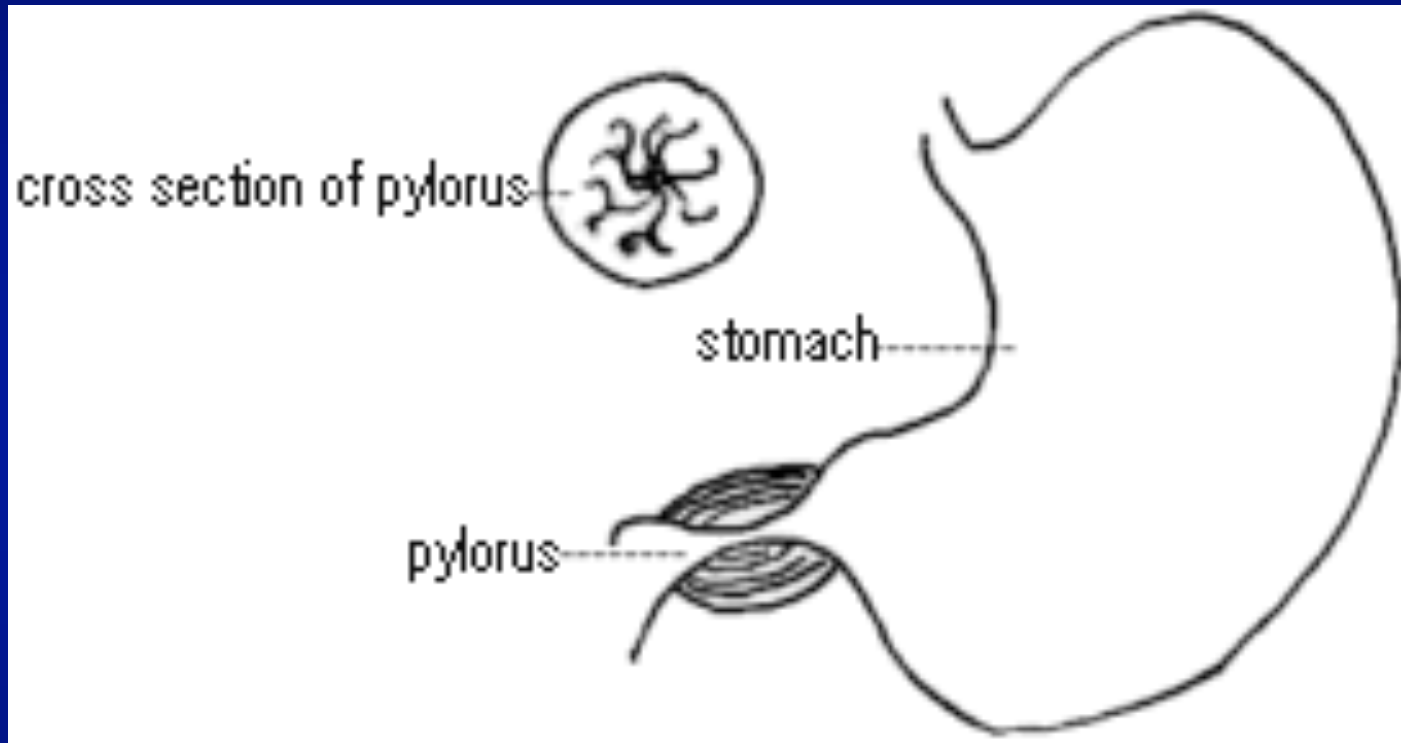


Gây mê trong phẫu thuật tiêu hoá trẻ em

TS.BS Nguyễn Thị Thanh
BS Laure de Saint Blanquat
DAR Saint Vincent de Paul

HỆP MÔN VỊ PHÌ ĐẠI

Hệ môn vị phì đại



Phì đại đồng tâm của niêm mạc môn vị

Dịch tễ học

- Tần suất : 3/1000
- Tỷ lệ nam:nữ: 4/1
- Do gen di truyền
- Nguyên nhân ?

Cấp cứu nội khoa !

