

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ 2018

BS NGUYỄN ANH TUẤN, GÂY MÊ HỒI SỨC & GIẢM ĐAU
BS NGUYỄN VỸ, GÂY MÊ HỒI SỨC & GIẢM ĐAU

Thuốc điều trị ngưng tim trong ngộ độc thuốc tê khác với thuốc điều trị ngưng tim trong hoàn cảnh khác.

- ❖ Giảm liều Adrenaline (Epineprine) ≤ 1 mcg/kg
- ❖ **Không được sử dụng:** Vasopressin, thuốc chặn kênh calci, thuốc ức chế beta, hoặc các loại thuốc tê khác.
- Ngưng tiêm thuốc tê
- Gọi hỗ trợ
 - Cân nhắc sử dụng nhũ tương Lipid khi có các triệu chứng **Ngộ Độc Thuốc Tê** rõ ràng
 - Chuẩn bị sẵn sàng bộ cấp cứu **Ngộ Độc Thuốc Tê**.
 - Thông báo cho đơn vị tuần hoàn ngoài cơ thể nơi gần nhất. Dự kiến và lên kế hoạch cho hồi sức kéo dài.
- Kiểm soát đường thở
- Thông khí với Oxy 100% / tránh tăng thông khí / dụng cụ đường thở nâng cao nếu cần thiết
- Điều trị co giật
 - Ưu tiên sử dụng Benzodiazepin
 - **Tránh** dùng liều cao **Propofol**, đặc biệt ở những bệnh nhân có huyết động không ổn định.
- Điều trị tụt huyết áp và nhịp tim chậm - **Nếu không có mạch, bắt đầu hồi sinh tim phổi.**

Nhũ tương Lipid 20%

(Thể tích và tốc độ truyền không quan trọng)

Bệnh nhân > 70kg	Bệnh nhân < 70kg
Bolus 100mL nhũ tương Lipid 20% trong 2 - 3 phút • Truyền nhũ tương Lipid 20%: 200 - 250mL trong 15 - 20 phút.	Bolus 1.5mL/kg nhũ tương Lipid 20% trong 2 - 3 phút • Truyền Nhũ tương Lipid 20% ~ 0.25mL/kg/phút (theo cân nặng lý tưởng)

Nếu tình trạng bệnh nhân vẫn không ổn định:

- Tiêm bolus nhắc lại 1 hoặc 2 lần với liều tương tự và gấp đôi tốc độ truyền dịch; cảnh giác với liều tối đa 12mL/kg
- Tổng lượng Lipid sử dụng có thể lên đến 1L trong quá trình hồi sức kéo dài (vd., > 30 phút)
- Tiếp tục theo dõi
 - Ít nhất 4 - 6 giờ sau biến cố về hệ tim mạch.
 - Hoặc, ít nhất 2 giờ sau biến cố về hệ thần kinh trung ương.
- Không sử dụng quá 12 ml/kg nhũ tương Lipid (đặc biệt quan trọng ở những người gầy và trẻ em)
 - Liều điều trị **Ngộ Độc Thuốc Tê** thực sự nhỏ hơn liều chuẩn



Giảm nguy cơ (cần nhạy cảm)

- Sử dụng lượng thuốc tê nhỏ nhất để đạt được mức tê và thời gian tê mong muốn.
- Nồng độ thuốc tê trong máu bị ảnh hưởng bởi vị trí tiêm và liều sử dụng. Điều quan trọng là xác định được bệnh nhân có nguy cơ **Ngộ Độc Thuốc Tê** cao trước khi sử dụng thuốc tê, ví dụ., trẻ em < 6 tháng, bệnh nhân gầy, người già ốm yếu, suy tim, bệnh thiếu máu cơ tim, bất thường dẫn truyền, hoặc có rối loạn nhịp chậm, bệnh chuyển hóa (vd:ti thể), bệnh gan, nồng độ protein huyết tương thấp, nhiễm toan và đang sử dụng những thuốc ức chế kênh natri. Bệnh nhân có phân suất tổng máu rất thấp là những bệnh nhân nhạy cảm với **Ngộ Độc Thuốc Tê** và đặc biệt có xu hướng tăng nồng độ thuốc tê trong máu, liên quan đến liều thuốc tê lặp lại.
- Cân nhắc dùng chất chỉ thị , hoặc liều test (Adrenalin 2.5 – 5 mcg/ ml ; tổng liều 10 – 15 mcg). Dự kiến được phản ứng, thời điểm bắt đầu, khoảng thời gian và giới hạn của 'liều test' trong việc xác định tiêm vào mạch máu.
- Hút ngược syringe trước mỗi lần tiêm và quan sát xem có máu trong syringe hoặc dây dẫn
- Tiêm chậm, quan sát và hỏi để phát hiện những dấu hiệu **Ngộ Độc Thuốc Tê** giữa những lần tiêm thuốc tê
- Cân nhắc và thảo luận về liều thuốc tê như một phần trong kiểm tra trước phẫu thuật

