

Số: 2069 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 19 tháng 8 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng thuốc và điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này phác đồ “Điều trị ngộ độc thuốc tê” tại bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. Phác đồ “Điều trị ngộ độc thuốc tê” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

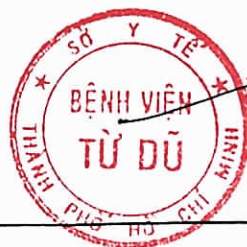
Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng khoa Gây mê Hồi sức và các nhân viên y tế liên quan công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký. *lu*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *lu*

KT **GIÁM ĐỐC**
PHÓ GIÁM ĐỐC



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC TÊ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2063/QĐ-BVTD ngày 19/8/2019 của bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc thuốc tê (Local Anesthetic Systemic Toxicity - LAST) là phản ứng bất lợi đe dọa tính mạng do thuốc tê đi vào tuần hoàn đạt mức đáng kể. Ngộ độc thuốc tê hiếm gặp và hầu như luôn xảy ra trong vài phút sau khi tiêm thuốc tê.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Triệu chứng

- Cần nghĩ đến ngộ độc thuốc tê khi người bệnh có thay đổi trạng thái tinh thần, triệu chứng thần kinh hoặc bất thường về tim mạch sau gây tê (ví dụ: thay đổi nhịp tim, huyết áp, điện tâm đồ).

- Triệu chứng thần kinh trung ương có thể thoáng qua hoặc không điển hình:

+ Kích thích: kích động, lú lẫn, nói nhảm, run giật cơ, co giật.

+ Ức chế: ngủ lơ mơ, đờ đẫn, hôn mê hoặc ngừng 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 áp, nhịp tim nhanh, loạn nhịp thất.

+ Giai đoạn sau:

Tụt huyết áp tiến triển.

Ức chế dẫn truyền, nhịp tim chậm hoặc vô tâm thu.

Rối loạn nhịp thất như nhịp nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh hoặc vô tâm thu.

- Ngộ độc thuốc tê có thể xảy ra với:

+ Liều nhỏ thuốc tê.

+ Các phương pháp gây tê không truyền thống như: gây tê dưới da, gây tê niêm mạc, gây tê ngoài da.

+ Sau tháo garo chi.

2.2. Lưu ý

- Thuốc an thần có thể làm giảm khả năng nhận biết hoặc biểu hiện triệu chứng của người bệnh.

- Theo dõi người bệnh liên tục trong và sau khi tiêm thuốc. Độc tính lâm sàng của thuốc tê có thể xuất hiện sau 30 phút hoặc lâu hơn.

- Cần thiết sử dụng monitor theo dõi.

- Giao tiếp thường xuyên với người bệnh để phát hiện kịp thời triệu chứng ngộ độc thuốc tê.

III. XỬ TRÍ

3.1. Nguyên tắc

- Ngừng tiêm thuốc tê.

- Gọi hỗ trợ.

- Nhanh chóng kiểm soát đường thở, sử dụng dụng cụ đường thở nâng cao nếu cần thiết.

- Thông khí với Oxy 100%, tránh tăng thông khí.

- Chuẩn bị sẵn sàng hộp “Cấp cứu ngộ độc thuốc tê”.

3.2. Xử trí cụ thể

- Điều trị ngưng tim:

+ Thuốc điều trị ngưng tim do ngộ độc thuốc tê khác với điều trị ngưng tim do nguyên nhân khác.

+ Sử dụng liều thấp Adrenaline (Epinephrine) $\leq 1\mu\text{g}/\text{kg}$.

+ Nếu có loạn nhịp thất ưu tiên sử dụng Amiodarone.

+ Không sử dụng Vasopressin, thuốc chẹn kênh Calci, thuốc ức chế beta hoặc các thuốc tê khác.

- Điều trị co giật:

+ Ưu tiên sử dụng Benzodiazepine, Thiopental.

+ Tránh sử dụng liều cao Propofol, đặc biệt ở những người bệnh huyết động không ổn định.

- Điều trị tụt huyết áp và nhịp tim chậm. Nếu không có mạch, bắt đầu hồi sinh tim phổi (Cardio Pulmonary Resuscitation - CPR).

- Thông báo cho đơn vị tuần hoàn ngoài cơ thể gần nhất, dự kiến và lên kế hoạch hồi sức kéo dài.

- Cân nhắc sử dụng nhũ tương Lipid khi có triệu chứng ngộ độc thuốc tê rõ ràng.

