầy



ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN ĐƯỜNG MŨI



- **Chỉ định:** các PT vùng miệng.

- **Chống chỉ định:**

- *Tuyệt đối*

- Rò dịch não tủy

- Vỡ xương đáy sọ.

- Dị vật mũi

- Chấn thương mũi hầu.

- *Tương đối*

- RLĐM

- Bệnh valve tim


- Tình trạng ức chế miễn dịch



○ Tai biến, biến chứng

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Chấn thương thành sau thanh quản.
- Đi vào hạ hầu và tạo đường hầm giả.
- Tách thành sau hầu họng mũi.
- Viêm xoang hàm, viêm tai
- Vỡ cuff

○ Dụng cụ đặt NKQ đường mũi

- Ngoài dụng cụ cần thiết như đặt NKQ đường miệng cần thêm:
 - Kim MacGill
 - Thuốc co mạch: Xylometazoline
 - Ống NKQ: số 5-5,5 cho nữ và 6-6,5 cho nam (người lớn)
- 

PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU VÀ CỔ



PHẪU THUẬT VÙNG ĐẦU VÀ CỔ

- Cắt thanh quản
- Cắt hầu thanh quản.
- Cắt tuyến giáp
- Cắt tuyến cận giáp
- Nạo hạch cổ



PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẦU - CỔ

○ Đánh giá trước PT:

- Thường gặp ở người lớn tuổi
- Hút thuốc lá, uống rượu
- Bệnh lý nội khoa phối hợp: suy dinh dưỡng, COPD, bệnh mạch vành, HC nghiện rượu.
- Kiểm soát **đường thở thường khó** khăn do tổn thương hoặc xạ trị trước PT làm thay đổi cấu trúc giải phẫu.
- Nếu tiên lượng đặt NKQ khó nên đặt NKQ tỉnh hoặc sử dụng ống nội soi mềm.
- Dụng cụ mở khí quản cấp cứu.



CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Total Laryngectomy

A total laryngectomy is the surgical removal of the entire larynx, as well as the thyroid gland and hyoid bone. Entire removal of the voice box is required due to late-staged cancer of the throat, or other traumatic injury.

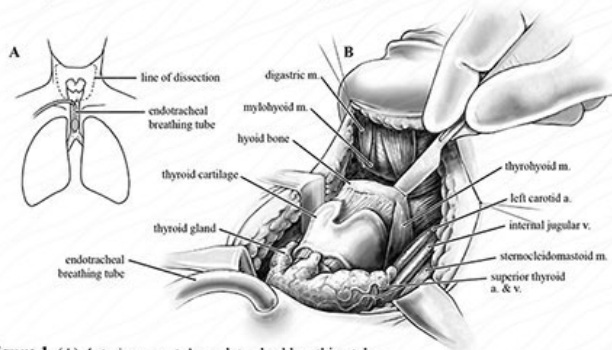


Figure 1. (A) *Anterior aspect.* An endotracheal breathing tube is inserted just below the second tracheal ring. The surgeon then begins as they would a radial neck dissection. (B) The hyoid bone is cut away from the digastric and mylohyoid muscles.

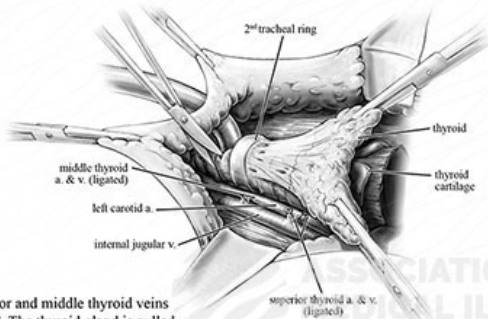


Figure 2. The superior and middle thyroid veins and arteries are ligated. The thyroid gland is pulled back so that the trachea may be cut below the second tracheal ring, where the breathing tube is inserted.

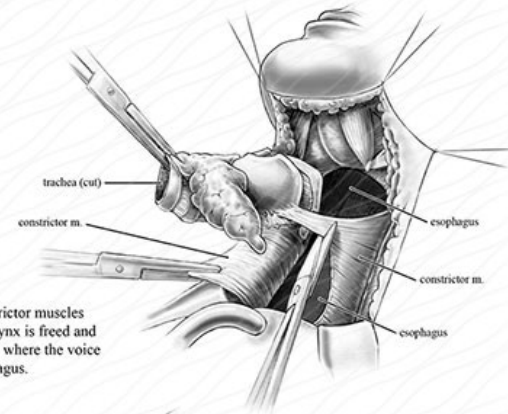


Figure 3. The constrictor muscles are cut, so that the larynx is freed and removed. Just deep to where the voice box was, is the esophagus.

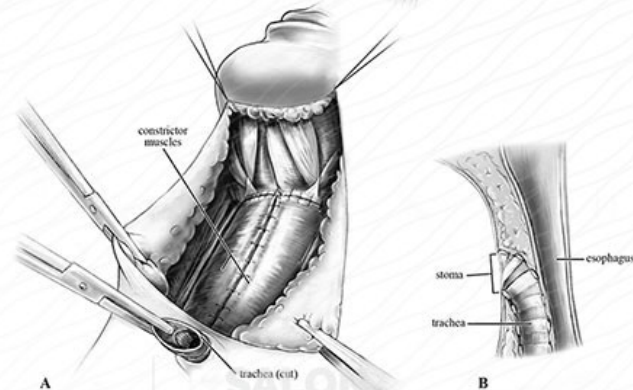


Figure 4. (A) The constrictor muscles are sutured, closing the esophagus. The trachea is pulled through the skin and sutured in place to form a stoma for breathing. (B) Midsagittal section of the esophagus and trachea, showing the new passage way in which air travels in and out of the lungs.

CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN

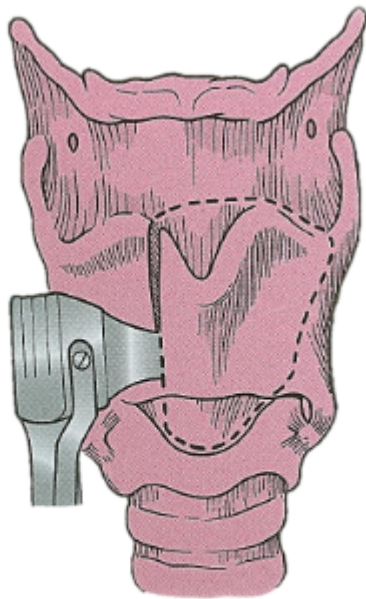


Figure 4: The vertical cartilage cuts are designed to correspond with soft tissue resection margins within the larynx

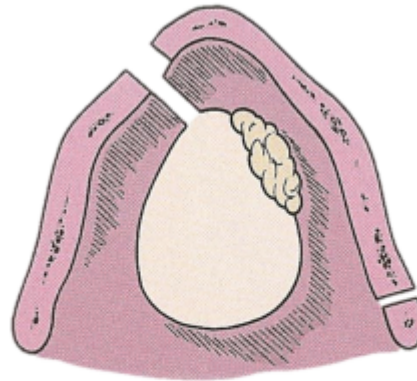


Figure 5: The cartilage cuts must be perpendicular to the cartilage to allow for corresponding soft tissue cuts in the larynx

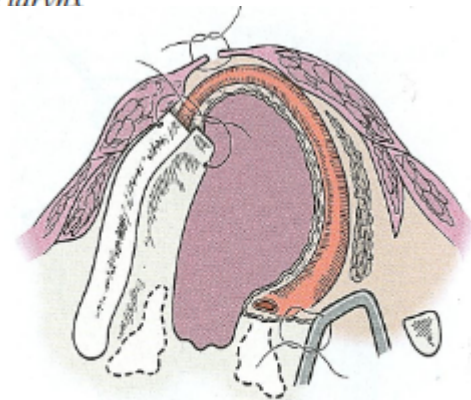


Figure 6: Reattachment of the vocal cord remnant to the thyroid ala

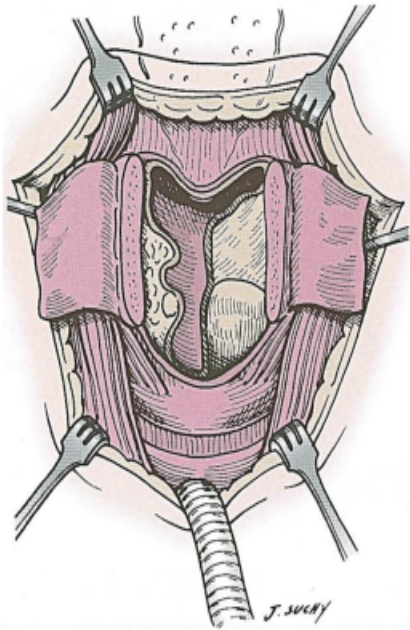


Figure 7: The remaining larynx after the specimen has been removed. Closure is initiated by suturing the external perichondrium in the midline

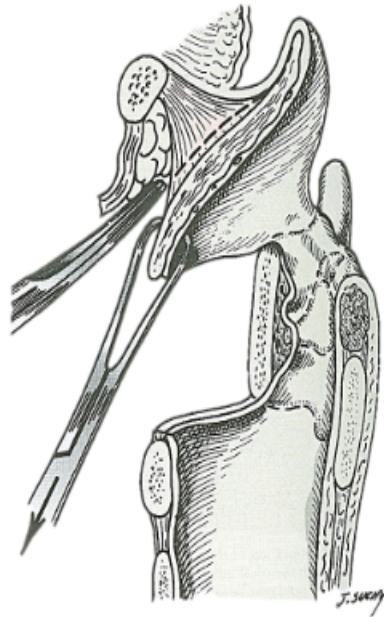


Figure 8: Epiglottopexy: The lingual surface of the epiglottic cartilage undermined in the subperichondrial plane to divide the hyoepiglottic ligament

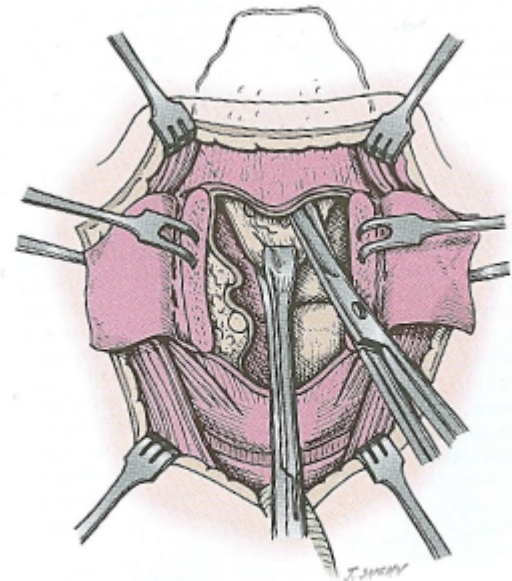


Figure 9: Epiglottopexy: The epiglottis is pulled inferiorly

PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẦU - CỔ

○ Kiểm soát trong PT

- PT thường gây **mất máu nhiều** → catheter ĐM theo dõi huyết áp, thử KMĐM, theo dõi Hct.
- Nếu cần đặt catheter TM trung tâm, nên chọn tĩnh mạch đùi.
- 2 đường truyền tĩnh mạch lớn.
- Sond tiêu.
- Theo dõi nhiệt độ: trực tràng.
- Sưởi ấm bệnh nhân: thiết bị sưởi ấm (force-air warmer blanket)