Phát hiện (cần cảnh giác)

- Theo dõi bệnh nhân liên tục trong và sau khi tiêm thuốc tê. Độc tính lâm sàng của thuốc tê có thể xuất hiện sau 30 phút hoặc lâu hơn.
- Sử dụng Monitors theo tiêu chuẩn của Hội gây mê hồi sức Hoa kỳ (ASA).
- Giao tiếp thường xuyên với bệnh nhân để phát hiện những triệu chứng **Ngộ Độc Thuốc Tê**.
- Nghi đến **Ngộ Độc Thuốc Tê** ở bệnh nhân có thay đổi trạng thái tinh thần, triệu chứng thần kinh hoặc dấu hiệu bất thường về tim mạch sau gây tê (vd: thay đổi nhịp tim, huyết áp, điện tim). Cân nhắc **Ngộ Độc Thuốc Tê** ngay cả khi liều thuốc tê :
 - Nhỏ (bệnh nhân nhạy cảm),
 - Phương pháp gây tê không truyền thống (dưới da, niêm mạc, ngoài da)
 - Do phẫu thuật viên thực hiện
 - Sau tháo garot
- Các dấu hiệu thần kinh trung ương (có thể thoáng qua, không điển hình, hoặc không có)
 - Kích thích (kích động, lú lẫn, nói nhảm, run giật cơ, co giật)
 - Ức chế (ngủ lơ mơ, đờ đẫn, hôn mê, hoặc ngưng thở)
 - Triệu chứng không đặc hiệu (vị kim loại, tê quanh miệng, ù tai, song thị , chóng mặt)
- Triệu chứng tim mạch (đôi khi là biểu hiện duy nhất của **Ngộ Độc Thuốc Tê** nặng)
 - Giai đoạn đầu có thể tăng huyết động (cao huyết áp, nhịp tim nhanh, loạn nhịp thất) sau đó
 - ✓ Tụt huyết áp tiến triển
 - ✓ Ức chế dẫn truyền, nhịp tim chậm hoặc vô tâm thu
 - ✓ Rối loạn nhịp thất (nhịp nhanh thất, xoắn đỉnh, rung thất hoặc vô tâm thu)

Thuốc an thần có thể làm bệnh nhân giảm khả năng nhận biết hoặc thông báo triệu chứng **Ngộ Độc Thuốc Tê**

Điều trị

Đề xuất “Hộp cứu hộ Ngộ độc thuốc tê”

- 1L (tổng lượng) dịch nhũ tương Lipid 20%
 - Một số bơm kim tiêm lớn
 - Dây truyền tĩnh mạch chuẩn
- Sử dụng nhũ tương Lipid ngay khi có những dấu hiệu ban đầu, rõ ràng của ngộ độc thuốc tê.
 - Nhũ tương Lipid có thể được sử dụng để điều trị ngộ độc bất kỳ loại thuốc tê nào.
 - Liều chuẩn Adrenaline (1mg) có thể cản trở hồi sức và giảm hiệu quả Lipid trong cấp cứu **Ngộ Độc Thuốc Tê** . Sử dụng liều nhỏ hơn liều chuẩn trong hồi sinh tim phổi nâng cao (ACLS), ví dụ $\leq 1\text{mcg/kg bolus}$, hoặc để điều trị tụt huyết áp.
 - Không nên sử dụng Propofol khi có dấu hiệu tim mạch không ổn định
 - Khuyến cáo việc theo dõi kéo dài (2 - 6 giờ) sau khi có bất kỳ dấu hiệu **Ngộ Độc Thuốc Tê** nào, vì ức chế tim mạch do thuốc tê có thể vẫn còn hoặc tái phát sau điều trị.
 - Nếu **Ngộ Độc Thuốc Tê** xảy ra trong thời gian ngắn và không có dấu hiệu bất ổn tim mạch, cần cân nhắc tiến hành phẫu thuật nếu sau 30 phút theo dõi bệnh nhân không có biến cố gì

