GÂY MÊ
CHO PHẪU THUẬT THỰC QUẢN

Đại cương

- Bệnh cảnh: bệnh trào ngược dạ dày – thực quản, ung thư, rối loạn nhu động, thủng thực quản, dị tật bẩm sinh, chấn thương, bỏng…
- Liên quan: phẫu thuật lồng ngực/ bụng
- Nếu BN đã hoá/ xạ trị: chú ý tác động của hoá/ xạ trị đến các cơ quan

Trước mổ: dinh dưỡng

Suy dinh dưỡng → nuôi dưỡng đường ruột

→ nuôi dưỡng tĩnh mạch

⇒ Lành vết mổ

⇒ Giảm tần suất nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết

⇒ Giảm tỉ lệ tử vong

Trước mổ: huyết học

- Thiếu máu do thiểu dưỡng
- Giảm các dòng bạch cầu/ hồng cầu/ tiểu cầu do hoá/ xạ trị gây ức chế tuỷ

Trước mổ: tuần hoàn

- Thiếu dịch: tim mạch không ổn định
- Hoá trị ảnh hưởng chức năng tim
- Phẫu thuật thực quản sẽ lôi kéo vùng trung thất

Trước mổ: hô hấp

- Khí máu động mạch, chức năng hô hấp

  → tiên lượng khả năng biến chứng/ hồi phục hô hấp sau mổ
- Hoá trị → gây độc ở phổi: thiếu oxy, viêm phổi mô kẽ, xơ phổi

  Nếu dùng FiO2 cao → nguy cơ ARDS sau mổ
- Xạ trị → biến chứng viêm phổi màng phổi, viêm màng ngoài tim, xuất huyết, dò khí – thực quản

Trước mổ: các vấn đề đi kèm

- Nghiện rượu → suy chức năng gan, tăng áp lực TM cửa, rối loạn đông máu…

Chuẩn bị

- Đường truyền lớn
- Các phương tiện theo dõi chuẩn
- Đo HAĐM xâm lấn, CVC, catheter ĐM phổi nếu có vấn đề tim mạch
- Sưởi ấm
- Theo dõi dịch truyền, nước tiểu

Vị trí phẫu thuật

- 1/3 trên thực quản: Phẫu thuật cắt túi thừa thực quản (*Zenker*): đường mổ cổ trước bên như mổ động mạch cảnh: tư thế nằm ngửa – ngửa cổ – đầu nghiêng phía đối diện.
- 1/3 giữa thực quản: phương pháp mổ *Ivor Lewis:*
  - giai đoạn đầu BN nằm ngửa bóc tách dạ dày và đầu dưới thực quản qua mổ hở hoặc nội soi
  - sau đó nằm nghiêng trái để mở ngực phải kéo dạ dày lên ngực giải quyết tổn thương thực quản.

Vị trí phẫu thuật

- 1/3 dưới thực quản:
  - Ung thư: đường mổ ngực – bụng trái, cắt đoạn thực quản – dạ dày và nối đầu dưới thực quản vào dạ dày hoặc hỗng tràng.
  - Phẫu thuật *Nissen* (hay *Belsey Mark IV, Hill*): dùng phần trên dạ dày cố định bao quanh 3 – 4 cm đầu dưới thực quản để làm tăng sức co thắt cơ vòng thực quản → điều trị bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Phẫu thuật có thể qua mổ mở hoặc qua nội soi bụng (Nissen, Hill) hoặc ngực với xẹp phổi trái (Belsey).
- Tổn thương toàn bộ thực quản (chấn thương hoặc bỏng hoá chất): Phẫu thuật tái tạo bằng hỗng tràng hoặc đại tràng, bao gồm cắt thực quản bằng đường mổ bụng ± mở ngực phải + cổ bên, sau đó nối hỗng tràng hoặc đại tràng trái / phải thay vào đoạn thực quản đã cắt.

Giảm đau

- Tĩnh mạch
- Ngoài màng cứng
- Cạnh cột sống
- Khoang liên sườn

Gây mê

- Gây mê toàn diện: nội khí quản/ nội khí quản 2 nòng
- Nguy cơ hít sặc
  - Thuốc dự phòng
  - Thông dạ dày
  - Khởi mê nhanh
- Duy trì: khí mê, thuốc mê tĩnh mạch, dãn cơ

  Hạn chế N2O làm căng ruột khó khăn cho PT (+/-)

Tư thế

Tuỳ phương pháp, giai đoạn phẫu thuật

- Nằm ngửa
- Nằm nghiêng

Tai biến trong gây mê

- Tim mạch:
  - tụt huyết áp
  - nhịp chậm (kéo dạ dày)
  - Rối loạn nhịp (bóc tách, kéo trung thất)
- Hô hấp:
  - tổn thương khí quản
  - Thiếu oxy (thông khí 1 phổi), xẹp phổi
  - Nội soi ổ bụng → CO2 lan lên trung thất theo dọc thực quản

Tỉnh mê

- Đổi NKQ 2 nòng → NKQ thường: thở máy
- Rút NKQ
- BN nằm nghiêng thời gian dài → phù vùng thấp gây hẹp đường thở
- Lưu cố định thông dạ dày

Hậu phẫu

Giảm đau đa phương thức

→Phục hồi hô hấp

→Vật lý trị liệu

Nuôi dưỡng:

→ tĩnh mạch +++

→ đường ruột: phối hợp PTV

Tai biến - Biến chứng

- Hô hấp:
  - Hít sặc, xẹp phổi, thuyên tắc phổi, tràn khí – máu màng phổi, thiếu oxy, giảm thông khí
  - Tổn thương phổi cấp (ALI), ARDS: liên quan đến giai đoạn tuần hoàn – hô hấp không ổn định, thời gian thông khí 1 phổi (phổi thông khí: vi chấn thương do áp lực; phổi không thông khí: chấn thương do thiếu máu – tái tưới máu)
- Dò thực quản: biến chứng nặng
  - Giảm đau NMC → cải thiện chức năng hô hấp, tưới máu mô → lành vết mổ, giảm tỉ lệ dò miệng nối
- Tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược
- Thuyên tắc tĩnh mạch sâu…