○ Mở khí quản trong lúc PT:

- Là 1 phần trong PT điều trị ung thư đầu và cổ.
- Khi bóc tách xuống khí quản cần xả bóng để tránh thủng bóng.
- Khi cắt khí thành khí quản, kéo ống NKQ lên để trống phẫu trường.
- Giai đoạn này thông khí rất khó và bị rò khí nhiều.
- Bộ mở khí quản được đặt và bộ ống nâng vô trùng để thông khí cho BN.
- Tăng áp lực đường thở đột ngột: ống sai vị trí, co thắt khí quản hoặc dị vật khí quản.



○ Duy trì mê:

- PT vùng cổ, cắt tuyến mang tai liên quan đến dây thần kinh cổ phụ và dây thần kinh mặt → bảo tồn.
- Hạ huyết áp nhẹ giúp giảm chảy máu.
- Áp lực tưới máu não giảm nhiều trong PT u ĐM cảnh hoặc tĩnh mạch cảnh.
- Vị trí đầu cao: tăng nguy cơ thuyên tắc khí.



○ Truyền máu

- Máu mất nhanh và nhiều.
- Quyết định truyền máu dựa vào tình trạng sức khỏe của từng bệnh nhân, truyền máu liên quan đến vấn đề tăng tỉ lệ tái phát ung thư do ức chế miễn dịch.



○ Tim mạch

- Thao tác trên nút xoang và hạch sao khi phẫu tích vùng cổ (Phải nhiều hơn trái) thường gây ảnh hưởng đến tim mạch nhiều: dao động huyết áp, nhịp tim chậm, loạn nhịp, ngưng xoang, QT kéo dài.
- Gây tê bao cảnh sẽ giảm các đáp ứng này.
- PT cổ 2 bên (radical neck dissection): gây tăng huyết áp hậu phẫu và mất đáp ứng hô hấp với giảm oxy máu do cắt thể cảnh và xoang cảnh.



CHIẾN LƯỢC ĐẶT NKQ KHÓ

○ **Tùy thuộc:**

- Tính khẩn cấp của PT
- Vị trí tổn thương
- Kích thước tổn thương
- Mức độ tắc nghẽn
- Sự lan rộng tổn thương
- Mức độ chèn ép đường thở

○ **Chiến lược:** đặt NKQ

- Gây tê vùng.
- Gây mê TM, BN tự thở.
- Gây mê thuốc mê hô hấp, BN tự thở
- Ống nội soi mềm, bN tỉnh.
- Mở khí quản



PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP

1. CHỈ ĐỊNH

- K tuyến giáp
- Bướu giáp thòng
- HC tắc nghẽn
- Cường giáp không đáp ứng điều trị nội.
- Cường giáp tái phát.
- Thẩm mỹ
- BN lo lắng.
- Bệnh lý viêm tuyến giáp Hashimoto (bệnh tự miễn).
- Bướu giáp và nhược giáp không đáp ứng với liệu pháp Thyroxine, cắt tuyến giáp khi có nghi ngờ u lympho.



2. ĐÁNH GIÁ TRƯỚC PT

- Dấu hiệu lâm sàng của cường giáp, nhược giáp.
- Ảnh hưởng đến hệ tim mạch, hô hấp.
- Bệnh lý nội tiết khác.
- Vấn đề liên quan đến kiểm soát **đường thở**: chèn ép đường thở (bướu giáp to, BG thò)
 - Khó thở liên quan tư thế.
 - Nuốt khó.
- **Dấu hiệu đánh giá đường thở khác**:
 - Khoảng cách 2 hàm
 - Khoảng cách cằm giáp.
 - Răng hô
 - Khả năng di động đầu và cổ.
 - Quan sát cấu trúc vùng hầu.



- Dấu hiệu tắc nghẽn TM chủ trên ở BN bứu giáp thông: phù áo khoác.
 - Kiểm tra chức năng tuyến giáp: XN thường qui.
 - Canxi máu.
 - X-quang ngực thẳng: **chèn ép, đẩy lệch khí phế quản?**
 - Soi thanh quản: khi cần để đánh giá chức năng dây thanh.
 - CT-scan, MRI trong bứu giáp thông trung thất.
 - CNHH: bứu giáp thông trung thất, bứu giáp to chèn ép đường thở trên.
- ➔ BSGMHS + BS PT + BN đưa ra kế hoạch đặt NKQ nếu có NKQ khó.





3. KỸ THUẬT GÂY MÊ

a. Gây mê vùng:

- Gây mê đám rối cổ nông hoặc cổ sâu 2 bên.
- Biến chứng của KT gây mê:
 - Chọc và ĐM thân sống.
 - Bơm thuốc vào khoang NMC.
 - Úc chế cơ hoành 2 bên.
- Kỹ thuật này được xem là PP thay thế hữu hiệu trong cắt tuyến giáp ở BN cường giáp do Amiodarone.