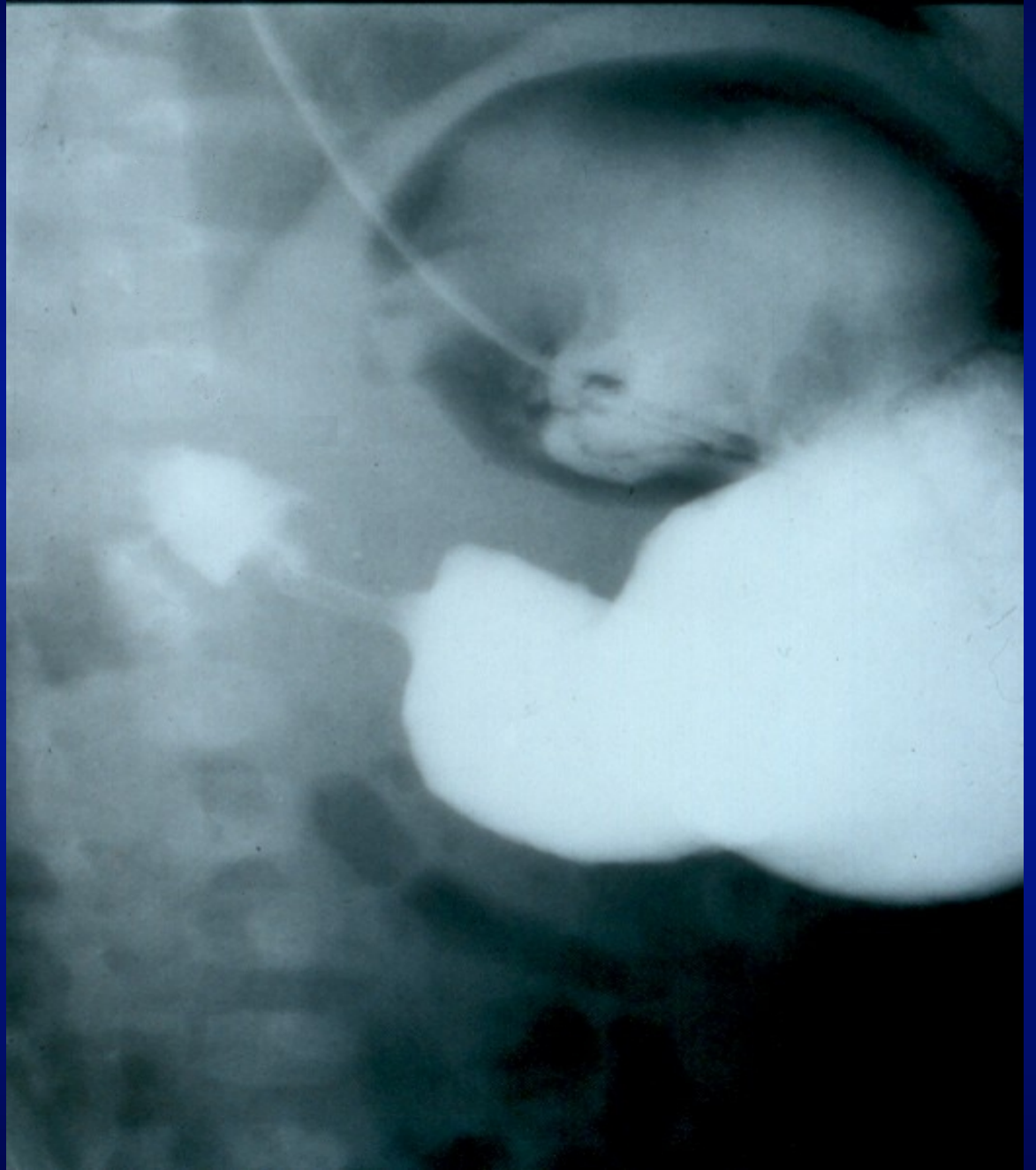
Chẩn đoán lâm sàng

- Bé trai, 1 tháng tuổi
- Nôn ói
 - Ra thức ăn, sau bữa ăn, thành vòi
 - Bú tốt
- Khám lâm sàng
 - Sờ thấy khối hình trái olive ở môn vị, cạnh rốn P
 - Sóng nhu động ruột trên bụng
 - Dấu mất nước

Xét nghiệm cận lâm sàng

- Siêu âm bụng
 - XN tham chiếu :
 - Độ nhạy 97%, độ đặc hiệu 100%
Godbole P Arch Dis Child 1996
 - Bề dày của môn vị > 4 mm → hẹp
- XQ Uống baryt (Transit baryté)
 - Khi nghi ngờ chẩn đoán
- Đánh giá độ mất nước
 - Tổng kê máu và nước tiểu

Chụp XQ có
baryt



Đánh giá độ mất nước

Mất cân	5%	10%	15%
Niêm mạc		khô	Nhăn nheo
Da	xanh	xám	Nổi bông
Nếp da		+	++
Mắt	Có quầng	trũng	trũng ++
Tri giác	BT		Hôn mê
Nước tiểu	BT		Tiêu ít
HA	BT		BT hay ↓

Nôn ói

Mất H^+ , Cl^- , K^+
Mất nước ngoại bào

Kiểm chuyển hoá giảm
clor máu

Kéo dài

Bài tiết $NaHCO_3$

Tái hấp thu $NaCl$, $NaCOH_3$
Bài tiết K^+

Nước tiểu kiềm
Toan hô hấp

Toan nước tiểu nghịch thường
 $Clor\ U < 20\ mEq/l$

Chuẩn bị trước mổ

- Đặt ống thông dạ dày, hút
- Nằm đầu cao
- Đường truyền tĩnh mạch ngoại vi
- Hồi sức nước điện giải
- $\pm$ bồi hoàn thể tích
- Vitamine K1 TM 5 mg

Bù nước (1)

	Trung bình	Nặng
Mất cân	5 - 10 %	> 15 %
HCO ₃ ⁻	32 - 42 mmol/l	> 42 mmol/l
Cl ⁻ máu	> 90 mEq/l	< 90 mEq/l
Cung cấp	TM 50%NaCl 0,9% 50% G5% (1) K ⁺ = 3 mEq/kg/ngày	Bù dịch 20 ml/kg Dung dịch như trên (1)

K⁺ khi bắt đầu có nước tiểu và hết kiềm chuyển hoá
Bù ½ lượng dịch thiếu trong 6 - 8 giờ

Bù nước (2)

Hồi sức nước điện giải trong 24 - 48 giờ
Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm (điện giải đồ
máu và nước tiểu)

Khi nào phẫu thuật?

Chlore nước tiểu $> 20 \text{ mEq/l}$

Chlore máu $> 105 \text{ mEq/l}$

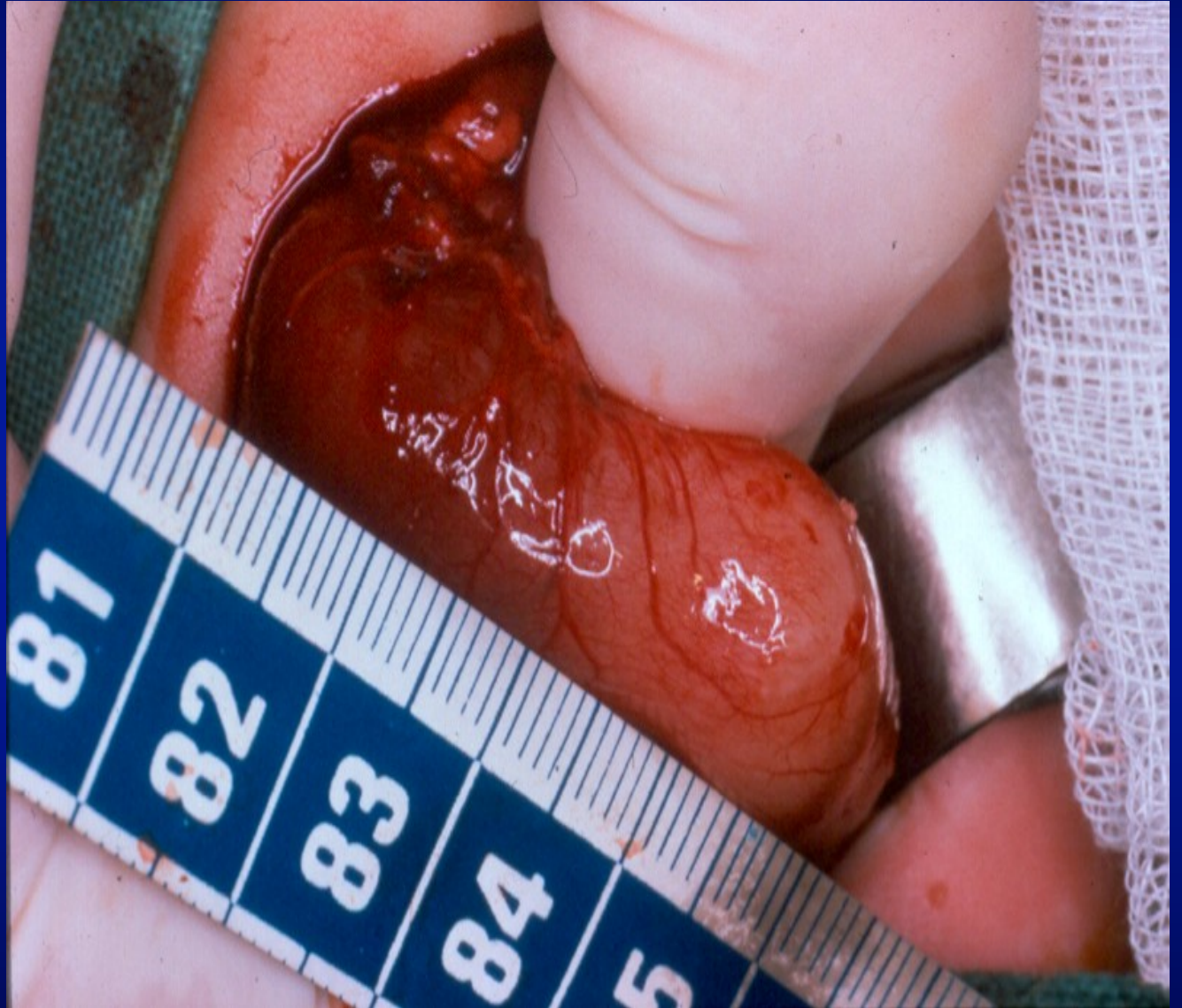
Bissonnette Can J Anaesth 1991

Điều trị ngoại khoa

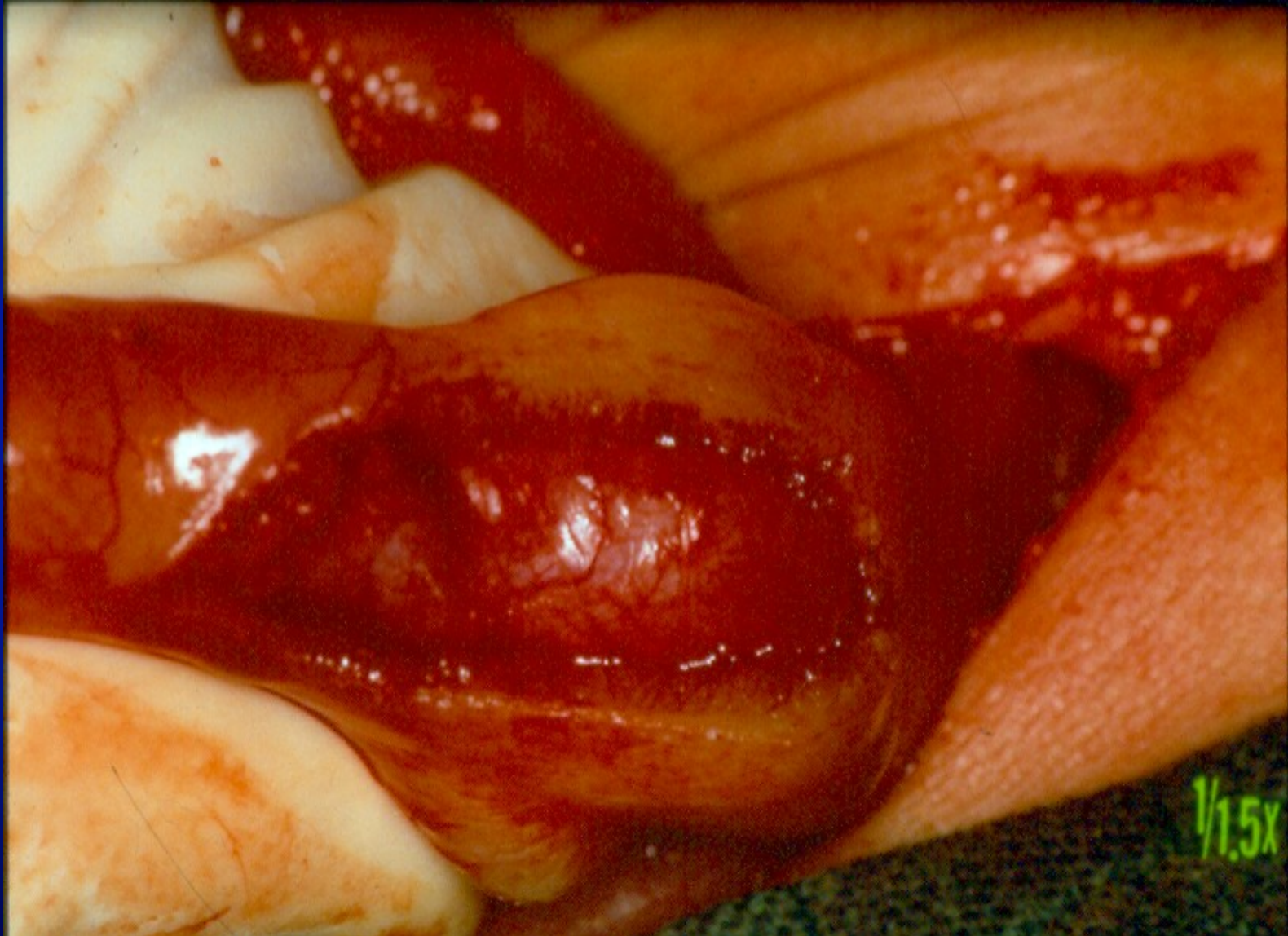
Xẻ môn vị ngoài niêm mạc Ramsted

- Đường mổ kinh điển dưới sườn P
- Đường mổ chọn lọc cạnh rốn
- Phẫu thuật nội soi

Khối hình trái
olive ở môn vị



Mỡ môn vị ngoài niêm mạc



Gây mê

