

Bs Nguyễn Hân Anh - Khoa GMHS

I/- Mục đích:

- Đối với người GMHS, gây mê cho BN sốc đa chấn thương là một trình độ hợp pháp, cần phải phải hợp chất cho gia Gây mê và Hồi sức. Điều hướng sốc quan trọng là chấn đúng thời điểm GM.
- BN đa chấn thương là bệnh có thể hai hay nhiều chấn thương nặng, mà trong đó có ít nhất một chấn thương đe dọa tới sự sống của BN.
- Người GMHS thường gặp khó khăn trong việc chăm sóc theo dõi BN đa chấn thương vì tính phức tạp của chấn gây chấn thương, tính chất và hình thái của chấn thương.
- Trước khi can thiệp phẫu thuật, tốt nhất là BN đã được hồi sức để kiểm soát tình trạng sốc (nếu điều kiện cho phép). Trong trình độ hợp pháp cần phải can thiệp kịp thời khi cần phải hồi sức và mổ, nhưng chấp nhận nguy cơ cao cho phẫu thuật.



II/- Sinh lý bệnh .

2.1/-Nguyên nhân:

- Trong chiến tranh thu thương do vũ khí sát thương hàng loạt.

- Trong hoà bình, nguyên nhân thương gặp là:

- Tai nạn giao thông: thương gặp người trẻ (15-35 tuổi), nam nhiều hơn nữ.
- Tai nạn lao động.
- Tai nạn thể thao.
- Tội phạm

Như biết được hoàn cảnh và cơ chế tổn thương, có thể giúp cho người thầy thuốc chẩn đoán bệnh nhân được tổn thương, từ đó nhanh chóng xác định chấn đoán và xử trí kịp thời.

2.2/-Hậu quả của sốc đa chấn thương:

- Sốc là tình trạng thiếu tuần hoàn ngoại vi cấp tính, dẫn đến giảm lưu lượng máu vùng và thiếu oxy tế bào, đặc biệt là đối với các cơ quan đích như: gan, thận, não, tim.

- Tình trạng sốc của Bn đa chấn thương, thương gặp liên quan với mất máu, nguyên nhân gây mất máu thương gặp là:

- Chảy máu ở các vết thương mạch máu, da đứt rách, mất. Đặc biệt ở trẻ em thì vị trí mất máu này là rất quan trọng.
- Chảy máu trong ổ bụng (vết gan, lách), trong lồng ngực (vết các mạch máu lớn) sau phúc mạc (vết thận, mạch máu), vết máu quanh vết gãy xương (xương gãy đùi, xương gãy chậu).

Gây mê hô hấp cho bệnh nhân sốc đa chấn thương

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 15 Tháng 2 2015 20:04 - Lần cập nhật cuối: Chỉnh sửa, 15 Tháng 2 2015 20:35

- Hô hấp của bệnh nhân mất máu là làm giảm thể tích máu trong tim, giảm thể tích đổ đầy tim, giảm cung lượng tim và cuối cùng là giảm HA. Tuy nhiên theo thể tích máu mất, cơ chế bù trừ của cơ thể (co mạch) và mức độ can thiệp của người thầy thuốc (điều trị chấn thương sốc sớm hay muộn, hô hấp hay không...) mà bệnh nhân thoát sốc hay đi vào tình trạng sốc không hồi phục.

- Trong cấp cứu, đánh giá tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn thường gặp khó, vì các thông số lâm sàng là HA và nhịp tim thì phụ thuộc vào khối lượng máu mất và cơ chế bù trừ của người bệnh. Một thông số khác cần phải được theo dõi là sự thay đổi của hematocrite, vì nó biểu hiện sự phân bố của nước giữa các khoang khác nhau.

- Trong gây mê, cơ chế bù trừ của cơ thể bị thay đổi (có thể mất), phản xạ của thể thực bào áp lực bình thường bị thu hẹp (co mạch tim và dẫn mạch). Vì vậy HA của bệnh nhân sẽ giảm, điều này phản ánh tình trạng mất máu thực sự của bệnh nhân.

- Nếu bệnh nhân có chấn thương tim trực tiếp, tràn máu màng ngoài tim thì nguyên nhân của sốc là do chèn ép tim.