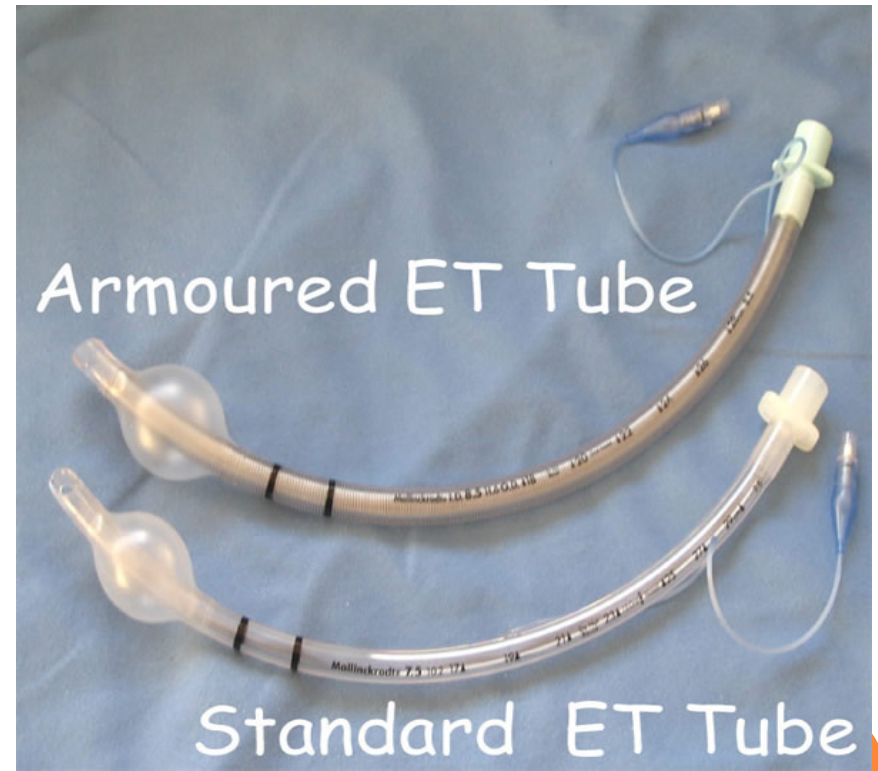


b. Gây mê

- Gây mê với NKQ và có sử dụng dẫn cơ: sử dụng cho hầu hết PT cắt tuyến giáp.
- LMA :
 - Được sử dụng cho BN tự thở hoặc thông khí áp lực dương ngắt quãng khi cắt tuyến giáp.
 - Sự hợp tác chặt chẽ giữa PTV và BSGM.
 - CCD: hẹp khí quản hay di lệch khí quản.
 - Cho phép thấy dây thanh âm di chuyển theo nhịp thở dưới ống nội soi mềm trong giai đoạn kích thích dây thần kinh quặt ngược thanh quản.
 - Nguy cơ: LMA bị di lệch vị trí khi PT hay soi thanh quản.

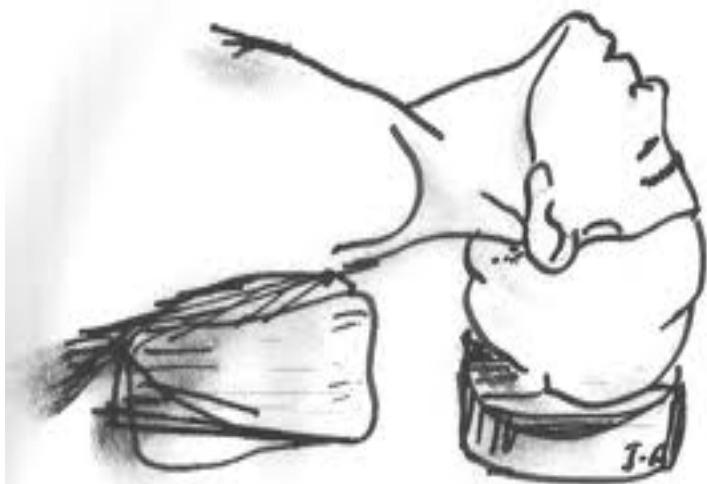


- Dẫn mê: khi không có NKQ khó như bình thường.
- Nên sử dụng ống **NKQ lò xo**: không bị gập, uốn trong quá trình phẫu thuật.



- **NKQ KHÓ KHÔNG BIẾT TRƯỚC**: những phương tiện
 - Đèn đặt NKQ khó
 - Ống NKQ nhiều kích cỡ.
 - Cây dẫn đường Bugie.
 - Lưỡi đèn thẳng
 - LMA.
 - Ống nội soi mềm.
 - Dụng cụ mở khí quản.
- **NKQ KHÓ ĐÃ ĐƯỢC TIÊN ĐOÁN**
 - Đặt khi BN tỉnh với ống nội soi mềm.





○ TƯ THẾ BN

- Nằm ngửa cổ với gối kê dưới vai.
- Không để cổ quá căng.
- Bảo vệ mắt.
- Cố định ống NKQ chặt chắn.



○ GIAI ĐOẠN HỒI TỈNH

- Hóa giải dẫn cơ tồn dư.
- Nếu có bất kì nghi ngờ tổn thương dây TK quản ngược thanh quản: kiểm tra và đánh giá lại bởi PTV. Nếu cần dùng ống nội soi mềm để kiểm tra sự di động của 2 dây thanh.
- Rút NKQ khi BN tỉnh hoàn toàn, hô hấp, tuần hoàn ổn định, hồi phục phản xạ thanh quản.
- Theo dõi chảy máu sau PT.
- Hạ canxi máu trong 24-48 giờ đầu sau PT.



MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

1. BN cường giáp

- Điều trị nội bình giáp trước PT.
- Dấu hiệu LS cường giáp có thể điều trị bằng ức chế β .
- Lugol iodine 0,5 ml x 3 được cho 10 ngày trước PT để làm giảm chảy máu (thuốc kháng giáp làm tăng mạch máu ở tuyến giáp)



2. BƯỚU GIÁP KHỔNG LỒ



- Chèn ép khí quản gây khó thở.
- Đặt NKQ khó.
- Mất máu nhiều khi PT → dự trữ máu, 2 đường truyền tĩnh mạch lớn.
- PT kéo dài.
- **Nhuyễn sụn khí quản** sau PT do bị chèn ép lâu ngày.
- Nên đặt ống NKQ lò xo.



3. BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT

- Có thể không có triệu chứng.
- Thường chèn ép trung thất gây khó thở, nuốt nghẹn, khàn tiếng...
- Hội chứng TM chủ trên: phù áo khoác, có thể xảy ra và gây tăng nguy cơ thuyên tắc → đường truyền tĩnh mạch chi dưới.
- Đôi khi gây giảm tưới máu não do chèn ép ĐM.
- Liệt dây TK hoành, TK quặt ngược thanh quản → HC Horner.
- Tràn dịch dưỡng chấp màng phổi.
- Tràn dịch màng tim.



- Đôi khi mở xương ức để PT.
- Mất máu → 2 đường truyền TM lớn, TM đùi, HA xâm lấn.
- Đau sau PT → gây tê NMC.
- Nhuyễn sụn khí quản sau PT nếu có chèn ép lâu ngày.
- Đôi khi phải thở máy sau PT.



4. UNG THƯ TUYẾN GIÁP

- Nguy cơ cao tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản.
- U có thể xâm lấn tổ chức xung quanh: cơ, khí quản, thực quản.
- Suy giáp sau PT



BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

1. VẤN ĐỀ VỀ RÚT NKQ

- Ho.
- Giảm oxy máu.
- Co thắt thanh quản.
- Tắc nghẽn đường thở.
- Tránh ho khi rút NKQ bằng Lidocaine IV trước rút 5 phút.




2. CHẢY MÁU

- Biến chứng nguy hiểm.
- Nhân viên phòng hồi tỉnh có kinh nghiệm, phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu.
- **Mở vết mổ tại giường** để máu thoát ra ngoài, giảm chèn ép khí quản.
- Đặt **NKQ lại càng sớm càng tốt** (khó hơn lần đặt trước).
- Tắc nghẽn đường thở do phù hầu thanh quản do chèn ép tĩnh mạch và hạch bạch huyết hơn là chèn ép trực tiếp từ khối máu tụ.



3. TỔN THƯƠNG DÂY THẦN KINH QUẠT NGƯỢC THANH QUẢN

- PTV phải nhận biết dây TK khi PT và bảo tồn nó.
 - Cơ chế: thiếu máu, giập, kéo quá mức, cắt đứt.
 - Tần suất liệt dây thanh 1 bên tạm thời 3-4%.
 - Liệt dây thanh vĩnh viễn < 1%.
 - Liệt dây thanh 2 bên: cực kì hiếm.
 - Tỷ lệ cao ở PT ung thư tuyến giáp hay bướu giáp tái phát.
 - Liệt dây thanh 2 bên: thở rít → đặt lại NKQ, xem xét mở khí quản.
 - Liệt dây thanh 1 bên: khàn tiếng, khó thở, ho kém và viêm phổi hít.
- 

4. NHUYỄN SỤN KHÍ QUẢN

- Xẹp khí quản sau PT cắt tuyến giáp: thường gặp ở bướu giáp to, bướu giáp thòng trung thất đè ép khí quản kéo dài.
- Biến chứng đe dọa tính mạng, xem xét kỹ trước khi rút NKQ, có kế hoạch kiểm soát.
- NKQ chưa bơm cuff mà thông khí không bị xì → cảnh giác BC này.
- Sau đặt NKQ, test bằng cách tính thể tích khí cần bơm cuff để làm kín ống. Cuối PT thực hiện lại test này để kiểm tra.
- Nếu có nhuyễn sụn khí quản: đặt lại NKQ, xem xét mở khí quản, đôi khi cần tạo hình khí quản.



5. HẠ CANXI MÁU

- Cắt tuyến cận giáp trong PT tuyến giáp: 11%.
- Gần đây tỉ lệ này giảm do PTV cẩn thận hơn.
- Hạ Canxi xảy ra trong vòng 36 giờ sau PT.
- Điều trị: cung cấp canxi

Ngoài ra, PT tuyến giáp có nguy cơ nôn và buồn nôn sau PT cao: cần dùng thuốc dự phòng.



PT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP

- Cường tuyến cận giáp: 1 hoặc 2 bên
 - Adenoma
 - Carcinoma
 - Tăng sản
 - Biểu hiện:
 - Tăng canxi
 - Hạ phosphate
 - Toan chuyển hóa do tăng clo
 - Tiêu nhiều
 - Uống nhiều.



GÂY MÊ CHO PT CẮT TUYẾN CẬN GIÁP

- Gây mê tương tự như PT cắt tuyến giáp.
- Bù đủ dịch trước gây mê.
- Dự phòng rối loạn nhịp do tăng canxi.
- Điều trị tăng canxi:
 - Natriclorid 0,9% TTM + Furosemide
 - không hiệu quả sử dụng:
 - Biphosphate TM.
 - Glucocorticoids
 - Plicamycin
 - Calcitonin
 - Lọc thận.
- Cường tuyến cận giáp lâu ngày thường liên quan đến loãng xương → cẩn thận khi kê tư thế BN.



GÂY MÊ CHO PHẪU THUẬT MẮT



KEY WORDS

- **Tăng nhãn áp** sẽ được bù trừ bằng giảm thể tích trong mắt bằng cách đẩy thủy tinh thể ra ngoài qua vết mổ, một BC nguy hiểm có thể gây **mù vĩnh viễn**.
- Succinylcholine làm tăng áp lực trong mắt 5-10 mmHg.
- **Án nhãn cầu** có thể gây rối loạn nhịp: nhịp tim chậm, ngoại tâm thu thất, ngừng xoang hay rung thất.
- Ngưng N₂O 15 ph trước khi tiêm khí để tránh phồng mắt do bóng khí.
- Hấp thu thuốc khi sử dụng tại chỗ ở trung gian giữa hấp thu tiêm tĩnh mạch và tiêm dưới da.



- Echothiophate **ức chế cholinesterase** không hồi phục, điều trị glaucome. Thuốc hấp thu vào máu gây giảm cholinesterase gây kéo dài thời gian hoạt động của succinylcholine và mivacurium Dẫn mê ở BN có tổn thương mắt hở cần điều khiển được áp lực trong mắt bằng dẫn mê êm dịu, nên tránh ho trong lúc đặt NKQ.
- Khi có gây mê tĩnh mạch, thông khí và oxy được đảm bảo và theo dõi sát, dụng cụ đặt thông khí áp lực dương sẵn sàng khi có sự cố.



SINH LÝ NHÃN ÁP

- Nhãn áp bình thường 12-20 mmHg.
- Mắt chứa trong hốc mắt có thành cứng do đó, tăng bất cứ thành phần nào trong mắt cũng làm tăng nhãn áp.
- **Những yếu tố làm tăng nhãn áp:** tăng huyết áp, tăng CO₂ soi thanh quản, đặt NKQ, sung huyết tĩnh mạch, nôn ói, ho, succinylcholine, ketamine.
- **Những yếu tố làm giảm nhãn áp:** tăng thông khí, hạ thân nhiệt, thuốc ức chế TKTW, thuốc ức chế hạch, hầu hết thuốc mê tĩnh mạch và hô hấp, thuốc dẫn cơ không khử cực, mannitol và acetazolamide (thuốc điều trị glaucome).
- Đè lên mắt khi thông khí, nằm sấp, xuất huyết hậu nhãn cầu → tăng nhãn áp.
- Khi mở cầu mắt trong PT hay thủng do chấn thương, áp lực mắt tương đương với áp lực khí quyển. Tăng nhãn áp sẽ đẩy thủy dịch/ thủy tinh thể ra ngoài gây mù vĩnh viễn.



○ GLAUCOME

- Glaucome góc mở: do tắc nghẽn mãn tính dẫn lưu thủy dịch, tiến triển âm thầm và không đau.
- Glaucome góc đóng: tắc nghẽn đường ra thủy dịch cấp do hẹp tiền phòng trước gây dẫn dòng tử hay phù thủy tinh thể.

○ PHẢN XẠ MẮT TIM

- Ấn nhãn cầu hay kéo căng cơ mắt ngoài gây rối loạn nhịp tim: nhịp chậm tim hay ngừng tim.
- Gây tê nhãn cầu cũng có thể gây ra phản xạ này.
- **Điều trị:** ngưng kích thích, atropin 0,01 mg/kg, thuốc điều trị RL nhịp.



THUỐC SỬ DỤNG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ MẮT

○ Sử dụng tại chỗ:

- *Thuốc co đồng tử*
 - Phenylephrine nhỏ mắt: gây tăng huyết áp, đặc biệt khi dùng nồng độ 10% → sử dụng nồng độ 2,5%.
 - Cyclopentolate có thể gây độc tính cho hệ thần kinh trung ương (co giật, rối loạn tri giác).
- *Thuốc giãn đồng tử*: thuốc kích thích giao cảm (pilocarpine 0,25% -4%) có thể gây nhịp tim chậm, tăng tiết nước bọt, tăng tiết dịch phế quản, tăng tiết mồ hôi.
- *Thuốc làm giảm nhãn áp*:
 - Thuốc ức chế β (timolol, betaxolol) có thể gây nhịp tim chậm, hạ huyết áp, suy tim sung huyết, co thắt phế quản.



- *Thuốc ức chế men cholinesterase*: echothiopate làm giảm hoạt tính cholinesterase 2-4 tuần gây kéo dài thời gian hồi phục từ succinylcholine và mivacurium.

○ **Thuốc sử dụng toàn thân**

- **Acetazolamide**-ức chế men carbonic anhydrase: giảm tiết thủy dịch. Sử dụng lâu ngày có thể gây **hạ natri, kali** và toan chuyển hóa.



GÂY MÊ CHO PHẪU THUẬT MẮT

1. Đánh giá trước mổ:

- Người cao tuổi, trẻ em.
- Bệnh lý kèm theo, tối ưu hóa bệnh kèm theo trước PT.

2. Tiền mê:


- BN cần tỉnh để hợp tác trong lúc PT.
- PT với gây tê tại chỗ cần BN bình tĩnh và hợp tác.
- Thuốc tiền mê không làm tăng nhãn áp.