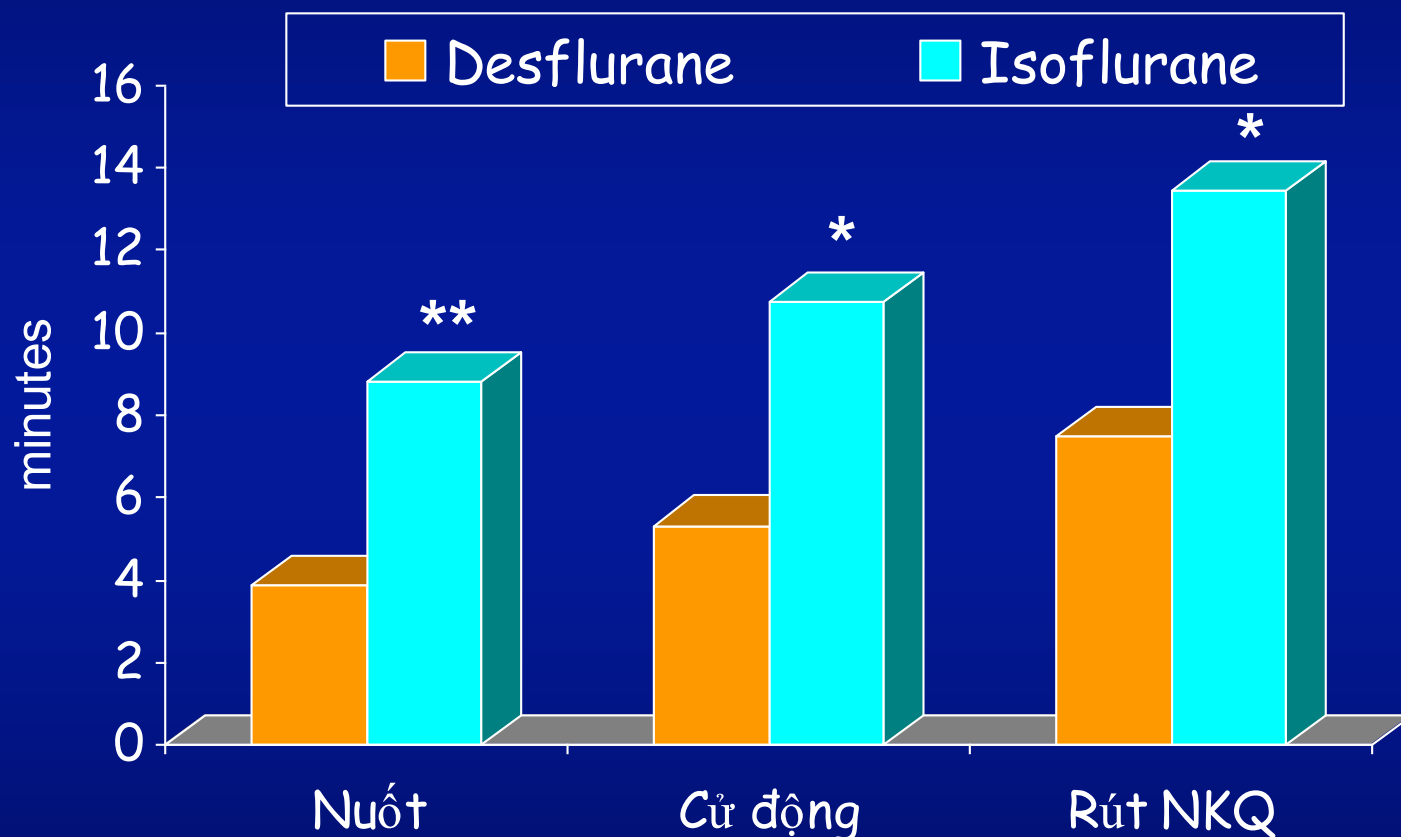
Dạ dày đầy

- Hút sạch dạ dày
- Cho thở oxygen trước
- Atropine 10 - 20 $\mu\text{g/kg}$
- Khử mê chuỗi nhanh
 - thiopental = 3 - 5 mg/kg
 - propofol 3 - 5 mg/kg
 - succinylcholine = 1.5 - 2 mg/kg

Duy trì mê

- Phẫu thuật ngắn nhưng phải mê sâu
- Phẫu thuật sạch: không kháng sinh dự phòng ngoại trừ thủng tá tràng
- Thuốc mê Halogen
- Thuốc giảm đau ?