- Nếu bệnh nhân có chấn thương cột sống, hệ thống giao cảm tuỷ bị cắt đứt và đây nguyên nhân dẫn đến sốc. Nhưng trong trường hợp này bệnh nhân chỉ mất máu tạm thời.

- Điều trị phụ:

+ Do tình trạng co mạch và giảm khối lượng tuần hoàn, làm thay đổi tỉ lệ V/Q (thông khí/tưới máu), tác động shunt xuất hiện.

+ Một khác bệnh nhân có thể bị hít chất nôn vào phổi (dây dạ dày đầy), thuyên tắc mạch, giảm thông khí phổi nang do chấn thương ngực trực tiếp.

Gây mê hồi sức bệnh nhân sốc đa chấn thương

Vị trí biên tập viên

Chẩn đoán, 15 Tháng 2 2015 20:04 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 15 Tháng 2 2015 20:35

Tất cả các nguyên nhân này dẫn tới tình trạng thiếu oxy và làm cho tình trạng sốc nặng thêm. Vì vậy nhiệm vụ của người GMHS là bằng mọi cách phải bù đắp oxy cho BN.

- Nếu BN có chấn thương sọ não kèm theo thì người GMHS phải chú ý tránh:

- Giảm HA bằng mọi cách trung bình lúc dẫn mê.
- Mọi nguyên nhân làm tăng áp lực nội sọ (PIC): thu c mê, thao tác khi đặt NKQ...

Vì tất cả những nguyên nhân này đưa tới hậu quả là thiếu máu não.

- Hệ thần kinh: thường gặp ở BN đa chấn thương, nguyên nhân là do: mất nhiều năng lượng lúc bị tai nạn, quá trình vận chuyển không bù đắp, bù đắp quá nhiều (dịch không được cơ thể).Hậu quả của giảm thân nhiệt là tất HA, chậm nhịp tim, rối loạn đông máu (do hoà loãng hoặc tiêu thụ yếu tố đông máu).

2.3/-Những vấn đề cần đặt ra để xử lý bệnh nhân

- BN bị đa chấn thương, thường có chấn thương cơ thể cần thiếp phải ưu tiên đặt giá trị quy tắc nguyên nhân (phẫu thuật cầm máu). Nếu BN bị tổn thương phổi thì tất nhiên là nên chọn phương pháp vô cảm Gây mê toàn diện.

- Khi phải GM cho BN đa chấn thương, điều khó khăn mà người GM hay gặp là không khai thác được tiền sử, không có thời gian khám tiền mê. Nhưng không phải vì vậy mà chúng ta bỏ qua các hỏi để khai thác những người xung quanh (người nhà, người hộ trợ) để biết được các chấn thương, các phương pháp điều trị đã được dùng (thuốc, dịch, phẫu thuật...)

- Tất cả BN bị đa chấn thương đều được coi như là BN có dạ dày đầy, khi GM phải áp dụng đúng phác đồ cho BN loại này để tránh hít phải chất nôn vào phổi.

Gây mê hồi sức bệnh nhân sốc đa chấn thương

Vị trí biên tập viên

Chẩn đoán, 15 Tháng 2 2015 20:04 - Lần cập nhật cuối: Chẩn đoán, 15 Tháng 2 2015 20:35

- Bệnh nhân đa chấn thương, thương tổn kèm theo tình trạng giảm khối lượng tuần hoàn. Vì vậy sau khi lấy máu làm các xét nghiệm cần thiết cho phẫu thuật (Nhóm máu, công thức máu đông máu....), trước khi khởi mê, Bệnh nhân được đặt ít nhất là hai đường truyền có đường kính lớn (18,16,14G) nhằm có thể phớt lờ hội chứng giảm khối lượng tuần hoàn, để báo động duy trì đường HA lúc mê. Nếu Bệnh nhân mất máu nhiều thì phải bù các sản phẩm của máu.

- Cần chú ý báo động đường oxy, tránh mất nhiệt, và hạn chế hạ nhiệt độ cơ thể do hoà loãng (truyền nhiều dịch, dung dịch keo...)

- Đối với Bệnh nhân có chấn thương sọ não kèm theo thì cần phải kiểm soát tốt tình trạng thông khí, nếu Bệnh nhân có thang điểm Glasgow ≤ 8 thì cần phải đặt NKQ và thở máy.

- Đối với Bệnh nhân bệnh chấn thương cột sống, khi đặt NKQ tránh làm tổn thương thần kinh phát làm nặng thêm cho Bệnh nhân.

- Cần chú ý giảm đau hiệu quả ngay từ khi tiếp nhận cấp cứu Bệnh nhân, đặc biệt là trong quá trình vận chuyển từ ngoài vào phòng mổ, ngay cả khi chuyển từ băng-ca sang bàn mổ. Nếu có thể thì nên GM bệnh nhân trên băng – ca rồi sau đó mới chuyển sang bàn mổ (nhằm hạn chế bất ổn định vận chuyển, hạn chế tổn thương thần kinh phát).

2.4/-Như vậy nên đặt đặt ra cho phẫu thuật.

- Bệnh nhân đa chấn thương thương tổn có nhiều loại tổn thương kết hợp, vì vậy cần có nhiều chuyên khoa can thiệp nhiều và trí khác nhau (phẫu thuật bỏng để cầm máu, cắt đứt xương đùi, phẫu thuật ngoại thần kinh...). Tuân theo tình trạng của Bệnh nhân, và trí can thiệp mà các chuyên khoa này có thể tiến hành cùng lúc, hay theo thứ tự ưu tiên trước sau (ưu tiên theo theo tính chất cấp cứu).

- Để cầm cầm phẫu thuật loại này là kéo dài, mất nhiều máu vì vậy phải chuẩn bị phòng ngừa hội chứng (đường truyền) và các sản phẩm của máu. Sau mổ Bệnh nhân phải được theo dõi ở phòng hồi phẫu cho đến khi tỉnh thức.

2.5/-Như thế nào để đặt ra chỉ định gây mê.

Kiểm tra GMHS Bn đa chấn thương có được tiến hành trong hai hoàn cảnh khác nhau: trước bệnh viện và trong bệnh viện.

2.5.1/-Hội sơ c trước c bệnh viện:

- Trong hoàn cảnh này người GMHS gặp rất nhiều khó khăn như: không biết được tình trạng của Bn, chức năng sống của Bn không rõ ràng, không biết hết các chấn thương, Bn trong tình trạng đau đớn, không có thời gian chuẩn bị Bn, đôi khi khó tiếp cận với Bn và làm hạn chế các thao tác kiểm tra như đặt NKQ, hoặc đặt đường truyền tĩnh mạch...

- Vì vậy việc hội sơ c trước c bệnh viện Bn trước đa chấn thương phải được thực hiện bởi một ê-quíp có kinh nghiệm để hội sơ c hàng đầu của một Bs GMHS có kinh nghiệm và được huấn luyện chuyên nghiệp.

- Cần có những phác đồ cấp cứu để định hướng đến phác đồ tiếp nhận: an thần giảm đau để ổn định chức năng thần kinh gây, hoặc GM toàn thân để đưa Bn bớt chèn ép kéo dài, hoặc cắt các chấn thương hoặc phẫu thuật hay đo lường chi tiêu chi.

- Nên chọn những người thu thập mê ít nhất hàng đầu để huy động, thông tin được (mọi người đều biết).

2.5.2/-Hội sơ c ở bệnh viện.

Thông tin Bn sẽ được tiếp nhận và thăm khám bởi nhiều chuyên khoa, việc thăm khám này có thể tiến hành đồng thời hoặc theo thứ tự để đưa đến chẩn đoán xác định cho Bn:

- Bn được cho làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết: chụp phim, siêu âm, các XN tiêu bản...

- Tiến hành các biện pháp hồi sơ c để ổn định huyết động, cũng như kiểm soát hô hấp và cung cấp oxy.