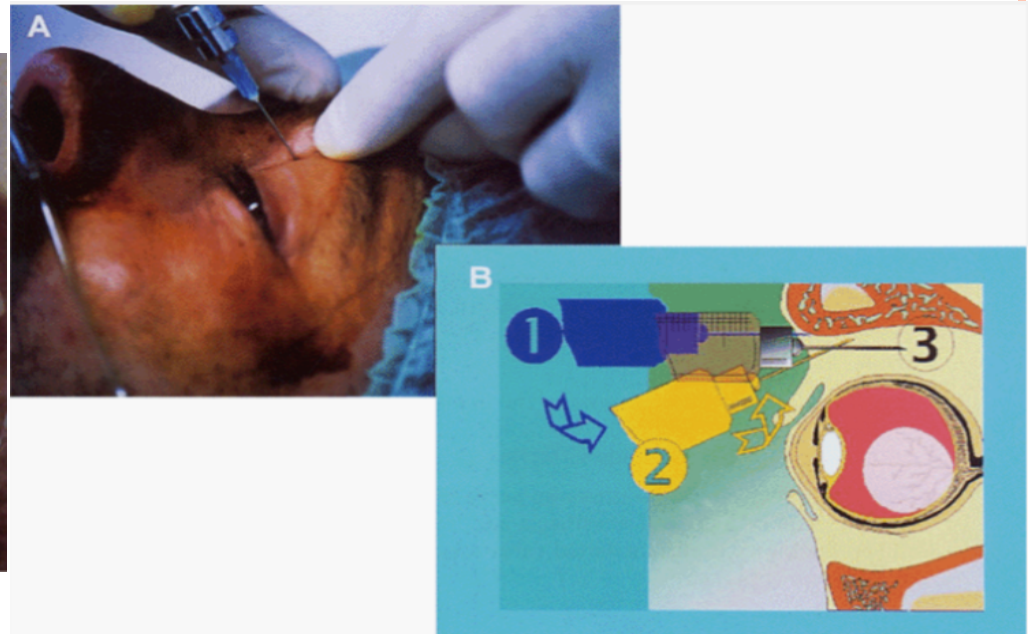
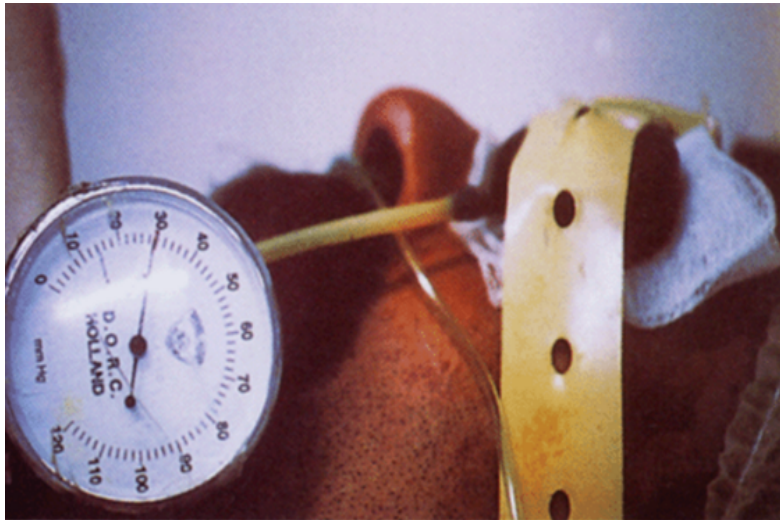
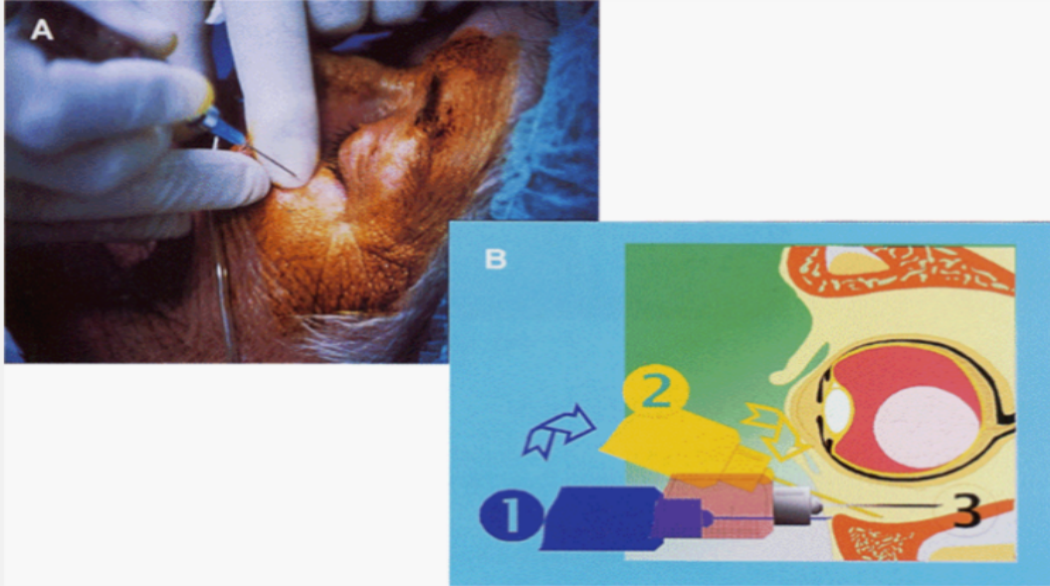
- Benzodiazepam: Diazepam (5 -10 mg) hay lorazepam (0.5 -2 mg) uống 1 giờ trước PT. Midazolam (0.5 -2 mg) IV trước PT ở người lớn. Trẻ em midazolam (0.5 mg/kg) uống trước PT 20 phút.
 - Opioids: nếu có dùng phải phối hợp với thuốc chống nôn.
- 3.** Tránh ho, cử động bất ngờ, căng thẳng lúc PT rất quan trọng: Bn cử động hay cử động mắt /PT mắt dưới kính hiển vi → tăng nhãn áp, xuất huyết màng mạch, thoát thủy dịch, hay mù.



GÂY TÊ HẬU NHÃN CẦU, QUANH NHÃN CẦU

- **Chỉ định:** lấy thủy tinh thể, ghép giác mạc, rửa tiền phòng trước.
 - BN hợp tác và cố định đầu trong lúc gây tê.
 - **CCĐ:** bất kì BN nào không thể giữ đầu cố định khi thực hiện thủ thuật như: BN không hợp tác (tuổi cao, không thể nghe, RL tâm thần, không hiểu ngôn ngữ...), ho mãn tính, run, viêm khớp.
 - **Ưu điểm:**
 - Giảm biến chứng sau PT như ho, ói .
 - Giảm đau sau PT tốt.
 - PT trong ngày.
- 

KỸ THUẬT GÂY TÊ



- BN nằm ngửa, mắt nhìn thẳng.
- Thuốc tê: Lidocaine 2% 6-8ml cho vị trí 1/3 ngoài hốc mắt dưới dưới và 2-4 ml cho 1/3 trong hốc mắt trên. Hút ngược trước khi tiêm
- Sau đó đè nhãn cầu với thiết bị đặc biệt (Hoonan balloon) 5-10 phút với **áp lực < 30 mmHg**.
- Kim tiêm: 22G dài 25mm
- Kiểm tra hiệu quả gây tê: cử động nhãn cầu, nhìn lên, nhìn xuống, nhìn sang 2 bên.



BIẾN CHỨNG

- Chấn thương thần kinh mắt
- Xuất huyết hậu nhãn cầu
- Chèn ép nhãn cầu thoáng qua gây tăng nhãn áp.
- Thủng nhãn cầu.
- Kích thích phản xạ mắt tim.
- Ngộ độc thuốc tê.
- Thuốc tê khuếch tán dọc theo bao dây thần kinh thị giác gây mù tạm thời (hiếm).
- Ngưng thở.



GÂY MÊ CHO PT MẮT

- Mắt rất dễ bị kích thích và nhạy cảm → gây mê đủ sâu để tránh cử động mắt, ho, kích thích hay tăng huyết áp.
- Gây mê NKQ hay LMAs.
- Lidocain 1-1,5mg/kg IV hoặc lidocain spray để gây tê vùng hầu họng giúp ức chế phản xạ khi đặt NKQ.
- **Ketamin: tránh dùng.**
- Rút NKQ và hồi tỉnh êm dịu.
 - Hút đàm nhớt khi BN còn ngủ sâu
 - Liều nhỏ Opioids trước khi rút để tránh phản xạ ho.
 - Lidocain 1-1,5 mg/kg IV trước rút NKQ 5ph.

MỘT SỐ PHẪU THUẬT ĐẶC BIỆT

1. Chấn thương thủng mắt

- PT cấp cứu.
- Dạ dày đầy.
- PP dẫn mê nhanh và không gây tăng nhãn áp → thoát thủy dịch, thủy tinh thể, mù vĩnh viễn.
- PT phức tạp và kéo dài.
- Tránh đè lên mắt khi thông khí bằng mask.
- Succinylcholine gây tăng nhãn áp 10 mmHg trong 5 ph → lựa chọn dẫn cơ khi đặt NKQ nhanh???
- Đặt NKQ êm dịu, tránh gây tăng nhãn áp.

→ Tránh tăng nhãn áp khi gây mê



2. PT chỉnh tật lác mắt

- Trẻ em.
- Cắt bớt cơ mắt ngoài.
- PT có thể gây phản xạ mắt – tim.
- Nôn và buồn nôn sau PT:
 - Dự phòng
 - Điều trị.
 - Giảm các yếu tố gây nôn và buồn nôn:...
- Nguy cơ co thắt cơ nhai và **sốt cao ác tính** ở trẻ bị tật lác mắt: đánh giá cẩn thận và theo dõi trong PT.

3. PT bong vông mạch hay xuất huyết thủy tinh thể:

- Thường gặp ở trẻ sinh non, bệnh vông mạch do chưa phát triển đầy đủ.
- Bệnh lý phối hợp.
- **Chú ý cẩn thận:** đường thở, cân bằng dịch, thân nhiệt bình thường, vận chuyển sau PT.
- Trẻ sinh non: nguy cơ ngưng thở sau PT, theo dõi ít nhất 12h đáng giá khoảng ngưng thở trước khi cho xuất viện.
- PT vông mạch ở người ĐTĐ, thiếu máu hồng cầu hình liềm.
- Gây tê vùng: PT < 2 giờ.



- Gây mê: gây mê phối hợp cân bằng với dẫn cơ đầy đủ. Tránh ho, kích thích, ói sau PT.
- Bóng khí (không khí, SF₆, C₃F₈, C₄F₈) được bơm vào thủy tinh cuối cuộc PT để dự phòng chảy máu thủy tinh.
- Nếu có sử dụng N₂O ngưng trước khi bơm 20 phút.
- Bóng khí tồn tại thời gian sau PT: **tránh sử dụng N₂O** 5 ngày sau bơm không khí, 10 ngày sau bơm SF₆, 60 ngày sau bơm C₃F₈.



KẾT LUẬN

- PT đa dạng: từ đơn giản đến rất phức tạp
- Chia sẻ đường thở với PTV
- Nguy cơ đặt NKQ khó
- NKQ đường mũi
- Tai biến, biến chứng hô hấp chu phẫu: phù phổi do áp lực âm.
- Nguy hiểm của biến chứng chảy máu sau PT
- Nguy cơ tụt đường thở khi PT.
- Tôn thương thần kinh
- Tư thế BN