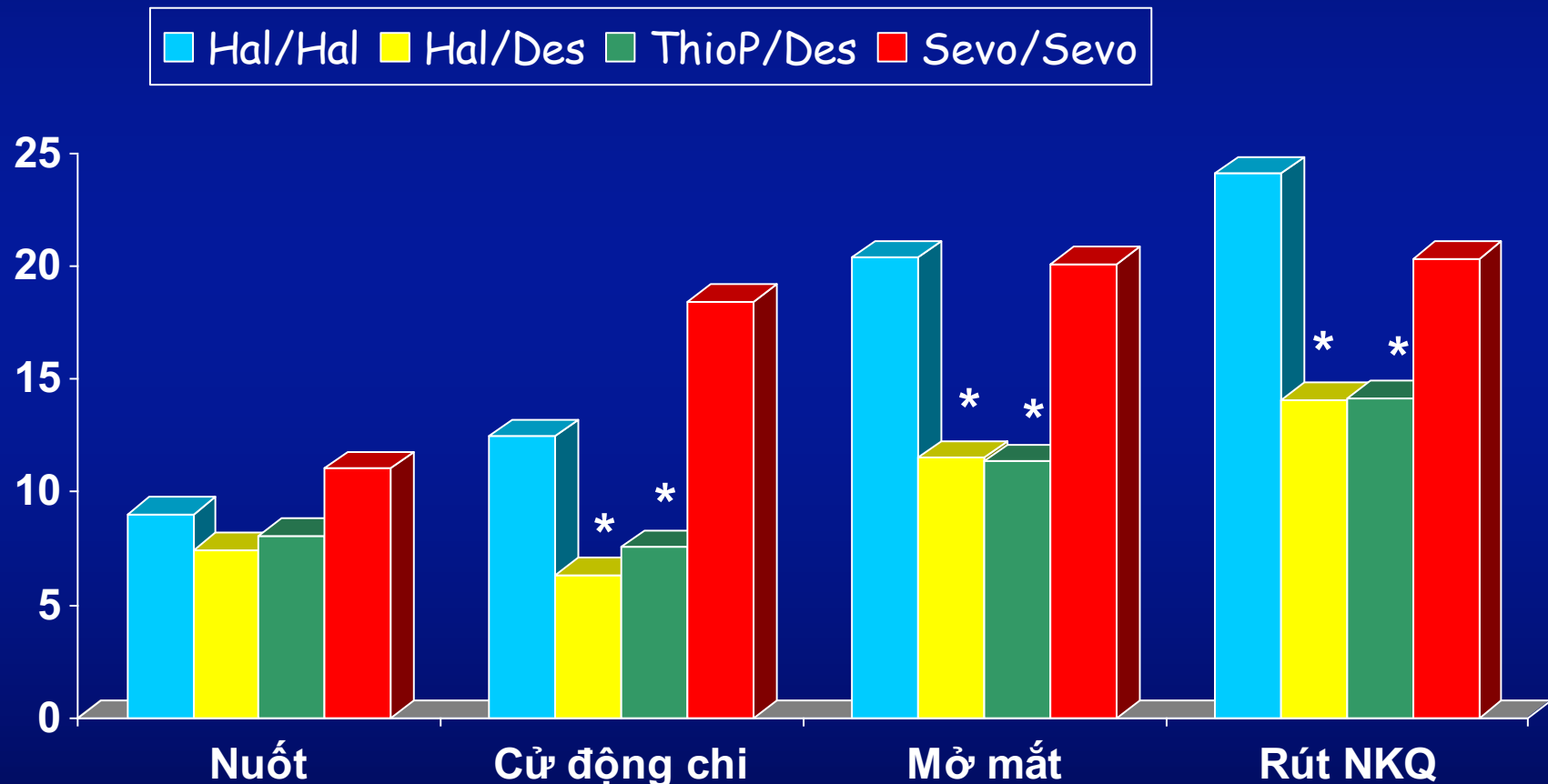
Desflurane so với Isoflurane



* $p < 0,01$
** $p < 0,05$

Wolf Br J Anaesth 1996

Thời gian tỉnh mê theo thuốc halogen ở trẻ sơ sinh có tiền căn thiếu thính



O'Brien BJA 1998

Giảm đau chu phẫu

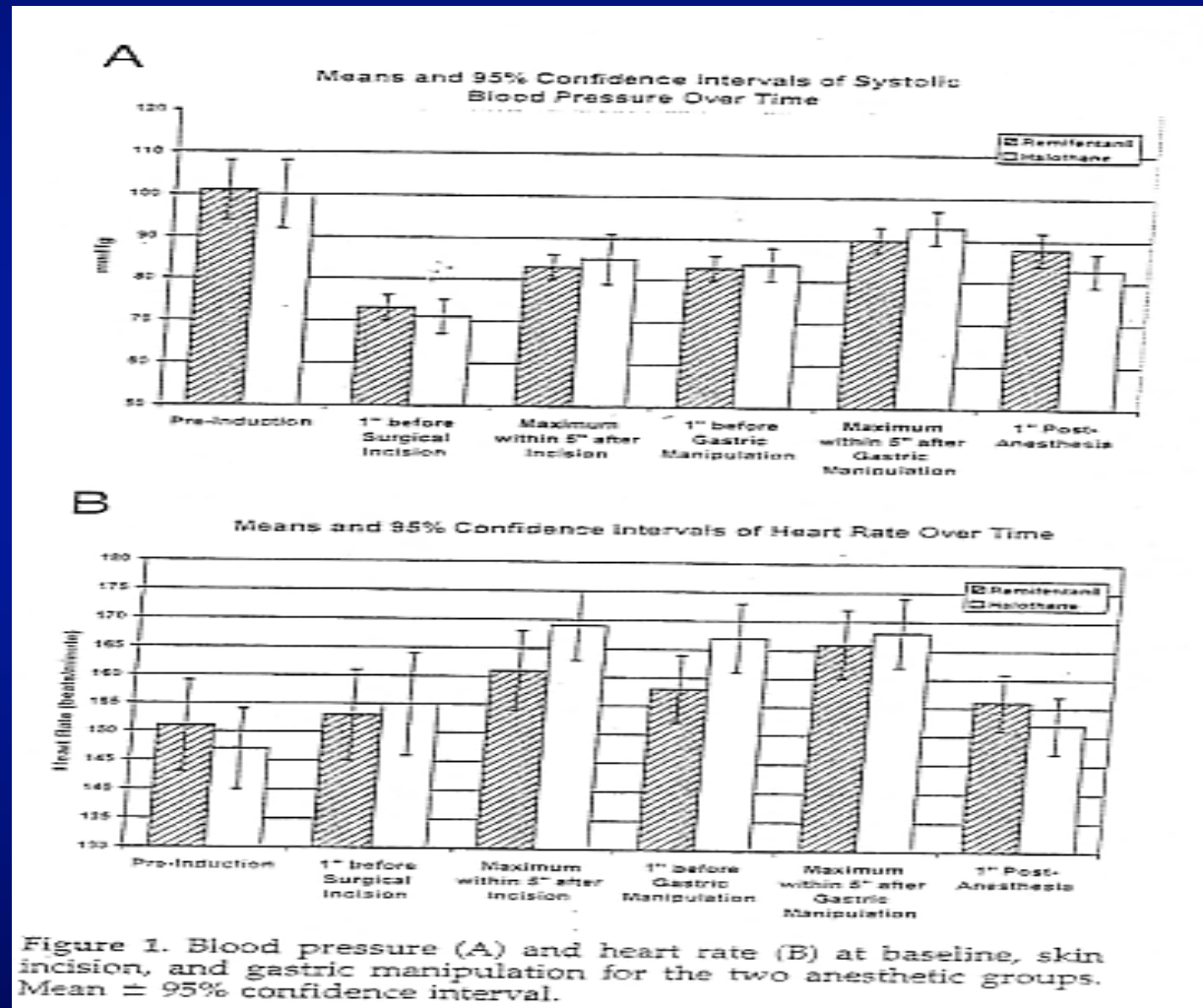
- Tê thấm ở đường mổ
 - bupivacaine 0,25% 1,5 mg/kg McNicol Lancet 1990
 - Còn bàn cãi Sury Ann R Coll Surg Engl 1990
- Thuốc phiện trong mổ
 - Nhậy cảm của trẻ nữ nhi
 - Remifentanil ?
- Tê cạnh rốn (Bloc para-ombilical)
- Paracetamol
 - 15 mg/kg đặt hậu môn lúc khởi mê hay TM

Evaluation des besoins analgésiques après infiltration par la bupivacaine

15% des enfants n'ont besoin d'aucun antalgique
3/72 morphiniques

	M $\pm$ DS
1ère antalgiques (h)	9.12 $\pm$ 8.04
N de doses	1.91 $\pm$ 1.56
Paracetamol (mg/kg)	19.9 $\pm$ 5.4

Remifentanyl vs Halothane stabilité per opératoire



Remifentanil vs halothane

Temps (min)	Remifentanil	Halothane
Délai extubation	7.7 ± 3.2	7.4 ± 6.3
Mvts spontanés	6.6 ± 3.2	5.2 ± 6.1
Sortie SSPI	22.5 ± 12.3	28.5 ± 20.7
1ère antalgique	370 ± 277	316 ± 354

Biến chứng

901 mở môn vị ngoài niêm mạc

- Tỷ lệ biến chứng 10%
- 4% trong mổ
 - thủng tá tràng ++, đặt NKQ khó
- 6% sau mổ
 - Nôn ói, nhiễm trùng, mở môn vị không hoàn toàn, dính
- Tử vong : không

