

## **Chức danh : Bác sĩ hạng III – Chuyên ngành Gây mê Hồi sức**

**Kể các chống chỉ định gây tê tuỷ sống trong phẫu thuật mổ lấy thai?**

- Bệnh nhân từ chối;
- Gù vẹo cột sống, đau thần kinh tọa
- Nhiễm trùng tại chỗ vùng chích tê
- Nhiễm trùng toàn thân
- Rối loạn đông máu
- Sản phụ trong tình trạng sốc;
- Suy thai cấp;
- Nhau tiền đạo chảy máu, nhau bong non.
- Sản giật hoặc hội chứng HELLP;
- Tiền sử dị ứng thuốc tê
- Tăng áp lực nội sọ;
- Sản phụ có bệnh lý thần kinh, tâm thần

**Sẹo mổ cũ ở tử cung có phải là một chống chỉ định trong giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng không?**

Không. Đau trong chuyển dạ không là triệu chứng cảnh báo của vỡ tử cung trong quá trình theo dõi chuyển dạ ở sản phụ có sẹo mổ cũ trên tử cung.

**Hiện nay, Khoa GMHS – BV Từ Dũ có bao nhiêu loại thuốc gây tê để thực hiện giảm đau trong chuyển dạ?**

Hiện nay, Khoa GMHS –BV Từ Dũ có 3 loại thuốc tê để thực hiện giảm đau sản khoa:

- Bupivacaine
- Levobupivacaine (Chirocaine)
- Ropivacaine (Anaropin)

**Kể ra các phương thức truyền thuốc giảm đau ngoài màng cứng trong giảm đau chuyển dạ hiện nay đang áp dụng tại Khoa GMHS –BV Từ Dũ?**

Có 2 phương thức:

- Truyền thuốc tê liên tục
- PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia - Giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự kiểm soát)

**Kể các lợi ích của phương pháp da kê da trong MLT?**

- Đối với người mẹ: giúp sinh hiệu ổn định, tăng khả năng chịu đau, phòng ngừa băng huyết, cảm giác hạnh phúc hơn, tăng tình cảm mẹ - con, ít bị trầm cảm sau sinh...
- Đối với trẻ sơ sinh: ổn định thân nhiệt + nhịp thở + nhịp tim, tránh hạ thân nhiệt, tránh hạ đường huyết, bú mẹ sớm, dễ thở hơn...

**Những lưu ý về nhiệt độ phòng mổ khi để thực hiện da kê da trong MLT?**

- Đảm bảo nhiệt độ 25-28°C
- Không để quạt máy lạnh phả hơi thẳng vào sản phụ

**Các bước cơ bản xử trí sốc phản vệ do thuốc ở người lớn ở nơi ngoài phòng mổ/phòng hồi sức?**

- Ngừng ngay các tác nhân gây sốc phản vệ
- Báo động, kêu gọi trợ giúp, gọi bác sĩ
- Sử dụng ngay adrenaline là thuốc cơ bản nhất điều trị sốc phản vệ
- Lập đường truyền tĩnh mạch, truyền nhanh dung dịch tinh thể
- Báo chuyển phòng hồi sức

- Hoàn tất hồ sơ bệnh án, báo cáo ADR

### **Phân độ sốc phản vệ ở người lớn và liều adrenaline sử dụng tại nơi ngoài phòng mổ/phòng hồi sức?**

- Sốc phản vệ có 4 mức độ:
  - o Độ I: Đỏ da, nổi mề đay, mẩn ngứa, phù môi, phù mi mắt, phù hầu họng.
  - o Độ II: Độ I kèm theo mạch nhanh, HA tụt, khó thở, phổi bắt đầu có ran ngáy, ran rít.
  - o Độ III: Sốc: co giật, tím tái, đồng tử giãn, M nhanh nhỏ, HA tụt nặng hoặc không đo được, co thắt phế quản, ran ngáy ran rít nhiều, tiêu tiểu không tự chủ.
  - o Độ IV: Ngừng tim, ngừng thở, tím tái, hôn mê, M+HA không đo được, có thể tử vong sau vài phút.
- Liều adrenaline tại nơi ngoài phòng mổ/phòng hồi sức: tiêm bắp 0,5 mg (nửa ống) mỗi 5-10 phút đến khi HA tâm thu > 90 mmHg

### **Các bước trước khi rút ống NKQ tại phòng mổ?**

- Đánh giá toàn diện bệnh nhân: tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở, biên độ thở, SpO<sub>2</sub>, mức độ phục hồi giãn cơ
- Chuẩn bị máy hút đàm nhớt, bộ dụng cụ đặt lại NKQ khi cần

### **Kể liều thuốc sử dụng trong MLT:**

- Liều đặt NKQ của Suxamethonium: 1 mg/kg
- Liều khởi mê của Propofol: 2-2,5 mg/kg
- Liều giảm đau trong mổ của Sufentanil: 15-20 mcg hay 0,3-0,4 mcg/kg sau kẹp dây rốn

### **Mô tả kỹ thuật Sellick trong gây mê bệnh nhân có dạ dày đầy?**

- Dùng 2 đến 3 ngón tay (ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa) ấn sụn nhẫn với áp lực khoảng 10 Newtons khi bệnh nhân tỉnh, tăng lên 30 Newtons sau khi bệnh nhân mất tri giác.
- Ấn sụn nhẫn liên tục trong suốt quá trình khởi mê cho đến khi bơm cuff ống NKQ, trong thời gian này không được bóp bóng giúp thở.
- Chống chỉ định: Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ.

### **Tình huống lâm sàng :**

**BN nữ, 55 tuổi, cân nặng 65 kg, cao 1,5m. Chỉ định phẫu thuật cắt TC hoàn toàn vì UXTC gây rong huyết. BN đã tiền mê, sau đó được khởi mê với Propofol 2 mg/kg + Esmeron 0,6 mg/kg, thông khí qua mask tốt, tiến hành đặt NKQ. KTV GM phát hiện đây là ca đặt NKQ khó nên quyết định dừng đặt NKQ, tiếp tục thông khí qua mask và mời BS gây mê phụ trách phòng. Nếu bạn là Bs Gây mê phụ trách phòng này, bạn sẽ làm gì?**

1. Tiếp tục thông khí qua mask để kiểm soát tốt hô hấp.
2. Chuẩn bị các dụng cụ cần thiết trong đặt NKQ khó hiện có của khoa: que dẫn đường dài (bougie), các loại mask thanh quản, lưỡi đèn đặt NKQ có lẫy cò.
3. Chuẩn bị thuốc hoá giải giãn cơ Bridion (Sugammadex) trong trường hợp thất bại của đặt NKQ lần 2.
4. Báo Ban chủ nhiệm khoa hoặc người có nhiều kinh nghiệm trong đặt NKQ khó để có sự hỗ trợ khi cần thiết.
5. Trước khi tiến hành đặt lại NKQ lần 2, cần phải cho thêm **thuốc mê, thuốc giãn cơ** để bệnh nhân ngủ yên, tránh các kích thích khi đặt NKQ.
6. Nếu thất bại, trao đổi với ban chủ nhiệm khoa, cần thiết sẽ hoãn mổ, hoá giải thuốc giãn cơ ngay lập tức, lựa chọn phương pháp vô cảm thích hợp khác cho lần mổ sau.
- 7.

**Kể ra các chuẩn bị ngay trước mổ của phẫu thuật MLT có nhau cài răng lược hiện nay ở Khoa GMHS – BV Từ Dũ về phía GMHS?**

- Dự trữ máu sẵn sàng trước cuộc mổ

- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch
  - o 2 đường TM ngoại biên
  - o 1 đường truyền TM trung tâm (CVP)
- Đặt dụng cụ đo huyết áp động mạch xâm lấn
- Chuẩn bị bơm tiêm điện có chức năng TCI để duy trì mê bằng Propofol

#### **Liều tấn công và duy trì Magiesium sulfate ở bệnh nhân tiền sản giật?**

- Liều tấn công: 3 – 4,5g Magiesium sulfate 15% / 50 ml tiêm TM trong 15 – 20 phút
- Liều duy trì: 1 – 2 g / giờ truyền TM.

#### **Hội chứng HELLP là gì?**

HELLP là một thể nặng trong tiền sản giật, bao gồm:

H (hemolysis): dấu hiệu tán huyết với LDH tăng, Bilirubin gián tiếp tăng

EL (elevated liver enzymes): tăng men gan

LP (low platelet count): giảm tiểu cầu

#### **Tình huống lâm sàng :**

**Một sản phụ không có tiền căn bệnh nội khoa đặc biệt, nhập viện khoa Sản A được chẩn đoán mang thai lần II, song thai 39 tuần, tiền sản giật nặng. Trong đêm sản phụ lên cơn khó thở nhiều được chuyển lên phòng hồi sức trong tình trạng hốt hoảng, khó thở phải ngồi, mạch 120 l/p, huyết áp 190/110 mmHg, SpO<sub>2</sub> 90%, nghe phổi ran ẩm nửa dưới 2 phổi. Hỏi chẩn đoán và các bước xử trí cấp cứu trong trường hợp này?**

- Chẩn đoán: TD phù phổi cấp/ con lần II, song thai 39 tuần, tiền sản giật nặng
- Xử trí:
  - o Nằm đầu cao 30-45 độ
  - o Thở oxy qua mặt nạ có túi khí dự trữ 10 l/p
  - o Lập đường truyền tĩnh mạch (nếu chưa có)
  - o Hạ áp: Nicardipin 10mg/ống pha glucose 5% thành 50ml, bolus 5ml, duy trì bơm tiêm điện 5-15ml/giờ (điều chỉnh liều theo HA)
  - o Dẫn mạch: Nitrosol 25mg/ống pha natriclorua 0,9% thành 50ml, bolus 5ml, duy trì bơm tiêm điện 5-15ml/giờ (điều chỉnh liều theo HA)
  - o Lợi tiểu: Furosemid (Lasix, Vinzix) 20mg 1-2 ống tiêm tĩnh mạch
  - o An thần: Midazolam (Paciflam) 5mg x ½ ống pha loãng tiêm tĩnh mạch
  - o Mặc monitor theo dõi sinh hiệu
  - o Đặt thông đái
  - o Hạn chế dịch truyền