Gây mê hồi sức bệnh nhân sốc đa chấn thương

Viết bởi Biên tập viên

Chỉnh sửa, 15 Tháng 2 2015 20:04 - Lần cập nhật cuối Chỉnh sửa, 15 Tháng 2 2015 20:35

III/-Gây mê bệnh nhân đa chấn thương:

3.1/-Chuẩn bị bệnh nhân:

- Cần ngừng thu thập thông tin chấn thương và bệnh nhân: các thủ tục và biện pháp điều trị đã được tiến hành, ngừng pháp và mục đích phẫu thuật, tình trạng hiện tại của bệnh nhân, để đó cho ngừng pháp vô cảm cho thích hợp.
- Kiểm tra các xét nghiệm chấn thương nhẹ: đông máu, nhóm máu, công thức máu, X-quang phổi, cắt sọ. Cần phải đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh. Chú ý bệnh nhân có chấn thương kèm theo.
- Chuẩn bị các đường truyền có đường kính lớn, để bơm rửa nhanh máu khi cần thiết và duy trì huyết động ổn định. Cần chuẩn bị các loại dịch truyền, các sản phẩm của máu như: máu toàn phần, hồng cầu ly tâm, huyết thanh tươi đông lạnh, tiểu cầu...vv.
- Cần ấm, các dịch truyền và máu phải được làm ấm, cho kháng sinh dự phòng, thở oxy 100% trước khi dẫn mê.

3.2/-Phản ứng theo dõi:

- ECG, HA đường mạch không xâm lấn, SPO₂, EtCO₂
- Nếu bệnh nhân trong tình trạng sốc nặng thì theo dõi HA đường mạch xâm lấn, đặt cathéter trung tâm để theo dõi CVP

3.3/-Kỹ thuật gây mê:

3.3.1/Chẩn đoán lâm sàng: nguyên tắc chung là chẩn đoán lâm sàng thu thập càng ít thông tin càng tốt. Các thu thập sau đây thường được thực hiện:

*Kétamine (Kétalar) có các đặc điểm:

- Inotrope (+), có tác dụng giao cảm: giúp duy trì được cung lượng tim, HA và tưới máu mô.
- Tăng áp lực nội sọ: không sử dụng trong trường hợp Bn có chấn thương sọ não kèm theo.
- Liều dùng mê: 2,5 mg/Kg.

*Etomidate (Hypnomidate) có tác dụng:

- Không ảnh hưởng đến đường thở trong trường hợp có giảm khả năng máu lưu hành.
- Giảm tiêu thụ oxy não, duy trì được áp lực tưới máu não, không làm tăng áp lực nội sọ.

Thường được thực hiện trong trường hợp sốc có chấn thương sọ não kèm theo.

- Liều dùng mê: 0,2-0,3 mg/Kg.

*Gammahydroxybutyrate de sodium (Gamma-OH):

- Dung nạp tốt, giảm áp lực nội sọ, có thể ảnh hưởng tưới máu mô nhưng không ảnh hưởng tuần hoàn.

- Liều dùng mê người có khả năng tuần hoàn bình thường: 60mg/kg, tiêm chậm trong 10 phút.

*Thiopental(Nesdonal):

- Inotrope (-), làm giảm HA
- Giảm áp lực nội sọ, giảm tiêu thụ oxy não.
- Có thể dùng liều nhỏ trong trường hợp có chấn thương sọ não.
- Liều thường dùng: 3-5 mg/kg.

Gây mê h₂i s₂c b₂nh nhân s₂c đa ch₂n th₂ng

Vi₂t b₂i Biên t₂p viên

Ch₂ nh₂t, 15 Tháng 2 2015 20:04 - L₂n c₂p nh₂t cu₂i Ch₂ nh₂t, 15 Tháng 2 2015 20:35

*Nhóm morphine (fentanyl, alfentanyl, sulfentanyl): th₂ng dùng k₂t h₂p nh₂ là m₂t thu₂c gi₂m đau lúc d₂n mê.

Nói chung dù ch₂n lo₂i thu₂c nào đi n₂a, thì nhi₂u tác gi₂ đ₂u th₂ng nh₂t là nên gi₂m li₂u t₂ 30-50% cho Bn có gi₂m kh₂i l₂ng tu₂n hoàn.

3.3.2/-Ch₂n dẫn c₂:Tu₂ theo m₂c đ₂ t₂n th₂ng, tình tr₂ng ý th₂c, huy₂t đ₂ng...

- N₂u Bn t₂nh, có đ₂ đ₂y đ₂y thì nên ch₂n thu₂c dẫn c₂ kh₂ c₂c (succinylcholine) v₂i li₂u 1mg/Kg và áp d₂ng k₂ thu₂t đ₂t NKQ ₂ Bn có đ₂ đ₂y đ₂y (nghi₂m pháp Sellick)

- Bn b₂ hôn mê, nghi ng₂ có gãy c₂t s₂ng thì có th₂ dùng dẫn c₂ và áp d₂ng k₂ thu₂t đ₂t NKQ cho ng₂ i có t₂n th₂ng c₂t s₂ng.

3.3.3/-Duy trì mê: chia thành hai giai đ₂n.

a)Giai đ₂n 1: t₂ lúc d₂n mê xong-th₂c hi₂n xong thao tác c₂m máu

Đây là giai đ₂n mà tình tr₂ng huy₂t đ₂ng c₂a Bn r₂t nh₂y c₂m v₂i các thu₂c mê vì v₂y:

- Các thu₂c nhóm Halogéné ít đ₂c ch₂ đ₂nh (c₂ ch₂ tim m₂ch)
- Protoxyde dazote: cũng gây ₂nh h₂ng huy₂t đ₂ng gi₂ng nh₂ halothane, m₂t khác nó có nguy c₂ làm tràn khí màng ph₂i do tính ch₂t lan to₂ m₂nh và làm n₂ng thêm tình tr₂ng thuy₂n t₂c khí. Vì v₂y cũng ít đ₂c ch₂ đ₂nh.

Trong giai đ₂n này th₂ng đ₂c duy trì b₂ng nhóm morphine (fentanyl,sulfentanyl) k₂t h₂p v₂i dẫn c₂ không kh₂ c₂ nh₂ Norcuron. (ít ₂nh h₂ng huy₂t đ₂ng)

Gây mê hời sặc bênh nhân sặc đa chấn thương

Viết bởi Biên tập viên

Chẩn nhậ, 15 Tháng 2 2015 20:04 - Lần cập nhậ t cuố i Chẩn nhậ t, 15 Tháng 2 2015 20:35

Bn đượ c thắ mắ y vớ i oxy 100%, Vt = 8ml/kg, f = 14 lầ n/phú t.

Chú ý, nế u Bn có tràn khí hoặ c tràn máu thì phả i tiế n hành đắ n lắ u trắ c khi cho thắ mắ y

b) Giai đọ n 2: tắ khi cắ m máu xong –cuố i cuố c mắ :

Đầ y là giai đọ n tắ ng đắ i dài, tình trắ ng huyế t đắ ng Bn tắ ng đắ i ắ n đắ nh vì có thắ duy trì mê mắ t cách bình thắ ng: thuắ c mê bắ c hắ i+morphine+Đắ cắ .

3.4/-Tắ nh mê:

- Thắ ng cho Bn tiế p thắ mắ y ắ phòng hắ u phắ u cho tắ i khi ắ n đắ nh vắ huyế t đắ ng, hô hắ p bắ o đắ m, tắ nh hoàn toàn, nhiế t đắ cắ thắ trắ vắ bình thắ ng.

- Tiế p tắ c bù đắ khắ i lắ ng tuắ n hoàn. Bn chắ rắ i khắ i phòng hắ u phắ u khi tình trắ ng tắ n thắ ng đắ ắ n đắ nh, nguyên nhắ nắ c không còn nắ a.

IV/- Kắ t luắ n:

- Gắ y mê cho Bn sắ c đắ chắ n thắ ng chắ là mắ t khô u trong quá trình đắ u trắ Bn, nó phắ thuắ c rắ t nhiế u vào khô u cắ p cắ u và hắ i sắ c trắ c bắ nh viế n. Nế u công tác chuắ n bắ cắ ng chu đắ o thì giúp cho gắ y mê thành công .

- Cắ n phắ i có sắ phắ i hắ p giắ a nhiế u chuyên khoa và xác đắ nh đắ ng thắ tắ u tiên tắ n thắ ng cắ n xắ trí .

- Cắ gắ ng nắ m rõ tắ n thắ ng đắ xắ trí kắ p thắ i, tránh bắ sót./.