Hulka Am J Surg 1997

Cho ăn lại sau mổ

Ăn lại sớm từ giờ thứ 4
sau mổ
Nguy cơ nôn ói
Ra viện sớm hơn

Ăn lại muộn ở giờ thứ
12 sau mổ
Ít nôn ói hơn
Ra viện muộn

Truyền dịch : ngừng khi đã ăn lại được qua miệng

Khi có thủng niêm mạc

- Lưu ống thông dạ dày 24-48 giờ
 - nhịn 48 giờ
 - Theo dõi T°, bụng

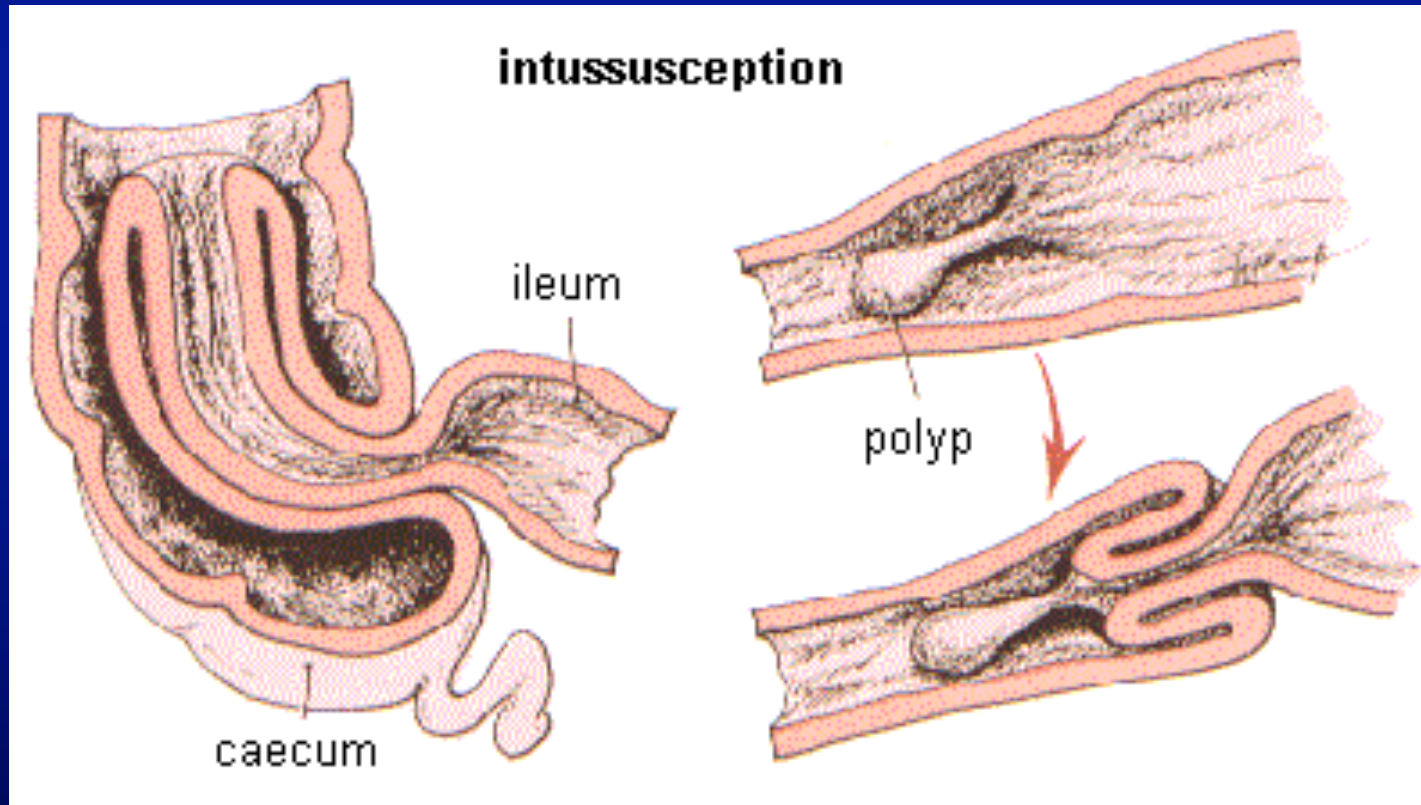
Cho ăn lại sau mổ

- Nằm đầu cao
- Cho ăn : Giờ thứ 2 : 10 ml nước đường
Giờ thứ 6 : 20 ml sữa, sau đó tăng dần 10 ml/ 4 giờ

Lồng ruột cấp

Lồng ruột

Đoạn ruột trên chui vào đoạn ruột dưới



Lồng ruột cấp

Hậu quả

- Thắt nghẹt ở vùng cổ
- Ứ trệ tĩnh mạch và tân dịch
- Thiếu máu nuôi niêm mạc
- Hoại tử và thủng ruột

Lồng ruột cấp

- Dạng
 - Vô căn : Tăng nhu động ruột, hạch mạc treo. Tăng sản các mảng Peyer
 - Thứ phát : Meckel, khối u, viêm khớp xuất huyết
- Loại lồng ruột :
 - Hồi - hồi tràng (dạng đơn giản nhất)
 - Hồi - manh tràng (thường gặp nhất)
 - Hồi - đại tràng (transvalvulaire)

Dịch tể học

- Tần suất 2 - 4 ‰
- Tuổi từ 3 tháng đến 2 tuổi
 - Nếu < 2 tuổi : 95 % ca → dạng vô căn
 - 10% sau 3 tuổi
- Tỷ lệ nam/nữ 2/1
- Nhiễm siêu vi gần đây

Lâm sàng

- Tam chứng kinh điển : 20 - 30 % trường hợp
 - Đau kịch phát từng cơn
 - Nôn ói
 - Phân có máu
- Rối loạn nhu động ruột
- Sốt, tổn thương toàn trạng, mất nước ...
- Khám
 - Sờ thấy khối cứng dài trong khung đại tràng, dưới gan (25 %)

X quang

- Phim bụng không sửa soạn
 - Khối lồng ruột : hình mờ dài (50 - 60 %)
 - Đại tràng ít khí và phân
 - Biến mất manh tràng, mức nước hơi
- Siêu âm bụng
 - Xét nghiệm chẩn đoán tham chiếu
 - Khối lồng ruột = mặt cắt ngang: hình dạng « bia », mặt cắt dọc: hình dạng « càng cua »
- Chụp cản quang (khí hay cản quang tan trong nước)
 - = chẩn đoán và điều trị

Chụp cản quang

- Chống chỉ định
 - Nghi ngờ hoại tử ruột, thủng
 - Tổng trạng kém, tình trạng sốc
- Hiện diện của BS GM và PTV
- BN sởi ăm, an thần, truyền dịch
- Lợi ích của chẩn đoán và điều trị
 - Thử tháo lồng bằng cách tăng áp lực thuỷ tĩnh từ từ
 - Thành công khi thấy cản quang của ruột tận cùng



Chụp cản quang Khí, baryt, nước muối sinh lý ?

	Không khí	Baryte	Nước muối
Thành công	45 (90%)	35 (70%)	32 (67%)
Thủng	0	3	2

* P= 0,01

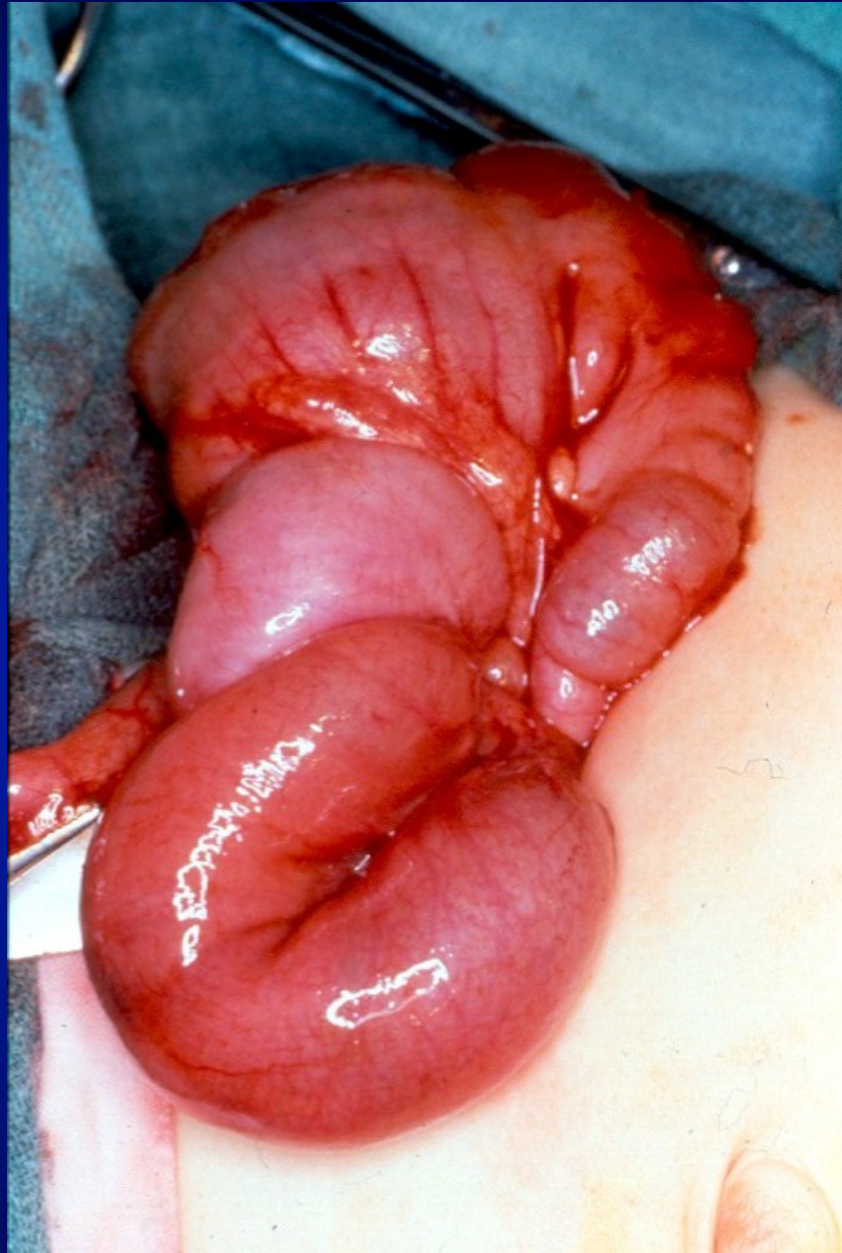
Xử trí gây mê

Dạ dày đầy !

- Bn truyền dịch, bù nước nếu mất nước
- Atropine = 10 - 20 $\mu\text{g/kg}$
- An thần
 - Midazolam 0,2 mg/kg
 - Kétamine 0,5 mg/kg
 - Propofol, sufentanil ?
- Tự thở
- Monitoring chuẩn

Khi tháo lòng thất bại hay phải phẫu thuật ngay

- Điều chỉnh mất nước và/hay giảm thể tích
- Làm trống dạ dày
- Khởi mê nhanh
- Phẫu thuật : đường mổ hố chậu P (tháo lòng bằng tay, cắt ruột thừa)



Viêm ruột thừa cấp

Viêm ruột thừa cấp

- Trẻ em > 2 tuổi, thường gặp ở 9 -12 tuổi
- Chẩn đoán lâm sàng khó khăn
- Phẫu thuật khẩn
- PT nội soi +++
- Dạ dày đầy

Viêm ruột thừa cấp và điều trị kháng sinh

- Lấy mẫu cấy vi sinh trong mổ ++
- Vi khuẩn thường gặp
 - Trực trùng gram âm, cầu trùng Gram +, kỵ khí
- Điều trị:
 - Đơn trị liệu: Augmentin[®] 100 mg/kg
 - Hay 2 kháng sinh nếu áp xe, viêm phúc mạc: : Augmentin[®] + aminosides

Viêm ruột thừa cấp và giảm thể tích

- Nhiều yếu tố
 - Nôn ói, tiêu chảy, sốt, khám thứ ba, ăn uống kém
- Lâm sàng
 - Tim nhanh : dấu sớm nhất
 - Hạ HA muộn, dạng lâm sàng ++
- Bù dịch
 - Tinh thể/keo
 - 50 - 150 ml/kg

Kết luận

- Bệnh lý thường gặp ở trẻ em
- Xử trí tại các chuyên khoa
- Nguyên tắc an toàn của gây mê nhi
- Theo dõi chu phẫu