- Phác đồ sử dụng nhũ tương Lipid 20%

Nhũ tương Lipid 20% (Thể tích và tốc độ truyền không quan trọng)	
Người bệnh > 70 kg	Người bệnh < 70 kg
Bolus 100 ml nhũ tương Lipid 20% trong 2 - 3 phút Truyền nhũ tương Lipid 20% 200-250 ml trong 15 - 20 phút.	Bolus 1,5 ml/kg nhũ tương Lipid 20% trong 2 - 3 phút Truyền nhũ tương Lipid 20% khoảng 0,25 ml/kg/phút (theo cân nặng lý tưởng)*
Nếu tình trạng người bệnh vẫn không ổn định Tiêm bolus nhắc lại 1 hoặc 2 lần với liều tương tự hoặc gấp đôi tốc độ truyền dịch, cảnh giác với liều tối đa 12 ml/kg. Tổng lượng Lipid sử dụng có thể lên đến 1000 ml trong quá trình hồi sức kéo dài (> 30 phút)	

* Công thức tính cân nặng lý tưởng (Ideal Body Weight - IBW):

+ Nam: $IBW(kg) = 50 + 0,91 \times [\text{Chiều cao (cm)} - 152]$.

+ Nữ: $IBW(kg) = 45,5 + 0,91 \times [\text{Chiều cao (cm)} - 152]$.

- Tiếp tục theo dõi:

+ Ít nhất 4 - 6 giờ sau biến cố về tim mạch.

+ Ít nhất 2 giờ sau biến cố về thần kinh trung ương.

3.3. Lưu ý:

- Sử dụng nhũ tương Lipid 20% ngay khi có những dấu hiệu ban đầu rõ ràng của ngộ độc thuốc tê.

- Nhũ tương Lipid 20% có thể được sử dụng để điều trị ngộ độc bất kỳ loại thuốc tê nào.

- Liều Adrenaline 1 mg có thể cản trở hồi sức và giảm hiệu quả Lipid trong cấp cứu ngộ độc thuốc tê. Sử dụng liều nhỏ hơn liều thông thường trong hồi sinh tim phổi nâng cao (Advanced Cardiac Life Support - ACLS), ví dụ $\leq 1 \mu\text{g/kg/bolus}$, hoặc để điều trị tụt huyết áp.

- Nếu ngộ độc thuốc tê xảy ra trong thời gian ngắn và không có dấu hiệu bất ổn về tim mạch, có thể cân nhắc tiến hành phẫu thuật nếu sau 30 phút người bệnh không có biến cố gì.

IV. DỰ PHÒNG

Các biện pháp giảm nguy cơ ngộ độc thuốc tê bao gồm:

- Sử dụng thuốc tê liều nhỏ nhất có thể.

- Nồng độ thuốc tê trong máu phụ thuộc vị trí tiêm và liều dùng. Cần xác định đối tượng nguy cơ cao như: trẻ em dưới 6 tháng tuổi, người có thể trạng gầy, người già yếu, suy tim, thiếu máu cơ tim cục bộ, bất thường dẫn truyền hoặc rối loạn nhịp tim, mắc các bệnh chuyển hóa (bệnh lý ty thể), bệnh gan, nồng độ protein huyết tương thấp, nhiễm toan, sử dụng các thuốc ức chế kênh Natri. Người bệnh có phân suất tổng máu quá thấp dễ bị ngộ độc thuốc tê và có xu hướng tăng nồng độ thuốc tê trong máu liên quan đến việc dùng thuốc lặp lại.

- Cần nhắc việc sử dụng các thuốc chỉ điểm (marker) và/hoặc dùng liều test như Adrenaline 2,5 - 5 µg/ml (tổng liều 10 - 15 µg) để kiểm tra thuốc tê có bị tiêm vào lòng mạch hay không. Khi sử dụng liều test, cần nắm rõ biểu hiện, thời điểm xuất hiện, thời gian diễn biến và các giới hạn khi sử dụng biện pháp này.

- Hút ngược bơm tiêm trước khi tiêm xem có máu trong bơm tiêm hay không.

- Tiêm thuốc tê thành từng liều nhỏ, đồng thời theo dõi, đánh giá các triệu chứng ngộ độc thuốc tê.

- Cần nhắc về liều thuốc tê mỗi lần làm thủ thuật hoặc phẫu thuật.

- Tiêm dưới hướng dẫn siêu âm để giảm nguy cơ chọc vào mạch máu.

- Chuẩn bị sẵn hộp “Cấp cứu ngộ độc thuốc tê” với đầy đủ các thành phần sau:

+ Nhũ tương Lipid 20%, tổng dung tích 1000ml.

+ Ống tiêm và kim tiêm lớn.

+ Bộ dây truyền tĩnh mạch.

+ Bảng “Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê - Hội gây tê vùng và giảm đau Hoa Kỳ (ARSA) 2019.

2. Hướng dẫn xử trí ngộ độc thuốc tê - Trung tâm DI & ADR Quốc gia năm 2018.

3. Neal J.M, Barrington M.J, Fettiplace M.R, Gitman M, Memtsoudis S.G, Morwald E.E & Weinberg G (2018). The Third American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine: Practice advisory on Local Anesthetic Systemic Toxicity; Executive Summary 2017. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 43(2), 113-123.

KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi