

Phác đồ gây mê hô hấp trong phẫu thuật sọ não

Viết bởi Biên tập viên

Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 07:44 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 09:11

Bs Nguyễn Hữu Anh - Khoa GMHS

Gây mê trong phẫu thuật sọ não - một phẫu thuật chuyên khoa sâu cần phải phối hợp đồng bộ, chính xác giữa Bs gây mê và Bs phẫu thuật viên. Bao gồm phẫu thuật cắt bỏ u, phẫu thuật chỉnh hình. Ở đây chúng ta chỉ đề cập đến thông thường của một cuộc mổ cắt bỏ u trong chèn thóp sọ não: từ máu dãn màng cứng, ngoài màng cứng, trong não và phẫu thuật chỉnh hình như phẫu thuật u não hay vẹo cổ ...



A. Đánh giá trước mổ.

Phác đồ gây mê hô hấp trong phẫu thuật sọ não

Viết bởi Biên tập viên

Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 07:44 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 09:11

- Thang điểm glasgow: nhằm đánh giá mức độ nặng của chấn thương đầu có phồng hóp não trong và sau mổ.
- Tình trạng đầu gối: đau hay không, dẫn máu t hay hai bên, phản xạ với ánh sáng.
- Tăng áp nội sọ: tăng HA, mạch chậm, nôn...
- Tình trạng mất máu, rìa lõn đông máu. ..
- Tình trạng tổn thương trên CTscan

B. Chuẩn bị phẫu thuật hô hấp:

Ít nhất hai đường truyền ngoi vi.

Có thể đặt tĩnh mạch trung ương để theo dõi CVP. Đo đường mạch xâm lấn để theo dõi PPC (nếu điều kiện cho phép)

- Đánh giá tình trạng huyết động não (nếu có điều kiện)
- Đo áp nội sọ.
- Đo độ bão hòa oxy tĩnh mạch ceph.
- Siêu âm xuyên sọ (Doppler transcranial:DTC)

C. Gây mê:

Mục đích chính của gây mê không chỉ để phẫu thuật mà là còn ngăn chặn những yếu tố làm tổn thương não có nguồn gốc từ hệ thống, vì nó sẽ làm nặng thêm tình trạng phù não và thiểu máu não.

1/-Đặt tư thế bệnh nhân.

- Nếu có thể thì cố gắng không để ép tĩnh mạch ceph làm cản trở máu trở về timphù não,tăng PIC.
- Khi đặt đầu cao 30 độ thì phải tôn trọng bậc thang dẫn mạch . Cố gắng không đặt đầu cao trong 24 giờ đầu sau CTSN (vì đây là giai đoạn giảm DSC)
- Phồng khí tiêu theo dõi: Monitoring có ECG, SpO2, PetCO2, HA, HA để mạch không xâm

Phác đồ gây mê hô hấp trong phẫu thuật sọ não

Viết bởi Biên tập viên

Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 07:44 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 09:11

Ít hơn 100 từ.

2/ Dẫn mê:

- Thời gian bình nhân bình thường trong sọ não phẫu thuật cấp cứu được xem như là bình nhân có đầy đủ. Vì vậy phác đồ gây mê được áp dụng là dẫn mê và đặt NKQ nhanh. Còn bình nhân phẫu thuật theo chương trình thì bình nhân đã được chuẩn bị nên không cần đặt NKQ nhanh.

- Tùy theo tình trạng huyết động mà có thể chọn thuốc dẫn mê là thiopental, propofol hoặc etomidate.

+ Để hạn chế thay đổi huyết động, có thể tiêm lidocaine 1,5mg/kg hai phút trước khi đặt NKQ.

+ Để hạn chế thay đổi huyết động não, có thể dùng nhóm morphine (sufentanyl, fentanyl) với liều ngắn quãng.

+ Giảm có thể dùng khi cần hay không khi cần.

- Dùng kháng sinh phòng (vi khuẩn KS thuốc vào để đi tìm cơ thể người).

- Khi dùng FENTANYL 2-3 microgam cho 1kg thể trọng sau đó khi mê bình Profol 1.5 đến 2.5 mg cho 1kg thể trọng, giảm có thể dùng khi cần hay không khi cần để đặt NKQ tùy tình trạng bình nhân với Suxamethnium 1-1,5mg/kg hoặc Esmeron 0,5mg/kg hay Arduan 0.04-0.08 mg/kg.

3/-Duy trì mê:

Thời gian duy trì bình thuốc mê tĩnh mạch (propofol) kết hợp với nhóm morphine nhằm tránh nguy cơ tăng áp lực nội sọ với liều Bolus Propofol 6-10 mg/kg/1h và Fentanyl 0.05_ 0.15 microgam /kg/ 30phut . hay có thể dùng thuốc mê bình hô hấp Sevoral hoặc Isoflural với MAC 1.5 – 3% cùng với FENTANYL 0.05- 0,15 microgam /kg / 30 phút. Tùy theo thời gian phẫu thuật chúng ta có thể cho thêm giảm đau và giảm co ...

- Để duy trì huyết động, dùng các dung dịch NaCl 0.9%, dung dịch keo HOC MÁU để nâng nhóm bình nhân mức máu não, nếu không đủ thì có thể dùng dopamine hoặc noradrenaline.

- Thông khí: Cài đặt VT 10- 12ml /kg thể trọng. Nếu cần tăng thông khí để đặt được

Phác đồ gây mê hồi sức trong phẫu thuật sọ não

Viết bởi Biên tập viên

Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 07:44 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 17 Tháng 2 2017 09:11

PaCO₂ < mức 35 mmHg, nếu phù não nặng có thể đưa PaCO₂ xuống 25-30mmHg. Nên tránh thiểu máu não thì nên đưa PaCO₂ về mức bình thường khi điếu kiếu cho phép.

- Chấn phù não: Mannitol 20% với liều 0,5g/kg trong 10-15 phút trước khi mổ màng cứng. Nếu thối bại có lổp lổi nếu áp lổc thối m thối u không vối t quá 320mOsm/

4/-Tỉnh mê:

Mổ cách tỉnh quát, sau mổ bệnh nhân phải có ý thức giếu ng nếu trước khi vào phòng mổ :

- Nếu trước khi vào phòng mổ bệnh nhân tỉnh, thì sau mổ bệnh nhân tỉnh thối t, kối quố phẫu thuật tỉnh (không mổ máu lổy hối t n thối ng..) thì cho bệnh nhân tỉnh rút NKQ.
- Nếu trước mổ Bệnh nhân mê, trong mổ bệnh nhân bớt thiểu máu não, cốm máu không tỉnh (rách xoang) ... thì sau mổ nên cho bệnh nhân tỉnh p t c an thối n thối máy, chối cho bệnh nhân tỉnh khi tỉnh tỉnh PIC, huyết đống n đống.

Cần lổu ý bệnh nhân Glassgow <= 8 đối m chối đống thối máy là tuyế t đối.

TÀI LIỂU THAM KHẢO

1. Cốm nang phòng mổ và GMHS, Phòng mổ, trong Chăm sóc ngoổi khoa (Đổ án hối trối hối tỉnh ng đầo tối o 03– SIDA.INDEVELOP).
2. Kối thuế t gây mê thối n kinh sối não và chăm sóc cốm, BRUNNER/SUDDARTH, Ngổổi đốch: Nguyổn Tiổn Thối nh, Nguyổn Ngổc Kổn, Nhà xuế t bối n Y hối c, Hà Nổi
3. Cốm nang phòng mổ (Operating room manual). Translated & adapted from The U.S air-force manual N0 160